

**THE RISK OF DENTAL SERVICE BEHAVIOR FOR
THE GRIEVANCE AMONG THAI DENTISTS**

The background features a large, faint watermark of the Mahidol University logo. It is a circular emblem with a gold border. Inside the border, there is a blue circle containing a golden Chakrasana (a traditional Thai architectural element) and a caduceus (a staff with two snakes). The Thai text 'มหาวิทยาลัยมหิดล' (Mahidol University) is written in gold around the inner edge of the circle.

PREEYANUCH BOTKLON

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
(GENERAL DENTISTRY)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY**

2004

ISBN 974-04-5475-5

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thesis
Entitled

**THE RISK OF DENTAL SERVICE BEHAVIOR FOR
THE GRIEVANCE AMONG THAI DENTISTS**

Preeyanuch Botklon

Miss.Preeyanuch Botklon
Candidate

Karoon Leowsrisook

Assist.Prof. Karoon Leowsrisook,
Diplomate, Thai Board of General
Dentistry, Diplomate, Thai Board of
Dental Public Health
Major-Advisor

Nirat Imamee

Assoc.Prof. Nirat Imamee,
Ph.D.
Co-Advisor

Vajira Singhakajen

Assoc.Prof. Vajira Singhakajen,
M.A.(Demog)
Co-Advisor

Komson Punyasinh

Assoc.Prof. Komson Punyasinh,
Ph.D.(Biochemistry)
Co-Advisor

Rasnidara Hoonsawat

Assoc.Prof. Rasnidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

Siribang Piboonniyom

Lect.Siribang-on Piboonniyom,
D.M.Sc. in Oral Biology
Chair
Master of Science Programme
In General Dentistry
Faculty of Dentistry

Thesis
Entitled

**THE RISK OF DENTAL SERVICE BEHAVIOR FOR
THE GRIEVANCE AMONG THAI DENTISTS**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
For the degree of Master of Science (General Dentistry)

on
22 November, 2004

Preeyanuch Botklon

Miss. Preeyanuch Botklon
Candidate

Karoon Leowsrisook

Assist.Prof. Karoon Leowsrisook,
Diplomate, Thai Board of General
Dentistry, Diplomate, Thai Board of
Dental Public Health
Chairman

Nirat Imamee

Assoc.Prof. Nirat Imamee,
Ph.D.
Member

Vajira Singhakajen

Assoc.Prof. Vajira Singhakajen,
M.A.(Demog)
Member

Komson Punyasingh

Assoc.Prof. Komson Punyasingh,
Ph.D.(Biochemistry)
Member

Phisal Thepsithar

Prof.Lt.Gen.
Phisal Thepsithar
D.D.S.(Honor), Ph.D.(Dentistry)
(Honorary)
Member

Rassmidara Hoonsawat

Assoc.Prof. Rassmidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

Theeralakana Suddhasthira

Assist.Prof. Theeralakana Suddhasthira,
D.D.S., Ph.D., Cert. in Oral &
Maxillofacial Surgery, Diplomate,
American Board of Oral &
Maxillofacial Surgery
Dean
Faculty of Dentistry
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

I would like to express my sincere gratitude to Assist. Prof. Karoon Leowsrisook, my principle advisor, for his guidance and invaluable support throughout this study. I am also most grateful to Assoc. Prof. Dr.Nirat Imamee, Lect.Vajira Singhakajen and Lect.Komson Punyasingh my co-advisor for their mercy, useful advices and constructive comments.

It is my pleasure to express my appreciation to Miss Sureerat Pornwattanakul for giving me the inspiration and grateful support .

I wish to thank Miss Ladda Wongweerawinit for her kindness and helpful suggestion.

My special thanks are given to Mr. Sukit Anuthongsriwirai, Mrs. Saranya Jadejumnong, Mrs. Supanit Naraprasertkul, Miss Duennapa N. Pattalung, Miss Junthira Udwongsaree and all my friends for their assistances and supports that are much appreciated.

My deep gratitude goes to all staff of Dental Department of Wungchin Hospital for hard work during my study and giving me the opportunity to achieve my academic goal.

I am very grateful to Thai dentists for their nice cooperation to answer the questionnaires with sincere mind.

Finally, I particularly indebted to the Department of Dental Hospital, Faculty of Dentistry and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand for giving me the chance to undertake this study.

Finally, I am thankful to Mr. Nuttavut Intarode and my family for their valuable time, financial support, absolute care and encouragement.

Preeyanuch Botklon

THE RISK OF DENTAL SERVICE BEHAVIOR FOR THE GRIEVANCE AMONG THAI DENTISTS

PREEYANUCH BOTKLON 4436644 DTGD/M

M.Sc. (GENERAL DENTISTRY)

THESIS ADVISORS: KAROON LEOWSRISOOK, DIPLOMATE, THAI BOARD OF GENERAL DENTISTRY, DIPLOMATE, THAI BOARD OF DENTAL PUBLIC HEALTH, NIRAT IMAMEE, PH.D., VAJIRA SINGHAKAJEN, M.A. (DEMOG), KOMSON PUNYASINGH, PH.D. (BIOCHEMISTRY)

ABSTRACT

Dentistry is one of the service professions. Hence, the behavior of the dentist is important for the dental service profession. In this research, the author aims to study the risk factors in dentistry patients' dissatisfaction with dental service. The frame of the study concentrates on four aspects which are composed of the patients' unrealized expectations regarding dental service providers' behavior, insufficient communication on the part of the dentist, substandard service behavior, and unethically commercially oriented behavior in dental service providers. The data on these four aspects were gathered by survey of 366 dentists.

From the study, it was found that overall the dentists' service behavior had risk of grievance at a moderate level. The order of the risk is as follows respectively: the patients' unrealized expectations regarding dental service providers' behavior, unethically commercially oriented behavior in dental service providers, substandard service behavior, and insufficient communication on the part of the dentist.

The second part of the research surveyed dentists about their overall attitude regarding their profession. There were four aspects, all of which were found to be at a low level: perceptions of their own professional motives (commercial versus ethical), dentists' satisfaction with their job and work environment, their perception of patients' respect for their work, their perception of staff and assistants' respect of them as professionals and as human beings. Hence steps should be taken to improve these aspects of the dentistry profession.

In addition, it was found that dentists' acknowledgement of three aspects of professional integrity was at a moderate level, namely: the dentistry laws as legislated in 1994, especially part II which concerns professional integrity, general moral principals when serving as a dentist, and patients' right to information. From analysis, it was found that the relation between dentists' overall attitude and acknowledgement of integrity in the dental profession and all behaviors of dental service profession surveyed in this research was a significantly positive relation (p -value < 0.001).

KEY WORDS: DENTAL SERVICE BEHAVIOR/GRIEVANCE/INTEGRITY/ATTITUDE /
ACKNOWLEDGEMENT / THAI DENTAL RISK

135 P. ISBN 974-04-5475-5

พฤติกรรมกาให้บริการทันตกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนทางจริยธรรมของทันตแพทย์ในประเทศไทย
(THE RISK OF DENTAL SERVICE BEHAVIOR FOR THE GRIEVANCE AMONG THAI DENTISTS)

ปริญญช บทกลอน 4436644 DTGD/M

วท.ม. (ทันตกรรมทั่วไป)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: การญ เลี้ยวศรีสุข, Diplomate, Thai Board of General Dentistry, Diplomate, Thai Board of Dental Public Health, วชิระ สิงหะคเชนทร์, M.A. (Demog), นีรัตน์ อิมามี, Ph.D., คมสรรพ์ บุญยสิงห์, Ph.D. (Biochemistry)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกาให้บริการทันตกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนทางจริยธรรมของทันตแพทย์ในประเทศไทย ในด้านพฤติกรรมกาบริการโดยไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พฤติกรรมกาสื่อสารและการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ พฤติกรรมกาบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน และพฤติกรรมกาบริการเชิงพาณิชย์ โดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลทางไปรษณียจากทันตแพทย์จำนวน 366 คน

ผลการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์มีพฤติกรรมกาให้บริการทันตกรรมโดยรวมมีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า พฤติกรรมกาบริการโดยไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านพฤติกรรมกาให้บริการเชิงพาณิชย์ ด้านพฤติกรรมกาบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน และด้านพฤติกรรมกาสื่อสารและการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ตามลำดับ

ทันตแพทย์มีทัศนคติต่อการประกอบวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ทัศนคติด้านความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงมากที่สุด ส่วนการรับรู้ข้อกำหนดเกี่ยวกับจรรยาบรรณจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการรับรู้ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พศ. 2537 หมวด 2 ว่าด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพควรปรับปรุงให้มีการรับรู้มากที่สุด และพบว่า ทัศนคติต่อการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ และการรับรู้ข้อกำหนดเกี่ยวกับจรรยาบรรณมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกาให้บริการทันตกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

135 หน้า ISBN 974-04-5475-5

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENTS.....	iii
ABSTRACT	iv
LIST OF TABLES	ix
LIST OF FIGURE	xii
CHAPTER	
1 INTRODUCTION	
Background and rationale.....	1
Objectives of the research.....	3
Hypothesis of the research.....	4
Scope of the research.....	4
Constraint of the research.....	5
Variables of the research.....	5
Vocabularies of the research.....	6
2 LITERATURE REVIEW	
Behavior concepts.....	8
Ethic of dental profession.....	14
Grievance in medical and dental profession.....	16

CONTENTS (cont.)

		Page
3	MATERIALS AND METHODS	
	Research design.....	21
	Group of sample.....	21
	Sample size.....	21
	Sampling system.....	22
	Methodology of research.....	22
	Assessment of tool's quality.....	22
	Data collection.....	23
	Data analysis.....	23
	Statistic for research.....	25
4	RESULTS	
	Part 1 General characteristics of the dentists.....	26
	Part 2 Service behavior which risk for a grievance.....	33
	Part 3 Attitude of dental profession.....	40
	Part 4 Acknowledgement about ethic.....	43

CONTENTS (cont.)

	Page
Part 5 Relation between 3 dependent variables (general characteristics of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (dental service behaviors).....	45
5 DISCUSSION	54
6 CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS	
Conclusion.....	61
Recommendations.....	63
Recommendations for further research.....	64
REFERENCES.....	65
APPENDIX.....	69
BIOGRAPHY	135

LIST OF TABLES

Table	Page
1. Percentage of the dentist is classified by sex, age, status and level of education	27
2. Number and percentage of the dentist is classified by level of education and department	28
3. Number and percentage of the dentist is classified by working experience	29
4. Number and percentage is identified by primary working place and secondary working place	30
5. Number and percentage of the dentist is identified by the cause of grievance	31
6. Number and percentage of dentists' feedback is classified according to the type of dental service behavior which risked for ethic grievance from dentists' experience	32
7. Average score, standard deviation and level of risk for the grievance in service behavior	35
8. Average, standard deviation and conclusion about risk for the grievance in case of without providing a necessary information to the patient	38
9. Percentage of the dentist identifies according to the risk behavior for the grievance	39
10. Average, standard deviation and conclusion the attitude of dental profession according to aspects and clauses	41
11. Percentage of the dentist identifies according to the attitude of dental profession	43
12. Percentage of the dentist identifies according to the level of acknowledgement about ethic	44

LIST OF TABLES (cont.)

Table	Page
13. The statistics shows the relation between dependent variable (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (Overall dental service behavior)	47
14. The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (non patient-oriented service behavior)	48
15. The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (insufficient communication and information service behavior)	49
16. The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (substandard of service behavior)	50
17. The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (commercially oriented service behavior)	51
18. Percentage of the dentist identifies according to primary working place and level of risk for the grievance in point of non patient-oriented service behavior	51

LIST OF TABLES (cont.)

Table	Page
19. Percentage of the dentist identifies according to primary working place and level of risk for the grievance in point of insufficient communication and information service behavior	52
20. Percentage of the dentist identifies according to the level of education and level of risk for the grievance in point of substandard service behavior	52
21. Percentage of the dentist identifies according to the level of education and level of risk for the grievance in point of commercially oriented service behavior	53

LIST OF FIGURE

Figure	Page
1. Conceptual framework	20



CHAPTER 1

INTRODUCTION

Background and Rationale

Dentist is one of service profession related to the patient who suffers from oral disease. Hence he/she is expected to be a dedicative and ethic person as others in medical field. (1) Medical care is a profession which differs from occupation in the point that profession has threaten to a man by curing, diagnosed and prevented patient from illness with knowledge and good purpose.

In the past, medical profession was based on moral philosophy. Therefore doctor was more honored and respected in Thai society as teacher and priest who was praised to be a scholar and an integrity model. About the doctor, he/she was praised to be a symbol of good behavior in consequence of relation between physician and patient presented in a closely tie. (2) This relation not only shows as favored perform which can not evaluate the value but refers to the basic teaching of the Buddha that emphasizes in helping for each other. Hence this relation does not perform due to contract or money but happens in term of trustfulness and respectfulness. (3) With the ethic of profession bringing up generation to generation is always realized that curing people from serious illness is the important job for sacrifice himself/herself to the social. As well as understanding in suitable role of profession leads the doctor having a good relation with the patient. (4)

In a present, the circumstance of social have changed, this changes alter the role of doctor. Especially changes in infrastructure of Thai doctor such as happening of clinic and taking advantage of private hospital influence to the relation between doctor and patient in term of commercial relation. All of these make the relation changing from favored perform to commercial perform. Patients have to pay more money for extravagant medical equipment. These are a source of business relation and gap between doctor and patient. Therefore, undoubting why people suspect that there

is still doctor in ideal or not. Or the society change makes them to be a commercial doctor. (4)

On the other hand, nowadays there are many alternatives of medical care. The patient has not only more expectation from public hospital and private health care center but his/her attitude changes in term of consumer as well such as He/she has a rights to know about constituent and service information before making a decision. (5) This reflects to consideration the patient's rights in both of law and ethic so as to insist the existing of rights which is unable to violate. Hence the relation between doctor and patient becomes as a contract given in law. Doctor is not honored to the integrity model anymore but he/she is looked only the one of service occupation in the socioeconomic. (6) At a present, doctor has to work under the regulation which relates between the patient and social. While the patient calls for responsibility of service from the doctor.

When the health care service becomes a business and cost of service is too high due to apply a modern technology for diagnosing illness. (2) Moreover with consequence of globalization and high level of education, the medical information is communicated to the people rapidly by the channel of mass communication, radio, news paper and medical journal. They make the people having more conscious in health and learning for many case of grievance. These make a current of awareness in patient's rights to the doctor. (7) With unaware of patient's rights is caused to the violence of its and consequently in accusation.

Currently, In Thailand profession of medicine has a malpractice more and more which causes from carelessness or unavoidable circumstance. The thinking of the patient forgives to the doctor trending to decline. A civil suit is increased statistically. (8) The column often reports about the malpractice of the doctor. This event is the most important ethic problem which is always checked by the social. Therefore, the accusation in ethic of malpractice is not a distant for the doctor. No one needs the grievance happening to them because it makes a depression in mind. In globalization doctor is apt a defendant in civil suit. Most of people thought that this is a real event. The explanation to the social about the truth is spent more time to finish. This always takes sadness to the doctor who is the defendant and makes him lacking

of self-confidence in medical profession. As a result for caring patient is not good enough and quality of family life is detriment. (3)

Dentist is one of the medical profession giving the service to the patient. In each medical care is depended on the competence and the judgment of the dentist while the patient can not know anything about the accuracy. Therefore This cause has sourced from the error of dentist or may a misunderstanding from patient about malpractice in medical treatment as a result leads to accusation between dentist and his/her patient. In any case, when it is occurred, the opportunity in accusation is too high. It is found that the grievance increasingly comes to dentist council every year. (9) Thus dentist must have to work prudently because if he/she is careless, he/she has to not only response in civil suit and criminal case but also withdraw a license which is the highest punishment. (4) Referring to the research and other document of this issue, the author found that most of the problems occur with a doctor. Most of them cause from the doctor but only few happen from misunderstanding of the patient or cousin. All of the grievances are a relation problem between the doctor and the patient. (8,10) About the dentist, There is not much paper reporting about the grievance in this field in spite of this is one of the service profession as a doctor. Hence the author pays attention in the study of Thai dentist's service behaviors which are easily to the grievance. About the study the author classifies into 4 aspects which compose of non patient-oriented service behavior, insufficient communication and information service behavior, substandard service behavior, and commercially oriented service behavior, all above are often the point to grievance. (5,8,10,11) So as to study about the point of dentist's moral behavior which is risk for the grievance, the author pays attention in taking the result of this study being a guideline for development moral of the dentist to prevent the problem.

Objectives of the Research

General Objective

To study the service behavior of Thai's dentist which risk for the grievance in ethic and the factor and its relation which influence to the service behavior in dental profession.

Specific Objectives

1. Study the general characteristic of the dentist in 3 aspects; general information of population, working experience, and perception of grievance.
2. Study the dental service behavior which risk for grievance by patient in 4 aspects; non patient-oriented service behavior, insufficient communication and information service behavior, substandard service behavior, and commercially oriented service behavior.
3. Study the attitude of dental profession in 4 aspects; Perception of professional motive, satisfaction with job, relation between patient and dentist, and acceptance from social.
4. Study of Acknowledgement about ethic in 3 aspects; dentistry laws legislated in 1994 part II, integrity and moral of profession, and patients' right to information.
5. Study relation of 3 factors in dental profession; general characteristic of the dentist, attitude of dental profession, and acknowledgement about ethic to dental service behavior which risk for grievance by patient.

Hypothesis of the Research

1. General characteristic of dentist relates to dental service behavior.
2. Good Attitude of dental profession is corresponded to dental service behavior.
3. Good acknowledgement about ethic is corresponded to dental service behavior.

Scope of the Research

1. Study risk of dentist's behavior in ethic grievance
2. Group of population searching from members of Thai dentist association 2002 who still work in this field not less than 2 years.
3. Methodology implemented by randomly sending a questionnaire.

Constraint of the Research

1. Using self assessment questionnaire.
2. Limitation of methodology; less response, difficult to follow up, take more time, distort and incomplete information.

Variables of the Research

Independent Variables

1. General characteristic of dentist
 - Characteristic of population
 - Working experience
 - Perception of grievance
2. Attitude of dental profession
 - Perception of professional motive
 - Satisfaction with job
 - Relation between patient and dentist
 - Acceptation from social
3. Acknowledgement about ethic
 - Dentistry laws legislated in 1994 part II
 - Integrity and moral of profession
 - Patient's right to information

Dependent Variables

Dental service behavior which risk for grievance by patient are composed of

- Non patient-oriented service behavior
- Insufficient communication and information service behavior
- Substandard service behavior
- Commercially oriented service behavior

Vocabularies of the Research

1. Dental service behavior which risk for grievance by patient means the unsatisfied behavior which the patient or relative perceives from immoral behavior may causes to accusation and compensation cost from deficiency of cure. These unsuitable acts can be classified into 4 aspects as followed

1.1 Non patient-oriented service behavior: The patients' unrealized expectations regarding dental service providers' behavior and no more response the requisition, unsuitable act and good human relation to the patient.

1.2 Insufficient communication and information service behavior: Lack of information on the part of the dentist to make understanding for the patient about curing course and problem during treatment.

1.3 Substandard service behavior: Non circumspect operation, curing with substandard and concealed a patient chance to get a better treat.

1.4 Commercially oriented service behavior: Unethically commercially oriented behavior in dental service providers, taking advantage from patient in term of business, injustice in profession, unrealized to the humanity and unresponsive to patient's problem.

2 General characteristic of the dentist means the factors involving dentist's behavior that causes to the grievance. All of these can divide into 3 aspects as followed

2.1 General information of population such as sex, age, status, education level and discipline.

2.2 Working experience: All information about the past performance in profession such as experience, routine task and reserve task.

2.3 Perception of grievance: Understanding and experience in cause of grievance happening with himself or others.

3 Attitude of dentist profession means the dedication in profession to serve the patient which can divide referring with the experience into 4 aspects as followed

3.1 Perception of professional motive: Perceptions of dentists' own professional motives (commercial versus ethical).

3.2 Satisfaction with job: Dentists' satisfaction with their job and work environment.

3.3 Relation between patient and dentist: Dentists' perception of patients' respect for their work.

3.4 Acceptation from social: Dentists' perception of staff, assistants and social respect of them as professionals and as human beings.

4. Acknowledgement about ethic means: Acknowledge in principle for good practice which can divide into 3 aspects as followed

4.1 Dentistry laws legislated in 1994 part II: A guideline for good practice in dentist profession, the dentistry laws as legislated in 1994, part II which concerns professional integrity.

4.2 Integrity and moral of profession: Integrity and good behavior for dentist, general moral principals when serving as a dentist.

4.3 Patients' right to information: Patients' right to information which announce for good relation between patient and dentist.

CHAPTER 2

LITERATURE REVIEW

About the literatures referring in this research, There are source from many document such as textbook, journal, theory and research. So as to ease for reference, They are classified into three topics which compose of (12-15)

1. Behavior concepts.
2. Moral concepts in dental profession.
3. Grievance in medical and dental profession.

1. Behavior Concepts

Behavior means action or manner which is performed when encounters with external stimulant. This performance depends upon the characteristic and the familiarity of the individual directly with experience and educational level. The result of process may agree or resist however it can be traced back to the cause.

The factors which influence to human behavior base on the following:

1. Personal background
2. Acknowledgement: This point is a basic for the human behavior.
3. Believe: The acceptability of individuals which may correct or incorrect depending upon their thinking.
4. Value judgment: The guideline for being in the social about what should to do or should to avoid.
5. Characteristic: The bearing of individuals which are performed during encountered with any situations.
6. Inspiration or Stimulant: Whatever that influences to the emotion which may differ person to person.

7. Attitude: A part of individuality which automatically happens thru an experience and a learning process of the individuals. Hence these may not be consistent when the time changes.

8. Situation: The circumstance or environment which is around the individual. The different circumstance makes a various performs.

In this study, Author aims to study 3 areas composing of personal background, attitude and acknowledgement. The details are as followed

Personal Background

From the study, It was found that the factors effect to the behavior composing of

1. Age & Work ability: It was found that the action is inversely with age while the consistency of work is directly when aging. The younger worker trends to absence higher than the older. However when considers about health, there are more deficiency and more absence in elder worker.

2. Sex & work ability: It was found that there are not difference between male and female for instance problem solving, skill of analysis, internal motivation, inspiration force, social compatibility, learning ability, result of work and work satisfaction. However, normally the women are quite easier persuasive than the men while the men are more aggressive and more expected in the result than the women.

3. Marriage & work ability: Comparing with marriage people and single people, There are more absence rate and resignation rate in the later while marriage people are not only more satisfied and more responsible in work but quite consistence and understanding in the value of work.

4. Seniority & work ability: The outcome of the more experience worker is quite better than the one just beginning.

In this study, The author attempts to study about the chorology of individual which composes of age, sex, family status, education level and working experience.

Attitude

Means the result of decision making or assessment such as like and dislike to someone or something. This result depends upon learning and experience of

individuals which indicates to the condition of mind and their feeling. Hence it enables driving someone to do something and this why it has a role to human behavior. (13,15)

Component of Attitude: can be divided into 3 types (15-18)

1. Cognition component: is the knowledge, concept or believe of individual to something or someone.
2. Feeling component: is the emotion which performs in the way of liking or dislike when encounters with something or someone.
3. Action tendency component: is the reflection of emotion when contacts with something or someone.

Attribute of Attitude: (18)

1. It is the readiness to response with the stimulant in the way of liking or dislike.
2. It is a state of mind which influences to the feeling and the determining of behavior performance.
3. It is unable directly measure but it can be measured by the inventive tool to evaluate the behavior performance which is a clue for explanation the attitude.
4. It occurs from learning and experience.
5. It can be changed when encounters with new environment.

Attitude of Work: can be divided into 3 types: (13)

1. Attitude of work satisfaction
2. Attitude of work co-operation
3. Attitude of promise and commitment

It is found that the positive thinking is the indicator implying to the initiative behavior of the employee.

Creation of Attitude: depends upon 4 elements(15)

1. Culture
2. Family
3. Companion

4. Individuality

Change of Attitude: is influenced by:

1. Persuading, advising, informing or learning
2. Changing commune
3. Proclamation

Factors Influence to Attitude (15,16)

1. Inducer

- 1.1. Influence of expert or conceit of inducer: If there are much they will more effect to change the attitude.
- 1.2. Intention of inducer: Attitude of people may be change when they trust and believe to the inducer.
- 1.3. Admiration: If the inducer is admired by the receiver, the objection is quite difficult to happen.
- 1.4. Likeliness: If inducer has experience the same as receiver, may it influence to the attitude of him.
- 1.5. Reference group: Advice of the reference group is quite more influence to the member.

2. Communication

- 2.1. Difference between the former attitude and the new attitude: when receiver has more experience, it is quite hard to change his attitude.
- 2.2. Discussion with two-ways communication is quite effective to persuade receivers when compares with one-way communication.
- 2.3. Conclusion of the speech to the receiver is an effective way to help for changing the attitude of the receiver.
- 2.4. The fear stimulates makes the receiver changing attitude.

3. Inside inducer

- 3.1. If inducer impresses with the former attitude, the persuasion is quite difficult to happen.
- 3.2. The elegant person is quite difficult to induce his attitude.
- 3.3. Woman is quite easier to persuade than man.

3.4. Normally most receivers trend to learn only something matching with their style.

3.5. General receivers get only something which is able response to their happiness and need.

4. Environment

4.1. About the receiver who is hinted from inducer, It is found that they are quite easier to persuade.

4.2. Influence from neighbor helps the receiver changed the mind easier when gets the new attitude.

Relation between Attitude and Behavior (16)

The factors which enhance the accuracy of the prediction compose of

1. Determination or reduction of the influence from the outside factors.
2. Alignment between attitude measure and focus behavior.
3. Attitude which comes from repeated learning and directly gets from experience has a strongly characteristic and an easily prediction.
4. The attitude and the behavior of the integrity person is not easy to prediction however the result gives more an accuracy than the wavering person.

In this research, Author intends to study the attitude of the dentist in 4 aspects which compose of perception of professional motive, satisfaction with job, relation between patient and dentist, and acceptance from social.

Acknowledgement

means the result of learning process when receiver contacts and gets the stimulants which passing him to his conscience and assesses them with intelligence mind and experience. (12,14,17)

Factors in Acknowledgement Process (14)

1. Receiver: The person who contacts with the situation by the way of
 - 1.1. Body contact
 - 1.2. Mental contact
2. Stimulant: The cause urges to acknowledge process

- 2.1. Interior stimulant such as individual's inspiration
 - 2.1.1. Physical need
 - 2.1.2. Mental need
 - 2.1.3. Social need
- 2.2. Exterior stimulant such as surrounding and outside factor which contact to the receiver.

Characteristics of Acknowledgement (14,17)

1. Result of learning process or experience
2. Outcome of selection process
3. Contacting with the body makes a self-confidence for the receiver.
4. Repeating contact taking to familiarity till to indifference.

Influence factors to Acknowledgement (19)

1. Exterior attraction
 - 1.1. Concentration: more intense more attractive
 - 1.2. Size : more bigger more attractive
 - 1.3. Difference: more difference more interested
 - 1.4. Position: more outstanding more interested
 - 1.5. Motion: more inert more unattractive
 - 1.6. Distinction: more dominant more attractive
 - 1.7. Distance: more dimensional more attractive
2. Interior attraction
 - 2.1. Inspiration
 - 2.2. Characteristic
 - 2.3. Learning ability
 - 2.4. Expectation

In this study, author focuses into 3 areas which compose of dentistry laws legislated in 1994 part II, integrity and moral of profession, and patients' right to information.

Thus detail of the study involves the behavior of dentist which risks for occupational grievance and studying 3 influent factors effecting on the behavior

comprising of a background of individual, an attitude of dental profession and an acknowledgement of the ethic in profession.

2. Ethic of Dental Profession

Ethic

means guidance of behavior or the way of goodness. (20,21)

Establishment of Profession Ethic in the Past (22)

1. Pass on integrity model.
2. Unable distinguished between ethic and profession.
3. Emphasize in practice rather than in theory.
4. Establish for own society.
5. Fix pattern for definitely perception.

Present Pattern to Establish Ethic of Profession

1. No integrity model for new generation and society.
2. Separately in establishing process and led to non related and unfavorable.
3. Emphasize only in theory but not in practice.
4. Indifferent in work pattern while destructing value of local work.
5. Establishing pattern unleaded to initiation and development for the better.

Profession

comes from “declaration” which means pledging to the holy in the behave of goodness which is defined by a criterion and is seriously controlled by the fellow. (4)

Willbert E. Moore explains that the profession is a full time work which the professionals are praised to not only being the expert who have a knowledge and a skill in their work but being dedicator who adhere with the rule and give the service with consciousness including with a freedom of the profession also. (23)

Hence profession is different from the occupations into 3 patterns as followed

1. It is a work which dedicates all over the life.

2. It is a high end of work which spends a time for training.
3. A group of people who realize in ethic, honor and renown. There is own association to protect professional repute. (4)

Ethic of Dental Profession

composes of “moral of dental profession” and “code of conduct of dental profession”

Moral

means a guide of goodness which uses for spending a life. (21)

Moral of Dental Profession

means a goodness which dentist always uses for a guide line of work and life.

Code of Conduct of Dental Profession composes of

1. There is a knowledge to provide a service with standard and efficiency for the patient and a realization in dentist profession which is a service profession but not a business.
2. There is just and faithfulness for the patient.
3. There is a mercy and love to others so as to have a good relation with the patient.
4. There is a suitable pay for remuneration according to the ethic.
5. Pay attention to learn a new knowledge so as to enhance a skill and work ability.
6. Search for co-operation in best practice of the treatment.
7. Provide an advantageous service and proper advice for the patient.
8. Adhere to the value of humanity and provide a suitable treatment to get in mind of the patient.
9. Provide a suitable treatment for the patient with carefully
10. Always realize with a honesty but not with a gain.

Code of Conduct

Means a guideline of the behavior which is determined to maintain and promote the repute of the association.

Code of Conduct in Profession comprises of

1. Record type such as act of dental profession 1994.
2. Verbal type such as courtesy of dental profession.

Role of Code of Conduct in Dental Profession

1. Provide a guide line for service in dental profession.
2. Provide a compulsory for the dentist according to the regulation.
3. Provide a justice for a society and control the dentist's behavior.

Dentist is a high end profession which depends on the knowledge and the skill of the operator. With realized in the service and dedicated to the social and the profession, it leads to the solution to reduce the grievance of the profession. Hence the author emphasizes to study about the behavior, which is risk for the grievance, causing from realization and code of conduct in the profession.

3. Grievance in Medical and Dental Profession

- 1.1 Ethic problem in medical profession
- 1.2 Preventive action for ethic problem
- 1.3 Preventive action for grievance
 - 1.3.1 Make a relation with the patient
 - 1.3.2 Patient's right and authorized paper
- 1.4 Ethic problem in dental profession

1.1 Ethic Problem in Medical Profession

In the former, Thai society was a generous society. Only 3 persons; priest, doctor and teacher are honored. The relation proceeded in term of favor performance. With coming of western culture, it made a culture change in Thai society. The relation between doctor and patient changed from favor performance to remunerate

performance. Hence in a present, doctors do not realize about their profession but they try not only to make a profit but to perform as a business man as well. (1) These easily leads to the medical grievance. (8,1024)

Cause of Ethic Problem composes of (1)

1. Change of the value in society to the western.
2. Take advantage of the doctor
3. Born of medical business
4. Higher education and more understanding about law and right of the patient
5. Redundant treatment with medicine
6. Search for a extra remuneration
7. Inefficient treatment due to apart diagnosis of the doctor in each department.
8. Lack of standard for charging a treatment cost.
9. Cure a patient contrasting with skill of the doctor.
10. Change of idealism of externs replacing with imitation a doctorial commerce system from the senior.
11. Change of relation between doctor and patient from value performance to exchange system.
12. Shorten time for taking care and paying attention to the patient.
13. Insufficient communication to the patient.
14. Unfaithfulness of the doctor from suppressing the truth of the treatment.

1.2 Preventive Action For Ethic Problem (3)

1. Keep a good relation between the doctor and the patient.
2. Summarize a point of concern in medical record.
3. Take care a patient with aware of quality and cost of treatment.
4. Enthusiastic the ethic for the externs.
5. Closely control the clinic and medical center about taking advantage to the patient.

1.3 Preventive Action of Grievance should be remind as followed as

1.3.1 Make a good relation with the patient which is divided into 4 model (25)

1.3.1.1 The paternalistic model

1.3.1.2 The informative model

1.3.1.3 The interpretive model

1.3.1.4 The Deliberate model

A Guidance to Make a Good Relation With the Patient (26)

1. Reduce a relation gap between the doctor and both of the patient and the family
2. Communicate with clearness and straight-forward to the patient.
3. Provide an assistance and an instruction after the treatment.
4. Make a confidence of the treatment to the patient by co-operating with patient's family or patient's friend.
5. Make an impression to the patient with 6 "S" (smart, smile, speak, search, service and satisfy) (27)

Aware of patient's right and agreement notice. (1,3) The most important thing in medical treatment is the right of the patient to understand and to admit about the process of the treatment with consensus.

