

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัยดังนี้ คือ

1. คุณภาพบริการ
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพบริการ
 - 1.2 องค์ประกอบคุณภาพบริการ
 - 1.3 การพัฒนาคุณภาพบริการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์
 - 2.1 วิวัฒนาการของการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์
 - 2.2.1 สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในยุคเริ่มต้น
 - 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์
 - 2.2 เกมของแพทย์และพยาบาล
 - 2.3 ความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์
 - 2.4 แนวทางการแก้ไขความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์
 - 2.5 ความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (America Nurse Association; ANA)
3. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์กร
 - 3.1 ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์กร
 - 3.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์กร
 - 3.3 การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในประเทศไทย
4. การวิจัยเชิงคุณภาพและแนวคิดเชิงปรากฏการณ์นิยม
 - 4.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม
 - 4.2.1 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม
 - 4.2.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมกับการวิจัยทางการพยาบาล
 - 4.2.3 แนวการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม

4.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. คุณภาพบริการ

แนวคิดเรื่องคุณภาพบริการได้รับการกล่าวถึงอย่างมากในปัจจุบันและจัดได้ว่าเป็นผลการปฏิบัติงานที่พึงปรารถนา เป็นคำที่ได้ยินแล้วเข้าใจทันทีว่าสิ่งนั้น “ดี” คุณภาพของบริการในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่กล่าวถึงนี้คือ “คุณภาพการดูแล” หรือ “Quality of care” เนื่องจากเป็นคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการด้านสุขภาพและโรงพยาบาล ทั้งยังเป็นคำที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในวรรณกรรมนานาชาติ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

1.1 ความหมายของคุณภาพบริการ

ความหมายของคุณภาพบริการมีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลายคนดังนี้

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541) ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพคือ ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้หรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) มีความเห็นว่า คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Institute of Medicine (Lohr, 1990 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) กล่าวถึงคุณภาพว่า ควรประกอบความพึงพอใจด้านสุขภาพของประชาชนหรือแต่ละบุคคลต่อระดับการให้บริการคุณภาพที่จัดให้สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

Donabedian (1980) กล่าวถึง การดูแลที่มีคุณภาพสูงว่า เป็นการดูแลที่คาดหวังว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (Well-being) และความปลอดภัยกับผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลที่จะตามมาจากการดูแลนั้น

กล่าวโดยสรุป คุณภาพบริการ หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพที่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้พึงพอใจ รวมทั้งมุ่งหวังผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

1.2 องค์ประกอบคุณภาพบริการ

จากความหมายที่หลากหลายของคุณภาพทำให้มีมุมมองด้านองค์ประกอบที่แตกต่างกันกล่าวคือ มุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 2 ด้านคือคุณภาพด้านเทคนิค (Technical quality) และ คุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Interpersonal quality) มุมมองในด้านอื่นๆของคุณภาพคือ คุณภาพตามความคาดหวังและมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีอีกแนวคิดหนึ่งซึ่งช่วยให้พิจารณาองค์ประกอบทางด้านคุณภาพได้อย่างชัดเจน โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ (System theory) โดยได้จำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพไว้ 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) (Donabedian, 1980)

1.2.1 โครงสร้าง (structure) หมายถึง คุณลักษณะต่างๆของบุคลากรด้านคุณภาพและโรงพยาบาล เช่น ทรัพยากรที่พอเพียง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของบุคลากรทางด้านคุณภาพ สถานะของโรงพยาบาล และรูปแบบการจัดการ และในด้านงบประมาณ โครงสร้างเสมือนปัจจัยนำเข้าของบริการด้านคุณภาพ

1.2.2 กระบวนการ (Process) ได้แก่ส่วนประกอบต่างๆของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้า ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย Donabedian (1980) แบ่งกระบวนการออกเป็น 2 ส่วนคือ ด้านเทคนิค (Technical) และ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal)

1.2.3 ข้อมูลทางผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึงข้อมูลทางผลลัพธ์ของผู้รับบริการการเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตของผู้รับบริการ ซึ่งรวมถึงผลที่จะมีต่อด้านจิตใจ สังคม รวมทั้งผลกระทบที่จะมีต่อชุมชน