Guidance to Give a Notice (28)

1. Give a notice compliance with the guidance identified in the standard of care which composes of

- Result of diagnosis
- Detail of the treatment course
- Risk or side effect from the treatment
- Opportunity of the treatment
- Consequence of violating a regulation
- Alternative of the treatment

1.4 Ethic Problem in Dental Profession

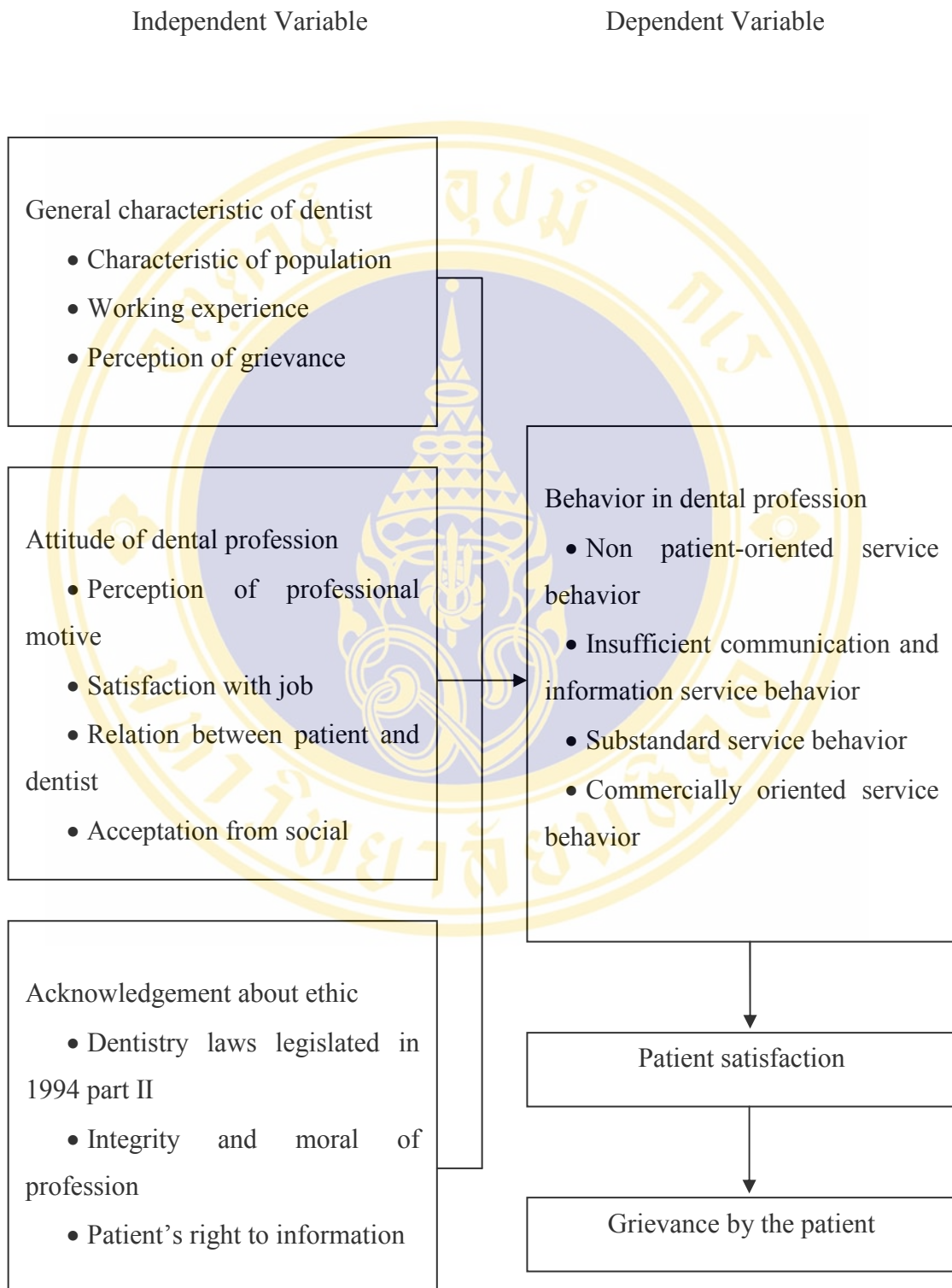
The ethic of dental profession is an agreement but not a regulation. Hence It must always have been done so as to prevent a depreciation not only to the council but to the social and also an own. The case of the grievance can be divided into 5 cases referring with the grievance which dental council received.(29)

Advice to prevent the grievance in dental profession

1. Provide a carefully treatment to the patient.
2. Refrain from the treatment that over the competence.
3. Charge a cost of treatment directly the fact.
4. Co-operate with the patients following the requisition.
5. Should not make an expectation to the patient.
6. Clearly explanation to the patient and get an agreement notice before treatment.
7. Provide the best dental service to the patient but should not make a guarantee term.
8. Make an understanding to the patient with efficient communication.
9. Should not let the extern operating the treatment.
10. Provide the fact without the boast through the advertisement.
11. Make an understanding and following the regulation of dental council.

From the study, author was found that the grievance which is risk to the dental service profession can be identified into 4 areas such as non patient-oriented service behavior, insufficient communication and information service behavior, substandard service behavior, and commercially oriented service behavior. (see detail in Appendix)

Conceptual Framework



CHAPTER 3

MATERIALS AND METHODS

Research Design

This study is a descriptive research which is proceeded by sending the questionnaire letter to the group of sample.

Group of Sample

Group of sample compose of 6,908 dentists who have registered in the member of the dental council in year 2002. As the same time, all of them are still alive and work in a dental field.

Sample Size

Referring from Danial's formula

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N P Q}{Z_{\alpha/2}^2 P Q + N d^2}$$

$$(\alpha = 0.05 ; Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$d = 0.05$$

$$N = \text{number of sample}$$

Calculation

$$n = \frac{(1.96)^2 (6,908)(0.5)(0.5)}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + (6,908)(0.05)^2}$$

$$= \frac{(1.96)^2 (6,908)(0.5)(0.5)}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + (6,908)(0.05)^2}$$

$$n = 363 \text{ samples}$$

Sampling System

The method of sampling is done by a random sampling of the registers who are the member of the dental council. After calculation “I value” from the below equation, the samples in subgroup of “I value” are randomly chosen.

$$I = \frac{N}{n}$$

Methodology of Research

The author develops the questionnaire for this research by self. All of the questions are created and referred with the theoretical concepts of the literature mentioned in chapter II. The details of questionnaire can be divided into 4 parts as follow as:

Part I: The 1st part composes of 31 questions which involve the service behavior which has a chance to the grievance.

Part II: The 2nd part comprises of 12 items which measure about the attitude of dental profession.

Part III: The 3rd part consists of 3 queries which aims to study about the acknowledgement about the ethic.

Part IV: The final part has 10 questions which concentrate in the general characteristics of dentist.

Assessment of Tool's Quality (30-32)

1. Try out: After finished the questionnaire, It was verified the understanding by 43 dentists and all of ambiguous points were corrected in the final.

2. Content validity: All topics of document which compose of item, content validity, questionnaire content validity, item objective validity, questionnaire objective validity were reviewed by advisors and 43 dentists before launched to the survey.

3. Reliability: This assessment was run by measures of internal consistency which implemented by applied the rectified questionnaire to the new 44 dentists and calculated Conbrach's alpha coefficient which got the result as 0.8515.

Data Collection

1. Collect name and address of 363 dentists by contacting with Dental council through the dean of dental faculty of Mahidol university.
2. Send the post card to 363 dentists so as to let them know before sending the questionnaire 1 week after that send the questionnaire with the missive from Dean of dental faculty of Mahidol university to group of sample and finally send remind letter to group of sample after due 1 week and 2 weeks respectively. (32) The percentage of reply was 50.14%.
3. Re-sampling new group of the sample and send questionnaire for 2nd round. The percentage of reply in 2nd round was 50.69 %.
4. The duration in this step is between 24th February – 17th April 2004.

Data Analysis

1. Assessment criteria and classification criteria

1.1 Dental service behavior

The assessment criteria compose of

Positive question		Negative question
Yes	2 points	0 point
Hesitate	1 point	1 point
No	0 point	2 points

The classification criteria comprise of

- 1) Point > 1.6 or > 80 %

Means dental service behavior is very satisfied level: hardly for a grievance.

- 2) Point between 1.2 – 1.6 or 60 – 80 %

Means dental service behavior is satisfied level: having a chance for a grievance.

- 3) Point < 1.2 or < 60 %

Means dental service behavior is unsatisfied level: having more chance for grievance.

1.2 Attitude of dental profession

The criteria of assessment composes of

Positive question	Negative question
Most agreeable 5 points	1 point
More agreeable 4 points	2 points
Agreeable 3 points	3 points
Less agreeable 2 points	4 points
Not agree 1 point	5 points

Classification criteria is divided into 3 groups as followed as

1) Point > 4.2 or $> 80\%$

Means attitude of dental profession is of high level.

2) Point $3.4 - 4.2$ or $60 - 80\%$

Means attitude of dental profession is of moderate level.

3) Point < 3.4 or $< 60\%$

Means attitude of dental profession is in low level.

1.3 Acknowledgement about ethic

The criteria using for assessment is as followed as

Question	
Most knowledgeable	5 points
More knowledgeable	4 points
Acknowledgeable	3 points
Less knowledgeable	2 points
Least knowledgeable	1 point

The classification criteria is divided into 3 groups as followed as

1) Point > 4.2 or $> 80\%$

Means the acknowledgement about ethic is high level.

2) Point between $3.4 - 4.2$ or $60 - 80\%$

Means the acknowledgement about ethic is equal level.

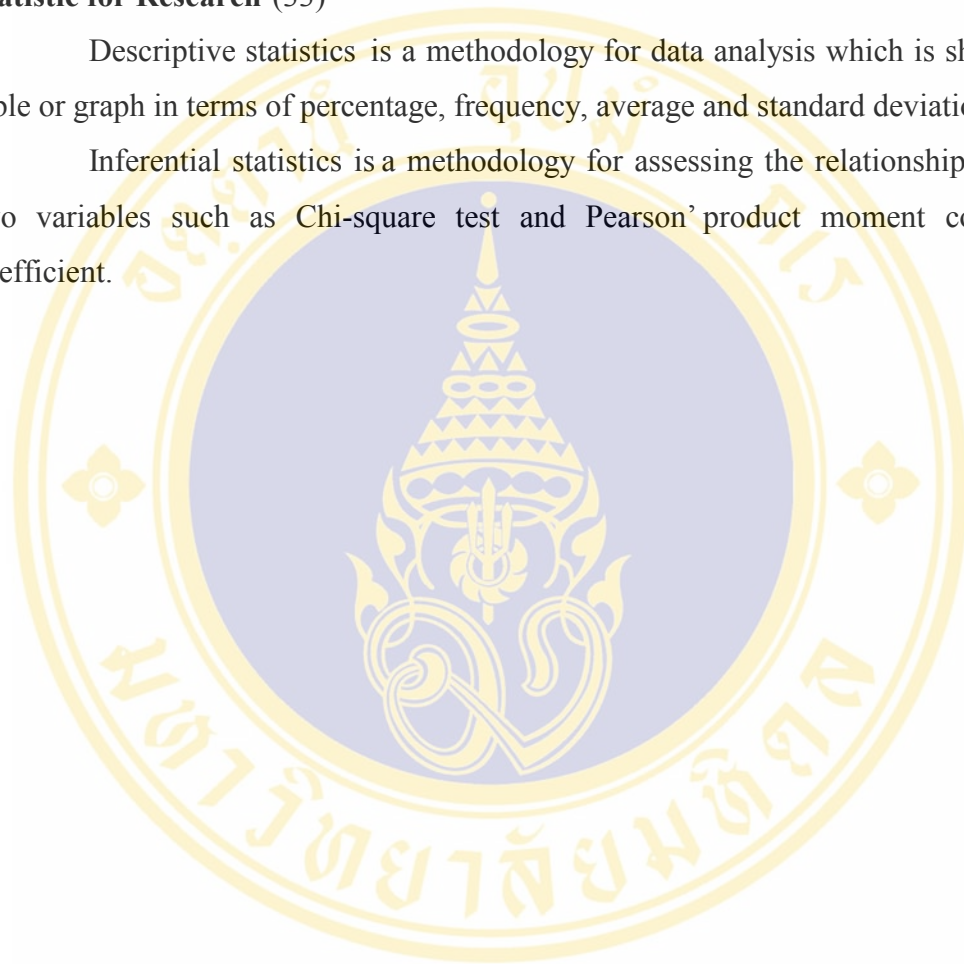
3) Point < 3.4 or $< 60\%$

Means the acknowledgement about ethic is low level.

Statistic for Research (33)

Descriptive statistics is a methodology for data analysis which is showed by table or graph in terms of percentage, frequency, average and standard deviation etc.

Inferential statistics is a methodology for assessing the relationship between two variables such as Chi-square test and Pearson' product moment correlation coefficient.



CHAPTER 4

RESULTS

About the method for collecting the data, the author chose the mail for contacting with a group of sample which composed of 726 dentists or 726 mails. The feedbacks of them received only 366 mails as equal 50.41 % of the total while there were only 33 mails as equal 4.54 % of the total which were incomplete the data.

The result of analysis is presented as followed as

Part 1 General characteristics of the dentists

Part 2 Service behavior which risk for a grievance

Part 3 Attitude of dental profession

Part 4 Acknowledgement about ethic

Part 5 Relation between 3 dependent variables (general characteristics of the dentists, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (dental service behavior)

Part 1 General Characteristics of the Dentists

1. General Information of the Population

Most of the dentists replied the mail were women as equal 61.5%. all of them were between 31-40 years old. The minimum age was around 24 years old as equal 38% and the maximum age was 64 years old. The average age of samples was 38.87 years old. The marriage status was 58.7 % . About the level of education, it was found that 53% of them graduated in bachelor degree and 22% of them graduated in post graduation. (see Table 1)

From the feedback, It was found that the dentists who graduated in oral and maxillofacial branch replied the mail (as equal 20.7%) much more than other department. (see Table 2)

Table 1 Percentage of the dentist is classified by sex, age, status and level of education

General information	number	percentage
Number of sample	366	100.0
Sex		
male	141	38.5
Female	225	61.5
Age (year)		
24-30	84	23.0
31-40	139	38.0
41-50	95	26.0
51-64	48	13.0
Average \pm standard deviation	38.87 \pm 9.40	
Min. value, Max. value	24, 64 years	
Status		
Single		
Marriage	144	39.3
Widow	215	58.7
Divorce	1	0.3
	6	1.7
Level of education		
Doctorate	9	2.5
Master degree	54	14.8
Bachelor degree	194	53.0
Certificate	83	22.7
Diploma / License	23	6.3
Others	3	0.7

Table 2 Number and percentage of the dentist is classified by level of education and department

Department	Level of Education				Total Number (%)
	Doctorate	Master degree	Certifi cate	Diplo ma / License	
	Number (%)	Number (%)	Number (%)	Number (%)	
Periodontic	-	3(1.8)	10(5.9)	-	13(7.7)
Pedodontic	-	4(2.4)	13(7.7)	1(0.5)	18(10.6)
Endodontic	-	1(0.5)	15(9.0)	-	16(9.5)
Oral & maxillofacial surgery	1(0.5)	4(2.4)	21(12.4)	9(5.4)	35(20.7)
Orthodontic	-	12(7.1)	-	5(2.9)	17(10.0)
Oral medicine	-	3(1.8)	2(1.2)	1(0.6)	6(3.6)
Prosthodontic	-	2(1.2)	14(8.3)	-	16(9.5)
Operative dentistry	-	-	3(1.8)	-	3(1.8)
General dentistry	-	-	3(1.8)	1(0.5)	4(2.4)
Dental public health	-	2(1.2)	-	2(1.2)	4(2.4)
Public health	1(0.6)	12(7.1)	-	1(0.6)	14(8.3)
Others	7(4.0)	11(6.5)	2(1.2)	3(1.8)	23(13.5)
Total (Percent)	9(5.3)	54(32.0)	83(49.1)	23(13.6)	169(100.0)

2. Working Experience

Most of the dentists have working experience around 6-10 years as equal 22.1% while the average working experience was 14.08 years. The minimum experience was 2 years and maximum experience was 38 years. (see Table 3)

The dentists who work only in primary working place as equal 53%. Which 54.6% of them worked in a government working place which 37.2 % of them worked in a clinic. From the study, It was found that 88.9% of samples had worked in secondary working place especially in private working place when considered in the detail found that 64.5% of them worked in a clinic. (see Table 4)

Table 3 Number and percentage of the dentist is classified by working experience.

General Informantion	Number	percent
Number	366	100.0
Working experience (years)		
2-5	69	18.9
6-10	81	22.1
11-15	76	20.8
16-20	54	14.8
21-25	42	11.5
≥ 26	44	11.9
Average ± standard deviation	14.08 ± 8.59	
Min. value, Max. value	2, 38	

Table4 Number and percentage is identified by primary working place and secondary working place

General Data	Number	Percent
Number of sample	366	100.0
Primary working place	366	100.0
Government working place	200	54.6
Community hospital	55	27.5
General hospital	40	20.0
Central hospital	27	13.5
University	46	23.0
Others government working place	32	16.0
Private working place	166	45.4
Private hospital	24	14.4
Clinic	136	81.9
Others private working place	6	3.7
Secondary hospital	172	47.0
Government working place	19	5.2
General hospital	1	5.3
Central hospital	4	21.0
University	6	31.6
Others	8	42.1
Secondary working place	153	41.8
Private hospital	30	19.6
Clinic	111	72.5
Others	12	7.9

3. Perception of the Grievance

Most of dentists thought that the cause of grievance came from the patient as equal 32.5% (see Table 5)

Most of the samples replied that they had ever seen a behavior of other dentists which risked for an ethic grievance as equal 51.6%. The behavior which had ever seen the most was under standard of treatment behavior as equal 22.7%, providing a treatment apart from the skill as equal 16.4 especially in orthodontic branch. On the other hand, when considers according to a group of grievance. It can be classified into 4 aspects which have the detail as ordering; commercially oriented service behavior 48.5%, substandard behavior 24.3%, insufficient communication and information service behavior 16.8% and non patient-oriented service behavior 10.4% (see Table 6)

Table 5 Number and percentage of the dentist is identified by the cause of grievance

General Information	Number	Percent
Number of samples	366	100.0
Cause of grievance		
Patient	119	32.5
Cousin	85	23.2
Dentist	79	21.6
Patient cousin and dentist	31	8.4
Patient cousin and friend	13	3.6
Patient and dentist including ambiguous communication	32	8.7
Others dentist	7	2.0

Table 6 Number and percentage of dentists' feedback is classified according to the type of dental service behavior which risk for ethic grievance from dentists' experience

Risk Behavior	Number	percentage
1. Non Patient-Oriented Service Behavior	28	10.5
Impolite and unequal treatment	27	10.1
No planning in comprehensive treatment	1	0.4
2. Insufficient Communication and Information Service Behavior	45	16.8
Providing with incompleteness information	37	13.8
Neglecting a responsibility when occurring of problem	8	3.0
3. Substandard Service Behavior	65	24.2
Providing under standard of the treatment	61	22.7
Providing a treatment without carefulness	3	1.1
Without recording a treatment	1	0.4
4. Commercially Oriented Service Behavior	130	48.5
Expensive cost	29	10.8
Providing a treatment without identified the skill	12	4.5
Providing a Orthodontic without a skill	44	16.4
Providing a more treatment than necessary	20	7.4
Persuading a more treatment than necessary	12	4.5
Employing an dental assistant without the dentist	8	3.0
Let the patient wait for a treatment	3	1.1
Working in private clinic while getting lavish work earnings	1	0.4
Cheating employable dentists	1	0.4
Total	268	100.0

Part 2 Risk of Service Behavior for the Grievance

1. Non Patient-Oriented Service Behavior

Dentist who neglects to the patient's need risked to a grievance. From the study found that number of the dentist who has a behavior without responding to the patient's need having a high risk at 45.7%, moderate risk at 45.6% and without a risk at 8.7% (see Table 9)

The behavior that risked to the grievance as ordered as the treatment without planning as a comprehensive treatment, treatment the patient only the symptom, perform an impolite acting to the patient and without attention to listening the patient's record.

The behavior which did not risk to the grievance was questioning to find a patient's need and expectation before a treatment. (see Table 7)

2. Insufficient Communication and Information Service Behavior

The dentist who provides a service with lacking of information and insufficient of the communication was a risk to the grievance. The chance of the grievance can be classified as following without a risk 53.3%, at moderate level 28.4% and at high level 18.3%. (see Table 9)

The behavior that was a high risk to the grievance as neglecting to give an answer the patient's suspect.

The risk behavior that was a moderate level to the grievance can be identified as ordered as unapplied a media to the explanation, without explanation about the necessary data respectively. (see Table 7)

Referring with the information, it was found that the topic which risked in a moderate level comprising of without explanation of the treatment cost, concealment about the risk of the treatment, without inform the result of diagnosis, without communication about the chance of the success and without providing an advisory to the patient.

The topic did not risk to the grievance as following without inform about the method of the treatment and without inform about the condition of the patient. (see Table 8)

The behavior did not risk to the grievance as following ambiguous communication about the patient's treatment, Using an inefficient language when communication, without providing information about the error of the treatment (see Table 7)

3. Substandard Service Behavior

About this behavior, a level of the risk was in a moderate level. Most of the dentists took a risk in a moderate level as equal 62.3%. While 29.2% of them did not take a risk and only 8.5% of them were in a high risk (see Table 9).

When considers about the chance of the grievance, It can order the behavior as following incapable operating a basic life support when emergency occurred, unused an equipment to diagnosis and providing unsuitable treatment due to error of diagnosis.

The behavior riskd to the grievance in a moderate level ordering as followed as without communication when refers the patient to other dentist. without followed up the patient who may have a problem after the treatment.

The behavior did not risk to the grievance as followed as without inquiring patient's information before providing a treatment such as medical record, dental record and drug allergy, without an equipment to diagnosis, providing a treatment without carefulness, without prevention for infection control as the standard. (see Table 7)

4. Commercially Oriented Service Behavior

About this topic, it was found that the chance of the grievance was in a moderate level. 51.9% of the samples were in a moderate level. 26% of them were in a high level. And 22.1% of them did not risk for the grievance. (See Table 9)

Involving the behaviors of this topic, They were ordered according to a chance to the grievance as following, without usage informed consent in a working place, misunderstanding about the informed consent, providing a difference treatment according to the patient's position and providing advisory about the unnecessary treatment.

The behaviors risked in a moderate level composing of lacking the sense to uncomfortable or unsatisfied of the patient, providing dental service without skill and knowledge and providing an unsuitable equipment to diagnosis the patient.

The behaviors did not risk to the grievance composing of providing unnecessary treatment or dangerous treatment to the patient, and unrealized about cost of treatment. (see Table 7)

Conclusion about Risk of the 4 Behaviors to the Grievance

About this topic, most of dentists have a chance of grievance in a moderate level. From the study, it was found that 55.2% of them were in a moderate level. 28.7% of them did not risk for the grievance while 16.1%.(see Table 9)

Referring with above 4 behaviors, The most risk behavior for the grievance was Non patient-oriented service behavior. Following with Commercially oriented service behavior as in a moderate level, substandard service behavior and insufficient communication and information service behavior respectively. (see Table 7)

Table 7 Average score, standard deviation and level of risk for the grievance in service behavior

Dental Service Behavior	Average ± S.D.	Level of Risk
Behaviors	1.46 ± 0.23	moderate
Non Patient-Oriented Service Behavior	1.16 ± 0.39	high
Without question patient's requirement and expectation before providing a treatment	1.69 ± 0.51	none
Neglecting to listening the patient's record	1.16 ± 0.85	high
Providing dental service as a comprehensive treatment	0.79 ± 0.78	high
Providing a treatment only a symptom.	1.08 ± 0.88	high
Act as impolite to the patient	1.08 ± 0.81	high

Table 7 Average score, standard deviation and level of risk for the grievance in service behavior (Continuous)

Dental Service Behavior	Average ± S.D.	Level of Risk
Insufficient Communication and Information Service Behavior	1.55 ± 0.33	moderate
Insufficient information about the treatment to the patient	1.93 ± 0.31	none
Use an improper language/manner while gives an advisory to the patient	1.93 ± 0.25	none
Unapplied the media when gives an explanation	1.34 ± 0.56	moderate
Not allocate the time for the patient to ask about the suspect	0.95 ± 0.80	high
Without communication about the error happening during a treatment	1.84 ± 0.38	none
Without immediately inform about the error after the treatment.	1.77 ± 0.49	none
Concealing the truth about the error of the treatment.	1.69 ± 0.55	none
Substandard Service Behavior	1.50 ± 0.25	moderate
Without inquiring about the medical record dental record and drug allergy before providing the treatment.	1.78 ± 0.44	none
Without an necessary equipment to diagnosis.	1.68 ± 0.57	none
Without usage an equipment to diagnosis.	1.04 ± 0.83	high
Providing with unsuitable treatment due to fault of diagnosis.	1.17 ± 0.67	high
Without followed up the patient who may have a problem after the treatment.	1.48 ± 0.61	moderate
Without communication when refers the patient to other dentist	1.37 ± 0.64	moderate
Providing a treatment without carefulness.	1.76 ± 0.50	none

Table 7 Average score, standard deviation and level of risk for the grievance in service behavior (Continuous)

Dental Service Behavior	Average ± S.D.	Level of Risk
incapable operating a basic life support when emergency occurred.	1.00 ± 0.62	high
without prevention for infection control as the standard.	1.77 ± 0.48	none
Commercially Oriented Service Behavior	1.36 ± 0.31	moderate
Providing unnecessary treatment or dangerous treatment to the patient.	1.71 ± 0.57	none
Providing advisory about the unnecessary treatment.	1.19 ± 0.82	high
Providing an unsuitable equipment to diagnosis the patient.	1.55 ± 0.66	moderate
Unrealized about cost of treatment	1.87 ± 0.40	none
Providing a difference treatment according to the patient's position	1.17 ± 0.80	high
providing dental service without skill and knowledge.	1.47 ± 0.64	moderate
Lacking the sense to uncomfortable or unsatisfied of the patient	1.44 ± 0.69	moderate
Misunderstanding about the informed consent	1.08 ± 0.82	high
Without usage informed consent in a working place.	0.75 ± 0.90	high

Table 8 Average, standard deviation and conclusion about risk for the grievance in case of without providing a necessary information to the patient.

Providing Service without Providing a Necessary Information to the Patient	Average ± S.D.	Level of Risk
Without Explanation about a Necessary Information to the Patient	1.54 ± 0.40	moderate
Without Explanation about the Result of Diagnosis	1.43 ± 0.52	moderate
Without explanation about step of diagnosis	1.19 ± 0.78	high
Without explanation about type of disease	1.61 ± 0.62	none
Without explanation about the cause.	1.47 ± 0.67	moderate
Without explanation about the symptom.	1.45 ± 0.65	moderate
Without explanation about the risk.	1.44 ± 0.66	moderate
Without Explanation about the Treatment.	1.71 ± 0.43	none
Without explanation about the treatment plan.	1.80 ± 0.45	none
Without explanation about the duration of the treatment.	1.65 ± 0.58	none
Without explanation about side effect of the treatment.	1.68 ± 0.54	none
Without Explanation about the Alternative of the Treatment.	1.63 ± 0.54	none
Without explanation about the treatment plan.	1.65 ± 0.59	none
Without explanation about the duration of the treatment.	1.59 ± 0.62	moderate
Without explanation about side effect of the treatment.	1.65 ± 0.57	none
Without Explanation about the Dangerous of the Treatment.	1.39 ± 0.68	moderate
Without Explanation about the Success of the Treatment.	1.49 ± 0.64	moderate

Table 8 Average, standard deviation and conclusion about risk for the grievance in case of without providing a necessary information to the patient.
(Continuous)

Providing Service without Providing a Necessary Information to the Patient	Average ± S.D.	Level of Risk
Without Explanation in Case of Giving up the Treatment.	1.63 ± 0.55	none
Without Explanation about the Cost of Treatment. (Before Providing a Treatment)	1.31 ± 0.71	moderate
Without Providing an Advisory to the Patient.	1.56 ± 0.52	moderate
Without providing a point of concern so as to get an effective treatment.	1.58 ± 0.59	moderate
Without providing a preventive action to the recurrence of the disease	1.55 ± 0.59	moderate

Table 9 Percentage of the dentist identifies according to the risk behavior for the grievance.

Dental Service Behavior	Level of Risk			Average ± S.D.
	None	Moderate	High	
4 Aspects of the Behavior	28.7	55.2	16.1	1.46 ± 0.23
1. Non patient-oriented service behavior	8.7	45.6	45.7	1.16 ± 0.39
2. Insufficient communication and information service behavior	53.3	28.4	18.3	1.55 ± 0.33
3. Substandard service behavior	29.2	62.3	8.5	1.50 ± 0.25
4. Commercially oriented service behavior	22.1	51.9	26.0	1.36 ± 0.31

Part 3 Attitude of Dental Profession

1. Perception of Professional Motive

About this aspect, it was found that most of them had a level of attitude in a moderate level. 65.8% of them had an attitude in a moderate level. 23.5% of them were in a high level and 10.7% of them were in a low level. (see Table 11)

The point which the dentists had an attitude in a low level as a motivation for choosing this profession due to providing a high income. (see Table 10)

The point that the dentist had an attitude in a high level as a key of being a good dentist due to kindness and love to the other

2. Satisfaction with Job

From the study, it was found that the attitude of satisfaction with job in dental profession had an average score as equal 3.42 which was in a moderate level. 46.2% of them had an attitude in a low level. 36.3 of them were in a moderate level and 17.5% of them were in a high level. (see Table 11)

The attitude of satisfaction with job was in a low level as dental profession being a routine and boring work and as dental service profession usage skill more than knowledge and as turning back from dental profession if having a chance to other occupations respectively. (see Table 10)

The attitude of satisfaction with job was in a high level as a proud in dental profession due to helping a patient from oral disease.

3. Relation Between Patient and Dentist

The attitude of the dentists in this topic had an average score as equal 2.86 which was in a low level. 84.7% of them had an attitude in a low level. 13.4% of them were in a moderate level and 1.9% of them were in a high level. (see Table 11)

The attitude of relation between patient and dentist was in a low level as up-to-date dentist had to endure a high expectation of the patient and as the patients did not respected the dentist because the relation changed to the business. (see Table 10)

The attitude that was in a moderate level as most of the patient trusted and co-operated to the treatment program.

4. Acceptation from Social

The acceptance from the social had a score as equal 3.32 which was in a low level. 68.8% of them had an attitude in a moderate level. 25.7% of them was in a moderate level. And 5.5% of them was in a high level. (see Table 11).

The attitude of the dentist was in a low level as dentist was an importance in the health promotion team but in fact adversely. (see Table 10)

The dentist had an attitude in a moderate level as most of people thought that dental profession was a honor and a fame from the social and as the dentist was accepted in a good level by the colleague such as doctor, pharmacist, nurse and others.

Conclusion 4 Aspect of Attitude of the Dental Profession

Most of dentist had an attitude of the dental profession in a low level. 55.2% of them were in a low level. 41.8% of them were in a moderate level and 3% of them were in a high level. (see Table 11)

The attitude was in a low level as the relation between the dentist and the patient and as the acceptance from the social. (see Table 10)

The attitude was in a moderate level as perception of professional motive and satisfaction with job respectively.

Table 10 Average, standard deviation and conclusion the attitude of dental profession according to aspects and clauses

Attitude of Dental Profession	Average \pm S.D.	Conclusion
4 aspects of attitude	3.34 \pm 0.43	low
Perception of Professional Motive	3.93 \pm 0.59	moderate
Motivation for choosing this profession due to providing a high income.	3.35 \pm 0.96	low
Key of being a good dentist due to kindness and love to the other.	4.51 \pm 0.67	high

Table 10 Average, standard deviation and conclusion the attitude of dental profession according to aspects and clauses (Continuous)

Attitude in Dental Profession	Average ± S.D.	Conclusion
Satisfaction with Job	3.42 ± 0.73	moderate
Dental service profession usage skill more than knowledge	3.07 ± 1.01	low
Proud in dental profession due to helping a patient from oral disease	4.25 ± 0.73	high
Dental profession being a routine and boring work.	3.02 ± 1.18	low
Turning back from dental profession if having a chance to other occupations.	3.34 ± 1.22	low
Relation between Patient and Dentist	2.86 ± 0.62	low
the patients did not respected the dentist because the relation changed to the business.	2.78 ± 1.04	low
Most of the patient trusted and co-operated to the treatment program.	3.69 ± 0.68	moderate
Up-to-date dentist had to endure a high expectation of the patient.	2.10 ± 0.80	low
Acceptation from Social	3.32 ± 0.51	low
Most of people thought that dental profession was a honor and a fame from the social	3.87 ± 0.73	moderate
Dentist was an importance in the health promotion team but in fact adversely.	2.17 ± 0.95	low
Acceptability from the colleague such as doctor, pharmacist, nurse and others being in a good level.	3.91 ± 0.67	moderate

Table 11 Percentage of the dentist identifies according to the attitude of dental profession.

Attitude of Dental Profession	Level of Attitude			Average \pm S.D.
	High	Moderate	Low	
4 Aspects of Attitude	3.0	41.8	55.2	3.34 \pm 0.43
1. Perception of professional motive	23.5	65.8	10.7	3.93 \pm 0.59
2. Satisfaction with job	17.5	36.3	46.2	3.42 \pm 0.73
3. Relation between patient and dentist	1.9	13.4	84.7	2.86 \pm 0.62
4. Acceptation from social	5.5	25.7	68.8	3.32 \pm 0.51

Part 4 Acknowledgement about Ethic (see Table 12)

1. About the Dentistry laws legislated in 1994 part II, Most of dentist had an acknowledgement in a low level with an average score 3.09. From the study, it was found that 39.9% of them were in a moderate level, 28.1% of them were in a high level and 18.9% of them were in a low level.

2. About the Integrity and moral of profession, Most of dentist had an acknowledgement in a moderate level with an average score 3.84. From the study, It was found that 51.9% of them were in a high level. 24.0% of them were in a moderate level and 18.9% of them were in the highest level.

3. About Patients' right to information, Most of dentist had an acknowledgement in a moderate level with an average score 4.04. From the study, it was found that 44.8% of them were in a high level. 30.9% of them were in the highest level and 21.9% of them were in a moderate level.

Conclusion an acknowledgement about ethic

Most of dentists had an acknowledgement about the ethic of profession in a moderate level with score 3.66. 45.6% of them had an acknowledgement in a moderate. 36.9% of them were in a low level and 17.5% of them were in a high level.

The acknowledgement about the Dentistry laws legislated in 1994 part II which involved ethic of profession was in a low level .

The acknowledgement about integrity and moral of profession, and patients' right to information were in a moderate level. From the study, the patients' right to information had a more perceive than the integrity and moral of profession.

Table 12 Percentage of the dentist identifies according to the level of acknowledgement about ethic

Ethic of Profession	Percentage					Average \pm S.D.	Conclusion
	Highest	High	Moderate	Low	Lowest		
Acknowledgement						3.66 \pm 0.68	moderate
• Dentistry laws legislated in 1994 part II	6.6	28.1	39.9	18.9	6.5	3.09 \pm 0.99	low
• Integrity and moral of profession	18.9	51.9	24.0	4.6	0.6	3.84 \pm 0.80	moderate
• Patient's right to information	30.9	44.8	21.9	2.2	0.2	4.04 \pm 0.80	moderate

Part 5 Relation between Dependent Variables (General Characteristic of Dentist and Attitude of Dental Profession and Acknowledgement about Ethic) and Independent Variable(Dental Service Behaviors)

Relation Between General Characteristic of Dentist and Dental Service Behavior

There was not a relation between general characteristic of dentist and dental service behaviors with 95% confidence. (see Table 13)

When considered about the primary working place in term of government working place and private working place. There was a significant relation as equal 0.134 between primary working place and dental service behavior in aspect of non patient-oriented service behavior with 95% confidence (p -value < 0.05). (see table 14) Thus if independent variable was a primary working place, The error of prediction can reduce as equal 1% when forecasted about the non patient-oriented service behavior. About the risk to the grievance, it was found that the government working place had a more risk than private working place as equal 94% and 88% respectively. (see Table 18)

About the relation between primary working place and dental service behavior in case of insufficient communication and information service behavior, there was a drastically relation with 95% confidence (p -value < 0.01). (see Table 15) From the study, the dentists in a community hospital had risk in both of a moderate level and a high level with 67.3% of them but inversely for who worked in the university had risk in a same case only 28.2% of them. (see Table 19)

The level of education had a significant relation with the service behavior in case of substandard service behavior with 95% confidence (p -value < 0.01). (see Table 16) From the result, it was found that the dentist who graduated in bachelor degree having a risk in both of moderate level and high level at the highest percentage as equal 77.8%. (see Table 20)

Age and working experience had a positive relation with the dental service behavior in case of substandard service behavior with 95% and 99% respectively (p -value < 0.05) and in case of commercially oriented service behavior with 95% confident 95 %(p -value < 0.05) (see Table 16)

The relation between level of education and dental service behavior in case of commercially oriented service behavior was a significant relation with 95% confidence (p -value < 0.05). (see Table 17) From the study, it was found that the dentist who graduated in doctorate degree or diploma having a risk in both of moderate level and high level at the highest percentage as equal 90.6% (see Table 21)

Relation between Attitude of Dental Profession and Dental Service

Behavior

Attitude of dental profession was a positive relation with a dental service behavior in all cases of 4 aspects with 99% confidence (p -value < 0.001). (see Table 13 to 17)

Relation between Acknowledgement about Ethic and Dental Service

Behavior

About the relation between acknowledgement about ethic and overall of dental service behaviors was in a significant relation with 99% confidence (p -value < 0.001). (see Table 13)

The acknowledgement about ethic of profession was a positive relation with insufficient communication and information service behavior and substandard service behavior with 99% confidence (p -value < 0.001) and was a significant relation with commercially oriented service behavior with 95% confidence (p -value < 0.05) (see Table 15 to 17). But for the non patient-oriented service behavior was not a significant relation with an acknowledgement about ethic with 95%. (see Table 14)

Table 13 The statistics shows the relation between dependent variable (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (Overall dental service behavior)

Dependent Variables	χ^2 - test	d.f.	r	p-value
Sex	2.708	2	-	0.258
Status	4.553	2	-	0.103
Level of education.	6.278	6	-	0.393
Primary working place identified by category	20.101	12	-	0.065
Primary working place identified by government and private working place	2.668	2	-	0.263
Age	-	-	0.081	0.124
Working experience	-	-	0.068	0.196
Attitude of dental profession	-	-	*0.321	<0.001
Acknowledgement about ethic	-	-	**0.347	<0.001

* with 95 % confidence

** with 99 % confidence

Table14 The statistics shows the relation between dependent variable (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (non patient-oriented service behavior)

Dependent Variables	χ^2 – test	d.f.	r	p-value
Sex	4.079	2	-	0.130
Status	3.359	2	-	0.186
Level of education.	7.607	6	-	0.268
Primary working place identified by category	14.467	12	-	0.272
Primary working place identified by government and private working place	*6.527	2	-	0.038
Age	-	-	0.047	0.365
Working experience	-	-	0.036	0.493
Attitude of dental profession	-	-	**0.216	<0.001
Acknowledgement about ethic	-	-	0.088	0.094

* with 95 % confidence

** with 99 % confidence

Table 15 The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (insufficient communication and information service behavior)

Dependent Variables	χ^2 - test	d.f.	r	p-value
Sex	1.969	2	-	0.374
Status	0.347	2	-	0.841
Level of education	9.055	6	-	0.171
Primary working place identified by category	*29.133	12	-	0.004
Primary working place identified by government and private working place	4.070	2	-	0.131
Age	-	-	0.011	0.832
Working experience	-	-	<0.001	<0.001
Attitude of dental profession.	-	-	**0.201	<0.001
Acknowledgement about ethic	-	-	**0.307	<0.001

* with 95 % confidence

** with 99 % confidence

Table 16 The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (substandard of service behavior)

Dependent Variables	χ^2 - test	d.f.	r	p-value
Sex	4.778	2	-	0.092
Status	4.916	2	-	0.086
Level of education	*18.391	6	-	0.005
Primary working place identified by category	13.318	12	-	0.346
Primary working place identified by government and private working place	0.401	2	-	0.818
Age	-	-	*0.132	0.012
Working experience	-	-	**0.135	0.010
Attitude of dental profession	-	-	**0.271	<0.001
Acknowledgement about ethic	-	-	*0.335	<0.001

* with 95 % confidence

** with 99 % confidence

Table 17 The statistics shows the relation between dependent variables (composing of general characteristic of dentist, attitude of dental profession and acknowledgement about ethic) and independent variable (commercially oriented service behavior)

Dependent Variables	χ^2 – test	d.f.	r	p-value
Sex	10.477	6	-	0.106
Status	3.329	2	-	0.189
Level of education	*12.845	6	-	0.046
Primary working place identified by category	14.904	12	-	0.247
Primary working place identified by government and private working place	5.072	2	-	0.079
Age	-	-	*0.128	0.015
Working experience	-	-	*0.114	0.030
Attitude of dental profession	-	-	**0.288	<0.001
Acknowledgement about ethic	-	-	*0.129	0.013

* with 95 % confidence

** with 99 % confidence

Table 18 Percentage of the dentist identifies according to primary working place and level of risk for the grievance in point of non patient-oriented service behavior.

Primary Working Place	Level of Risk for the Grievance		
	None	Moderate	High
	%	%	%
Government working place	6	43.5	50.5
Private working place	12	48.2	39.8
Total	8.8	45.6	45.6

$$\chi^2 = 6.527, \text{ d.f.} = 2, \text{ p-value} = 0.038$$

Table 19 Percentage of the dentist identifies according to primary working place and level of risk for the grievance in point of insufficient communication and information service behavior

Primary Working Place	Level of Risk for the Grievance		
	None	Moderate	High
	%	%	%
Government hospital			
Community hospital	32.7	38.2	29.1
General hospital	42.5	30.0	27.5
Central hospital	48.1	48.1	3.7
University	71.7	15.2	13.0
Others	53.1	21.9	25.0
Private working place			
Private hospital	54.2	25.0	20.8
Clinic	58.8	26.5	14.7
Total	53.1	28.3	18.6

$$\chi^2 = 29.133, \text{ d.f.} = 12, \text{ p-value} = 0.004$$

Table 20 Percentage of the dentist identifies according to the level of education and level of risk for the grievance in point of substandard service behavior

Level of Education	Level of Risk for the Grievance		
	None	Moderate	High
	%	%	%
Doctorate/Diploma	43.8	53.1	3.1
Master degree	31.5	64.8	3.7
Bachelor degree	22.2	64.9	12.9
Certificate	38.6	57.8	3.6
Total	29.2	62.3	8.5

$$\chi^2 = 18.391, \text{ d.f.} = 6, \text{ p-value} = 0.005$$

Table 21 Percentage of the dentist identifies according to the level of education and level of risk for the grievance in point of commercially oriented service behavior

Level of Education	Level of Risk for the Grievance		
	None	Moderate	High
	%	%	%
Doctorate/Diploma	9.4	71.9	18.7
Master degree	16.7	68.5	14.8
Bachelor degree	32.0	50.5	17.5
Certificate	22.9	56.6	20.5
Total	25.6	56.5	17.9

$$\chi^2 = 12.845, \text{ d.f.} = 6, \text{ p-value} = 0.046$$

CHAPTER 5

DISCUSSION

In this study, the author sent the mail to 726 dentists for 4 times so as to inform and follow up the questionnaire. The result got back only 366 mails which equal 50.41%. About the non reply mail, the author assumed that they might change the address or move to work in other place which is not according to the former address giving to the dental council.

When considers about the dentist's service behavior, It was found that the risk for grievance is in a moderate level. 71.3% of the behavior risk for the grievance. About the questionnaire which is assessed by the dentist, may the result more positive than a real case. According to dentist's experience, it was found that 51.6% of a service behavior has a risk in the ethic grievance which ordered as followed: commercially oriented service behavior, substandard service behavior, insufficient communication and information service behavior, and non patient-oriented service behavior. On the other hand, when regards the result of the questionnaire. The service behavior which is risk to the grievance can order as followed: non patient-oriented service behavior, commercially oriented service behavior, substandard service behavior, and insufficient communication and information service behavior. When comparing between result of the questionnaire and result of dentist's experience, It was different order only in the point of non patient-oriented service behavior but for others were in a same sequence. From this point, it is explained that this behavior implies to the pay attention to the patient hence nobody can observe when the dentist omits this point. This is a reason why most of dentists thought that it is a tiny point in their profession.

About the cause of grievance, most of dentists thought that 32.5% initiated from patient which is differ from the studying result of Prommin Homhuan and Vitoon Ungprapan (8,10) who found that most of grievance having a source from the dentist. About the cause of difference, It comes from the different of opinion between the

dentist and the patient. The dentist thought that the patient did not understand or seldom co-operated with the treatment while the patient had a more expectation from the treatment. All of above mention are able to solve by making an understanding and a favor between the dentist (29), giving a service with ethic and the patient and respective to the patient's right.

From the study, The risk behaviors for the grievance were able to identify into 4 behaviors.

Non patient-oriented service behavior, Most of dentists seldom learn about the patient needs which make a bad feeling to the patient and no trust in a consequence. Hence the dentist is unable to get the information from the patient which leads to the service lower than patient's expectation. Besides, most of problems come from the treatment according to the symptom but not from a root cause and impolite behavior during a treatment. About the unsuitable behavior should be urgently improved as service behavior with non-comprehensive treatment which has a cause from a separate curriculum in the university and leads to a specialist in post graduation.

Insufficient communication behavior, Although most of dentists have an understanding about the importance of advisory, they still omit in a real work which leads to the grievance (5,8). From the study, there are 5 items that should be improved such as diagnosis, hazard from treatment, chance of success, cost of treatment and instruction for the patient. About the way to solve this problem, the dentist should give a more time to the patient so as to make understanding in an ambiguous point.

Substandard service behavior, It was found that only some points such as asking the patient's record before treatment implying the pay attention and protecting the dangerous to the patient but for others most of dentist omits them such as improper equipment usage for diagnosis, no followed up the result of their treatment, providing insufficient information or lacking communication when referring the patient and insufficient preparation for emergency situation. Hence the authors have an opinion that it should be improve in this points as followed as providing a suitable an equipment according to the disease and the treatment, providing more information to the patient or other dentist in case of reference and having a urgent countermeasure in

case of having an emergency situation. Especially the last point, author thought that it should urgently proceed although it is quite a rare case.

Commercially oriented service behavior, Most of dentists provide a suitable treatment program to the patient but 35.5% of the dentists had ever seen a providing a unsuitable program to the patient for taking an advantage. From the study, it was found that more than a half of dentists have an unsuitable behavior such as treated the patients according to their status, taking advantage from the patient, providing a treatment more than the competency and neglecting to the patient's mind and patient's right during a treatment. In the later point, most of dentists thought that it has not an important and do not want to make a clue when the patient complain. But in fact this is very useful for the dentist so as to provide a necessary information before a treatment which help for reducing a confliction after the treatment thus it should be enhance to implement in the future.

Referring about attitude of dental profession, It was found that most of them have an attitude in a low level which equals to 55.2%. The most topic which should be improved as a relation between the dentist and the patient. For the minor points need to improve as followed as attitude of acceptance from the social, attitude of satisfaction with job and attitude of perception of professional motive respectively.

About perception of professional motive, although most of dentists agree that the individual who works in dental profession normally is a kindness and friendliness person. However with an inducer in objectivism environment and high income leads the most dentist changing their attitude from dental idealism to dental commercialism (8) which is potential to the grievance.

About satisfaction with job, most of dentists thought that it uses the skill more than the knowledge. Hence they are bored and tried to a routine work and many of them need to change to a new job which has a more challenge. However this problem can be solve if the dentist pay more attention in the patient. Because they have always taken more time for searching a new knowledge which makes a challenge in their job.

For the relation between dentist and the patient, most of them do not give an importance because the relation is change from a bind to a commerce. The patients do not respect to the dentists and have more expectation after treatment. Thus if the

patients pay more, the expectation after treatment takes more as well. This is a one reason that why the dentists endure with the patients and their relation have a gap more and more (2).

About the acceptance from the social, most of the dentist thought that they get more honor and praise from the people but get less from their colleague. Thus the dentists are apt to neglect from other health care unit because their job can be finished by own unit which leads a lacking of relation with the other unit. So as to solve this problem, dentist should let other know about their work and try to make a relation with them.

The result from this research is difference from the attitude of nurse research (34) which the attitude of nurse is in a moderate level, equal to 68%, a high level equal to 17% and a low level equal to 15%. The reason which make a difference has a source from the difference in the curriculum which combined the ethic in the clause.

When considers about an acknowledgement about the ethic, it was found that the average score was in a moderate level. From the reference data, It was identified that 45.6% was in a low level, 36.9% was in a moderate level and 17.5% was in the high level. The reason that explains about the cause why most of the population had an ethic acknowledgement in a low level was incomplete of the dentist's curriculum in a part of ethic. Hence, most of them are neglect the ethic but lead only to the expertise in the profession.

When ordering the acknowledgement topic that should be improved, it can conclude that most of the dentist should know more about dentistry laws legislated in 1994 part II, integrity and moral of profession, and patients' right to information respectively. From the study, author thought that the acknowledgement of the dentists depend upon the compulsion from the dental council (14,17). If it is only a guideline or an agreement, it is quite low response from the dentist comparing with a compulsion (21,29).

The relation between characteristic of dentist and dental behavior

When considers about the type of primary working place, It was found that the dentist working in a government hospital is apt to work as non patient-oriented service behavior more than the dentist working in a private hospital. Thus the number of grievance from the government hospital is quite higher than a private hospital with

many reasons such as a lower number of the patient, having an aim in the business by making a satisfaction to the customer continuously and emphasizing a profit from the comprehensive treatment.

The relation between primary working place and insufficient communication and information service behavior, It is found that the dentist working in a community hospital is the highest risk for the grievance and following with a hospital, an university and a clinic. The factors which influences to the grievance are ordered the following. The number of the patient to the dentist which most of community hospitals have a more patients thus the dentist has a bit time to explain the detail to the patient. This might be a cause of grievance. The number of the specialists which normally in the university has a more specialists hence it is very easy to assess the fault from the dental treatment besides most of dentists are quite concentrate and more carefully in a treatment. The commitment to customer satisfaction; most of the dentists working at the clinic they try to make a satisfaction to the customers by treating them with a comprehensive treatment and having a more time for making a comprehension about the treatment.

Level of the education has related to the service behavior. It was found that the dentist who graduated in the bachelor degree having a chance in the grievance more than the dentist who graduated in the post graduation and doctorate. From the study, the author thought that the reason that makes the dentist who graduate in post graduation and doctorate having a less chance for the grievance comes from a more knowledge and a more skill which make them having a more carefulness. Besides the study in the university led them knowing about the standard of the treatment. On the other hand, when consider about the dentist who only graduated in bachelor degree. It was found that may they have to cure the patient in a more difficult case than their ability. This result was different from studying of Wangpetch (35).

Age and experience in dental profession have a positive relation with substandard service behavior and commercially oriented service behavior. This result is according to the study of Wangpetch (35) ($p\text{-value} < 0.05$). With the dentists who are more age and have more an experience is quite prudently in their work.

Level of education has a relation with a dental service profession. It is found that the dentists who graduated in doctorate and post graduation have a more chance

for the grievance in this topic respectively. From the data, most of them work in a university or the hospital hence it is possible that they have ever seen many cases from their experience.

Relation between attitude of dental profession and dental service behavior

The attitude of the dentist has a positive relation to 4 aspects of the dental service profession according to the study of Sureerat pornwattanakul (34) (p -value < 0.05). Because the attitude influence to the result of work. If there is a positive for work, it makes an individual having a creation. On the other hand. If there is a negative for work, it makes an opposite side (13). From the study, it was found that the attitude was not born with an individual but it occurred according to the experience of individual. Thus it can change all the time depending upon learning and getting a new experience (13). The alternation of the attitude can be done by persuasion, advisory, narration and learning (15) Thus if there is a good instructor combined with a training, it will lead the dentist having a good attitude which is consequent to a better service behavior.

Relation between acknowledgement about ethic and dental service behavior

The acknowledgement about the ethic has a positive to dental service behavior. The type of dental service behavior can be identified into 3 types composing of insufficient communication and information service behavior, substandard service behavior, and commercially oriented service behavior. From the study it is known that the acknowledgement is one of factors which influences to the behavior because it initiates a basic of the behavior. Thus the acknowledgement is determined the behavior by passing of the stimulant through the internal process which has a realization, thinking, believe and experience for processing the result (13). Thus if there are a program to push in both of an acknowledgement of the requirement in profession and establish an ethic, it will help the dental service behavior better than a present. (20)

From the study, It was found that the dentist who neglects to the ethic trends to increase. But in the detail of the treatment, the patient is unable know about the accuracy of the treatment and the effect does not lead to the fatal. Hence the grievance of the patient in dental case is quite less than the doctor. Most of dentist thought that it was far from themselves. In the fact, now the problem is more increased thus the

dentist should turn to consider and interest in the ethic so as to make a satisfaction through the patients need continuously to prevent the grievance from the them.

In this research, the author leads to study about the service behavior of the Thai's dentist by referring with a grievance data of the doctor because his work is quite the same as a dentist. Besides, the patient may think to the dentist as same as the doctor while the doctor have encountered with a grievance much more period than the dentist. Unfortunately the study about the dentist in this topic is quite less. At that time, if the author studies especially in the dentist case, it will lead an advantage to the dental profession. Thus, this is a primary data for studying a dentist's behavior which reflects many situations in dental service behavior such as the attitude of the dentist and the acknowledgement of the restriction and dental ethic. Moreover it can explain about the factors which influence to the dental profession and learn about the way to change the unsatisfied behavior. Consequently the author hope that this research will give an advantage and lead to the study in other aspects in the future.

CHAPTER 6

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

This study was a descriptive research which aimed to reflect about the risk behavior of the Thai dentist having a chance in ethic grievance. The group of sample composed of 366 dentists who were treated with self-administrated questionnaires which were proved by the professor in the dental field and besides were tested with 44 dentists before mailed a reliable questionnaire (Alpha = 0.8515) to the samples. After that, the replies were analyzed by the statistic tool such as percentage, frequency, mean, standard deviation, chi-square, pearson's coefficient and multiple regression.

Conclusion

The group of sample composes of 61.5% females who are age between 31 to 40 years. 38 % of them had the average age 38.87 years and married 58.7%. The education level normally graduated in bachelor degree which 53% of them mostly graduated in oral and maxillofacial surgery branch 20.7%. 22.1% has working experience normally 6-10 years and had the average experience around 14.08 years. 53% of them work only in primary working place which normally is a clinic. On the other hand, 37.2% work a part time in secondary working place normally as a clinic. About the grievance, 64.5% of the dentists agree that the cause normally occurs from the patient moreover 32.5% of them had ever seen the risk behavior of others as a chance of ethic problem 51.6. The behavior taking a risk for the grievance is a curing with substandard which is about 22.7% and 48.5% is mostly found in term of service with commercially oriented behavior.

Normally the dentist's work is in term of general service, hence the risk for the grievance takes in the moderate level. (55.2 % takes a risk in the middle level, 28.7% is now-significant level and 28.7% is in the high level.) About the risk behaviors which cause to the grievance can be identified into 4 types as followed: non patient-oriented service behavior, commercialy oriented service behavior, substandard

service behavior and insufficient communication and information service behavior respectively.

From the study, most dentists have an attitude of dental profession (55.2% is in a poor level, 41.8% is in a mean level and 3% in a good level). The attitude should be urgently improved as followed 4 attitudes; relation between patient and dentist, acceptance from the social, satisfaction with job, and perception of professional motive.

About the acknowledgement about ethic, most of dentists have overall acknowledgement in a mean level (45.6% is in a mean level, 36.9% is in a low level and 17.5% is in a high level). From the study, It should be improved the acknowledgements sorting according with the importance as followed: dentistry laws legislated in 1994 part II, integrity and moral of profession, and patients' right to information respectively.

The relationship between non patient-oriented service behavior and primary working place (composing of private hospital and official hospital) found that type of primary working place has a significant relation to service behavior (p -value < 0.05 at 95% confidence).

The level of education has significant relation to the substandard service behavior (p -value < 0.01 at 95% confidence). The age and the working experience has positive relation to this behavior (p -value < 0.05 at 95% and 99% respectively)

The insufficient communication and information service behavior has significantly relation to primary working place (p -value < 0.01 at 95% confidence).

The commercially oriented behavior has significant relation to the level of education, age and working experience (p -value < 0.05 at confidence 95%)

The attitude of dental profession directly relates to 4 behaviors of dental service behavior which composes of non patient-oriented service behavior, communication and information service behavior, substandard service behavior, and commercially service behavior (p -value < 0.001 at 99% confidence).

The acknowledgement about ethic has strong relation to the service behavior (p -value < 0.001 at 99% confidence). As well as for 3 behavior, It was found that not only both of insufficient communication and information service behavior and

substandard service behavior has a relation with this point (p -value < 0.001) but commercially oriented service behavior as well (p -value < 0.05 at 95% confidence).

Recommendations

1. From the study, It was found that the behavior which is risk for a grievance causes from

1.1 Lack of ethic; Pra metheethummaporn (20) said that It should not only teach ethic promptly with clause of dentist but should give an integrity model as well. Hence the extern and the dentist should be taught the ethic in both of practice and theory as well as should give a prevention concept to them by raising an example of the grievance.

1.2 Lack of knowledge and skill; It should provide a training clause and determine the dentist to join with this at least twice a year. Beside It should support the dentist for further studying so as to give a good service for the patient.

1.3 Lack of promotion and motivation; It was known that both effect to the human behavior (12,13,15) Hence it should have the assessment program in both of performance result and patient's satisfaction from the patient or internal assessor so as to make a continual improvement.

2. From the study, most of dentists have an attitude of dental profession in a low level. Hence learning and getting more experience can establish a good attitude in the way of

2.1 Admire the dentists who have a good performance and dedicate themselves to the social by providing a certificate or a reward or printing performance to the dentist journal.

2.2 Provide a training clause to the dentist so as to establish the happiness in work, make a good relation among the colleague and establish satisfaction to the patient.

3. Referring to the study, most of dentists seldom know about the ethic of profession especially dentistry laws legislated in 1994 part II. It was found that most of grievance came from this point. (19) Hence the establishment of dominance is attractive to the learning process such as announcement about the patient's right on board so as to enthusiastic to the dentist.

Recommendations for further research

1. Study the grievance case from the dental council so as to find the other cause of problem.
2. Because all information which uses for analyze in this study gets only from the dentist. Hence the result of assessment might get a more positive so as to reduce the bias the further studying should get the information from others who work or contact closely with the dentist such as assistant and the patient by interviewing to get a clear answer.
3. It should study more in the detail of effect from the working place to the service behavior according to type of working place, settlement area and number of patient.
4. Should study in dental curriculum so as to find a room to improvement especially in establishing ethic and skill for providing a satisfaction of the service to the patient.

REFERENCES

1. สรุปผลการสัมมนาวิชาการเรื่องจริยศาสตร์และจรรยาบรรณในวิชาชีพทันตแพทย์. (2532). ใน การประชุมสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2532 วันที่ 26-28 กรกฎาคม 2532 ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงแรมแอมบาสซาเดอร์ซิตี จอมเทียน อ.เมืองพัทยา จ.ชลบุรี.
2. มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับแพทยสภา. (2536). การสัมมนาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย วันที่ 9 มิถุนายน 2536 (หน้า 48-50). กรุงเทพฯ.
3. ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์. (2543). จริยธรรมในเวชปฏิบัติ. ใน สุจิต เฝ้าสวัสดิ์,สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, เยื่อน ต้นนิรันดร,ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ และเฮนรี ไวลด์ (บรรณาธิการ), จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (หน้า 25-26, 49, 234-235, 237). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. สว่างศ์ ศาสตราวาทา. (2540). กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข:คุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ชุดที่ 4.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา.
5. สารี อ่องสมหวัง, สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ดันทวิวงศ์ และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. สนับสนุนการวิจัยโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. โสรจ หงลุลารมภ์. (2543). จริยธรรมในเวชปฏิบัติ. ใน สุจิต เฝ้าสวัสดิ์,สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล ,เยื่อน ต้นนิรันดร,ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ และเฮนรี ไวลด์ (บรรณาธิการ), จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (หน้า 167).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์. (2527). ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. พรหมมินทร์ หอมหวล. (2542). การร้องเรียนแพทย์กรณีทรมานเวชปฏิบัติ:ศึกษาจากการร้องเรียน ในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ.2533-2540). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

9. สมชาย กิจสนาโยธิน. (2544). ถ้าผู้ป่วยร้อง (เรียน) ทันตแพทย์จะทำอย่างไร. ข่าวสารทันตแพทยสภา, 6 (2), 8.
10. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ. (2544). งานวิจัยคดีแพथ์ บุคลากรแพथ์ถูกฟ้อง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
11. สุภารัตน์ พงษ์ชนะ. (2538). ทฤษฎปฏิบัติในประเทศไทยกับความรับผิดชอบทางกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพथ์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ. (2528). พฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
13. ชงชัย สันติวงษ์. (2535). พฤติกรรมองค์กร. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
14. สุภัททา ปิณฑะแพथ์. (2532). จิตวิทยาทั่วไป แนวคิดและทฤษฎีขั้นมูลฐาน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์.
15. สุชา จันทน์เอม. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
16. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. (2535). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
17. โยธิน สันสนยุท และคณะ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
18. รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์. (2533). การวัดทัศนคติเบื้องต้น. เอกสารคำสอนภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
19. ชงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. (2535). พฤติกรรมบุคคลในองค์กร. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
20. พระเมธีธรรมาภรณ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรม จริยศาสตร์ และจริยศึกษา. ใน ไพฑูรย์ สีนลรัตน์ (บรรณาธิการ), ความรู้คู่คุณธรรม รวมบทความเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม และการศึกษา (หน้า 87-101). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
21. พิศาล เทพสิทธิ์า. (2535). กฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ (หน้า 105-108, 114-119). กรุงเทพฯ : พชรการพิมพ์.

22. พระเมธีชรรมาภรณ์. (2544). รูปแบบการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพของคนไทยสมัยก่อนกับสภาพปัญหาปัจจุบัน. ใน ไพฑูรย์ สีนลรัตน์ (บรรณาธิการ), ความรู้คู่คุณธรรม รวมบทความเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม และการศึกษา (หน้า 103-117). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
23. วริยา ชินวรรณโณ. (2541). จริยธรรมในวิชาชีพ. ชุดบทความประกอบการสัมมนาเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพ วันที่ 26-27 มีนาคม 2541. (หน้า 1-29). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
24. ทองใบ ทองเปาด์. (2542). กรณีฟ้องร้องทางสุขภาพ: วิกฤตและโอกาส. เอกสารประกอบการปาฐกถาอารี วัลยะเสวี ครั้งที่ 13 วันที่ 11 พฤษภาคม 2542. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
25. สุจินต์ อุบลวัตร. (2537). การเปลี่ยนแปลงของจริยธรรมด้านการแพทย์และแนวทางการจัดการ (หน้า 77-83). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
26. ประภาเพ็ญ สุวรรณและ สวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา (หน้า 216-249). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
27. ชานัน จารุประกร. (2546). บริการอย่างไรคนไข้รัก. ข่าวสารทันตแพทย์, 16 (4), 11.
28. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2530). นิติเวชสาธก ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
29. พิศาล เทพสิทธิ์า. (2545). ทันตแพทย์อาจถูกร้องเรียนหรือฟ้องในกรณีใดบ้าง. ข่าวสารทันตแพทย์, 15 (3), 6, 11-12.
30. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2542). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บีแอนด์บีพับลิชชิ่ง.
31. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2538). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.
32. อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. (2537). การทำวิจัยเชิงสำรวจ.
33. ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
34. สุรรัตน์ พรวัฒนกุล. (2542). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดนนทบุรี (ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

35. Wangpetch A. (2002). Moral behavior of nurses under the act on nursing and midwifery profession b.e. 2528 an empirical study for siriraj hospital. A thesis for the degree of master of science (public health) major in medical and public health law administration Faculty of graduate studies Mahidol university.





Questionnaire

The Risk of Dental Service Behavior for the Grievance among Thai Dentists.

Instruction This questionnaire composing of 4 parts with 8 pages is applied for assessment of service behavior of the dentist.

Part I	Dental service behavior	31 questions
Part II	Attitude of dental profession	12 questions
Part III	Acknowledgement about ethic	3 questions
Part IV	General characteristic of dentist	10 questions

Please prudently make understanding the instruction and answer the question by yourself with the truth. All of your information will keep in the confidence and will be presented in a research only in term of a conclusion.

In finally, the researcher has to thank in advance for your reply and hope for getting a co-operation from you.

Preeyanuch Botklon
Researcher

Part I Dental Service Behavior

Instruction Please give only one answer with the symbol ✓ in a reply block which you agree

Questionnaire	Reply		
	Yes	Not sure	No
1. Do you ask a question about medical record, dental record and drug allergy to the patient before providing a treatment or not?			
2. Do you ask the question about need and expectation from the patient before providing a treatment or not?			
3. Do you listen about the medical record or symptom from the patient or not?			
4. Do your working place provide a sufficient equipment for diagnosis or not?			
5. Have you ever seen your colleague providing an over treatment to the patient such as applying a more equipment than its necessary for diagnosis so as to get a benefit from this activity or not?			
6. Do you always use only a basic equipments (mouth mirror, explorer, cotton plier) for diagnosis or not?			
7. Have you ever had a wrong diagnosis till effecting to the treatment with ineffective or not?			
8. Have you ever seen your colleague persuading the patient to have an additional treatment with unsuitably or not?			
9. Have you ever provided dental service out of the scope that you have knowledge and skill or not?			

Questionnaire	Reply		
	Yes	Not sure	No
10. In case of referring the dentist, Have you ever refer the case to other dentist or not?			
11. Have you ever provided a treatment with carelessness till making an dangerous to the patient or not?			
12. In case of emergency, Do you have a confidence to manage this incident with a basic life support to the patient or not?			
13. Does your working place have standard infection control?			
14. Do you follow up the patient who may have a problem after the treatment or not?			
15. Referring with patient's requisition, have you ever provided the additional treatment which has not had risk to the patient or not?			
16. During the treatment, if the patient is not comfortable or unsatisfied with your activity, Have your ever tried to finished your treatment as possible as or not?			
17. Have you ever seen your colleague acting with impolite manner or language to the patient or not?			
18. Have your ever seen your colleague acting as difference manner according to the position of the patient or not?			
19. Have you realized about the cost of the treatment in every cases or not?			
20. Do you agree that the dental service profession considering the problem as case by case but not considering as a comprehensive case?			
21. You always provide a treatment only chief compliant.			

Questionnaire	Reply		
	Yes	Not sure	No
22. As known that the patients have a less in medical knowledge. Hence <u>it was a standard of the profession</u> to provide a clear explanation about the treatment to the patient.			
23. In case of error during the treatment while the patient do not know about this and the result may effect in a long term to the patient. Do you always inform this to the patient or not?			
24. Referring with 23, Do you always let the time passed and make a decision before providing an explanation to the patient or not?			
25. In case of having an error from the treatment, Do you explain in every aspect without concealing the truth or not?			
26. Do you apply the media during providing an explanation to the patient or not?			
27. Do you provide an explanation so as to make the patient understanding about the caution after the treatment or not?			
28. If the time for providing a dental service completely spent with 100 units, you would give the time for explanation about the question not more than 20 units at average.			
29. Informed consent from the patient is effective according to the law and is useful in case of accusation to the dentist.			
30. Your working place do not let the patient signing in the informed consent.			

31. According Your Treatment, How Often Do You Inform Them about the

Treatment Please give the only one answer with the symbol ✓ in the block

that you agree with.

Information to the Patient	Reply		
	Always	As Possible	Occasionally
Disease Diagnosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Step of disease diagnosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Type of diagnosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Cause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodology of Treatment			
6) Treatment plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Duration for treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Advantage and disadvantage of each treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternative of the Treatment			
9) Treatment plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Duration for treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Advantage and disadvantage of each treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Dangerous from the Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Success of the Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Effect to the Patient when Lacking a Treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Cost of Treatment (Inform Before Providing a Treatment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information to the Patient	Reply		
	Always	As Possible	Occasionally
Patient Recommendation			
16) Advisory during a treatment for achievement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Prevention for disease recurrence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part II Attitude of Dental Profession

Instruction Please give the only one answer with the symbol ✓ in the block that you agree with.

Attitude	Level of Agreement				
	Highest	High	Moderate	Low	Lowest
Perception of Professional Motive					
1. Motivation of the dentist is a high income.					
2. The dentist is a kindness person and giving a wishes to other.					
Satisfaction with Job					
3. Dental service profession use the skill more than the knowledge.					
4. You are proud when providing a treatment to the patient who suffers from disease.					
5. The dental profession is a boring and routine work.					

Attitude	Level of Agreement				
	Highest	High	Moderate	Low	Lowest
6. If you have another choice you will not choose to be a dentist.					
Relation between Patient and Dentist 7. Up-to-date, patient does not respect the dentist cause from the changing of the relation as a business.					
8. Most of patients trust in the dentist and co-operate with the treatment.					
9. Nowaday, the dentist endures with the patient's expectation.					
Acceptation from Social 10. Dentist is a honor and a fame from the social.					
11. Dentist is important to the health promotion team but inversely in fact team is neglect for this point.					
12. You are accepted from the colleague such as doctor, pharmacist, nurse and others.					

Part III Acknowledgement about the Ethic

Instruction Please give the only one answer with the symbol ✓ in the block that you agree with.

Requirement	Level of Acknowledgement				
	High est	High	Mod erate	Low	Low est
1. Dentistry laws legislated in 1994 part II; ethic of profession					
2. Integrity and moral of profession					
3. Patients’ right to information					

Part IV General Characteristic of Dentist

Instruction Please give the answer with the symbol ✓ in the parenthesis () as a fact.

In case of equal or more than two answer please remark.

1. Sex

- () 1. male () 2. female

2. Age.....Years

3. Status

- () 1. single () 2. marriage () 3. widow
 () 4. divorce () 5. sepatate

4. Level of Education

- () 1. Doctorate in branch.....
 () 2. Master degree in branch.....
 () 3. Bachelor degree
 () 4. Certificate in branch.....
 () 5. Diploma in branch.....
 () 6. Others.....

10. Have You ever Seen the Behavior of Other Dentists Who were Risk for the Ethic Grievance or Not?

()1. Yes, How about the behavior you have ever seen?

.....
.....
.....

()2. Never

☺ Thank you in advance. If anybody interested in the result of the research,
please inform your contact as the below

Your E-mail address..... ☺

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดประเด็นในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเรื่องพฤติกรรม
2. จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการร้องเรียนแพทย์และทันตแพทย์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเรื่องพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการที่แสดงออกหรือการเกิดปฏิกิริยาเมื่อเผชิญกับสิ่งภายนอก การแสดงออกนั้นอาจเกิดจากอุปนิสัยที่ได้สะสมหรือจากความเคยชินอันได้รับจากประสบการณ์และการศึกษาอบรม การแสดงออกนี้อาจเป็นในรูปคล้ายตามหรือต่อต้าน และอาจเป็นได้ทั้งคุณและโทษต่อทั้งเจ้าของพฤติกรรมและหรือต่อสิ่งภายนอก โดยพฤติกรรมทุกชนิดต้องมีสาเหตุ และที่มาของพฤติกรรม สาเหตุเดียวกันอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันพฤติกรรมเดียวกันก็อาจมาจากสาเหตุที่แตกต่างกัน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ 2528: 14; สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2532: 1)

พฤติกรรมที่แสดงออกมาเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยบางอย่างที่มาเป็นตัวกระตุ้น และส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมออกมา ดังนั้นการที่จะเข้าใจพฤติกรรม การคาดการณ์ และการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์จึงต้องทราบอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวโดยรวม (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 51)

สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ มีปัจจัยหลายประการ ได้แก่

(ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 47-48; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ, 2528: 20-31; สุชา จันทน์เอม, 2544: 277-279)

1. ภูมิหลังของบุคคล
2. การรับรู้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของมูลฐานพฤติกรรมของคน เพราะการที่คนจะให้ความหมายในสิ่งที่รับสัมผัสจะต้องผ่านเข้ากระบวนการภายในความรู้สึกสำนึก ความนึกคิด ความ

เชื่อ และประสบการณ์ ที่ผ่านมาในชีวิตของแต่ละคน และทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากการรับรู้ หากการรับรู้บิดเบือนจากความถูกต้องของสังคม พฤติกรรมก็จะไม่ตรงกับความคาดหวังของสังคม

3. ความเชื่อ คือ การที่บุคคลยอมรับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งความคิดนั้นอาจจะถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ ความเชื่อเป็นสิ่งหักห้ามได้ยาก และมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก บุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ก็จะมีพฤติกรรมเป็นไปตามความเชื่อนั้น

4. ค่านิยม เป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติอย่างกว้าง ๆ แก่บุคคลว่าจะอะไรที่เป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต สิ่งใดที่ควรหรือไม่ควรประพฤติปฏิบัติ ค่านิยมอาจได้มาจากการอ่าน คำบอกเล่าหรือคิดขึ้นมาเอง ค่านิยมของแต่ละคนไม่เหมือนกัน แต่โดยทั่วไปแล้ว ค่านิยมของมนุษย์ส่วนใหญ่มักจะคล้ายคลึงกัน

5. บุคลิกภาพ เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคล มีทั้งคุณลักษณะภายนอกและในส่วนที่เกี่ยวกับจิตใจ ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น

6. แรงจูงใจหรือสิ่งที่มีมากระตุ้นพฤติกรรม เป็นอะไรก็ได้ สิ่งที่มีมากระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่งก็อาจมีพลังกระตุ้นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

7. ทักษะคติ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ มิได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากประสบการณ์ และการเรียนรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้ ทักษะคติจึงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ และประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่บุคคลได้รับเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของทักษะคติ และประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ได้รับ พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของทักษะคติ นั่นคือ บุคคลที่มีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป ทักษะคติจะเป็นเครื่องกำหนดให้มีพฤติกรรมเป็นไปอย่างนั้น

8. สถานการณ์ หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสภาวะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม สถานการณ์ต่างก็ทำให้พฤติกรรมต่างกันไป

การวิจัยนี้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรม 3 ประการ คือ ภูมิหลังของบุคคล ทักษะคติ และการรับรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภูมิหลังของบุคคล

พบว่าข้อมูลที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมคือ

1. อายุกับการทำงาน ผลงานของบุคคลจะลดน้อยลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น แต่ในคนที่อายุ 55 ปีขึ้นไป ถือว่ามีประสบการณ์ทำงานที่สูงและสามารถปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตสูงได้ พนักงานที่อายุมากขึ้นจะปฏิบัติหน้าที่การงานอย่างสม่ำเสมอ การขาดงานน้อยกว่าพนักงานอายุน้อย ไม่หลีกเลี่ยงงาน แต่เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพแล้วผู้ที่มีอายุมากมักมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่า และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ระยะเวลาหยุดพักเพื่อรักษาร่างกายจะนานกว่า

2. เพศกับการทำงาน จากการศึกษาทั่วไปพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความสามารถในการแก้ปัญหาการทำงาน ทักษะการคิดวิเคราะห์ แรงกระตุ้นที่ต่อสู้เมื่อมีการแข่งขัน แรงจูงใจ การปรับตัวทางสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ผลงาน และความพึงพอใจในงาน แต่ในด้านจิตวิทยา เพศหญิงมีลักษณะคล้ายคลึงตามมากกว่าเพศชาย และเพศชายมีความคิดเชิงรุก คิดก้าวไกลในอนาคต ตลอดจนมีความคาดหวังในความสำเร็จมากกว่าเพศหญิง

3. สถานภาพสมรสกับการทำงาน มีผลการวิจัยบางส่วนพบว่าพนักงานที่สมรสแล้วจะขาดงาน และอัตราการออกจากงานน้อยกว่าผู้เป็นโสด มีความพึงพอใจในงาน ความรับผิดชอบ การเห็นคุณค่าของงาน และความสม่ำเสมอในการทำงานสูงกว่าผู้ที่เป็นโสด

4. ความอาวุโสในการทำงานกับการทำงาน ผู้ที่มีอาวุโสในการทำงานจะมีผลงานสูงกว่า ความพึงพอใจในงานสูงกว่าพนักงานใหม่

ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาภูมิหลังของบุคคลในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

ทัศนคติ

หมายถึง การประเมินหรือการตัดสินเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ เป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก ทัศนคติเป็นพลังอย่างหนึ่งที่ไม่เห็นเช่นเดียวกับสัญชาตญาณหรือแรงจูงใจ แต่เป็นพลังซึ่งสามารถผลักดันการกระทำบางอย่างที่สอดคล้องกับความรู้สึกของทัศนคติดังนั้นจึงเชื่อว่าความรู้สึกนี้มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือบุคคลมีพฤติกรรมอย่างไรหรือทำสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำหนด ทัศนคติจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล และบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 94; สุชา จันทน์เอม: 270)

องค์ประกอบของทัศนคติ ทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์, 2535: 395-397; โยธิน สันสนยุทธร และคณะ, 2533: 340; รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์, 2533: 12-13; สุชา จันทน์เอม, 2544: 271)

1. องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognition component) เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น หรือความเชื่อถือของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติของคนที่มีต่อสิ่งใดจะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นอย่างแรก ตั้งแต่รับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดมากน้อยเพียงใด รู้ว่าสิ่งนั้นดีหรือไม่ดีอย่างไร จะช่วยในการตัดสินใจว่ามีทัศนคติต่อสิ่ง

นั้นอย่างไร หากบุคคลมีความรู้หรือเชื่อว่าสิ่งใดดี ก็มักจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความรู้มาก่อนว่า สิ่งใดไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ปริมาณความรู้ที่จำเป็นในการให้เกิดทัศนคตินั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละคน บางคนต้องการรู้ข้อมูลมาก บางคนต้องการรู้ข้อมูลน้อย ก่อนที่จะมีและแสดงทัศนคติของตน ดังนั้นองค์ประกอบด้านนี้จึงสำคัญมากทั้งในแง่ของการมีทัศนคติ และการเปลี่ยนทัศนคติ เพราะผู้ที่ขาดความรู้ย่อมจะถูกเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผู้มีการรับรู้กว้าง

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ (Feeling component) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของทัศนคติ เพราะเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้สึกรักหรือชอบพอบุคคลใดหรือสิ่งใด ก็จะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อบุคคลนั้นไปด้วย แต่ถ้าหากมีความรู้สึกเกลียดหรือโกรธบุคคลใด สิ่งใด ก็จะทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลนั้นหรือสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Action tendency component) เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และความรู้สึกชอบพอบหรือไม่ชอบพอบต่อสิ่งใดแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมิน และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

องค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ มีความสัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติ มีดังนี้ (รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์, 2533: 16-17)

1. เป็นความพร้อมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจมากกว่าที่จะสังเกตได้จากภายนอก และเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอารมณ์ซึ่งเป็นสิ่งที่อธิบายได้ยาก และบางครั้งไม่มีเหตุผล

2. เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและเป็นตัวกำหนดแนวทางในการแสดงออกของพฤติกรรม

3. ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายทัศนคติได้

4. เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ บุคคลจะมีทัศนคติในเรื่องเดียวกันแตกต่างกันได้ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ระยะเวลา สติปัญญา เป็นต้น

5. มีความคงที่แน่นอนพอสมควร แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ต่างจากเดิม

ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับงาน มี 3 ชนิด ดังต่อไปนี้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 95-96)

1. ทัศนคติเกี่ยวกับความพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติที่มีต่องาน คนที่มีความพอใจในงานสูงจะมีทัศนคติในทางบวกต่องาน ตรงข้ามคนที่ไม่พอใจในงานจะมีทัศนคติในทางลบเกี่ยวกับงาน

2. ทัศนคติในการมีส่วนร่วมในงาน หมายถึง อัตราของการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า พนักงานที่มีระดับของการมีส่วนร่วมในงานสูงจะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับงานที่ทำสูง มีการขาดงานน้อย และการลาออกน้อย มีการทุ่มเทเวลา กำลังกายใจ และมองว่างานนั้นสำคัญเหนือสิ่งใดๆ ในการดำเนินชีวิต การมีโอกาสรับผิดชอบตำแหน่ง หน้าที่ใดๆ นั้นหมายถึงหน้าตา และภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ทัศนคติต่อสัญญาหรือความผูกพันกับองค์กร หมายถึง ระดับของความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการทำงานให้กับหน่วยงานหรือองค์กรที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่อย่างเต็มกำลังความสามารถ และศักยภาพที่มีอยู่ พนักงานมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กรและต้องการรักษาสภาพการเป็นสมาชิกขององค์กร บุคคลใดมีความรู้สึกผูกพันกับองค์กรสูง จะมีความรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

โดยทัศนคติต่องานในเชิงบวกจะช่วยบ่งชี้พฤติกรรมในเชิงสร้างสรรค์ที่จะมีขึ้นในตัวพนักงาน ตรงข้ามกับทัศนคติต่องานในเชิงลบ จะช่วยให้เห็นถึงพฤติกรรมในเชิงลบได้เช่นกัน

การสร้างทัศนคติ (สุชา จันทน์เอม, 2544: 273-276)

เนื่องจากทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ และการเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แก่บุคคล ดังนั้นจึงอาจสร้างทัศนคติที่ต้องการได้ องค์กรประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติที่ควรคำนึงถึงมีดังนี้

1. วัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อชีวิตของบุคคลทุกคน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย วัฒนธรรมของชาติต่าง ๆ แตกต่างกันไป เริ่มจากครอบครัว โรงเรียน วัด สถาบันอื่น ๆ ในสังคม วิทยุ โทรทัศน์ สื่อมวลชนต่าง ๆ ล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติทั้งสิ้น

2. ครอบครัว เป็นแหล่งแรกที่อบรมให้เด็กเรียนรู้การสมาคมต่าง ๆ จึงมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างทัศนคติให้แก่เด็ก ตลอดจนการปลูกฝังทัศนคติในการดำเนินชีวิตให้แก่บุตรของตน ทั้งนี้เพราะเด็กมักเลียนแบบและเชื่อฟังพ่อแม่อยู่แล้ว มีผู้สำรวจพบว่าทัศนคติของพ่อแม่กับลูกคล้ายคลึงกันมาก

3. กลุ่มเพื่อน เด็กที่จากพ่อแม่มาอยู่กับกลุ่มเพื่อนตั้งแต่เล็ก ๆ จะได้รับอิทธิพลต่าง ๆ จากกลุ่มเพื่อนมาก ทั้งนี้เพราะเด็กต้องการการยอมรับ ต้องการคำแนะนำ และความช่วยเหลือจากเพื่อน นั่นคือ เด็กต้องการมีมิตรนั่นเอง

4. บุคลิกภาพ ลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลมากเหมือนกัน พวกที่ชอบออกสังคม พวกหนีสังคม พวกชอบเด่น หรือพวกอ่อนน้อม จะมีทัศนคติไม่เหมือนกัน

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ทัศนคติบางอย่างปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าเห็นว่าเป็นไปในทางที่จะทำให้บุคลิกภาพเสื่อมเสีย นักจิตวิทยาแนะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 3 ประการดังนี้

1. การชักชวน การได้รับคำแนะนำ บอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น
2. การเปลี่ยนกลุ่ม กลุ่มมีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติของบุคคลมาก การเปลี่ยนกลุ่มสมาชิกจะช่วยเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้
3. การโฆษณาชวนเชื่อ เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้โดยการสร้างสิ่งแปลกใหม่

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์, 2535: 437-440; สุชา จันทน์เอม, 2544: 276)

การที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด จะพิจารณาถึงปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ ปัจจัยตัวผู้ชักจูง ปัจจัยการสื่อข้อความ ปัจจัยในตัวผู้ถูกชักจูง และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยตัวผู้ชักจูง

- 1.1 อำนาจของผู้เชี่ยวชาญหรือศักดิ์ศรีของผู้ชักจูง หากมีความเชี่ยวชาญหรือมีศักดิ์ศรีมากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติได้มากกว่า
- 1.2 เจตนาของผู้ชักจูง ผู้ฟังต้องไวใจในเจตนาของผู้ชักจูง ไม่เกิดความสงสัย จะเกิดความเชื่อและเปลี่ยนทัศนคติได้ง่ายกว่า
- 1.3 ความชอบพอ ถ้าผู้ชักจูงเป็นผู้ที่ชอบพอของผู้ถูกชักจูง การปฏิเสธการชักจูงจะทำได้ยากขึ้น
- 1.4 ความคล้ายกัน ถ้าผู้ชักจูงมีบางอย่างที่เหมือนกับผู้ถูกชักจูง จะทำให้มีอิทธิพลในการชักจูงสูงกว่า
- 1.5 กลุ่มอ้างอิง ความเห็นของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อสมาชิกในกลุ่มสูงมาก

2. ปัจจัยการสื่อข้อความ

- 2.1 ความแตกต่างระหว่างทัศนเก่าและทัศนใหม่ หากเนื้อหาข้อความที่ชักจูงให้เปลี่ยนนั้นมีความต่างกับทัศนคติเดิมมาก จะเกิดช่องว่างมาก ผู้ถูกชักจูงจะปฏิเสธการเปลี่ยน

ทัศนคติ หากความแตกต่างมีประมาณกลาง ๆ ไม่มากนักเกินไป จะพบการเปลี่ยนทัศนคติได้มากกว่า

2.2 วิธีให้เหตุผลข้างเดียวกับสองข้าง วิธีการถกเถียงให้เหตุผลโดยมองจากทั้งสองข้าง จะได้ผลในการเปลี่ยนทัศนคติได้มากกว่าวิธีการชักจูงเพียงข้างเดียว

2.3 วิธีการสรุปข้อความ ในการพูดชักจูงหากมีการสรุปความที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติมากกว่า แต่ถ้าทำกับผู้ฟังที่มีการศึกษาสูงมีความรอบรู้สูงไม่ปรากฏว่ามีความแตกต่าง

2.4 การกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกลัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติได้ผลในหลายเรื่อง เช่น ผู้นำศาสนาเชื่อว่าหากไม่ฟังจะตกนรก

3. ปัจจัยในตัวผู้ถูกชักจูง

3.1 ความผูกมัดติดขัดกับความเชื่อเก่า หากผู้ถูกชักจูงผูกมัดติดขัดกับทัศนคติเก่า การชักจูงจะทำได้ยากขึ้น หรือถ้าทัศนคติเก่ามีความสำคัญมากสำหรับเขาและโยงใยไปกับทัศนคติอื่นอีกหลายด้าน ก็จะชักจูงให้สำเร็จได้ยากเช่นกัน

3.2 ลักษณะบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความมั่นใจในตัวเองสูง และมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง ยากที่จะถูกชักจูงได้ง่าย

3.3 ลักษณะพื้นฐานส่วนตัว ผู้หญิงโดยทั่วไปถูกชักจูงง่ายกว่าผู้ชาย และมักมีความเห็นคล้อยตามผู้อื่นได้มากกว่าผู้ชาย

3.4 การเลือกรับรู้ คนเราจะรับรู้ในสิ่งที่เห็นว่าเหมาะสมกับตนเองเท่านั้น หากสิ่งใดไม่เหมาะสมกับตนก็จะไม่รับรู้ เมื่อรับรู้สิ่งใดมาแล้ว จะเป็นเอกลักษณ์อย่างหนึ่งของตนและเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยาก

3.5 การหลีกเลี่ยง คนเราจะรับเอาแต่สิ่งที่ให้ความสุขหรือให้ในสิ่งตนต้องการเท่านั้น ส่วนสิ่งที่จะบังเกิดความทุกข์แก่ตน บุคคลจะไม่ยอมรับ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยาก

4. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

4.1 ภาวะการถูกเตือนล่วงหน้า ถ้าบุคคลรู้ตัวล่วงหน้าว่าจะถูกชักจูงให้เปลี่ยนทัศนคติ จะชักจูงได้ยากกว่า

4.2 แรงเสริมจากคนรอบข้าง ถ้าบุคคลรอบข้างสนับสนุนการเปลี่ยนทัศนคติ การชักจูงจะทำได้ง่ายกว่า แต่ในบุคคลที่ประสบความสำเร็จจะอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงกลุ่มใหม่ จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ยาก

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์, 2535: 417-423)

ถึงแม้ว่าทัศนคติจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ทั้งพฤติกรรมและทัศนคติต่างขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ดังนั้นจึงไม่ควรคาดหมายว่าข้อความทัศนคติจะสามารถทำนายการกระทำได้ในทุก ๆ สถานการณ์ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การทำนายพฤติกรรมจากทัศนคติใช้ไม่ได้ เพราะจากการศึกษาหลาย ๆ เหตุการณ์ จะพบผลกระทบของทัศนคติต่อพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน

การทำให้การทำนายพฤติกรรมจากทัศนคติเป็นไปได้สูง มี 4 ประการ คือ

1. การจำกัดหรือลดอิทธิพลของปัจจัยภายนอกอื่น ๆ
2. ทัศนคติที่วัดสอดคล้องสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมที่ต้องการทำนาย เพราะหากทัศนคติที่วัดเป็นทัศนคติโดยทั่ว ๆ ไป และพฤติกรรมที่ต้องการจะทำนายเป็นพฤติกรรมเฉพาะ เราไม่ควรคาดหวังว่าจะพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม
3. พลังของทัศนคติสูงขึ้น ด้วยการตระหนักหรือความระลึกไว้ในทัศนคติ คือ ทัศนคติในเรื่องใดที่ได้รับการเรียนรู้ตอกย้ำเข้าไปจนกลายเป็นรากฐานส่วนลึกของการรับรู้ ทัศนคตินั้นจะมีลักษณะคงทนถาวรมากกว่า และทำนายพฤติกรรมได้มีประสิทธิภาพสูงกว่า และทัศนคติที่เรียนรู้มาจากประสบการณ์โดยตรงจะมีพลังสูงกว่า คือ ชัดเจนกว่า มั่นคงกว่า ถาวรกว่า อยู่ในความทรงจำดีกว่า และเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่า
4. ลักษณะบุคลิกภาพ มีความบทบาทสำคัญในการช่วยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน บางคนมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือประพฤติอย่างคงเส้นคงวาตามมโนธรรมที่ตนยึดถือ จะสามารถทำนายทั้งทัศนคติและพฤติกรรมของเขาในโอกาสต่าง ๆ ได้ค่อนข้างถูกต้อง ในขณะที่บางคนไม่ค่อยมีลักษณะเด่นชัด และมีการแปรเปลี่ยนได้ง่าย การทำนายถึงทัศนคติและพฤติกรรมของเขาจึงถูกต้องน้อยกว่า

ในการวิจัยนี้ศึกษาทัศนคติต่อการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ใน 4 ด้าน ได้แก่ อาชีพทันตแพทย์เป็นวิชาชีพ การปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย และการยอมรับจากสังคม

การรับรู้

หมายถึง การที่บุคคลรับสัมผัสและเลือกเก็บสิ่งที่สัมผัสเข้ามาในจิตสำนึก แล้วตีความหมายการรับสัมผัสออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ด้วยความรู้สึกลึกซึ้งของตนเอง ซึ่งการตีความหมายนั้นจะต้องอาศัยสติปัญญา คุณภาพและสภาพของจิต และประสบการณ์เดิม

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ, 2528: 20; โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ, 2533: 43; สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2532: 48)

องค์ประกอบในการรับรู้ (สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2532: 48-50)

1. ตัวผู้รับรู้ หมายถึง ตัวบุคคลที่อยู่ในสภาวะที่จะต้องรับรู้

1.1 การรับรู้ทางด้านร่างกาย มีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 การรับรู้จะผ่านสู่ร่างกายโดยอวัยวะรับสัมผัสภายนอก คือ หู ตา จมูก ลิ้น และกาย

1.1.2 ระบบประสาทจะทำงานต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้สัมผัสต่าง ๆ ถูกนำเข้าสู่ศูนย์กลางรวบรวมการรับสัมผัสและการสั่งการ คือ สมองและไขสันหลัง

1.1.3 พฤติกรรมการรับรู้ของผู้รับรู้

1) พฤติกรรมภายใน เช่น ความรู้สึก ความคิด การเกิดอารมณ์ เป็นต้น

2) พฤติกรรมภายนอก เช่น การวิ่ง การหัวเราะ เป็นต้น

1.2 การรับรู้ทางด้านจิตใจ จะเกิดขึ้นเมื่อจิตรับการสัมผัสนั้น ร่างกายเป็นวัตถุ ชาติ ซึ่งไม่สามารถรับรู้ได้ เพราะร่างกายจะทำกิจกรรมไปตามหน้าที่ จิตเป็นตัวรับรู้สัมผัสที่มากระทบ จิตจึงเป็นศูนย์กลางการรับรู้ทั้งหมด การรับรู้จะไม่เกิดขึ้น ถ้าจิตไม่ใส่ใจที่จะรับรู้

2. สิ่งเร้า หมายถึง ตัวการที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้

2.1 สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ แรงกระตุ้นภายในตัวของบุคคล

2.1.1 ความต้องการทางร่างกาย เช่น ความกระหาย ความหิว ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

2.1.2 ความต้องการทางจิตใจ เช่น ความต้องการความรัก ความปลอดภัย ความภาคภูมิใจ เป็นต้น

2.1.3 ความต้องการทางสังคม เช่น การยอมรับ ความสำเร็จการรวมกลุ่ม เป็นต้น

2.2 สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ สิ่งต่าง ๆ หรือบรรยากาศต่าง ๆ ที่มากระทบตัวบุคคล เช่น อาหาร อากาศ กลิ่น เสียง เป็นต้น

ธรรมชาติของการรับรู้ (โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ, 2533: 43-45; สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2532: 50)

1. การรับรู้เป็นสิ่งที่เรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะไม่มี การรับรู้ มีแต่เพียงการรับสัมผัสเท่านั้น

2. การรับรู้เป็นสิ่งเลือกสรร บุคคลไม่สามารถจะรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่มาสัมผัสได้ในเวลาเดียวกัน ดังนั้นจึงมีการเลือกสิ่งที่จะรับรู้จากเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องหรือมีความสำคัญในลักษณะดังนี้

2.1 สิ่งเร้าที่มีความเด่น ความดัง ความเข้ม ความแปลก ความใหม่ ความใหญ่ เป็นต้น

2.2 ความต้องการและความสนใจ ถ้าในขณะนั้นสนใจในเรื่องใดก็จะรับรู้แต่เฉพาะเรื่องนั้น

3. บุคคลจะเกิดความมั่นใจในการรับรู้ ถ้าได้ใช้วิธีสัมผัสอื่น ๆ ช่วยกัน

4. การรับรู้ซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดความเคยชิน จนกลายเป็นการไม่รับรู้ไปก็ได้ เช่น เด็กที่ถูกพ่อแม่บ่นว่าทุกวัน ก็เกิดความเคยชิน ไม่แปลความหมาย เพราะไม่เกิดการรับรู้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์, 2535: 69-72)

1. ปัจจัยที่เรียกความสนใจจากภายนอก

ปัจจัยภายนอกคือแบบของตัวกระตุ้นต่าง ๆ ที่สามารถดึงดูดความสนใจได้แตกต่างกันพิจารณาได้เป็นประเภทดังนี้

1.1 ความเข้ม ความเข้มมากกว่าจะสามารถดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าความเข้มน้อย

1.2 ขนาด สิ่งของที่มีขนาดใหญ่มักจะดึงดูดความสนใจได้ดีกว่าสิ่งของที่มีขนาดเล็ก

1.3 ความแปลกใหม่ และการแสดงให้มีลักษณะตรงข้ามกัน การเปลี่ยนแปลงให้ผิดจากเดิมหรือให้มีลักษณะตรงกันข้ามสามารถช่วยให้เกิดความสนใจได้

1.4 ตำแหน่งที่ตั้ง ถ้าอยู่ในระดับเหมาะสมจะเรียกความสนใจได้ดีกว่า เช่น การวางสินค้าในร้านอยู่ในระดับสายตาจะเรียกความสนใจได้ดีกว่า

1.5 การเคลื่อนไหว สิ่งเร้าที่เคลื่อนไหวจะเรียกความสนใจได้มากกว่าสิ่งเร้าที่หยุดนิ่ง

1.6 การแสดงให้เด่นในลักษณะที่โดดเด่น เช่น สิ่งของขนาดเล็กที่อยู่กลางพื้นที่ใหญ่ จะทำให้เกิดความสนใจได้

1.7 ระยะทาง การจัดสิ่งเร้าให้สามารถมองเห็นสิ่งที่อยู่ใกล้มีขนาดใหญ่ และสิ่งที่อยู่ไกลมีขนาดเล็กลงตามลำดับ ผู้ดูย่อมสามารถสังเกตและรับรู้ความแตกต่างของระยะทางได้ดี

2. ปัจจัยที่เรียกความสนใจจากภายใน

2.1 การจงใจ การจงใจและความเข้าใจจากการรับรู้มีผลกระทบต่อกันอย่างมาก สิ่งจูงใจจะเป็นตัวกำหนดให้คนเลือกการรับรู้ หรือให้ความสนใจเฉพาะในสิ่งที่ตรงกันกับสิ่งจูงใจที่อยู่ในตัวของเขา

2.2 บุคลิกท่าทาง จะเป็นตัวกำหนดหรือช่วยให้บุคคลนั้นเลือกที่จะรับรู้บางสิ่งบางอย่างที่สอดคล้องกับบุคลิกท่าทางของเขา

2.3 การเรียนรู้ คนเราเมื่อได้เรียนรู้สิ่งใดมากก็มักจะเลือกรับรู้ในสิ่งนั้น บางครั้งถึงแม้ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่เพียงพอ แต่การเรียนรู้ทำให้สามารถรับรู้ได้อย่างถูกต้อง

2.4 การคาดหมาย คนเราจะรับรู้สิ่งที่ตนอยากรู้ หรือสิ่งที่ตนคาดหมายเอาไว้เท่านั้น

ในการวิจัยนี้ศึกษาการรับรู้ต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับจรรยาบรรณวิชาชีพ ใน 3 หัวข้อ ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พศ. 2537 หมวด 2 ว่าด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรม ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์ และคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ดังนั้นการวิจัยนี้ศึกษาพฤติกรรมในเรื่องการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนทางจริยธรรม และศึกษาถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม 3 ประการ คือ ภูมิหลังของบุคคล ทักษะคิดต่อการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ และการรับรู้ต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับจรรยาบรรณวิชาชีพ

2. จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์

จริยธรรมเป็นส่วนประกอบในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และช่วยให้การอยู่ร่วมกันในชุมชนหรือสังคมเป็นไปอย่างปกติสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ นอกจากความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์อันถือว่าเป็นสิ่งสำคัญแล้ว ความเป็นผู้มีจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ นับได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือและศรัทธาจากประชาชน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นต้องมีความคู่ไปกับความรู้ด้านวิชาการ และวิชาชีพทันตแพทย์อย่างต่อเนื่องและตลอดไป ก่อนที่จะกล่าวถึงจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ ควรจะได้ทราบถึงคำว่า “จริยธรรม” และ “วิชาชีพ” ก่อนดังนี้

จริยธรรม

คำว่า “จริยธรรม” แยกออกเป็น จริยะ+ธรรม

“จริยะ” หมายถึง ความประพฤติหรือกิจที่ควรประพฤติ

“ธรรม” หมายถึง คุณความดี, หลักคำสอนของศาสนา, หลักประพฤติปฏิบัติในศาสนา
เมื่อนำคำทั้งสองมารวมกันเป็น “จริยธรรม” ได้ความหมายตามตัวอักษรว่า

“จริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติหรือแนวทางในการประพฤติแห่งคุณความดี” (พระเมธีธรรมากรณ์, 2544: 88 ; พิศาล เทพสิทธิ์า, 2535: 105)

จริยธรรมเป็นหลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบอันวางรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นแนวทางของการประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นคนดี เพื่อประโยชน์สุขของตนเอง และส่วนรวม แต่จริยธรรมไม่ใช่กฎหมาย เพราะไม่มีบทลงโทษ คนมีจริยธรรมเพราะมีแรงจูงใจ

พระราชวรมุณี (ประยูรช ษุติโต) กล่าวว่า จริยธรรม หมายถึง การดำเนินชีวิต ความ เป็นอยู่ การยังชีวิตให้เป็นไป การครองชีวิต การใช้ชีวิต การเคลื่อนไหวของชีวิตในทุกแง่ ทุกด้าน ทุกระดับ ทั้งทางกาย ทางวาจา ทางใจ ซึ่งพุทธจริยธรรมตามแนวที่พระราชวรมุณีแสดงไว้นั้น สอดคล้องกับหลักจริยธรรมที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า การไม่ทำชั่วทั้งปวง การทำความดีให้ถึงพร้อม การชำระจิตใจให้ผ่องใส นั้นเป็นคำสอนของพระพุทธเจ้าทั้งหลาย นั้นแสดงถึงว่า จริยธรรมมุ่งควบคุมความประพฤติมิใช่แต่เพียงทางกาย วาจา เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงทางใจด้วย (พระเมธีธรรมากรณ์, 2544: 89-93)

จริยธรรมเป็นระบบอันมีศีลธรรมเป็นส่วนประกอบสำคัญ

ระบบจริยธรรม ประกอบด้วย

1. ความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งความเชื่อนี้มีส่วนกำหนดโครงสร้างของจริยธรรม เช่น ถ้าเชื่อว่ามนุษย์มีแต่ความเห็นแก่ตัว ระบบจริยธรรมจะเป็นไปในลักษณะห้ามมนุษย์เอาเปรียบกัน

2. ความเชื่อเกี่ยวกับอุดมคติหรือความดีสูงสุด ให้ความหมายหรือความสมเหตุสมผลแก่ระบบจริยธรรม เช่น ชาวพุทธฝายมหายานบำเพ็ญตนเป็นพระโพธิสัตว์ เพราะเชื่อว่าวิถีชีวิตเช่นนั้นช่วยให้ตนตรัสรู้เป็นพระพุทธเจ้า ความเป็นพระพุทธเจ้าจึงเป็นอุดมคติของเขา

3. ระเบียบปฏิบัติหรือแนวทางแห่งการดำเนินชีวิต ซึ่งแนะว่าสิ่งใดควรทำไม่ควรทำ เพื่อพาชีวิตไปสู่อุดมคติหรือความดีสูงสุด

4. เหตุจูงใจให้คนปฏิบัติดีและเลิกละการปฏิบัติผิด เหตุจูงใจให้คนดำเนินตามหลักจริยธรรมหรือกฎศีลธรรมมี 3 ประการคือ

4.1 ผลประโยชน์ส่วนตัวคน เพราะหากคนไร้จริยธรรม สังคมอาจดำเนินหรือคว่ำบาตร กฎหมายอาจลงโทษ ดังนั้นคนจึงมีจริยธรรมเพื่อผลตอบแทนในชาตินี้หรือหวังสวรรค์ในชาติหน้า

4.2 ความเคารพกฎกติกาจนเป็นนิสัยให้คนอยู่ในระเบียบวินัยและดำเนินตามหลักจริยธรรม เนื่องจากคนถูกฝึกให้เชื่อฟังกฎกติกาตั้งแต่เล็ก ชาวคริสต์มีความศรัทธาในพระเจ้าเป็นเจ้าจึงปฏิบัติตามพระบัญญัติ ชาวพุทธมีความศรัทธาในพระพุทธเจ้าจึงรักษาศีล

4.3 ความมีน้ำใจต่อผู้อื่น รวมถึงความรักเคารพต่อผู้อื่น ทำให้คนเรารักษาคำมั่นสัญญาหรือละเว้นการเบียดเบียนผู้อื่น ข้อนี้เองที่ทำให้มีคำกล่าวที่ว่า คนดีเพราะมีคุณธรรมประจำใจ

รูปแบบการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพในอดีต (พระเมธีธรรมาภรณ์, 2544: 109-116)

1. ปลูกฝังและอบรมโดยใช้แบบอย่าง

เป็นลักษณะพื้นฐานของการอบรมอย่างชัดเจน การดำเนินชีวิตประจำวัน การมีคุณธรรม รวมถึงหน้าที่การงาน ล้วนมีแบบอย่างให้ดูทั้งสิ้น พระสงฆ์เป็นแบบอย่างความประพฤติในทุกรูปแบบ พ่อแม่พี่น้องเป็นแบบอย่างความประพฤติทั่วไป พ่อแม่หรือครูเป็นแบบอย่างในการประกอบอาชีพ ดังนั้นการสืบเนื่องของคุณธรรมและอาชีพจึงเป็นไปโดยต่อเนื่อง

2. คุณธรรมและอาชีพเป็นสิ่งเดียวกัน

รูปแบบการปลูกฝังข้อนี้เป็นลักษณะเด่นของสังคมไทยสมัยก่อนเช่นกัน ที่ถือว่าคนเรา จะมีความสมบูรณ์ได้ต้องมีควบคู่กันระหว่างคุณธรรมและอาชีพ การเป็นคนดีคือมีคุณธรรมประจำใจและมีงานทำเป็นเรื่องเป็นราว การฝึกอาชีพนั้นคือฝึกด้านคุณธรรมด้วยพร้อมกันไป

3. เป้าหมายของการฝึกอบรมคือการปฏิบัติได้ทำได้

การปลูกฝังอบรมทั้งคุณธรรมและอาชีพไม่เน้นหนักทฤษฎี แต่มุ่งการนำไปใช้ เน้นหนักให้คนทำดีและฝึกอบรมอาชีพจนเกิดความชำนาญ จึงออกไปประกอบอาชีพ

4. ปลูกฝังเพื่อสังคมของตนเอง

เนื่องจากลักษณะอาชีพมีจุดเด่นที่ทำกันในวงศ์สกุลสืบเนื่องกันไป โดยเฉพาะอาชีพเฉพาะจะสืบทอดเฉพาะในกลุ่มเพื่อสนองต่อสังคมและชุมชนของตน การศึกษาอบรมมีลักษณะเด่นเป็นอิสระเฉพาะท้องถิ่นของตน สะท้อนไปถึงการอบรมการทำงานคู่กับคุณธรรมไปพร้อมกัน

5. เน้นรูปแบบเบ็ดเสร็จตายตัว

ด้วยเหตุที่ลักษณะสังคมคงที่ ลักษณะความรู้ วิธีการฝึกอบรม และคุณธรรมก็มีรูปแบบเฉพาะที่แน่นอนสอดคล้องกับสังคม สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อที่ว่าความรู้สำเร็จรูปมีความถูกต้องแน่นอน ลักษณะการปลูกฝังแบบนี้มีจุดเด่นในแง่ต้องการให้รับความรู้ถูกต้องเหมาะสมแน่นอน แต่ไม่ก้าวหน้า เปลี่ยนแปลง และเกิดสิ่งใหม่เท่าที่ควร

ปัญหาของการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพในปัจจุบัน

ลักษณะการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพในอดีตหลายประการสามารถนำมาใช้ได้ดีในปัจจุบัน แต่บางประการควรปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ประเด็นต่าง ๆ ที่ควรนำมาพิจารณาคือ

1. แบบอย่างในปัจจุบันและแบบไม่ใช่แบบ

การปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพในอดีตมีตัวอย่าง โดยเฉพาะเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ไม่ได้สอนด้วยปาก แต่มีตัวอย่างให้ดู แต่ในปัจจุบันไม่มีแบบอย่างหรือคนที่สามารถมีอิทธิพลให้คนรุ่นหลังและสังคมได้ ถ้าจะให้มีการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพในปัจจุบัน โดยให้เห็นแนวทางปฏิบัติ จะต้องสร้างแบบอย่างให้ได้ และมีสภาพแวดล้อมที่แบบอย่างนั้นยืนยงอยู่ได้

2. แยกคุณธรรมและอาชีพออกคนละส่วน

ปัจจุบันการปลูกฝังคุณธรรมและอาชีพแยกกันคนละส่วน ไม่ใช่ส่วนรวมของชีวิต ไม่ใช่อันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้ไม่ประสานสัมพันธ์และเกี่ยวพันกัน บางครั้งก็เป็นการอบรมด้านเดียวโดยให้แต่อาชีพ ไม่อบรมคุณธรรม จึงเกิดการอาศัยอาชีพของตนเป็นเครื่องมือ เกิดการไม่ไว้วางใจ เอาเปรียบกันโดยทั่วไปในทุกอาชีพ การจะสร้างสรรค์สังคมให้สงบสุข จึงควรพิจารณากระบวนการสอนใหม่ โดยยึดส่วนรวมเป็นแนวทาง

3. การปฏิบัติได้ทำไม่ได้ไม่ชัดเจน

ในอดีตเป้าหมายของการปลูกฝังคุณธรรมและความรู้หรืออาชีพค่อนข้างชัดเจนว่าเป็นการปฏิบัติทำให้ได้ แต่ในปัจจุบันเน้นเพียงเพื่อให้เข้าใจ ท่องได้ แต่การประพฤติอาจตรงกันข้ามกับที่ทราบ ดังนั้นควรพิจารณาให้มีการปลูกฝังในแนวปฏิบัติควบคู่กับทฤษฎีอย่างจริงจัง

4. เป็นแบบแผนกลางเหมือนกันหมด

คุณธรรมและอาชีพในอดีตแม้จะไม่ก้าวหน้ามาก แต่ก็เหมาะสมกับสังคมท้องถิ่น ชุมชนมีอำนาจจัดการตามความต้องการของท้องถิ่น มีการปลูกฝังอบรมให้รักท้องถิ่นและอาชีพ แต่ในปัจจุบันรัฐดึงเข้าสู่ส่วนกลาง คุณธรรมและอาชีพ รวมถึงความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม ล้วนเป็นแบบแผนกลาง ซึ่งเป็นแบบแผนของทุนนิยม เกิดข้อจำกัดและความคับแคบทางคุณธรรม ค่านิยมและอาชีพจึงเกิดขึ้น คุณค่าอาชีพท้องถิ่นถูกทำลาย เกิดปัญหาการลอกเลียนแบบตามมา ความคิดริเริ่มในท้องถิ่นจึงสูญสลายไป การพัฒนาสังคมไทยในอนาคต จึงควรกลับไปเริ่มที่ท้องถิ่นชุมชนให้ก้าวหน้า โดยอาศัยพื้นฐานเดิมในอดีตเป็นแกนกลาง

5. ไม่เบ็ดเสร็จแต่ไม่สร้างสรรค์

แม้สังคมไทยในอดีต ค่านิยม คุณธรรมและความรู้ จะเบ็ดเสร็จตายตัว แต่การอบรมก็ได้ผลแน่นอนนำไปใช้ได้ แต่ในปัจจุบันความรู้และอาชีพมีการเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าตลอดเวลา แต่

รูปแบบการปลูกฝังเน้นการให้ความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับสังคม ไม่ได้สอนให้สร้างสรรค์และพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่า การปลูกฝังจึงควรปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม

วิชาชีพ

คำว่า “วิชาชีพ” ซึ่งใช้กันอยู่ในปัจจุบันนี้มีที่มาจากคำว่า “Profession” ในภาษาอังกฤษ แต่ก่อนที่จะใช้คำว่า “วิชาชีพ” นั้น พระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ได้เคยทรงอธิบายไว้ว่า “Profession นั้นตามศัพท์หมายความว่า ปริญญา คือการปริญญาดนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียม ซึ่งวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพปริญญาดนในชั้นต้น ได้แก่วิชาของนักบวช ซึ่งต้องเคร่งครัดในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ และต่อมาได้แก่นักกฎหมาย และนายแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเขาได้จัดองค์การควบคุมกันเข้าเอง มีวินัยและมารยาทอันเคร่งครัด” (พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์, 2531, อ้างถึงใน สุวงศ์ ศาสตราวหา, 2540: 105-106)

ต่อมาคำว่า “Profession” ได้ถูกนำมาใช้ในภาษาไทยว่า “วิชาชีพ” และนำไปขยายใช้ใน สาขาอาชีพอื่นนอกเหนือจาก พระหรือนักบวช นักกฎหมาย และแพทย์ ในกฎหมายเองก็มีพระราชบัญญัติที่ใช้คำว่า “วิชาชีพ” อยู่หลายฉบับ โดยเฉพาะในทางการแพทย์และสาธารณสุขมีสาขาวิชาชีพที่มีกฎหมายบัญญัติรับรองอยู่จำนวนมาก เป็นต้นว่า เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ (ปรีดี เกษมทรัพย์, 2531, อ้างถึงใน สุวงศ์ ศาสตราวหา, 2540: 170)

วิลเบิร์ต อี. มัวร์ (Wilbert E. Moore) อธิบายว่า วิชาชีพ คือ การประกอบอาชีพเต็มเวลา โดยผู้ประกอบวิชาชีพ (professional) อุตุนตนเองให้แก่อาชีพนั้น ๆ ผู้ประกอบวิชาชีพอยู่ในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกัน และมักมีการจัดตั้งสมาคมวิชาชีพอย่างเป็นทางการ ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องมีความรู้ และทักษะในการประกอบวิชาชีพนั้น ๆ อันเป็นผลมาจากการที่ได้รับการฝึกอบรมหรือการศึกษาตรงตามสาขาที่ประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องยึดมั่นอยู่กับกฎเกณฑ์ของการประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติงานและให้บริการด้วยจิตสำนึกในวิชาชีพ ตลอดจนมีความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ อันเนื่องมาจากการที่ผู้ประกอบวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพของตนในระดับสูง (วริยา ชินวรรณ, 2541: 1)

ดังนั้นสิ่งที่ผู้มีฐานะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแตกต่างจากการประกอบอาชีพอื่นๆ มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่

1. เป็นอาชีพในแง่ที่เป็นการทำงานที่มีการอุทิศตน ทำไปตลอดชีวิต
2. การงานนั้นต้องได้รับการสั่งสอนอบรมเป็นวิชาชีพชั้นสูงที่ต้องอบรมกันเป็นเวลาหลายปี

3. ผู้ที่ทำงานประเภทนี้จะมีชุมชน หรือหมู่คณะที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำนึกในจรรยาบรรณ เกียรติยศและศักดิ์ศรีของวิชาชีพของตน และมีองค์การและกระบวนการเพื่อสอดคล้องพิทักษ์รักษาขนบธรรมเนียมเกียรติยศศักดิ์ศรีของวิชาชีพ (ปรีดี เกษมทรัพย์, 2531, อ้างถึงใน สุวงศ์ ศาสตราวาท, 2540: 170)

จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์

จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ประกอบด้วย “คุณธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์” และ “จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์”

คุณธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์

คุณธรรม (พินิต เทปลิขิต, 2535: 105-108, 114-119)

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “คุณธรรม” ไว้ดังนี้

1. คุณธรรมตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า “คุณธรรมหมายถึงสภาพคุณงามความดี”
2. คุณธรรม หมายถึงประเภทหรือชนิดของหลักความประพฤติที่ดี เช่น ความยุติธรรม ความซื่อสัตย์ ความเป็นผู้มีวาจาชอบหรือถูกต้อง ดังนั้นคุณธรรมจึงเป็นประเภทหรือชนิดหนึ่งของจริยธรรม
3. คุณธรรม คือความดีงามในจิตใจซึ่งทำให้เคยชินประพฤติดี ผู้มีคุณธรรม คือผู้มีความเคยชินประพฤติดีด้วยความรู้สึกในทางดีงาม
ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คุณธรรม คือสภาพคุณงามความดีที่ใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต

คุณธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์

หมายถึง คุณงามความดีที่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงสำนึกในจิตใจของตนในด้านความจริง ความดี และความงาม อันใช้เป็นหลักในการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์และดำเนินชีวิต

คุณธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงมี ประกอบด้วย

1. คุณธรรมทั่วไป
2. คุณธรรมตามแนวคิดอริสโตเติล
3. คุณธรรมตามแนวพุทธศาสนา
4. คุณธรรมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

คุณธรรมทั่วไป ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงมี ได้แก่

1. การใฝ่สัจจะธรรม
2. การใช้ปัญญาในการแก้ปัญหา
3. ความเมตตา กรุณา
4. ความมีสติ สัมปชัญญะ
5. ความไม่ประมาท
6. ความซื่อสัตย์สุจริต
7. ความอดกลั้นและความสำรวม
8. ความเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ ปิยะวาจา ประพฤติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น วางตนโดยสมควร
9. ความขยันหมั่นเพียร และความมัธยัสถ์
10. ความละเอียดรอบาป และความเกรงกลัวต่อบาป
11. ความสามัคคี และความเสียสละ
12. ความรับผิดชอบต่อสังคม

คุณธรรมตามแนวคิดอริสโตเติล ที่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงมี ได้แก่

1. ความรอบคอบ โดยพิจารณาอย่างรอบคอบว่าจะไรควรประพฤติ อะไรไม่ควรประพฤติ
 2. ความกล้าหาญ คือกล้าเสี่ยงต่อการเข้าใจผิด การเผชิญต่อการใส่ร้าย และเมื่อมั่นใจว่าตนกระทำความดี
 3. การรู้จักประมาณตน คือรู้จักควบคุมความต้องการกระทำต่างๆ ให้อยู่ในขอบเขตอันควรแก่สภาพและฐานะของตน
 4. ความยุติธรรม ความยุติธรรมเป็นแก่นของคุณธรรม ผู้มีความยุติธรรมสูงย่อมพร้อมเพรียงด้วยคุณธรรมต่างๆ ดังนั้นจะต้องให้ความยุติธรรมแก่ทุกคนและแต่ละคนตามความเหมาะสม
- คุณธรรมตามแนวพุทธศาสนา** ประกอบด้วยคุณธรรมที่สำคัญคือ
1. สัตตสัทธรรม
 2. ธรรมที่ทำให้เป็นคนมีความยุติธรรม
 3. ธรรมที่จะให้เป็นคนใจดี

1. สัตตสังคหกรรม

คือกรรมสำคัญขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าอันเป็นกรรมสำคัญที่ชักนำหรือปลุกฝังให้เกิดขึ้นในคน เพื่อจะได้ชักนำหรือปลุกฝังกรรมอื่นให้เกิดขึ้น และยังเป็นกรรมสำหรับรักษากรรมอื่นให้ตั้งอยู่ถาวรมั่นคง สัตตสังคหกรรม 7 ประการมีดังนี้

- 1.1 สัทธา คือความเชื่อ เห็นดี เห็นชอบในสิ่งที่ตนจะประพฤติ
- 1.2 หิริ คือความตะขิดตะขวงขยะแหยงต่อความชั่วที่จะกระทำลง
- 1.3 โอตตัปปะ คือความหวาดหวั่นต่อความชั่วที่จะกระทำลง
- 1.4 พาหุสัจจะ คือความได้ยินมาก ได้ฟังมาก ได้เรียนมากอันก่อให้เกิด

ความรู้ ทำให้เกิดความฉลาด

- 1.5 วิริยะ คือความเพียรพยายามในกิจการใดๆ
- 1.6 สติ คือความคิดยับยั้ง ความรู้สึกตน ระวังตน ไม่ลืมตน ไม่ประมาท สติเป็นธรรมอันสำคัญที่ทำให้ดำรงตนเที่ยงตรง มั่นคงอยู่ หากปราศจากสติแล้ว ความเสียหายอาจมีมาได้ และความดีที่มีอยู่ก็อาจเสื่อมเสียไป
- 1.7 ปัญญา คือความรู้ประจักษ์ ความเข้าใจชัด ความฉลาด ความจะทำให้เห็นผิดชอบชั่วดี บาป บุญ คุณ โทษ แห่งกิจการใดๆ ทั้งปวงย่อมเกิดขึ้นด้วยปัญญา

2. ธรรมที่ให้เป็นคนมีความยุติธรรม

ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์ต้องมีความยุติธรรมในตนยิ่งกว่าคนธรรมดาทั่วไป ความยุติธรรมเป็นแก่นของคุณธรรม สาเหตุที่ทำให้คนไม่ตั้งอยู่ในความยุติธรรมมี 4 ประการคือ

2.1 ฉันทาคติ การมีความรักเป็นเหตุให้ลำเอียง ในกรณีที่มีคนไข้หลายคนที่จะได้รับการดูแลรักษาจากทันตแพทย์โดยเท่าเทียมกัน แต่ถ้าทันตแพทย์ไม่ได้ให้ความยุติธรรม เพราะทันตแพทย์มีความหวังหรือเห็นแก่ลาภที่พึงจะได้ในคนไข้คนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงให้การรักษาในผู้นั้นหรือกลุ่มนั้นก่อนหรือมากกว่าหรือดีกว่า ทอดทิ้งหรือไม่สนใจอีกคนหนึ่งหรืออีกฝ่ายหนึ่งเสียจนเสียหาย เพราะเหตุที่ไม่ได้รับความเอื้อเฟื้อจากทันตแพทย์ผู้รักษาโดยสมควรแก่หน้าที่

2.2 โทสาคติ การมีความโกรธเป็นเหตุให้ลำเอียง เช่นคนไข้บางคนจุกจิก รุ้จู้ หรือทำให้ทันตแพทย์ไม่พอใจ ทันตแพทย์ก็ทอดทิ้งไม่ยอมทำให้ จนเป็นเหตุเสียหายเป็นอันตรายแก่คนไข้ที่ทันตแพทย์ทอดทิ้งนั้น

2.3 ภยาคติ การมีความกลัวเป็นเหตุให้ลำเอียง เช่นคนไข้ที่มีศบรโรคศักดิ์สูงอันเป็นที่กลัวเกรง ทันตแพทย์ก็ไม่ได้ทำการรักษาหรือปฏิบัติบางอย่างให้แก่คนไข้ผู้

นั้นให้ได้ประโยชน์เช่นอย่างคนอื่น เพราะเกรงกลัวปล่อยตามใจคนไข้ตามที่ต้องการ แม้แต่ในสิ่งที่เกิดอันตรายหรือโทษแก่ผู้อื่น

2.4 โมหาคติ การมีความหลงเป็นเหตุให้ลำเอียง เช่นคนไข้รายที่ยากหรืออาจเกิดอาการแทรกซ้อนได้ ทันตแพทย์รักษาไปโดยไม่ได้ตรวจวินิจฉัยอย่างถี่ถ้วนหรือไม่ได้ส่งคนไข้ให้ปรึกษากับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญกว่าตน จนทำให้คนไข้ได้รับอันตรายหรือเสียหายเพราะความหลงของทันตแพทย์

3. ธรรมที่จะให้เป็นคนใจดี

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จำเป็นต้องมีธรรมที่จะให้ตนเป็นคนใจดี เพราะมีหน้าที่เกี่ยวข้องต้องช่วยเหลือคนไข้ การที่ต้องมีธรรมนี้จะได้เป็นเครื่องประโลมใจคนไข้ให้บรรเทาความทุกข์ ความกลัว หรือมีความชุ่มชื่นใจ ธรรมที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์เป็นคนใจดีประกอบด้วย

3.1 เมตตา ต้องเป็นคนที่มีหวังและพยายามจะให้เขาดีและมีความสุข

3.2 กรุณา ต้องเป็นคนที่มีหวังและพยายามที่จะช่วยเหลือให้เขาบรรเทาทุกข์เสื่อมคลายโรคโดยจริงจัง

3.3 ความมีน้ำใจหรือเอื้อเฟื้อ ต้องเป็นคนที่มีน้ำใจหรือมีแก้ใจด้วยตนเอง ในการบำบัดรักษาคนไข้ ไม่ใช่ทำเพราะมีสิ่งบังคับให้จำทำ หรือทำตามความจริงจำเป็นตามหน้าที่ จึงสักแต่ว่าทำการมีน้ำใจหรือเอื้อเฟื้อนี้จะทำให้คนไข้ยังเกิดความยินดีปราศอึดใจ

3.4 ความเอาใจใส่และห่วงใยในงานในหน้าที่ของตนให้สำเร็จอยู่เสมอ หากมีปัญหาอุปสรรค ก็ค้นคิดหาสาเหตุที่จะแก้ไขปรับปรุงให้สำเร็จจนได้

คุณธรรมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

คุณธรรมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ ได้แก่

1. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงถือว่าการให้บริการทันตกรรมเป็นวิชาชีพไม่ใช่ธุรกิจ การที่ถือว่าเป็นวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จะต้องเป็นผู้มีความรู้ ให้บริการเป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน นั่นคือมุ่งถึงประโยชน์และผลดีของคนไข้มากกว่าผลกำไร

2. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ จะต้องเป็นผู้มีจิตใจเที่ยงธรรมและสุจริตในการปฏิบัติตนต่อคนไข้อย่างเท่าเทียมกันในฐานะของมนุษย์ที่ประสบความทุกข์หรือปัญหาทางทันตกรรม

3. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงถือว่า การทำให้คนมีสุขภาพช่องปากที่ดีหรือมีทันตสุขภาพที่ดี เป็นการให้ที่ทุกคนปรารถนาเหนือสิ่งอื่นใดทั้งหมด จะตีราคาเป็นตัวเงินไม่ได้ ผู้

ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จึงต้องมีความเมตตากรุณาและความรักต่อเพื่อนมนุษย์รวมทั้งมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อคนไข้ ความเมตตากรุณาและความรักต่อเพื่อนมนุษย์เป็นคุณธรรมพื้นฐานประการสำคัญของผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์

4. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ พึงเรียกร้องค่าตอบแทนอันชอบธรรมตามควร โดยไม่ขัดต่อจรรยาบรรณไม่จากคนไข้ก็จากผู้รับผิดชอบในสังคม

5. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงชวนขวยหาความรู้ของตนให้ทันสมัยอยู่เสมอและให้มีความชำนาญในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็ชวนขวยหาความรู้ในวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ประกอบในการปฏิบัติงาน โดยมุ่งประโยชน์ที่จะพึงเกิดแก่มนุษย์เป็นสิ่งสำคัญมีความเข้าใจในเหตุและผลของสิ่งต่างๆ มีหลักการ เหตุผล และแนวทางในการตัดสินใจ การเป็นผู้มีความรู้ที่ทันสมัยจะทำให้ทันตแพทย์สามารถปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ รอบคอบ ถี่ถ้วน ขยันหมั่นเพียร

6. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์อื่นและผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงให้บริการที่เชื่อว่าเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงแก่คนไข้ มิใช่สักแต่ว่าเพื่อให้ได้เงินหรือค่าตอบแทน และต้องไม่แนะนำหรือกระทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์หรืออาจเกิดโทษแก่คนไข้ แม้ว่าจะได้รับการร้องขอจากคนไข้

8. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงถือว่าบุคคลมีค่าเหนือวัตถุ เพราะมนุษย์มีความแตกต่างจากวัตถุด้วยภาวะของสิ่งที่มีจิตใจ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จึงต้องเป็นผู้ที่ตระหนักในคุณค่าของมนุษย์ จากความรู้สึทางจิตใจที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ ความหวาดกลัวจึงเกิดขึ้นแก่มนุษย์ได้เสมอในขณะที่เกิดความปวดเจ็บ ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จึงควรปฏิบัติต่อคนไข้ในลักษณะของการปฏิบัติต่อมนุษย์ที่มีจิตใจไม่ใช่วัตถุใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปวดฟัน การฉีดยาชา หรือกรอฟันคนไข้ เป็นต้น

9. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ไม่พึงถือว่าคนไข้เป็นโอกาสให้ได้ทำการทดลองโดยจะต้องระมัดระวังการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์อย่างรอบคอบ และประณีตแก่คนไข้

10. ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์พึงถือว่าเกียรติอยู่เหนือผลประโยชน์

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์

จรรยาบรรณ

จรรยาบรรณตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า “จรรยาบรรณ หมายถึงประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้นเพื่อ

รักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้”

จากความหมายดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพมีลักษณะเป็นข้อบังคับความประพฤติที่กำหนดขึ้นเพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณและฐานะของสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. จรรยาบรรณที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมและมรรยาทแห่งวิชาชีพ ความรับผิดชอบหรือหน้าที่ของผู้ดำเนินการหรือผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับการดูแลสถานพยาบาล การโฆษณาสถานพยาบาล ป้ายชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะสำหรับสถานพยาบาล และป้ายชื่อสถานพยาบาล จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อาจเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า “Code of Ethics” ดังนั้นในปัจจุบันจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรจะกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

2. จรรยาบรรณที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่มรรยาทแห่งวิชาชีพที่วงการวิชาชีพทันตแพทย์เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์จะต้องยึดถือและพึงปฏิบัติ อันเป็นที่ได้รับการยอมรับและถือปฏิบัติกัน นอกเหนือไปจากมรรยาทแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ กำหนดขึ้นโดยมุ่งที่จะให้บรรลุเป้าหมายของการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

เป้าหมายของการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ ได้แก่

1. เพื่อบริการสังคมในด้านทันตกรรม อันรวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพในช่องปาก

2. เพื่อสร้างบุคลิกภาพของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ ในการใช้ความรู้แก่สังคม
ความสำคัญของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ มีดังนี้

1. ในการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์เพื่อให้บริการแก่สังคม ต้องใช้หลักวิชาทันตแพทยศาสตร์ จึงต้องมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์กำหนดไว้ให้ยึดถือปฏิบัติ

2. จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์นอกจากจะมีสภาพบังคับได้ตามกฎหมายแล้วยังจะมีผลผูกมัดทางจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ให้ประกอบวิชาชีพ โดยมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และแห่งผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

3. จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ จะเพิ่มความหวังที่เป็นหลักประกันความเป็นธรรมในสังคมให้เป็นที่อุ่นใจยิ่งขึ้น เพราะพอที่จะเป็นที่เชื่อถือได้ว่าผู้ประกอบการวิชาชีพทันตแพทย์ คงจะรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของวิชาชีพของตน ไม่ทำกาทำให้เป็นที่เสื่อมเสียแก่วงการทันตแพทย์และองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพทันตแพทย์ อันได้แก่ ทันตแพทยสภา และพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งจะช่วยควบคุมดูแลความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ให้เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

ทันตแพทย์เป็นการประกอบวิชาชีพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในการประกอบวิชาชีพสูง ให้บริการด้วยจิตสำนึกในวิชาชีพ และทำงานอย่างอุทิศตนให้แก่สังคม รวมถึงมีจรรยาบรรณเป็นข้อกำหนดที่ควรยึดถือปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพโดยเคร่งครัด หากทันตแพทย์ตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ และให้บริการทันตกรรมด้วยความมีจริยธรรม จะช่วยลดปัญหาการเรียนลงได้มาก ในการศึกษาพฤติกรรมกาให้บริการที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจึงเกี่ยวข้องกับการมีจิตสำนึกเรื่องวิชาชีพ และการมีจรรยาบรรณในวิชาชีพด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการร้องเรียนแพทย์และทันตแพทย์

- 1.1 ปัญหาทางจริยธรรมของแพทย์
- 1.2 แนวทางป้องกันปัญหาทางจริยธรรม
- 1.3 การป้องกันปัญหาการร้องเรียน
 - 1.3.1 การสร้างสัมพันธที่ดีกับผู้ป่วย
 - 1.3.2 สิทธิของผู้ป่วยและใบยินยอม
- 1.4 ปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์

1.1 ปัญหาทางจริยธรรมของแพทย์

สภาพปัจจุบันที่เรียกว่าโลกาภิวัตน์ หรือโลกเคลื่อนลูกที่สาม จากบางตอนของปาฐกถาของท่านพระธรรมปิฎก อธิบายว่าสภาพโลกาภิวัตน์เป็นระบบสังคมที่มีเป้าหมายคือการแข่งขันเชิงธุรกิจ มองเศรษฐกิจคือเม็ดเงินเป็นตัวนำ หรือเรียกว่าระบบทุนนิยม นำไปสู่การแสวงหาวัตถุนิยม ประกอบกับค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยหนุนทำให้เกิดบริโภคนิยมตามมา ซึ่งทั้งวัตถุนิยม และบริโภคนิยมเป็นสิ่งสำคัญที่เข้ามามีอิทธิพลต่อจิตใจคนไทย ข้อมูลจากเทคโนโลยีสารสนเทศแทนที่จะนำมาใช้เพื่อสร้างปัญญา กลับนำมาเป็นอาวุธแข่งขันเอาชนะซึ่งกันและกัน ทำให้แต่ละคนมีเพื่อนมนุษย์น้อยลง มองเพื่อนมนุษย์รอบข้างคือศัตรูคู่แข่ง ซึ่งระบบนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหา กับสังคมไทยดั้งเดิม จนกระทั่งวัฒนธรรมตะวันตกซึ่งมีอิทธิพลสูงมากเข้ามาครอบงำ เพราะ

สังคมไทยดั้งเดิมเป็นสังคมของความมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ โดยเฉพาะผู้กำลังได้รับความทุกข์ทรมาน มีความเป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันและกัน มีผู้กล่าวว่าในสังคมไทยมีอาชีพอยู่ 3 อาชีพที่คนนำเงินทองสิ่งของมาให้แล้วยกมือไหว้ เพราะสำนึกในบุญคุณ คือ พระ หมอ และครู แต่ด้วยอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตกซึ่งเป็นสังคมของการแข่งขัน แลกเปลี่ยนผลประโยชน์ มีค่าตอบแทน เกิดความรู้สึกว่าเสียเปรียบไม่ได้ หากมีโอกาสดังกล่าวเปรียบ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย กลายเป็นผู้ให้บริการกับลูกค้า ความรู้สึกคุณค่าของการมีบุญคุณลดลง แพทย์พยายามใช้วิชาชีพและความรู้ที่มีมากกว่าผู้ป่วย เป็นเครื่องมือแสวงหาความร่ำรวยอย่างรวดเร็วตามค่านิยม โดยคำนึงถึงจริยธรรมเป็นเรื่องรองลงไป แพทย์กับผู้ป่วยกลายเป็นคนแปลกหน้าและเกิดความระแวงซึ่งกันและกัน คือผู้ป่วยไม่ไว้วางใจในความสามารถของแพทย์ในการรักษา แต่ด้วยความเจ็บป่วยจึงต้องมา และไม่แน่ใจว่าแพทย์ผู้ให้บริการจะคิดค่าตอบแทนแพงเกินไปหรือไม่ ส่วนแพทย์ก็ระแวงว่าผู้ป่วยมีเงินจ่ายตามที่ตัวเรียกร้องหรือไม่ และเมื่อรักษาไปแล้วจะมีการฟ้องร้องตามมาไหมเป็นต้น (พระธรรมปิฎก, 2534, อ้างถึงใน สุจิต เฝ้าสวัสดิ์และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ, 2543: 233) ดังนั้นปัจจุบันแพทย์ไม่ได้ตระหนักว่าตนกำลังประกอบวิชาชีพอยู่ เพราะวิชาชีพ คือ การใช้ความรู้ ความชำนาญในสาขาวิชาของตนนั้นเพื่อบริการสังคม เพื่อประโยชน์สุขแห่งสังคมเป็นเป้าหมาย แต่แพทย์กำลังปฏิบัติตนเป็นนักธุรกิจ คือ ผู้ที่ลงทุนให้น้อยที่สุดเพื่อให้ได้กำไรมากที่สุด (สรุปผลการสัมมนาวิชาการเรื่องจริยศาสตร์และจรรยาบรรณในวิชาชีพทันตแพทย์, 2532) ดังนั้นปัญหาการร้องเรียนจึงเกิดขึ้นได้ง่ายตามมา

การร้องเรียนหรือฟ้องร้องทางสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ที่ได้รับความเสียหายได้ยื่นฟ้องหรือร้องต่อบุคคล หรือการกล่าวหาบุคลากรทางสาธารณสุขคือ แพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ หรือรวมทั้งองค์กรที่บุคลากรนั้นๆ สังกัด เกี่ยวกับการให้หรือการไม่ให้บริการ หรือการรักษาพยาบาล หรือการบริการทางสาธารณสุข หรือให้แต่เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้เกิดความเสียหาย (ทองใบ ทองเป่า, 2542: 12)

ได้มีการศึกษาคดีการฟ้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่างๆ ในประเทศไทยเป็นรายคดีและศึกษาการร้องเรียนแพทย์จากข่าวหนังสือพิมพ์ตลอดจนทำการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ในสาเหตุและปัญหาของการฟ้องแพทย์ ปรากฏผลการศึกษาค้นคว้าว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพส่วนน้อยเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วยและญาติ อันเนื่องมาจากมีเหตุร้ายที่ไม่พึงประสงค์ (Serious unexpected out-come) เกิดขึ้นและมีผลทำให้เกิดความสูญเสีย หรือความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (พรหมมินทร์ หอมหวาน, 2542; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคนอื่นๆ, 2544) เมื่อประมวลปัญหาทางจริยธรรม มีผู้เสนอปัญหาหลายแนวคิดด้วยกันดังต่อไปนี้

ประมวลปัญหาทางจริยธรรมจากหลายแนวคิด

1. จากสรุปผลการสัมมนาวิชาการเรื่องจริยศาสตร์และจรรยาบรรณในวิชาชีพทันตแพทย์ (2532) เสนอว่าสภาพปัญหาจริยธรรมสำหรับแพทย์ในปัจจุบันเกิดเนื่องจาก

1.1 ค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนไปสู่แนวตะวันตก เป็นสังคมบริโภคนิยมที่เน้นทางด้านวัตถุ (ความร่ำรวย ความฟุ้งเฟ้อ ความมีอำนาจ ความเป็นเลิศทางวิชาการ)

1.2 แพทย์บางส่วนใช้ความได้เปรียบทางความรู้ความสามารถ สร้างผลประโยชน์แก่ตนเอง ทำให้ถูกเพ่งเล็งว่าเป็นนักธุรกิจมากกว่าเป็นแพทย์

1.3 การนำวิชาชีพไปใช้ในทางธุรกิจ เช่น ให้การรักษาโดยไม่จำเป็น อธิปไตย ตีต กล่าวหาว่า แพทย์มิใช่รู้แต่ทำได้ แต่ควรจะรู้ว่า ควรทำหรือไม่ ปัญหาอยู่ที่ถ้าเกิดผลแทรกซ้อนกับผู้ป่วยแล้ว เกิดเป็นอันตรายจะยังควรทำอยู่หรือไม่

1.4 คนมีการศึกษามากขึ้น มีความรู้มากขึ้น รักษาสิทธิของตนมากขึ้น และมีความรู้ทางกฎหมายมากขึ้น

2. ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ (ใน สุจิต เฟาสวัสดิ์และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ, 2543: 234-235) ได้ประมวลปัญหาทางด้านจริยธรรมไว้ดังนี้

2.1 Commercial medicine

จะแปลว่า แพทย์พาณิชย์ หรือ พาณิชยแพทย์ ก็ตามซึ่งหมายถึงทั้งตัวบุคคลและระบบในประเทศไทย โรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นมานานแล้วคู่กับโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วย อยู่ด้วยกันอย่างไม่มีปัญหาเพราะปรัชญาของการดำเนินการคล้ายกันคือไม่แสวงหากำไรเพียงแต่โรงพยาบาลเอกชนต้องเลี้ยงตัวเองให้ได้เท่านั้น แต่ในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมานี้ พร้อมกับสภาพเศรษฐกิจฟองสบู่ โรงพยาบาลเอกชนมีปรัชญาผิดการดำเนินการทุกอย่างก็ผิดไป จะมีสักกี่ประเทศในโลก เช่นประเทศไทย ที่มีการนำหุ้นของโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์หวังเก็งกำไรกันเป็นรายวัน หลายคนคงเคยอ่านที่ท่านพุทธทาสสอนว่า “เมื่อหมอเป็นพ่อค้า หมาก็พึ่งไม่ได้”

2.2 Overtreatment

สภาพที่แพทย์โดยเฉพาะแพทย์รุ่นใหม่ต้องรีบร้อนแสวงหาความร่ำรวยอย่างรวดเร็ว ทำให้แพทย์เองขาดการศึกษาต่อเนื่อง ความรู้ใหม่ๆ แทนที่จะได้จากวารสารทางการแพทย์ นำมาวิเคราะห์ด้วยเหตุผลเพื่อให้เกิดปัญญา คงไว้ซึ่งมาตรฐานของวิชาชีพ แต่ความที่ไม่มีเวลาและเหนื่อย การที่มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้จำเป็นต้องเชื่อและฟังฟังบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ผลิตยาและเวชภัณฑ์ ในวิชาเศรษฐศาสตร์ มีการกล่าวว่า “ผู้ผลิต คือ ผู้สร้างอุปสงค์” ซึ่งมีทั้งจริงและ

เท็จร่วมกัน ในประเทศไทยจะมีการใช้ยาและเวชภัณฑ์ใหม่ๆ ราคาแพงอย่างฟุ่มเฟือย ไร้เหตุผลทางวิชาการ ไม่ได้คำนึงถึงความสิ้นเปลือง เพราะแพทย์เกรงว่าจะตามไม่ทันความก้าวหน้า จึงต้องเชื่อไว้ก่อน ดังนั้นการรักษาที่ไม่สมเหตุผล ผลย่อมนำมาซึ่งปัญหาค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้นทั้งส่วนของประชาชนเอง และของรัฐด้วย

2.3 Unnecessary Investigation

เมื่อเริ่มสมัยของการแพทย์พาณิชย์ มีการสั่งซื้อเครื่องมือทันสมัยราคาแพงเข้ามา ในลักษณะการลงทุนเชิงธุรกิจ การแสวงหาผลตอบแทนให้คุ้มค่าการลงทุนในระยะเวลารวดเร็ว ย่อมตามมา ในประเทศไทยมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องเอ็มอาร์ไอ เครื่องสลายนิว เป็นต้น จำนวนมากมาย จึงเกิดระบบการแข่งขัน และสร้างแรงจูงใจที่ผิดจริยธรรมให้กับแพทย์ โดยการให้ค่าตอบแทนพิเศษตามจำนวนผู้ป่วยที่ส่งมาตรวจ แพทย์เมื่ออยากได้ค่าตอบแทนจึงให้ผู้ป่วยไปตรวจ ไม่ว่าจะจำเป็นหรือไม่ก็ตาม บางครั้งผู้ป่วยกลับเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีเพราะมีการใช้เทคโนโลยีที่ตนเองไม่รู้จัก ทำให้แพทย์ยิ่งได้ใจ การกระทำดังกล่าวแม้จะให้ผลตอบแทนเร็วต่อผู้ลงทุน แต่สำหรับแพทย์เป็นการผิดจริยธรรม เมื่อแพทย์สภาเริ่มสอดส่องการกระทำ แพทย์คงเกรงกลัวหรือละอายใจขึ้น ธุรกิจดังกล่าวจึงเกือบไม่พบอีกแล้ว

2.4 Medical Mafia

สภาพเวชปฏิบัติปัจจุบันที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ทำให้เกิดการรักษาระบบแยกส่วน แทนที่จะเป็นลักษณะองค์รวม ผู้ป่วยคนหนึ่งจะมีแพทย์หลายคนดูแลเป็นส่วนๆ ตามอาการ เช่น ผู้ป่วยเข้ามารอผ่าตัดเนื้องอกมดลูกธรรมดา บ่นว่าเมื่อคืนนอนไม่หลับและมีใจสั่นเป็นพักๆ จะได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ และแพทย์โรคหัวใจทันที หากมีอาการปวดหลังอีก ก็จะได้รับ การดูแลจากหมอกระดูก เป็นต้น ทั้งๆ ที่การเข้าโรงพยาบาลเปลี่ยนสถานที่ ที่นอนไม่เคยชินอาจเกิดอาการดังกล่าวข้างต้นได้ การที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยกันรุมดูและรักษาตามอาการต่าง ๆ จึงเสมือน “แรงลง” แน่นนอนผลที่ตามมา คือค่าบริการของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบสูงเกินเหตุ

2.5 Overcharge

ระบบการให้บริการในประเทศไทยและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่ศรัทธาตัวแพทย์คือปัญหา ผู้ป่วยคิดเสมอว่า ความเจ็บป่วยของตัวเองเป็นเรื่องสำคัญ ยินดีจ่ายค่าบริการให้แพทย์เท่าไรก็ได้ หากพึงพอใจและเป็นการจ่ายโดยตรงจากตนเอง จึงเป็นช่องว่างให้แพทย์คิดค่าใช้จ่ายตามฐานะผู้ป่วยที่แพทย์ใช้ความรู้สึกของตนเอง ทั้งๆ ที่ให้บริการเหมือนกัน ได้มีความพยายามของภาคเอกชนมานานแล้วที่จะกำหนดมาตรฐานค่าบริการของแพทย์แต่ไม่สำเร็จเพราะแพทย์เองคือตัวปัญหาที่ไม่ยินยอมเพราะมีความรู้สึกว่าคุณเองเก่งกว่าเพื่อนร่วมงาน ควรได้รับค่าตอบแทนมากกว่า

และผู้ป่วยก็ยินดีจ่าย ปัญหานี้จะแก้ได้ถ้าค่าใช้จ่ายต้องมาจากบุคคลที่สาม เช่น บริษัทประกันสุขภาพ เป็นต้น มาตรฐานจึงจะเกิดขึ้นได้

2.6 Incompetence Physician

ในประเทศไทยเมื่อแพทย์ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว จะทำอะไรก็ได้ ไม่มีข้อห้าม ยิ่งสังคมให้ค่านิยมเรื่องความสวยงามเพิ่มขึ้น ทำให้แพทย์จำนวนหนึ่งที่แม้ตนเองจะมีฝีมือไม่ได้มาตรฐาน แต่ด้วยความโลภต้องการหาเงินอย่างง่ายและรวดเร็ว จึงใช้วิธีโฆษณาโอ้อวด เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับผลดีจริง แพทย์จึงถูกฟ้องร้อง เช่นการเสริมจมูก ทำตาสองชั้น ลดไขมัน สิวฝ้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่นับเป็นความเมตตากรุณาของ โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ที่อนุญาติให้ลูกศิษย์ซึ่งมีปัญหาทางจิตเวช สำเร็จการศึกษา และได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออกสู่สังคม ทำให้เคราะห์กรรมตกอยู่กับผู้ป่วยนั่นเอง

3. พรหมมินทร์ หอมหวาน (2542) สรุปภาพรวมจากมูลเหตุการร้องเรียนแพทย์ว่าเกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับการเริ่มให้บริการของแพทย์สมัยใหม่ร่วมกับสังคมที่เปลี่ยนไป ซึ่งเมื่อเทียบกับในสมัยก่อนนั้นแทบไม่มีการร้องเรียนแพทย์ หรือมีน้อย เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดีมากเป็นแบบแพทย์มีบุญคุณ (Paternalism) ดังนั้นการร้องเรียนแพทย์ที่มีมากขึ้นในปัจจุบันสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 มีระบบธุรกิจการแพทย์หรือแพทย์พาณิชย์เข้ามาให้บริการ

ระบบธุรกิจการแพทย์หรือแพทย์พาณิชย์มีนักธุรกิจเป็นผู้ลงทุนสร้างโรงพยาบาลและจ้างแพทย์ให้ทำการตรวจรักษาและให้ค่าตอบแทนสูง โดยเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยสูงมาก เพื่อให้แพทย์ได้รับค่าตอบแทนสูงด้วย การบริการของโรงพยาบาลประเภทนี้มุ่งแสวงหากำไร ทำให้รูปแบบบริการทางการแพทย์ต้องเปลี่ยนไปเป็นบริการที่ต้องใช้เงินซื้อเหมือนสินค้าและบริการ (Goods and Service)

3.2 อุดมการณ์ของแพทย์เปลี่ยนแปลง

จากระบบธุรกิจการแพทย์ทำให้ในวงการแพทย์มีความแตกต่างในเรื่องรายได้ แพทย์ที่ทำงานในระบบธุรกิจการแพทย์จะมีรายได้ดีมาก ทำให้แพทย์ที่จบใหม่เกิดการเลียนแบบ ละทิ้งอุดมการณ์จริยธรรมหรือธรรมเนียมของแพทย์ที่ดีงาม เข้าไปสู่วงการแพทย์พาณิชย์มากขึ้น

3.3 ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม

เมื่ออุดมการณ์ของแพทย์เปลี่ยนแปลงทำให้การปฏิบัติตนของแพทย์ต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป แพทย์คนเดียวกันช่วงเช้าอยู่เวรที่โรงพยาบาลของรัฐ ตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยสายตาแล้วเขียนใบสั่งยาให้โดยไม่พูด (ถ้าพูดก็คือคำว่าทำไมมาตรวจวันนี้) ไม่มีการตรวจร่างกายแต่อย่างใด

ต่อมาช่วงบ่ายผู้ป่วยคนเดียวกันไปโรงพยาบาลเอกชนพบแพทย์คนเดิม แพทย์ได้ตรวจรักษาให้อย่างละเอียด พุดจาไฟเราะ ซึ่งแตกต่างจากเมื่อเข้าอย่างสิ้นเชิง ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้เกิดจากฝ่ายแพทย์เป็นผู้ทำให้เปลี่ยน ผู้ป่วยเพียงไปหาแพทย์เท่านั้น ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปนี้มีความสำคัญมาก และเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้ง เพราะว่าเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เปลี่ยนไปจากแพทย์เป็นผู้มีบุญคุณ (Paternalism) มาเป็นเสมือนการซื้อขายบริการ ปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่เคยเกิดก็เกิดขึ้นได้เสมอ ถ้าต้องเสียค่าบริการสูงหรือใช้บริการของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความคาดหวังจะสูงตาม

3.4 แพทย์ที่ทำงาน 2 แห่งจะมีเวลาให้ผู้ป่วยลดลง การตรวจรักษาไม่ละเอียด

เวลาที่ให้กับผู้ป่วยน้อยลงทำให้แพทย์ต้องรีบตรวจรักษาผู้ป่วย การซักประวัติ การเจ็บป่วยอาจไม่ครอบคลุม หรือไม่ทันได้ดูรายละเอียดในใบส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น หรือไม่ฟังคำให้ประวัติจากญาติผู้ป่วย ทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคผิดพลาด โดยเฉพาะในโรคพื้นฐานที่วินิจฉัยได้ง่าย จึงดูเสมือนมาตรฐานวิชาชีพต่ำลง แท้จริง ๆ แล้วเกิดจากการให้เวลาและความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยน้อยลง

3.5 แพทย์ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยน้อยขณะที่ต้องการข้อมูลจากผู้ป่วยมาก

ถ้าผู้ป่วยเคยไปตรวจที่อื่นมาก่อน แพทย์จะถามผู้ป่วยว่าแพทย์ที่นั่นบอกว่าเป็นโรคอะไร ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบ แพทย์จะต่อว่าจนถึงคุณค่า แต่เมื่อแพทย์ตรวจเสร็จแพทย์ก็ไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไรเช่นเดียวกัน และถ้ามีผู้ป่วยมารวมมาก ๆ บางครั้งแพทย์อาจรู้สึกโกรธและคุณค่าผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่มีการเพิ่มพูนทักษะการสื่อสาร โอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งจะมีมากขึ้น และการให้อภัยของผู้ป่วยหรือผู้เสียหายจะลดลง

3.6 ความไม่ไว้วางใจจะเริ่มเกิดขึ้น ถ้าพบความผิดพลาด

หากผู้ป่วยได้รับผลร้ายหรืออันตรายหรือผลการรักษาไม่ใช้อย่างที่หวังไว้จะเกิดเป็นความสงสัย ถ้าแพทย์ไม่อธิบายรายละเอียด จะเป็นมูลเหตุการร้องเรียน เพราะผู้เสียหายอยาการู้จึ่ร้องเรียน แต่ถ้านอกจากแพทย์จะไม่อธิบายแล้ว ยังมีการปิดบัง บิดเบือนสาเหตุของความเสียหาย ผู้เสียหายจะโกรธแค้น เป็นเหตุกระตุ้นให้ดำเนินการร้องเรียนแพทย์ การปิดบัง หรือบิดเบือนสาเหตุของความเสียหายจะทำให้ผู้ร้องเรียนไม่ไว้วางใจ

จากสภาพปัญหาข้างต้นที่กล่าวมาทั้งหมด ได้มีผู้เสนอถึงแนวทางป้องกันปัญหาทางจริยธรรมไว้ดังต่อไปนี้

1.2 แนวทางป้องกันปัญหาทางจริยธรรม

ในวิชาแพทยศาสตร์ ขอมริบกันว่า การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาห่วยดื่กกว่าการแก้ไคเมื่อปัญหามาถึงตนเอง ดังนั้นเพื่อลดปัญหาจริยธรรมในเวชปฏิบัติลงเท่าที่จะทำได้ แพทย์แต่ละคนต้องค้ำนึ่งถึงสิ่งเหล่านี้ (ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ใน สุจิต เฟาสวัสดิ์และคนอื่นๆ, บรรณาริการ, 2543: 237)

1. ต้องรักษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยให้ดีที่สุด แพทย์ต้องควบคุมตนเองโดยเฉพาะภาษาในการพูดต้องสุภาพ ไม่ใช่อารมณ์ในการตัดสินใจ

2. การบันทึกเวชระเบียน เวชระเบียนจะเป็นหลักฐานเอกสารที่สำคัญในการยืนยันการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อเกิดปัญหาจริยธรรมขึ้น แพทย์ทุกคนต้องฝึกหัดให้เป็นนิสัยในการเขียนเวชระเบียนอย่างละเอียดติดต่อกันอย่างต่อเนื่องระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วย เวชระเบียนที่ดีจะเป็นสิ่งยืนยันว่าการรักษานั้นได้มาตรฐาน และไม่มี ความประมาทเกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา

3. ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนตามมาตรฐานวิชาชีพในสถานการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ต้องค้ำนึ่งถึงความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วย ระหว่างการดูแลรักษาต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยพร้อมที่จะแก้ไคเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น แม้ผลการรักษาจะเป็นอย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว แม้จะเกิดปัญหา ความรุนแรงจะลดลงแน่นอน

4. การปรับปรุงกระบวนการผลิตแพทย์ ต้องมีการปลูกฝังวุฒิภาวะนิสัยนักศึกษาเพิ่มขึ้น การประพฤติตนเป็นคนดีของสังคม และตระหนักว่าแพทย์ยังเป็นบุคคลที่สังคมไทยยังให้ความเคารพนับถือดีอยู่

5. ต้องช่วยกันกำกับดูแลสถานประกอบการทางการแพทย์เอกชนอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเอาเปรียบสังคมโดยการสร้างอุปสงค์เทียม

1.3 การป้องกันปัญหาการร้องเรียน

จากที่พบว่า สาเหตุและปัญหาของการร้องเรียนแพทย์ ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพ และสาเหตุทำให้เกิดการร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับแพทย์กับผู้ป่วย (พรหมมินทร์ หอมหวาน, 2542; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคนอื่นๆ, 2544) ดังนั้นการป้องกันปัญหาการร้องเรียน จึงควรค้ำนึ่งถึงเรื่องดังต่อไปนี้

1.3.1 การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

1.3.2 สิทธิของผู้ป่วยและใบยินยอม

1.3.1 การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยปัจจุบันอาจจัดแบ่งเป็นสี่ประเภทด้วยกัน ซึ่งเป็นการแบ่งแยกโดยทฤษฎี โดยพิจารณาจุดมุ่งประสงค์ของการปฏิสังสรรค์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย สิ่งทีแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย (Physician's Obligation) บทบาทของค่านิยมของผู้ป่วย และ

มโนคติในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย (Conception of Patient Autonomy) (สุจินต์ อุบลวัตร, 2537: 77-83)

1. The Paternalistic Model

เป็นความสัมพันธ์แบบเก่าซึ่งใช้กันมาอย่างน้อย 2500 ปี แพทย์ผู้รู้และความพลังอำนาจในการรักษาพยาบาล จะทำหน้าที่เหมือนผู้ปกครอง (Guardian) ถึงแม้ว่าจะมีจุดประสงค์ร่วมกันคือการลดความทุกข์ทรมาน สุขภาพที่ดี แต่ความยืนยาวของชีวิตแพทย์จะเป็นผู้กำอำนาจการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุด ให้ผู้ป่วยในรูปแบบนี้การปฏิบัติของแพทย์ควบคุมโดยจริยธรรมด้านการแพทย์แบบฮิปโปเครติส (อำนาจตัดสินใจรักษาหรือไม่ และจะรักษาโดยวิธีใด เป็นสิทธิอำนาจของแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจของผู้ป่วย แพทย์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเหมือนกับการดูแลรักษาลูกของตน) โดยไม่คำนึงถึงค่านิยมและความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วยแต่ในด้านการปฏิบัติจริงความสัมพันธ์แบบนี้สามารถสร้างความรู้สึกที่ดีเช่น Compassion, Sympathy, Empathy เกิดขึ้นแพทย์สามารถเข้าไปถึงความรู้สึกในใจของผู้ป่วย และอาจนำค่านิยมของผู้ป่วยเข้ามาผสมผสานในการตัดสินใจด้านการแพทย์ โดยไม่รู้ตัว ความสัมพันธ์แบบนี้โดยหลักการเป็นการขัดแย้งต่อ “Patient’s Bill of Right” และไม่มีภูมิต่อต้านความผิดในการฟ้องร้องซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในภายหลัง ความสัมพันธ์แบบนี้อาจจำเป็นต้องใช้ในบางครั้งเช่น แพทย์ตัดสินใจทำในความเร่งด่วนนี้จะช่วยชีวิตผู้ป่วย

2. The Informative Model

แพทย์ทำหน้าที่ให้ข่าวในฐานะ “Competent Medical Expert” ความสัมพันธ์แบบนี้บางครั้งอาจจะถูกเรียกชื่อเป็น Scientific, Engineering หรือ Consumer Model ในรูปแบบนี้แพทย์มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลทั้งหมดแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ตัวโรค ธรรมชาติของโรคและการทำนายของโรค และเสนอทางเลือกของวิธีการรักษาทั้งหมดที่มีอยู่พร้อมกับข้อมูลทางสถิติ ที่เกี่ยวข้องถึงผลการรักษาความเป็นไปได้ของอัตราเสี่ยง และผลแทรกซ้อนรวมทั้งคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้ค่านิยมส่วนตัวและความเป็นตัวของตัวเองเลือกบนทางเลือกปฏิบัติ ในรูปแบบนี้การเลือกของผู้ป่วยจะอยู่เหนือการตัดสินใจด้านการแพทย์โดยสิ้นเชิง ความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้คล้ายคลึงไปในด้านการค้าขายแลกเปลี่ยน ความผูกพันด้านจิตใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีน้อยมาก ค่านิยมส่วนตัวของแพทย์ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลยและบางครั้งสภาพจิตใจที่ถูกรบกวนกระเทือนจากการป่วยหนัก และความเข้าใจในข้อมูลด้านการแพทย์ในฐานะชาวบ้านธรรมดาอาจทำได้ยากซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจเลือกหนทางปฏิบัติที่ผิด

3. The Interpretive Model

แพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Counselor) ของผู้ป่วยการปฏิบัติคล้ายคลึงกับแบบที่สองแต่แพทย์จะเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยปกติแล้วค่านิยมของผู้ป่วยจะไม่แน่นอนและค่อนข้างจะคลุมเครือแพทย์จะทำหน้าที่ช่วยผู้ป่วยในการสร้างของค่านิยม ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Non-Moral Value ให้ผู้ป่วยมีค่านิยมและทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวเองในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแพทย์อาจจะแนะนำเปรียบเทียบต่าง ๆ กับค่านิยมของผู้ป่วยซึ่งอาจจะทำให้เลือกหนทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเองได้ถูกต้อง จุดอ่อนของรูปแบบความสัมพันธ์แบบนี้อยู่ที่ความชำนาญและความสามารถในด้านนี้และเวลาที่จำกัดของแพทย์ การปฏิบัติอาจจะไม่ได้ผลดีนัก และในบางครั้งแพทย์จะเลือกใช้ค่านิยมส่วนตัวเข้าทดแทนค่านิยมที่แท้จริงของผู้ป่วย

4. The Deliberate Model

ในแบบนี้แพทย์จะทำหน้าที่เหมือนเพื่อนหรือครู จะเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำหรือชี้แจง เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในหนทางปฏิบัติและทางเลือกต่าง ๆ และบางครั้งอาจจะให้คำแนะนำด้านจริยธรรมด้วยเช่น อาจจะให้ความเห็นต่อคุณประโยชน์ต่อมนุษยชาติ ถ้าผู้ป่วยเลือกการรักษาซึ่งอยู่ในโครงการวิจัย เป็นต้น การปฏิบัติของแพทย์จำกัดอยู่ที่การให้ “ความจริง” เท่านั้น ไม่เลยไปถึงการโน้มน้าวแกมบังคับการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่ง Patient Autonomy สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระวิธีการนี้ถ้าไม่ระมัดระวังให้ดี ผลที่ออกมาอาจเป็นรูปแบบ Paternalistic Relationship โดยไม่รู้ตัว

ในประเทศไทย ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะเป็นในรูปแบบ “Paternalism” ซึ่งน่าจะทำให้เกิดปัญหาการเรียนได้ง่าย แต่ในอดีตปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย เนื่องจากวัฒนธรรมไทยได้ช่วยให้ความสัมพันธ์ การปรึกษาหารือระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีในข้อขัดแย้งในการเลือกที่ตกลงกันไม่ได้ อีกทั้งในประเทศไทยก็มีทางออกหลายทาง เช่น การแสวงหาความเห็นของบุคคลที่สองหรือสาม และ “Final Authority” ซึ่งมักยินดีเข้ามาช่วยเหลือ ทางออกอีกทางหนึ่งสำหรับการทดแทนด้านจิตใจในโรคที่แพทย์ไม่สามารถช่วยได้แล้วก็คือแพทย์แผนโบราณ หมอ พระ และการรักษาทางไสยศาสตร์ ส่วนในปัจจุบันระบบการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้แพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ห่างกันมากขึ้น จนผู้วิจารณ์ว่าการแพทย์ขณะนี้มึลักษณะ “Spending More, Feeling Worse” ดังนั้นเพื่อลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จึงมีผู้เสนอแนวคิดในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยดังต่อไปนี้

แนวคิดในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

1. Anatole Broyard จาก Beth Israel Hospital เขียนไว้ว่า A doctor's job would be so much more interesting and satisfying if he would occasionally let himself plunge into patient, if he could lose his own fear of falling. ซึ่งที่ Broyard กล่าวถึงนี้ คือ

สิ่งที่ภาษาทางจิตเวชวิทยาเรียกว่า “Empathy” หรือการเอาใจใส่ผู้ป่วย ซึ่งกำลังจะเลื่อนหายไปในปัจจุบัน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แพทย์จะต้องสนใจ มีความตั้งใจดี มีความเคารพในตัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงจินตทัศน์และความปรารถนาที่แท้จริง แนวทางการปฏิบัติอาจทำได้ด้วยวิธีการเหล่านี้

1.1 ให้ความเคารพต่อค่านิยม แนวโน้มของความต้องการ ความปรารถนาที่แจ้งออกมาซึ่งจะทำให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นแค่ไหน ผู้ป่วยต้องการและหวังอะไรบ้างจากระบบบริการแพทย์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรต่อคำแนะนำที่ให้ไป

1.2 ความประสานงานและการรักษาแบบบูรณาการ ระบบการรักษาในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลจากแพทย์หลายคน และในหลายสาขาวิชาการ ซึ่งต้องมีการประสานและมีการให้ข้อมูลซึ่งตรงกัน มิฉะนั้น อาจจะทำให้เกิดข้อขัดแย้งในการรักษา และผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนเมื่อข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์หลายคนไม่ตรงกัน

1.3 การติดต่อสื่อสารและการให้การศึกษา ควรมีการตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในทุก ๆ ด้านอย่างครบถ้วนหรือไม่ และมีความเข้าใจมากขึ้นแค่ไหน ควรจะให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่ามีข้อมูลใดบ้างที่ควรจะต้องทราบ

1.4 ความสะดวกสบายด้านกาย ผู้ป่วยตกมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม จะมีความยากลำบากในกิจวัตรที่ปฏิบัติเป็นประจำที่บ้านดังนั้นการช่วยเหลือและการแนะนำจึงเป็นสิ่งจำเป็นและในด้านการเจ็บป่วยความเจ็บป่วยทรมาณจะต้องได้รับการพิจารณาว่าได้รับการควบคุมและรักษาดีพอหรือยัง

1.5 การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การลดความหวาดกลัว และความกังวล นอกจากความกังวลในอาการเจ็บป่วยของตัวเองแล้ว ความห่วงใยในภารกิจหน้าที่ในด้านการงาน และความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว และปัญหาในการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล จะมีความเครียดที่รบกวนผู้ป่วยตลอดเวลาเป็นหน้าที่ของแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องทำความเข้าใจและจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อฟื้นฟูและปรับประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วย

1.6 ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน การช่วยเหลือและเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อนสามารถสร้างความมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้มากขึ้นและยังเป็นการสนับสนุนความมั่นคงในด้านจิตใจของผู้ป่วยได้

1.7 ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยและญาติจะต้องเข้าใจในการรักษาที่ปฏิบัติอยู่และการรักษาที่จะติดตามมา การปฏิบัติที่ควรจะทำตามหรือหลีกเลี่ยง มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างที่เป็นสิ่งบอกเหตุถึงอันตรายของโรค แผนและขั้นตอนสำหรับการรักษาที่จะ

ทำในอนาคต ในข้อนี้ผู้ป่วยในประเทศไทยจำนวนมากอาจจะถูกขอให้ออกจากโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลด้านความแออัดของเตียงพร้อมด้วยความรุนแรงที่ไม่ทราบว่าจะแผนการรักษาในอนาคตจะเป็นอย่างไร

กำแพงขวางกั้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่หนาและแข็งแกร่งตลอดมาซึ่งสร้างด้วยความแตกต่างของชั้นวรรณะ ระดับความรู้ ค่านิยม การเปลี่ยนแปลงของระบบและกฎหมายสามารถทำลายลงได้ด้วยความจริงใจ ความตั้งใจดี ความเคารพซึ่งกันและกันของมนุษย์

2. ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2536: 216-249) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ มักมีข้อจำกัดเรื่องเวลา แต่ความสัมพันธ์นี้ก็มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยมักจะจำความรู้สึก อารมณ์ สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่มีความสัมพันธ์กับแพทย์ได้ดี และมีความรู้สึกที่ไวต่อสัมพันธภาพนั้น เพราะขณะที่พบแพทย์ ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่แน่ใจ เมื่อต้องเผชิญกับศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย กระบวนการที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน สิ่งแวดล้อมใหม่และการถูกแยกออกจากสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและการปลอบประโลมใจจากผู้ที่ตนรัก ทำให้ผู้ป่วยหวังพึ่งพิงแพทย์ มีความหวังและความมั่นใจสูงในความสามารถของแพทย์ที่จะช่วยให้ตนพ้นจากความทุกข์ ในขณะที่ผู้ป่วยมีความกังวลสูง หากแพทย์มีความรู้สึกเฉย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อแพทย์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ไวต่อการที่แพทย์แสดงความสนใจ เอาใจใส่ และจะมีความรู้สึกที่ไวต่อการปฏิบัติด้านลบเช่นเดียวกัน กิริยามารยาทการ แสดงออกของแพทย์ มีความสำคัญอย่างมากต่อการที่ผู้ป่วยจะประเมินผลบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ สัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากที่จะมีส่วนให้เกิดผลดีและผลเสียต่อการรักษาพยาบาล

ความไว้วางใจเป็นทัศนคติของบุคคลซึ่งให้ความเชื่อใจ หวังพึ่งพิง การสนับสนุน และความรักความเห็นใจจากบุคคลอื่น ซึ่งความไว้วางใจนี้เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการมีสัมพันธภาพที่ยาวนานและที่สัมฤทธิ์ผล ความไว้วางใจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนความไว้วางใจทำได้ง่าย บางคนทำได้ยาก นอกจากนี้ความไว้วางใจยังแตกต่างกันไปตามลักษณะความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์นั้น ๆ Johnson และคณะ ได้ศึกษาการเกิดและธรรมชาติของความไว้วางใจ โดยได้พัฒนารูปแบบขึ้นมาเรียกว่า “operational model” รูปแบบนี้ได้อธิบายถึงการสร้างความไว้วางใจและการทำให้ความไว้วางใจนั้นคงอยู่ภายใต้ภาวะของสัมพันธภาพระหว่างผู้ขอความช่วยเหลือและผู้ให้ความช่วยเหลือ กระบวนการนั้นประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยง โดยการเปิดเผยให้ทราบถึงปัญหา ความรู้สึก ทัศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม (ภาวะนี้เกิดขึ้นในช่วงสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติผู้ป่วย)

2) ผู้ให้ความช่วยเหลือ (แพทย์) แสดงปฏิกิริยาสนองตอบในลักษณะที่แสดงถึงความอบอุ่น ความเข้าใจอย่างแจ่มชัด และแสดงออกถึงความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งองค์ประกอบสองอย่างแรกถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษา

3) ในทำนองเดียวกัน ผู้ให้ความช่วยเหลือจะเปิดเผยโดยให้ข้อมูลบางอย่างเช่น การรับรู้และความรู้สึกของตนเกี่ยวกับผู้ป่วย ปฏิกิริยาการแสดงออกต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงของการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่เหมาะสมและเกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังให้ความช่วยเหลือ

องค์ประกอบที่สำคัญในการเกิดความไว้วางใจคือ การเปิดเผยตนเองในช่วงของการมีความสัมพันธ์ สิ่งที่ถูกเปิดเผยโดยผู้ป่วย ควรได้รับการยอมรับและทำความเข้าใจจากแพทย์ ความไว้วางใจจะถูกทำลายถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่เป็นที่ยอมรับจากแพทย์ หรือมีความรู้สึกว่าแพทย์ใช้อำนาจในทางที่ทำให้เกิดผลทางลบ จึงจำเป็นที่แพทย์จะให้ความอบอุ่น ความเห็นใจ และแสดงออกถึงความตั้งใจให้ร่วมมือกับผู้ป่วย แต่เป็นสิ่งสำคัญที่ควรระลึกอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยมักจะไม่ได้ตั้งใจที่ให้ความไว้วางใจแพทย์ และยอมรับความสามารถของแพทย์ รวมถึงยอมรับคำแนะนำจากแพทย์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือที่ดีในการรักษาพยาบาล จึงต้องสร้างความไว้วางใจที่มีพื้นฐานมาจากความเอื้ออาทร ความใส่ใจ ความรู้สึกที่อบอุ่นและความสนใจ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าคำแนะนำในการรักษาพยาบาลที่เขาได้รับนั้นปลอดภัย และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมี 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของแพทย์

ประกอบด้วยการสื่อสารทางวาจา และไม่ใช้วาจา ในการสื่อสารทางวาจา แพทย์มักให้ข้อมูลไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย หรือไม่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้ป่วยจึงมักจะเน้นความสนใจไปสู่การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจาของแพทย์ คือพฤติกรรมทางด้านท่าทีความรู้สึกที่แสดงออกของแพทย์ เช่น การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับสูง ต่ำของเสียงที่แสดงถึงอารมณ์เป็นตัวกำหนดการยอมรับ การให้ความสนใจและความเอื้ออาทรของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย และประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งแสดงถึงว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลสูงกว่าทักษะด้านการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากคาดหวังว่าแพทย์ทุกคนมีความสามารถทางการแพทย์ที่เท่าเทียมกันระดับหนึ่ง จึงเน้นความสนใจมาสู่องค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากพบว่าเป็นสิ่งที่ “ขาด” ในบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้สึกที่ไวของแพทย์ต่ออารมณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยก็เช่นเดียวกันคือ จะมีการสื่อสารกับแพทย์ด้วยการสื่อสารทางวาจา และไม่ใช้วาจา ในการสื่อสารทางวาจา แพทย์ควรจะตั้งใจรับฟังผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรค การฟังจะช่วยเพิ่มความเข้าใจให้กับแพทย์เกี่ยวกับผลกระทบของโรคร้ายไข้เจ็บที่มีต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลคนหนึ่ง และจะสื่อสาร “ความนับถือ” จากแพทย์ไปสู่ผู้ป่วย การที่แพทย์มีคุณลักษณะในทางเปิดเผย ไม่เป็นเผด็จการ จะมีบทบาทสำคัญในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การยอมรับของแพทย์ต่อการสื่อสารของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ส่วนการสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา แพทย์ควรทำความเข้าใจจะช่วยให้ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการพูดจากัน การมีความรู้สึกไวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับสิ่งนั้น เป็นความเอาใจใส่ความเห็นอกเห็นใจ โดยการสังเกต หรือตระหนักถึงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจของผู้ป่วย จะทำให้แพทย์ได้ช่วยแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสัมพันธ์กับแพทย์ และจะช่วยให้แพทย์ให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 3 ความอบอุ่นและความเป็นมิตรของแพทย์

ความอบอุ่น ความเป็นมิตร ความสุภาพ และความรู้สึกในทางที่ดีต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่แพทย์ควรมีเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่จะยอมรับ มีค่านิยมในทางบวก รู้สึกปลอดภัยในการมารับการรักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า อยู่ในบ้านของตนเอง อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

องค์ประกอบที่ 4 การทำให้มั่นใจและความคาดหวังในทางบวก

การทำให้มั่นใจ ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และการพูด หรือการแสดงออกที่จะช่วยลดความกลัวของผู้ป่วย การที่จะทำให้เกิดความรู้สึกนี้กับผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบถึงแหล่งที่มาของความกลัวของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีความรู้สึกแน่ใจ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการรักษา ลดความกลัวเกี่ยวกับการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าการรักษานั้นมีประสิทธิภาพ และช่วยสร้างความรู้สึกไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ด้วย

องค์ประกอบที่ 5 การเปิดเผยตนเองของแพทย์

เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการเสริมสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วย การเปิดเผยตนเองจะช่วยขจัดหรือลดสิ่งกีดขวางของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ถ้าการเปิดเผยตนเองนี้กระทำโดยเหมาะสมกับเวลา เหตุการณ์ และปริมาณที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพที่

ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น สิ่งที่แพทย์ควรจะเปิดเผยแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่ตรวจสอบได้ และปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความใส่ใจ และความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ที่แพทย์ให้ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การเปิดเผยตนเองโดยเฉพาะประสบการณ์ที่เหมือนกันของแพทย์ และผู้ป่วย จะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ “เหมือนกัน” ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งปัจจัยนี้จะช่วยเพิ่มอิทธิพลของแพทย์ที่จะมีต่อผู้ป่วย และความสามารถของแพทย์ในการที่จะจูงใจผู้ป่วย

3. ชานัน จารุประกร (2546) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะมาหรือไม่มารักษากับแพทย์ นั้น ต้องพิจารณาถึงคุณภาพสินค้าและคุณภาพการบริการที่มี คุณภาพสินค้ามักไม่แตกต่างกันอย่างเด่นชัดนัก ดังนั้นจุดที่น่าจะให้ความสำคัญคือคุณภาพการบริการ การเอาใจใส่ และสร้างความประทับใจกับผู้ป่วยซึ่งเป็นศิลปะที่สามารถปรุงแต่งได้ การบริการที่ดีประกอบด้วย 6 “S” คือ

“Smart” คือ ฉลาดที่จะให้บริการ ท่านต้องรู้จักสังเกต ต้องรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร มีอุปนิสัยใจคออย่างไร ซึ่งแต่ละคนย่อมมีความต้องการต่างกันไป เช่น บางคนชอบให้อธิบายมากๆ บางคนต้องการความเป็นการทำงาน ไม่ชอบพูดเล่นหยอกล้อ หรือบางคนต้องการความสนิทสนมเป็นกันเอง เป็นต้น

“Smile” คือ รอยยิ้มเป็นสิ่งที่ทำให้คนอื่นประทับใจได้ง่าย ปากยิ้มตาต้องยิ้มด้วย ซึ่งสำคัญมากกับทันตแพทย์ที่มักใส่ mask กันเกือบตลอดเวลา

“Speak” คือ พูดจาไพเราะ สุภาพ

“Search” คือ ค้นหาบริการที่ดีที่สุด พยายามให้การบริการอย่างดีที่สุด ไม่เฉพาะเรื่องการรักษาเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านอื่นๆ

“Service” คือ ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ มารยาท ความตรงต่อเวลา สิ่งเล็กๆ น้อยๆ บางอย่างที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยด้วยตนเองแทนที่จะเรียกใช้ผู้ช่วยเพียงอย่างเดียว ก็สามารถสร้างความประทับใจให้ผู้ป่วย ทำให้เขารู้สึกว่าเราอยากที่จะบริการ

“Satisfy” คือ การสร้างความพึงพอใจ โดยเริ่มต้นที่ตัวทันตแพทย์เอง ต้องพร้อมทั้งสุขภาพกายและใจ มีความสุขที่ได้ทำงาน มีบุคลิกภาพดี มีอุปกรณ์ครบครัน รวมถึงบรรยากาศในที่ทำงานที่ดีด้วย

เมื่อจะเริ่มปฏิบัติงาน การเปิดฉากทักทายและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่อบรรยากาศของการทำงานต่อไป มีข้อเสนอแนะในการสร้างความคุ้นเคยดังนี้

1) ต้องทักทายอย่างจริงใจ การไหว้เป็นการทักทายแบบไทยๆ เราสามารถไหว้ใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องมีอาวุโสมากกว่าเสมอไป

2) ทักทายพร้อมรอยยิ้มเสมอ

- 3) เรียกชื่อให้ถูกต้อง
- 4) ต้องมีมิตรภาพและน้ำใจ
- 5) ใส่ใจผู้อื่น หมั่นใช้ความสังเกต
- 6) รู้จักเพื่อแต่คำชมอย่างจริงใจ
- 7) นึกถึงความรู้สึกผู้อื่น ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์มักมาด้วยมีปัญหา แม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อยก็ควรให้ความสนใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย
- 8) แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทันตแพทย์พร้อมเสมอที่จะให้บริการ
- 9) ต้องหัดมีอารมณ์ขัน

1.2.2 สิทธิของผู้ป่วยและยินยอม (การสัมมนาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย, 2536: 48-50)

สิทธิ เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ผู้ถืออยู่จะกระทำการใดก็ได้ หรือให้ผู้อื่นกระทำการบางอย่าง สิทธิและหน้าที่จะมีความสัมพันธ์ร่วมกันเสมอ เช่นในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิที่จะกระทำการใดก็ตามเป็นเงื่อนไขให้บุคคลหรือฝ่ายอื่น มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการบางอย่างด้วย ตัวอย่างเช่น ถ้าเรามีสิทธิในการขับรถหมายถึงเรามีอำนาจอันชอบธรรมในการขับรถ อำนาจอันชอบธรรมนี้เป็นเรื่องผูกพันว่า ผู้อื่นนั้นมีหน้าที่จะยินยอมให้เราขับรถ สำหรับสิทธิที่จะขับรถภายใต้เงื่อนไขต่างๆ นั้น เงื่อนไขเหล่านี้เป็นสื่อสังคมแต่ละแห่งจะระบุ นับว่าเป็นสิทธิตามกฎหมาย (legal rights)

ส่วนสิทธิทางจริยธรรม (Moral rights) เป็นอำนาจอันชอบธรรม เช่น สิทธิในชีวิต การพูด การเลือกนับถือศาสนานั้น เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสิทธิทั้ง 3 เป็นสิทธิทางจริยธรรม แต่ในปัจจุบันยังคงมีการถกเถียงกันว่าสิทธิบางอย่างเช่นสิทธิในการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย การศึกษาและอื่นๆ เป็นสิทธิทางจริยธรรมหรือไม่ สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะแตกต่างจากสิทธิตามกฎหมายอย่างน้อยมี 4 ประการ

ประการที่หนึ่ง สิทธิจริยธรรมเป็นสากล สิทธิตามกฎหมายนั้นมีขอบเขต ถ้าสิทธิในชีวิตเป็นทางจริยธรรมแล้ว คนทุกคนทุกแห่งในโลกจะมีสิทธินี้โดยไม่มีข้อยกเว้น สำหรับสิทธิตามกฎหมายนั้น ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะสากลตัวอย่างเช่น สิทธิในการขับรถ หรือลงคะแนนเสียง เป็นต้น

ประการที่สอง สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะเสมอภาค ถ้าสิทธิในชีวิตเป็นสิทธิทางจริยธรรมแล้วคนทุกคนน่าจะมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีใครมีสิทธิในชีวิตมากหรือน้อยกว่ากัน

ประการที่สาม สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิ่งเปลี่ยนมือไม่ได้ เราไม่สามารถให้ยืม

หรือแลกเปลี่ยน ขายให้ผู้อื่นได้ ในทางกลับกันสิทธิทางกฎหมายเปลี่ยนมือได้ เช่นในกรณีการซื้อขายทรัพย์สิน เป็นต้น

ประการที่สี่ สิทธิทางจริยธรรมนั้นเป็นสิทธิทางธรรมชาติ กล่าวคือ เป็นสิทธิที่มนุษย์ไม่ได้เป็นผู้กำหนดขึ้นเหมือนกฎหมาย การมีสิทธิทางจริยธรรมนั้นมิได้โดยเกิดมาเป็นมนุษย์เท่านั้นไม่ต้องมีองค์กรใดกำหนด สิทธิเหล่านี้เลย ปัจจัยพื้นฐานสำคัญก็คือ สิทธิทางจริยธรรมไม่ใช่กฎหมาย แต่การออกมาเป็นกฎหมายนั้นทำให้ง่ายและเข้าใจชัดเจน ได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น ในขณะนี้ในสังคมไทย มีความพยายามให้มีกฎหมายความเท่าเทียมของสตรีในการประกอบอาชีพต่างๆ กฎหมายในลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นสมมติฐานของสิทธิทางจริยธรรม การเกิดเป็นมนุษย์ทุกคนนั้นควรมีสหสิทธิเท่าเทียมกัน

สำหรับว่าสิทธิทางจริยธรรมเป็นอำนาจอันชอบธรรม ที่มนุษย์ทุกคนพึงมีหรือไม่ ค้านท์ นักปรัชญาชาวเยอรมันในช่วยทศวรรษที่ 18 ตอบอย่างชัดเจนเลยว่า เขาเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมด้านคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยไม่จำเป็นต้องอิงอาศัยปัจจัยอื่นมากำหนดวัด ดังนั้น มนุษย์จึงมีอำนาจอันชอบธรรมด้านสิทธิทางจริยธรรม ที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรีเสมอภาค และเป็นอิสระ และทุกคนพึงมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อกันในลักษณะดังกล่าว ค้านท์ยังเห็นว่าหลักของความเสมอภาค เป็นรากฐานสำคัญของความยุติธรรม สิทธิทางจริยธรรมนั้น ในปรัชญาของค้านท์ก็ยังไม่พูดถึงในรายละเอียดมากนัก แต่ถ้าเราพิจารณาดูแล้วจะสามารถแบ่งได้กว้างๆ เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ กล่าวคือ

1. Negative Rights เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีเป็นอิสระ โดยไม่สามารถไปแทรกแซงได้ สิทธิในประเภทดังกล่าว ตัวอย่างเช่น สิทธิตามรัฐธรรมนูญในการพูด การนับถือศาสนา สิทธิส่วนตัว สิทธิไม่ให้ผู้อื่นมาทำร้ายร่างกาย เป็นต้น สิ่งที่มาควบคู่กับสิทธิคือ หน้าที่ที่ทุกคนคือ ไม่เข้าไปแทรกแซงผู้อื่น ในการทำสิ่งต่างๆ ตามตัวอย่างกล่าวมา

2. Positive Rights เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์เป็นอิสระ ในการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเองในปัจจุบันมีผู้ยอมรับว่าอำนาจอันชอบธรรมในแนวนี้ เช่น สิทธิทางการศึกษา การเลือกรูปแบบการรักษาพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านหน้าที่ เช่น องค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการศึกษารัฐบาลจะต้องมีส่วนช่วยทำให้บุคคลแต่ละคนสามารถบรรลุถึงการตัดสินใจตามต้องการได้

วิธีการใช้อำนาจตัดสินใจเด็ดขาดโดยผู้เชี่ยวชาญแพทย์ ได้ก่อให้เกิดแรงโต้กลับจากสังคมเรื่องสิทธิของ Self-Determination Cardozo ได้กล่าวไว้ว่า “Every human being of adult years and sound mind has right to determine what shall be done with his own body” แพทย์ซึ่งใช้อำนาจการตัดสินใจมาตลอด ได้ถูกลดสภาพมาเป็นเพียงที่ปรึกษา การตัดสินใจขั้นสุดท้ายในการรักษาพยาบาลเปลี่ยนมาอยู่ที่ผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่บอกสิ่งที่จะปฏิบัติ

ต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งเหตุผลทางเลือกอื่น ๆ ขอบเขตของความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น อัตราเสี่ยงและผลข้างเคียงของยาทุกชนิด แต่การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อให้ได้การตัดสินใจร่วมกันเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ง่ายนัก เพราะความรู้ และความไม่รู้เกี่ยวกับการแพทย์ที่แตกต่างกัน ค่านิยมของผู้ป่วยอาจจะแตกต่างกับหลักการด้านจริยธรรมของแพทย์ ภาษาที่แพทย์ใช้ทั้งในการพูด และในแบบฟอร์มที่ผู้ป่วยเซ็นยินยอมอาจจะเข้าใจยากโดยชาวบ้านธรรมดา แพทย์บางคนเชื่อว่าการให้ความจริงทั้งหมด โดยเฉพาะในเรื่องอัตราเสี่ยงและผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัวไม่กล้ารับการรักษาซึ่งกรณีอย่างนี้เกิดขึ้นจริงในบางครั้งได้มีการศึกษาผลการติดต่อสื่อสารและการให้ความจริงต่อผู้ป่วยหลายการวิจัย Alfidi พบว่าการให้ความจริงอย่างตรงไปตรงมา ผู้ป่วยสามารถรับ “ข่าวร้าย” จากแพทย์ได้อย่างดีและเกิดความเชื่อมั่นในตัวแพทย์มากขึ้น แต่การศึกษาหลายรายงานพบว่าข้อมูลที่แพทย์ให้กับ ผู้ป่วยนั้นไม่ยืนยวนักเช่นภายหลังการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยเพียงครึ่งเดียวเท่านั้นจะจำจุดสำคัญต่าง ๆ ในข้อมูลที่แพทย์ให้ได้

การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย “Patient’s Bill of Right” และมีผู้แนะนำว่า แพทย์ควรจะเจรจากับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์ในภาษาชาวบ้านและการเจรจาไม่ควรอยู่ในลักษณะบีบบังคับหรือให้ความคาดหมายที่เกินความจริง และใช้เวลาให้มากพอสมควรในการรับฟัง และสนทนากับผู้ป่วยและญาติ การปฏิบัติแบบนี้จะสร้างความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ได้อย่างดี นอกจากนี้เครื่องมือในด้านโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ ถ้าทำได้จะช่วยสร้างความ เข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น

ใบแสดงความยินยอมของผู้ป่วยที่นิยมใช้อยู่ในประเทศไทยนั้น เป็นรูปแบบการยินยอมโดยสิ้นเชิงของผู้ป่วยแต่มีกระทำได้โดยไม่มีการปรึกษา หรือให้การศึกษากับผู้ป่วยก่อน อาจจะเรียกว่าเป็น Informed “Uneducated” consent ซึ่งถ้าพิจารณาในแง่กฎหมายอย่างลึกซึ้งแล้ว อาจจะไม่สามารถใช้ปกป้องความผิดของแพทย์ได้

ในด้านการรักษาพยาบาล แพทย์จะต้องให้ทางเลือกของการรักษาพยาบาล ผลดี ผลเสีย คุณภาพชีวิตที่จะได้รับผลกระทบนี้อาจจะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ชื่อยาทุกชนิด ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงของยา ซึ่งในหลักการเหล่านี้จะต้องใช้เวลายาวนานมาก ซึ่งแพทย์มักจะไม่มีให้ และบางครั้งก็มีผลในด้านกฎหมายเมื่อเกิดการฟ้องร้องขึ้น

อรรถจินดา ศิผดุง (ใน สุวงศ์ ศาสตราวหา, บรรณาธิการ, 2536) กล่าวว่าสิทธิที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยคือสิทธิที่จะรับรู้ได้รับการบอกเล่าถึงข้อมูลต่างๆเช่นผู้ป่วยจะทราบถึงธรรมชาติหรือลักษณะการรักษาตลอดจนประโยชน์อันพึงจะเกิด ผู้ป่วยจะได้เข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ สิทธิในเรื่องดังกล่าวเป็นหัวใจของเรื่องสิทธิผู้ป่วย เป็นการยอมรับแนวคิดพื้นฐานที่ผู้ป่วยมีอิสระและสามารถเข้ามามีส่วนร่วม โดยเข้าใจถึงกระบวนการรักษาที่

ดำเนินอยู่ อุดมการณ์ดังกล่าวคือ การยึดถือคุณค่าของความเป็นตัวของตัวเองของมนุษย์ และความเคารพผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) ในเวชปฏิบัติจึงหมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วย ที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีในวิชาชีพแต่ละประเภทนั้น โดยที่ผู้ป่วยผู้ให้ความยินยอมนั้น ได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่า การกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น มีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดในการกระทำเป็นอย่างไร ผลที่เกิดจากการกระทำนั้นผู้ป่วยจะได้รับอย่างไรบ้าง รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าวให้ทราบถึงอันตรายหรือผลร้ายที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากน้อยเท่าใดด้วย

หลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวนี้ เป็นหลักกฎหมายคอมมอนลอว์ ซึ่งเป็นระบบกฎหมายที่ใช้อยู่ในสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร โดยที่มาของหลักกฎหมายนี้มีอยู่ 2 ประการคือ

1. การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ตามหลักกฎหมายทั่วไปถือว่า บุคคลทุกคนที่มีความสามารถตามกฎหมาย มีสิทธิอย่างสมบูรณ์ต่อร่างกายของตนในการที่จะตัดสินใจว่าจะยอมให้ใครทำอะไรกับร่างกายของตนเองได้ รัฐ หรือบุคคลอื่น ไม่มีสิทธิที่จะบังคับให้บุคคลต้องยอมรับการกระทำอันเป็นการฝ่าฝืนความต้องการของตัวเอง
2. ผู้ประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมอบความไว้วางใจต่อผู้ประกอบวิชาชีพ (Fiduciary relationship) การกระทำของแพทย์จึงต้องเป็นไปด้วยความบริสุทธิ์ใจ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีความรู้ในทางการแพทย์เลย จึงถือเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะให้ความกระจ่างต่อผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับการกระทำของตนต่อผู้ป่วยนั้น

แนวทางปฏิบัติในการบอกกล่าว (วิจูร์ย์ อึ้งประพันธ์, 2530: 105-106, 109-111)

1. การบอกกล่าว หรืออธิบายถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ การบอกกล่าวเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะต้องทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวเอง และการกระทำนั้นอาจมีภัยอันตรายเกิดขึ้น หรือตามมาได้มากน้อยเท่าใด ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจการกระทำของแพทย์เลย ความยินยอมของผู้ป่วยไม่มีผลทางกฎหมาย นอกจากนั้น การบอกกล่าวหรืออธิบายนั้น ถือเป็นมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ (Standard of care, Duty of care หรือ Due care) ของแพทย์ด้วย
2. สิ่งที่แพทย์ต้องบอกกล่าว โดยทั่วไป สิ่งที่แพทย์ต้องบอกให้ผู้ป่วยได้ทราบได้แก่เรื่องต่อไปนี้

2.1 การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยคือ แพทย์ต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า แพทย์ได้วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร โรคนี้ทำให้มีอาการอย่างไร และรุนแรงเพียงใด

2.2 วิธีการที่แพทย์จะรักษาโรคในผู้ป่วยนั้น เช่น ถ้าจะรักษาโดยวิธีการผ่าตัดแพทย์ต้องอธิบายรายละเอียดของการผ่าตัดนั้นให้ผู้ป่วยทราบ

2.3 อันตราย หรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษานั้น มีอะไรบ้าง

2.4 ความหวังจากความสำเร็จในการรักษานั้นมีมากน้อยเพียงไร หมายถึงว่าเมื่อรักษาตามวิธีของแพทย์ที่บอกแล้ว โอกาสที่โรคจะหายขาดมีสักเท่าใด

2.5 ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามวิธีของแพทย์ที่บอกกล่าวไว้แล้วต่อไปภาวะของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร เช่น จะตายหรือจะพิการ หรือไม่เพียงใด (ในทางแพทย์เรียกว่าพยากรณ์โรค – prognosis)

2.6 ถ้าไม่รักษาโดยวิธีของแพทย์ที่บอกกล่าวไว้แล้ว จะมีวิธีรักษาอย่างอื่นที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยอีกหรือไม่

การที่แพทย์ไม่ได้บอกกล่าวหรืออธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเรื่องราวที่เกี่ยวกับการกระทำของแพทย์ต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพนั้น แม้ผู้ป่วยให้ความยินยอมต่อการกระทำของแพทย์นั้นจะมีผลทางกฎหมายของการไม่อธิบายหรือบอกกล่าว เกิดขึ้น 2 ประการคือ

1. แพทย์มีความผิดฐานทำร้ายร่างกาย (Assault and battery) เพราะความยินยอมของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ไม่มีผลทางกฎหมาย เช่นแพทย์บอกกับผู้ป่วยว่าจะตัดเนื้อที่เต้านมไปตรวจ (Biopsy) โดยไม่ได้บอกว่าต้องตัดนมออกทั้งเต้า เมื่อแพทย์ตัดนมออกไปทั้งเต้า เช่นนี้ต้องรับผิดชอบหนึ่งทำการผ่าตัดที่ไม่ได้รับความยินยอม อีกตัวอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยมาหาแพทย์เรื่องทำฟันแพทย์ตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอผู้ป่วยไปตรวจโดยเข้าใจผิด ศาลวินิจฉัยว่าแพทย์ต้องรับผิดชอบทำร้ายร่างกาย

2. แพทย์ต้องรับผิดชอบจากการไม่บอกกล่าว เนื่องจากกระทำละเมิด ซึ่งละเมิดอาจเป็นผลจากการทำร้ายในข้อ 1 หรือเป็นผลจากความประมาทเลินเล่อ (Negligence) โดยถือว่าไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพก็ได้ หากผลร้ายหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้นจะไม่เกิดขึ้นเพราะเป็นที่เห็นได้ว่า ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ถ้าแพทย์ได้อธิบายอัตราการเสี่ยงภัยจากการรักษานั้นให้ผู้ป่วยทราบ

หลักของละเมิดจากความประมาทเลินเล่อในคอมมอน ลอว์ มี 4 ประการคือ

ก. จำเลยมีหน้าที่จะต้องกระทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เฉพาะบุคคลแต่ละอาชีพ (Duty of Care, due care หรือ Standard of Care)

ข. จำเลยละเว้นหรือละเลย (Derelict) ไม่กระทำตามหน้าที่ของตนตามมาตรฐานดังกล่าว

ค. การละเว้นหน้าที่ของจำเลยทำให้เกิดความเสียหายขึ้น (Damage)

ง. ความเสียหายที่เกิดขึ้น เป็นผลโดยตรง (Direct cause) หรือเป็นผลใกล้ชิด (Proximate cause) จากการละเว้นหน้าที่ของจำเลย

ในกรณีที่แพทย์ให้การรักษาโดยไม่อธิบายหรือบอกกล่าว ถึงผลร้ายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษานั้น เมื่อผลร้ายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้เกิดขึ้นจริงๆ ย่อมเข้าหลักเกณฑ์ 4 ประการที่กล่าวมาแล้วคือ

ก. แพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าว

ข. การไม่บอกกล่าว เป็นการละเลยการปฏิบัติหน้าที่

ค. การไม่บอกกล่าวหรืออธิบายถึงอันตรายนั้น ทำให้ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษา และเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง เป็นการเสียหายเกิดขึ้น

ง. การเสียหายในข้อ ค. นั้น เป็นผลโดยตรงจากการละเว้นการอธิบายหรือบอกกล่าวของแพทย์ เพราะถ้าแพทย์อธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบถึงอันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการรักษานั้น

ข้อยกเว้นสำหรับกรณีที่ไม่ต้องบอกกล่าว

1. ในกรณีฉุกเฉินรีบด่วนที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ไม่จำเป็นที่แพทย์จะต้องเสียเวลาอธิบายผลที่อาจเกิดจากการรักษา

2. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง ในกรณีที่แพทย์เห็นว่า การเปิดเผยอันตรายจากการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจนอาจเกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย เนื่องจากภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอง แพทย์ก็ไม่ต้องอธิบายหรือเปิดเผยให้ผู้ป่วยทราบมากเกินไปจนเกินขีดความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปิดเผยความจริงทั้งหมดแก่คู่สมรส หรือทายาทที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วย ก็ถือว่ามีผลทางกฎหมายด้วย

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กหรือเป็นผู้ที่มีภาวะทางจิตใจไม่สมประกอบ แพทย์ต้องเปิดเผยอันตรายหรือการเสี่ยงภัยจากการรักษานั้น ต่อบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยนั้นแทน

4. ผลร้ายที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย แพทย์ไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วย เช่น เมื่อขณะที่แพทย์ทำการรักษา ได้พบโรคหรือภาวะที่ร้ายแรงกว่าที่แพทย์วินิจฉัยไว้ในตอนแรก แล้วเปลี่ยนวิธีการรักษาโรค ต่างไปจากที่เคยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบตอนแรก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้อง

เสี่ยงภัยเพิ่มขึ้น เช่นนี้ แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบจากการไม่บอกกล่าวผู้ป่วยถึงอันตรายที่เกิดจากวิธีการรักษาหรือหลัง เพราะเป็นผลที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมาย

5. ผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบ เพราะไม่ทำให้แพทย์พ้นความรับผิดชอบจากความประมาทเลินเล่อนั้นได้

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, ใน สุจิต เฟาสวัสดิ์และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ, 2543: 25-26)

ด้วยความตระหนักถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีกรรวบรวมสิทธิของผู้ป่วยที่เป็น พื้นฐานที่ยอมรับกันทั่วไป เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ และใช้เป็นกรอบความสัมพันธ์ระหว่างกัน คณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12/2538 วันที่ 14 ธันวาคม 2538 จึงได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการร่างสิทธิของผู้ป่วยขึ้น โดยได้เชิญตัวแทนจากสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และตัวแทนผู้บริหาร ร่วมเป็นคณะกรรมการ ซึ่งได้จัดการสัมมนา รวบรวมความคิดเห็นยกร่างคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยขึ้น และได้รับความเห็นชอบจากสาขาวิชาชีพต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขร่วมลงนามใน คำประกาศดังกล่าวในวันที่ 16 เมษายน 2541 ดังนี้ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

1.4 ปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์

“จรรยาบรรณแพทย์เป็นทั้งวินัยและกฎเกณฑ์ที่ไม่มีผู้ใดบังคับให้ปฏิบัติ แต่แพทย์ทุกคนต้องบังคับตนเอง ให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดครบถ้วนอยู่เสมอตลอดชีวิต มิฉะนั้นจะกลายเป็นผู้ที่ทำลายตนเอง ทำลายสถาบันแพทย์และสถาบันสังคม” เป็นคำจำกัดความที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระราชทานไว้ในจุฬาลงกรณ์แพทย์อนุสรณ์ พ.ศ. 2512 จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ก็เช่นเดียวกัน ไม่ใช่ระเบียบหรือข้อบังคับให้ปฏิบัติ แต่เป็นข้อตกลงว่าทันตแพทย์จะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตลอดชีพ เพราะถ้าไม่ปฏิบัติจะเป็นการทำลายตนเอง ทำลายสถาบัน ทำลายสังคม เป็นการเบียดเบียน สร้างความเดือดร้อน เอาเปรียบผู้อื่น ซึ่งถ้าเป็นดังนี้ ทันตแพทย์ด้วยกันจึงเห็นสมควรที่จะมีการลงโทษ ตลอดระยะเวลา 7 ปี (พ.ศ. 2538-2545) มีกรณีร้องเรียนจรรยาบรรณทันตแพทย์เข้าสู่ทันตแพทยสภาเพิ่มขึ้นทุกปี (สมชาย กิจสนาโยธิน, 2544: 8) ก่อนที่จะกล่าวถึงกรณีร้องเรียนดังกล่าว ควรที่จะได้ทราบถึงว่าทันตแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม อาจถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องจากผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ในกรณีต่างๆ อย่างน้อย 5 กรณี ดังต่อไปนี้ (พิศาล เทพสิทธิ, 2545: 6, 11-12)

กรณีที่ 1

ผู้ป่วยทำหนังสือร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาว่าทันตแพทย์ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม กรณีนี้ทันตแพทยสภาจะต้องดำเนินการแต่งตั้งอนุกรรมการจรรยาบรรณ เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริงและหลักฐานว่า กรณีที่ร้องเรียนนั้นมีมูลในข้อเท็จจริง หรือมีมูลในข้อกฎหมาย (ข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม) หรือไม่ เพื่อเสนอคณะกรรมการทันตแพทยสภา ถ้าหากคณะกรรมการทันตแพทยสภาพิจารณาแล้วเห็นว่าข้อร้องเรียนนั้นไม่มีมูล ก็จะยกข้อร้องเรียนนั้น แต่ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าข้อร้องเรียนนั้นมีมูล ก็จะให้คณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนต่อไป เมื่อคณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนเสร็จสิ้นแล้ว จะเสนอสำนวนการสอบสวนพร้อมทั้งความเห็นต่อคณะกรรมการทันตแพทยสภาเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด

คณะกรรมการทันตแพทยสภามีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1) ยกคำร้องเรียนที่กล่าวหาหรือกล่าวโทษทันตแพทย์ผู้นั้น
- 2) ว่ากล่าวตักเตือนทันตแพทย์ผู้นั้น
- 3) ภาคทัณฑ์ทันตแพทย์ผู้นั้น
- 4) พักใช้ใบอนุญาตของทันตแพทย์ผู้นั้นมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกิน 2 ปี
- 5) เพิกถอนใบอนุญาตของทันตแพทย์ผู้นั้น

โทษตาม 2) - 5) เป็นโทษทางวิชาชีพ (ไม่ใช่โทษทางอาญา) สำหรับการลงโทษตาม 4) และ 5) ทันตแพทยสภาจะต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษของทันตแพทยสภา คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสียก่อน

โดยกรณีที่ผู้ป่วยทำหนังสือร้องเรียนต่อทันตแพทยสภา เป็นกรณีที่มากที่สุด

กรณีที่ 2

ผู้ป่วยทำคำร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวน คือ ดำรวจว่า ทันตแพทย์ได้กระทำความผิดทางอาญาต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย โดยผู้ป่วยมีเจตนาให้ทันตแพทย์ได้รับโทษทางอาญา (โทษทางอาญามี 5 ประการ คือ ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ และริบทรัพย์) ดำรวจจะต้องดำเนินการสอบสวนคำร้องทุกข์ดังกล่าว แล้วเสนอให้พนักงานอัยการเพื่อพิจารณาว่าเห็นสมควรฟ้องต่อศาลหรือไม่ หากอัยการยื่นฟ้องทันตแพทย์ต่อศาลในคดีอาญา ทันตแพทย์จะได้รับโทษทางอาญาหรือไม่ อย่างไร ขึ้นอยู่กับคำพิพากษาของศาล

กรณีนี้ผู้ป่วยอาจจะดำเนินการได้หลายวิธีดังนี้

วิธีที่ 1 ผู้ป่วยทำหนังสือร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาตามกรณีที่ 1 เสียก่อน แล้วรอผลการวินิจฉัยของทันตแพทยสภา ถ้าทันตแพทยสภาวินิจฉัยว่าทันตแพทย์ประพฤติผิดจรรยาบรรณ ผู้ป่วยก็จะนำผลการวินิจฉัยของทันตแพทยสภาเป็นพยานในการฟ้องคดีเพื่อสะดวกต่อการพิสูจน์พยานหลักฐานในศาล โดยทำคำร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวน คือ ตำรวจให้ดำเนินการต่อไป

วิธีที่ 2 ผู้ป่วยทำคำร้องทุกข์ต่อพนักงานสอบสวน คือ ตำรวจ ตามที่กล่าวมาแล้ว โดยมีทนายความเป็นผู้ช่วยเหลือดำเนินการให้โดยไม่ได้มีการร้องเรียนต่อทันตแพทยสภา การที่ทันตแพทย์ถูกผู้ป่วยฟ้องต่อศาลเป็นคดีอาญา ทันตแพทย์จะต้องมีทนายความในการต่อสู้คดี

ตัวอย่างได้แก่

ผู้ป่วยฟ้องว่าทันตแพทย์ลักทรัพย์ หรือยักยอกทรัพย์ของผู้ป่วยอันเป็นความผิดทางอาญา โดยผู้ป่วยกล่าวหาว่าผู้ป่วยขอฟิล์มเอ็กซเรย์ซึ่งเป็นของตนเนื่องจากตนเป็นผู้จ่ายเงินค่าถ่ายเอ็กซเรย์คืนจากทันตแพทย์เพื่อจะไปรักษาที่อื่น แต่ทันตแพทย์ไม่ยอมให้

สำนักงานประกันสังคมฟ้องทันตแพทย์ว่า ทันตแพทย์ออกเอกสารที่ใช้ในการเบิกเงินต่อสำนักงานประกันสังคมอันเป็นเท็จ หรือฟ้องทันตแพทย์ว่ามีความผิดฐานฉ้อโกง

กรณีที่ 3

ผู้ป่วยฟ้องต่อศาลเป็นคดีแพ่ง เรียกร้องค่าเสียหายให้ทันตแพทย์รับผิดฐานละเมิด อันเป็นผลมาจากการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ โดยการจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายถึงแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด กรณีนี้ก่อนที่ผู้ป่วยจะฟ้องศาล ผู้ป่วยจะต้องทำหนังสือหรือให้ทนายความทำหนังสือทวงถามเรียกค่าเสียหายแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบก่อนว่าจะเรียกค่าเสียหายเพื่อการใด เป็นจำนวนเงินเท่าใด ให้นำไปชำระที่ไหน เมื่อใด หากทันตแพทย์เพิกเฉย ผู้ป่วยจึงจะฟ้องต่อศาล เรียกร้องค่าเสียหายของตนต่อศาล ถ้าทันตแพทย์ต่อสู้คดี ก็ต้องดำเนินการในศาล ทันตแพทย์ต้องแต่งตั้งทนายเข้าสู่คดี กรณีตามข้อนี้ ส่วนใหญ่มักมีการประนีประนอมยอมความกันก่อนคดีถึงศาล หรือระหว่างที่คดีอยู่ในการพิจารณาของศาล

กรณีที่ 4

ผู้ป่วยร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ตามหลักการของกฎหมายคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคมีอำนาจหน้าที่พิจารณาเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อน หรือเสียหายอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ให้บริการ (รวมทั้งทันตแพทย์

ด้วย) แต่ในทางปฏิบัติสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค จะส่งเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วยมา ให้ทันตแพทยสภา อันเป็นองค์กรวิชาชีพที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค พิจารณาตามจรรยาบรรณ แห่งวิชาชีพทันตกรรมเสียก่อน ทันตแพทยสภาจะดำเนินการตาม กรณีที่ 1 ดังกล่าวข้างต้น กรณี มีไม่มากนัก

กรณีที่ 5

สำนักงานพัฒนาสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจและหน้าที่พิจารณาและดำเนินการคืออาญา กับทันตแพทย์ที่เป็น ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล และหรือเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือเป็นผู้ประกอบ วิชาชีพในสถานพยาบาลที่ปฏิบัติการฝ่าฝืนบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้สำนักงานดังกล่าวยังเสนอเรื่องให้ทันตแพทย์ที่ได้รับโทษ ทางอาญาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล มาให้ทันตแพทยสภาพิจารณาว่าทันตแพทย์ผู้นั้นมีการ ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมอีกด้วยหรือไม่ ตัวอย่างเช่น คลินิกทันตกรรม มี บุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยโดยที่คลินิกทันตกรรมแห่ง นั้น ต้องมีทันตแพทย์เป็นผู้ดำเนินการ เจ้าพนักงานของสำนักงานพัฒนาสถานพยาบาลฯ ได้เข้าไป ตรวจสอบสถานพยาบาลและจับกุมบุคคลที่มีใช้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมนั้นได้ โดยส่งบุคคลนั้นให้ ตำรวจซึ่งเป็นพนักงานสอบสวนดำเนินคดีฟ้องศาล เพื่อให้ได้รับโทษทางอาญาต่อไป ฐาน ประกอบวิชาชีพทันตกรรมโดยมิได้รับใบอนุญาต ส่วนทันตแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่ง นั้น สำนักงานมาตรฐานสถานพยาบาลฯ นอกจากจะได้ดำเนินการคืออาญา ฐานฝ่าฝืนพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แล้ว ยังได้ส่งเรื่องนี้มาให้ทันตแพทยสภาพิจารณาความผิดต่อ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมของทันตแพทย์ผู้นั้นอีกด้วย

จากทั้ง 5 กรณีข้างต้น กรณีที่ 1 ผู้ป่วยทำหนังสือร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาพบ ได้มากที่สุด ดังนั้นจะได้กล่าวถึงความผิดต่อจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามที่กำหนดไว้ใน ข้อบังคับทันตแพทยสภาที่ทันตแพทย์ถูกร้องเรียน ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี 2538 จนถึงต้นปี 2545 มีทันต แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจำนวนประมาณ 50 ราย ถูกร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาจาก ผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่าฝ่าฝืนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม ในความผิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

หมวด 1

ความประพฤติทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ข้อ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็น เหตุเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพทันตกรรม

หมวด 2

การประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพมีน้ำใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ 7 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในระดับที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย โดยไม่เรียกร้อยเงินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ

ข้อ 8 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องประกอบวิชาชีพทันตกรรมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย

ข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้ หรือช่วยเหลือผู้มีได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแล มิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่มิได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ

ข้อ 12 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วย ให้หลงเข้าใจผิดในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 13 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพทันตกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 16 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องระมัดระวังตามวิสัยที่พึงมี มิให้การประกอบวิชาชีพทันตกรรมใดๆ ของตนเป็นไปในลักษณะอนาจารต่อผู้ป่วย

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ออกใบรับรองอันเป็นเท็จโดยตั้งใจ หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใดๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน

ข้อ 19 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่จงใจที่จะหน่วงเหนี่ยว หรือทำให้เกิดความล่าช้า ในการบริการทางวิชาชีพทันตกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 20 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาระสำคัญของการให้บริการทางวิชาชีพทันตกรรม เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย และต้องแจ้งค่าบริการให้ผู้ป่วยทราบเป็นรายการว่าแต่ละรายการเป็นจำนวนเงินเท่าใด รวมทั้งสิ้นเท่าใด เมื่อได้รับการร้องขอ

ข้อ 21 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องคำนึงถึงประโยชน์ในการให้บริการทางวิชาชีพทันตกรรมแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยยึดถือระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมอื่นที่จะให้บริการทางวิชาชีพทันตกรรมที่ดีกว่าและปลอดภัยกว่า

หมวด 3

การโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ข้อ 22 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่น โฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของตน

ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมผู้ทำการเผยแพร่ ให้ข้อมูลทางวิชาการหรือตอบปัญหาทางวิชาชีพทันตกรรมทางสื่อมวลชน ถ้ามีการแสดงว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จะต้องไม่แจ้งสถานที่ทำการประกอบวิชาชีพส่วนตัวหรือส่วนบุคคลเป็นไปในทำนองโฆษณา และต้องไม่มีการแจ้งความตามข้อ 26 ในที่เดียวกันหรือขณะเดียวกันนั้นด้วย

ข้อ 28 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องระมัดระวังตามวิสัยที่พึงมี มิให้การประกอบวิชาชีพทันตกรรมของตนแพร่ออกไปในสื่อมวลชนเป็นไปในทำนองโฆษณา คุณวุฒิ ความรู้ความสามารถของตนหรือของผู้อื่น

หมวด 5

การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

ข้อ 37 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ทับถมให้ร้าย หรือกลั่นแกล้งผู้ร่วมงาน

ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เพื่อป้องกันมิให้ทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมถูกร้องเรียนต่อทันตแพทยสภา หรือถูกฟ้องในคดีอาญา หรือถูกฟ้องในคดีแพ่ง ทันตแพทย์จักต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามข้อบังคับทันตแพทยสภา และควรปฏิบัติดังนี้

1.1 ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพหรือตามหลักวิชาการ ด้วยความระมัดระวัง อย่าประมาทเลินเล่อ

1.2 พึงละเว้นการให้บริการทันตกรรมที่เกินกว่า ความรู้ ความสามารถ และทักษะของตน โดยเฉพาะให้บริการทันตกรรมจัดฟัน ในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของตนขาดความรู้ และไม่มีความสามารถที่จะให้บริการรักษาให้สำเร็จหรือสมบูรณ์ได้ ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญทำการรักษา

1.3 พึงละเว้นการเรียกเก็บค่าบริการรักษา เกินกว่า หรือสูงกว่าที่ได้ตกลงไว้แล้วกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย

1.4 ถ้าผู้ป่วยต้องการจะไปรับการรักษาที่ทันตแพทย์อื่น ต้องขอมให้ผู้ป่วยไป ค่าบริการรักษาที่เรียกเก็บไว้ล่วงหน้า ส่วนใดที่ยังไม่ได้ให้การรักษา ควรคืนเงินในส่วนนั้นให้ผู้ป่วย พิล์มเอ็กซเรย์ที่ผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายเงิน ควรมอบให้แก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยร้องขอ

1.5 ต้องไม่สร้างความคาดหวังของผลการรักษาของผู้ป่วย ที่มีต่อทันตแพทย์ให้สูงจนเกินไป เช่น ทันตแพทย์ หรือทันตแพทย์ผู้ร่วมงานไปยกย่อง เชิดชู ความเก่งกาจ หรือความสามารถของทันตแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าก่อนรักษา หากต่อมาผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง อาจเกิดการร้องเรียนขึ้นได้

1.6 ในด้านการยินยอมการรักษา ต้องมีใบยินยอมรับการรักษาไว้ในเวชระเบียน แต่เมื่อผู้ป่วยลงนามแล้วก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่ถูกฟ้องเลยทีเดียว เพราะทันตแพทย์จะต้องให้ความกระจ่างในการให้การรักษาต่อผู้ป่วย รวมทั้งอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ อย่างชัดเจนและละเอียดก่อนให้การรักษา เช่น ในกรณีผ่าตัดฟันคุดที่ยากมาก และใกล้เส้นประสาท ต้องชี้แจงให้ทราบถึงการช้ำอย่างชั่วคราวหรืออาจจะถาวรให้ผู้ป่วยได้รู้ล่วงหน้าด้วยว่า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (โสภา ทัดศรี, 2545: 7)

1.7 ทันตแพทย์ต้องไม่ให้การรับรองหรือรับประกันบริการทันตกรรมของตนที่ให้แก่ผู้ป่วย แต่ต้องให้บริการทันตกรรมในระดับที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย โดยสุภาพ มีน้ำใจ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

1.8 พูดกับผู้ป่วยให้มากขึ้น ให้มีความเข้าใจถึงขั้นตอนของการรักษา วิธีการรักษา ผลของการรักษา ผลแทรกซ้อนของการรักษา ข้อดีข้อเสียของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ก่อนให้การรักษา แล้วให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเองว่าจะเลือกวิธีใด พูดกับผู้ป่วยด้วยความสุภาพ มีน้ำใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย โดยการสื่อสารต้องมีประสิทธิภาพ อย่าใช้ศัพท์เทคนิค ควรใช้ศัพท์ทั่วไปที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ (ข่าวสารทันตแพทย์สภา, 2546: 13; โสภา ทัดศรี, 2545: 7)

1.9 ไม่ยินยอมให้ผู้ไม่ใช่ทันตแพทย์เข้ามาทำหัตถการในสถานที่ที่ตนเองดูแลอยู่ (โสภา ทัดศรี, 2545: 7)

1.10 ในด้านการโฆษณา การออกรายการวิทยุและโทรทัศน์นั้น ทันตแพทย์สามารถกระทำได้ ทั้งนี้เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ต้องไม่บอกสถานที่ประกอบวิชาชีพ อันเป็นส่วนตัวว่าอยู่ที่ใด ส่วนการโฆษณาสถานพยาบาลของตน (โดยเอกสารหรือผ่านสื่อต่างๆ) ก็ สามารถทำได้โดยบอกสถานที่ว่าตั้งอยู่เลขที่เท่าใด ถนนอะไร แต่ต้องไม่โอ้อวด ไม่หลอกลวง ไม่โฆษณาลดแลกแจกแถม และไม่ทับถมสถานพยาบาลแห่งอื่น เพราะถือว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งพึงประสงค์ที่จะต้องมาสร้างอุปสงค์อุปทานอะไร (โสภา ทัดศรี, 2545: 7)

2. เพื่อป้องกันมิให้ทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ถูกดำเนินคดีอาญาจนได้รับโทษทางอาญา ในฐานะฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทันตแพทย์ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ศึกษาและทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยจะมีกฎกระทรวง 9 ฉบับใช้บังคับในเร็วๆ นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตน คือ ในฐานะผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ว่ามีความรับผิดชอบและหน้าที่อย่างใดบ้าง และต้องปฏิบัติตามนั้น

2.2 ทนตแพทย์ต้องไม่รับเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ถ้าเห็นว่าตนไม่สามารถควบคุม ดูแล และรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีเวลาและความสามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

3. การที่ทนตแพทย์ถูกร้องเรียนจากผู้ป่วยต่อทนตแพทย์สภาในระยะเวลาที่ผ่านมา ในหลายๆ ราย ส่วนใหญ่เป็นกรณีที่สามารถป้องกันหรือลดปัญหาการร้องเรียนลงได้ ถ้าหากทั้งผู้ป่วยและทนตแพทย์ได้มีการเสริมสร้างความเข้าใจอันดี ปรับความเข้าใจ มีน้ำใจต่อกัน

ในงานวิจัยนี้ได้ประมวลปัญหาทางจริยธรรมของแพทย์และทนตแพทย์ เพื่อหาว่ามีพฤติกรรมการให้บริการอะไรบ้าง ที่หากทนตแพทย์ปฏิบัติแล้วจะเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยร้องเรียนเพื่อนำมาใช้ในการสร้างคำถามในการประเมินพฤติกรรมของทนตแพทย์ดังกล่าว เมื่อศึกษาแล้วพบว่า สามารถแบ่งพฤติกรรมการให้บริการทนตกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมบริการโดยไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พฤติกรรมการสื่อสารและการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ พฤติกรรมบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน และพฤติกรรมบริการเชิงพาณิชย์

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคนอื่น ๆ (2544) จากงานวิจัยเรื่องคดีแพทย์ บุคลากรแพทย์ถูกฟ้อง

ได้ศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ในช่วงเวลาที่ผ่านมาและศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ในการฟ้องร้อง 2,541 ราย เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พบว่า สถานที่ที่กระทำผิดให้ร้องเรียน ส่วนใหญ่เกิดในสถานพยาบาลเอกชน มากกว่าสถานพยาบาลของรัฐบาล สาเหตุและปัญหาของการฟ้องแพทย์ ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพ ส่วนน้อยเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วยและญาติ และสาเหตุที่ตัดสินใจฟ้องแพทย์ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับแพทย์ ส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการเงิน

ส่วนความคิดเห็นของแพทย์ถึงสาเหตุการฟ้องร้องพบว่าเนื่องจาก แพทย์ขาดจริยธรรมและความรับผิดชอบ ร้อยละ 53.9 ปัญหาเฉพาะตัวผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 49.5 ความสามัคคีระหว่างแพทย์ลดลง ร้อยละ 40 ผู้ป่วยได้รับความเสียหายร้ายแรง ร้อยละ 36.6 ผู้ป่วยขาด

ศรัทธาแพทย์ ร้อยละ 35.5 และแพทย์ได้ให้ความเห็นถึงสาเหตุเพิ่มเติมว่าอาจเนื่องจาก แพทย์ทำงานหนักมากเกินไป เวลาของแพทย์มีน้อย แพทย์ต้องประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาที่ไม่เชี่ยวชาญ

ความเห็นของแพทย์ถึงการป้องกันการฟ้องร้อง พบว่า แพทย์ควรให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.4 ควรปรับปรุงการเรียนการสอนจริยธรรมในโรงเรียนแพทย์ ร้อยละ 46.2 และ แพทย์ที่เคยถูกฟ้องร้องได้ให้ความเห็นว่าควรคิดค่าใช้จ่ายให้ยุติธรรมและให้ข้อมูลการรักษาอย่างถูกต้องและพอเพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคาดหวังสูงเกินไป

4.2 พรหมมินทร์ หอมหวล (2542) จากงานวิจัยเรื่อง การร้องเรียนแพทย์กรณีทุรเวชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ พ.ศ. 2533-2540

โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยและญาติที่ร้องเรียนแพทย์ 20 ราย พบว่า ผู้เสียหายส่วนมากเป็นผู้ป่วยจากสถานพยาบาลของรัฐบาลร้อยละ 62.34 มูลเหตุการร้องเรียนเกิดจากกลุ่มมูลเหตุที่แพทย์ตรวจรักษาไม่ได้มาตรฐานอย่างชัดเจนร้อยละ 37.33 (วินิจฉัยผิดพลาดคือ ไม่ตรวจละเอียด ไม่สนใจฟังคำบอกเล่าประวัติเจ็บป่วย ไม่นำพาต่อไปส่งตัวของแพทย์จากสถานพยาบาลอื่น และทำให้เกิดอันตรายโดยตรงต่อผู้ป่วยคือ ประมาทเดินเลื้อยหรือจากการขาดประสบการณ์ สัมเครื่องมือแพทย์ในร่างกาย) และเหตุที่กระตุ้นให้ร้องเรียนคือ แพทย์ไม่ปฏิบัติหน้าที่ให้ดี แพทย์ไม่ยอมรับผิดโยนความผิดให้ผู้ป่วย แพทย์ปิดบังไม่อธิบายสาเหตุการเสียชีวิต แพทย์ตะคอก หรือแสดงกิริยาไม่สุภาพ

และได้สรุปถึงสาเหตุที่มีการร้องเรียนแพทย์มากขึ้นเนื่องจาก ระบบธุรกิจการแพทย์ เก็บค่าบริการสูง แสวงกำไร รายได้ที่ทำทำให้แพทย์จบใหม่เลียนแบบ ละทิ้งอุดมการณ์ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเปลี่ยนไป เมื่อแพทย์ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐกับเอกชน แพทย์ให้เวลาเอาใจใส่ผู้ป่วยน้อยลง แพทย์ให้ข้อมูลผู้ป่วยน้อย แพทย์ไม่อธิบายเมื่อการรักษาไม่ใช่ว่าผู้ป่วยหวัง

4.3 สารี อ่องสมหวัง และคนอื่น ๆ (2541) จากงานวิจัยเรื่อง 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ

โดยได้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง 15 ราย และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า ในด้านปฏิริยาของผู้รับทุกข์พร้อมที่จะไม่เรียกร้องความรับผิดชอบหรือการรับโทษจากผู้ให้บริการ หากผู้ให้บริการที่ก่อให้เกิดทุกข์มีการยอมรับความผิดพลาดและยอมรับความจริงอย่างตรงไปตรงมา และพบว่าความทุกข์ของผู้รับบริการมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการ อันได้แก่ ลักษณะและคุณภาพการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนระบบการ

ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการ โดยในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการส่วนหนึ่งคือการไม่ให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้แต่ไม่ครบถ้วน

4.4 สุภารัตน์ พงษ์ชนะ (2538) จากงานวิจัยเรื่องทิวทัศน์ปฏิบัติในประเทศไทยกับความรับผิดชอบทางกฎหมาย

ได้ใช้แบบสอบถามสำรวจความเห็นของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง 261 ราย ในโรงพยาบาลของรัฐ ภูมิภาคเขต 2 สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุของทิวทัศน์ปฏิบัติส่วนใหญ่เกิดจากแพทย์ขาดประสบการณ์ รองลงมาคือปริมาณงานของแพทย์มีมาก แนวทางป้องกันการเกิดทิวทัศน์ปฏิบัติที่ก่อให้เกิดการฟ้องร้อง ส่วนใหญ่เห็นว่าให้การส่งต่อผู้ป่วยในรายที่เกินความสามารถ รองลงมาคือ การเอาใจใส่ผู้ป่วย หรือการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และพบว่า การถูกเรียกร้อยค่าเสียหาย ส่วนมากเกิดจากแพทย์ขาดการเอาใจใส่ผู้ป่วย

4.5 สุวีรัตน์ พรวัฒนกุล (2542) จากงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดนนทบุรี (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528)

เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 6 แห่ง จำนวน 305 คน พบว่า พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดนนทบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.3 พยาบาลมีทัศนคติต่อวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.0 และมีบรรยากาศองค์การในกลุ่มงานพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 ส่วนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม พบว่า ทัศนคติต่อวิชาชีพ และบรรยากาศองค์การโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

4.6 อนุชา ศรีพิศ (Sribhud, 2001) จากงานวิจัยเรื่อง การศึกษาเชิงวิเคราะห์หลักจริยธรรมในวิชาชีพทันตแพทย์ในประเทศไทย

โดยศึกษาจากเอกสารและการสัมภาษณ์นักวิชาการและการวิเคราะห์แบบสอบถามจากทันตแพทย์และผู้รับบริการทันตกรรมจำนวน 406 ราย พบว่า คุณธรรมที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ลำดับแรกคือ การมีสติ มีความเมตตา กรุณา และการใช้ปัญญาในการแก้ปัญหา ปัญหาจริยธรรมที่ควรแก้ไขคือ ปัญหาจรรยาแพทย์และการรักษาโดยขาดความรู้ความชำนาญ

ความคิดเห็นในเรื่องจริยธรรมในทันตแพทย์ที่สำคัญที่สุด เมื่อเรียงลำดับความสำคัญพบว่า ในมุมมองของทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยมีความเห็นเหมือนกัน คือมีความเอาใจใส่และเข้าอกเข้าใจ, เมตตา กรุณา และใจดี, แก้ไขปัญหาด้วยความฉลาดรอบรู้ตามลำดับ ความคิดเห็นในเรื่องวัตถุประสงค์หลักในการรักษาทันตกรรม เมื่อเรียงลำดับความสำคัญพบว่า ในมุมมองทันตแพทย์

การรักษาได้มาตรฐานสำคัญที่สุด รองมาคือความพอใจของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยต้องการทั้ง 2 อย่าง พอๆกันคือผู้ป่วยมีความต้องการเลือกการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเอง ความคิดเห็นเรื่องการขัดแย้งกัน ในมุมมองของทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยมีความเห็นเหมือนกัน คือการสื่อสารไม่เข้าใจกันควรเปิดเผยข้อมูลให้รับรู้ก่อนรักษา ความคิดเห็นเรื่องกริยาที่ไม่เหมาะสมที่สุดของทันตแพทย์ ในมุมมองของทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยมีความเห็นเหมือนกัน คือ ให้การรักษาโดยไม่มีความรู้หรือทักษะในการรักษา

4.7 พัทธนันท์ ระเวกโถม (2541) จากงานวิจัยเรื่อง ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยธรรมชาติของอาหาร : กรณีวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย

พบว่า หลักจริยธรรมความเอื้ออาทรมีความเมตตากรุณาเป็นคุณธรรมสำคัญสุด ความเมตตากรุณาที่มีปัญหาเป็นองค์ประกอบเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานของจริยธรรมความเอื้ออาทร เป็นพื้นฐานคุณธรรมที่ดึงมาทั้งหลาย

สิทธิผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญสุดของจริยธรรมเอื้ออาทร คือพยาบาลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ ครอบคลุมทั้งกายใจ ปฏิบัติในทางสอดคล้องหลักความถูกต้อง ให้โอกาสปฏิเสธหรือเลือกวิธีการรักษา

4.8 อกนิษฐ์ วังเพ็ชร (Wangpetch, 2002) จากงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528)

เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 300 คน พบว่า พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.2 พยาบาลมีความพึงพอใจในงานระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และมีความผูกพันต่อวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.5 ส่วนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างวุฒิการศึกษาสูงสุดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม และความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

4.9 เบญจวรรณ อธิจารุกุล (2527) จากงานวิจัยเรื่อง ลักษณะของแพทย์ที่พึงปรารถนาในทัศนะของผู้ป่วย

โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 458 ราย พบลักษณะของแพทย์ที่

พึงปรารถนาในทัศนะของผู้ป่วย เกี่ยวข้องมากกับลักษณะด้านการพูดคุยเกี่ยวกับการรักษา การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยทั้งในลักษณะเรื่องที่แพทย์พูดคุยกับผู้ป่วย ลักษณะคำพูด ตลอดจนท่าทีในขณะที่พูด เรียงลำดับตามความสำคัญได้ดังนี้ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการใช้ยา แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย พูดคุยเรื่องอาการของผู้ป่วย พูดกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายๆ ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ตั้งใจฟังเวลาผู้ป่วยเล่าอาการ สนใจฟังเวลาผู้ป่วยซักถาม

4.10 วีรวรรณ บุญทรนิ (2540) จากงานวิจัยเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาริมดิ

ดำเนินการวิจัยแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลรามาริมดิ จำนวน 300 คน

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเห็นด้วยกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยทุกด้านคือผู้ป่วยเห็นด้วยว่าตนเองควรมีสิทธิที่จะรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค วิธีการในการรักษาโรค อันตรายหรือผลร้ายของการรักษาโรค ผลของการรักษาโรค และรู้ชื่อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาที่ใช้ในการรักษาโรค โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบมากที่สุดขณะเจ็บป่วยคือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยทุกด้าน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย/งบประมาณในการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจะพึงพอใจกับการรักษาและยินดีให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษา และถ้าผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาก่อนทำการรักษาโรคหากผลการรักษาโรคเกิดมีข้อผิดพลาดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลตามสิทธิที่จะรู้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวลกับการรักษาและโรคที่เป็นอยู่ และถ้าผลการรักษาเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยผู้ป่วยไม่ได้รับรู้กระบวนการรักษา ก่อน พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเรียกร้องค่าเสียหายจากการรักษาที่ผิดพลาดมากกว่าการที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคก่อนทำการรักษาโรค

4.11 เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) จากงานวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยในทุกหอ 170 ราย หลังจากแพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถ ความสนใจ เอาใจใส่ กิริยามารยาท การให้ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

4.12 ลักษณะ สิริรัตนพลกุล (2543) จากงานวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลิศสิน

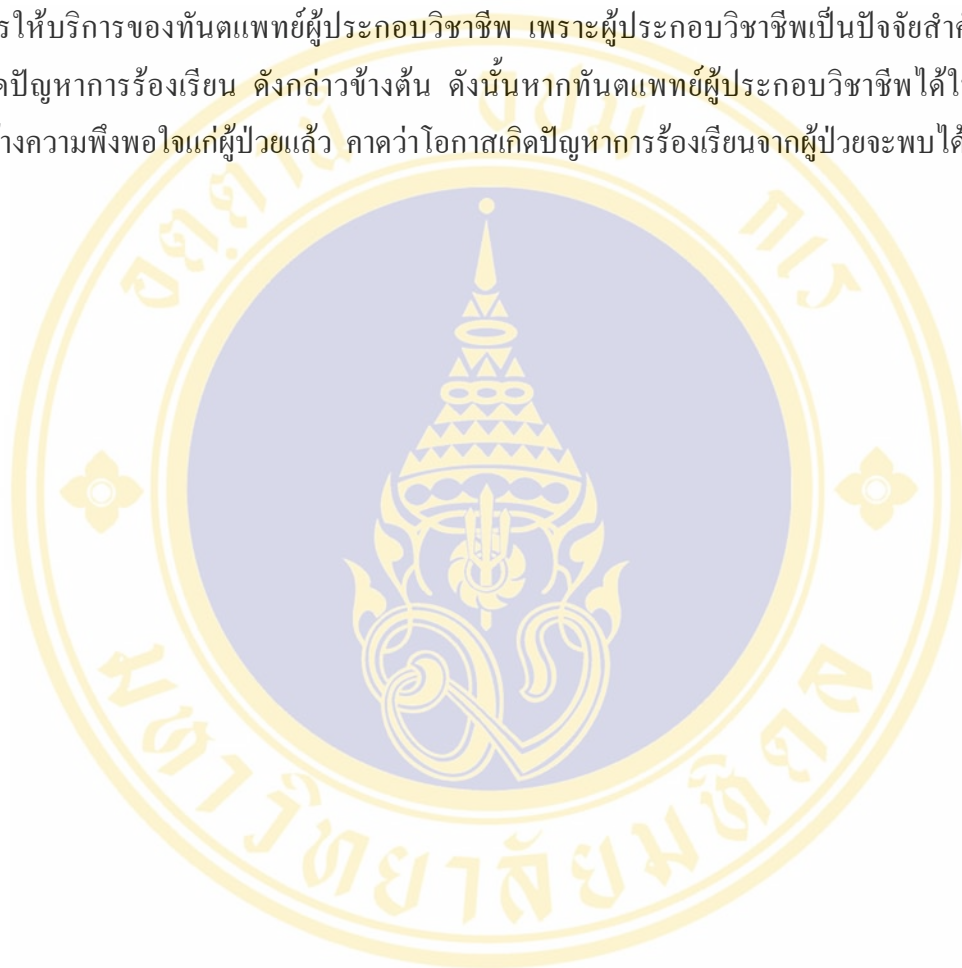
ใช้แบบสอบถามผู้ประกันตนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 236 ราย พบว่า ในด้านความพึงพอใจต่อการตอบสนองผู้รับบริการทันทีที่ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจมากและมากที่สุด ในเรื่องความเต็มใจของแพทย์และ พยาบาล ในการให้การช่วยเหลือ, ในด้านความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อปัจจัยด้านผู้ให้บริการในแง่สมรรถนะของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจมากและมากที่สุดในเรื่องความสามารถในการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อธิบายได้ว่าความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพดีย่อมสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ประกันตนที่มารับบริการมาก ในด้านความสนใจเอาใจใส่ ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจมากและมากที่สุดในเรื่องการติดตามดูอาการของแพทย์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า หากเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้บริการแก่ผู้ประกันตนอย่างตั้งใจ จริงจัง สม่ำเสมอ ย่อมสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ประกันตน, ในการให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจมากและมากที่สุดในเรื่องการที่แพทย์ได้บอกถึงสาเหตุการเจ็บป่วยและวิธีการรักษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลแก่ผู้ประกันตนที่มารับบริการเกี่ยวกับโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ แนวทางการรักษา ตลอดจนแนะนำการใช้สถานที่ภายในหอผู้ป่วย แนวทางการดูแลทางสุขภาพ ย่อมสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ และมีผู้รับบริการให้ข้อเสนอแนะด้านการแพทย์ ว่าแพทย์ ควรจะสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น ควรจะอธิบายเรื่องโรคและแนวทางการรักษา

4.13 ธัญธร ธรรมรักษ์ (2542) จากงานวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ได้สัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรพ. พระนั่งเกล้า จำนวน 377 ราย พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ประกันตน โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจ คือ การให้ความมั่นใจแก่ผู้ประกันตน ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ ความเอาใจใส่ผู้ประกันตน ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ตามลำดับ ส่วนหนึ่งของข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ แพทย์ควรคงไว้ซึ่งความสนใจฟังการบอกเล่าอาการเจ็บป่วย การอธิบายขั้นตอนในการตรวจรักษา การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นรวมทั้งความละเอียดในการตรวจรักษา

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัญหาการเรียนส่วนใหญ่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพ และเป็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ แพทย์ขาดจริยธรรมในการรักษาผู้ป่วย ขาดการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เป็นหลักสำคัญ อันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ และเกิดการร้องเรียนได้ในที่สุด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาที่พฤติกรรม การให้บริการของทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพ เพราะผู้ประกอบวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการเรียน ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นหากทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพได้ให้บริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยแล้ว คาดว่าโอกาสเกิดปัญหาการเรียนจากผู้ป่วยจะพบได้น้อยมาก



BIOGRAPHY



NAME	Preeyanuch Botklon
DATE OF BIRTH	12 March 1974
PLACE OF BIRTH	Phrae, Thailand
INSTITUTIONS ATTENDED	Chiangmai University, 1992-1997: Doctor of Dental surgery Mahidol University, 2001-2004 Master of Science (General Dentistry)
POSITION & OFFICE	Position: Dentistry 5 1998-Present, Department of Dental Public Health Wungchin Hospital, Phrae, Thailand