สรุปได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพบริการสามารถแบ่งได้หลายแบบขึ้นอยู่กับมุมมองต่างๆที่ใช้ในการจัดประเภท ในการจำแนกประเภทคุณภาพบริการตามทฤษฎีระบบสามารถจำแนกระบบการทำงานด้านคุณภาพได้ 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ ในส่วนขององค์ประกอบด้านกระบวนการยังประกอบไปด้วย ด้านเทคนิคและด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพบริการ กล่าวคือ ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ดีก็จะทำให้คุณภาพของบริการดีตามไปด้วย

1.3 การพัฒนาคุณภาพบริการ

เนื่องจากยุคสมัยมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้ความต้องการของคนที่มีต่อบริการปรับเปลี่ยนสูงตามไปด้วย และสังคมจะคาดหวังการได้รับการบริการทางสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการและเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้รับบริการหรือลูกค้า ซึ่งเป็นผู้เกื้อหนุนให้องค์กรคงอยู่ต่อไปได้ องค์กรต่างๆจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างไม่หยุดนิ่งให้เต็มศักยภาพของความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่ โดยมีการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ ในองค์กรด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเข้ามาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพ คือ แนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

หลักการการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM /CQI) อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541) กล่าวถึง หลักการหรือหัวใจของ TQM /CQI ดังนี้

1.3.1 ลูกค้าสำคัญที่สุด (Customer focus) ลูกค้าคือผู้ที่กำหนดความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรหรือหน่วยงานของเรา หน้าที่ของเราต่อลูกค้าคือการศึกษาความต้องการ การตอบสนองความต้องการ และการรับเสียงสะท้อนต่อผลงานที่เราให้แก่ลูกค้า

1.3.2 จุดฝันร่วมกัน (Common vision) การพัฒนาคุณภาพสิ่งแรกที่สำคัญที่สุดคือต้องได้ใจผู้ปฏิบัติงาน การมีเป้าหมายและความฝันร่วมกันคือการซื้อใจทุกคนให้ทุกคนมีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นเจ้าของวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ทำให้เกิดการถ่ายทอดเป็นกิจกรรมได้

1.3.3 ทีมงานสัมพันธ์ (Employee improvement/empowerment) ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือคน คนเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจึงต้องมีการพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ให้เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพของคนได้เต็มที่ที่สำคัญที่สุดคือคนไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้เพียงลำพังคนเดียวต้องอาศัยการประสานงานแลการทำงานร่วมกันเป็นทีม

1.3.4 มุ่งมั่นกระบวนการ (Process focus) กระบวนการคือขั้นตอนการทำงานที่ต่อเนื่องและได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่ามากขึ้นตามที่เราต้องการ งานบริการสุขภาพประกอบด้วยกระบวนการเป็นจำนวนมาก ปัญหา มักจะเกิดในระหว่างรอยต่อของกระบวนการเหล่านี้ เมื่อมีข้อผิดพลาดหรือปัญหาเกิดขึ้นจึงมุ่งปรับปรุงกระบวนการแทนที่จะมุ่งกล่าวโทษผู้กระทำพลาด ทำให้ได้รับความร่วมมือในการปรับปรุงคุณภาพ แลเป็นการปกป้องผู้ปฏิบัติงานจากการกระทำผิดในอนาคต

1.3.5 สานด้วยอริยสัจสี่ (Scientific process/Problem solving process) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรืออริยสัจสี่คือ การเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์ ข้อมูล ใช้เหตุผล และสังเกตผลของการกระทำ

1.3.6 ดีด้วยผู้นำ (Leadership) ผู้นำคือผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญที่สุดที่จะนำ TQM/CQI มาปฏิบัติและเป็นผู้กำหนดว่า จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ ด้วยการศึกษารอบรู้ให้เข้าใจ ทำเป็นตัวอย่าง ให้การสนับสนุน ติดตาม ปรังการบริหารเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3.7 ทำดีไม่สิ้นสุด (Continuous improvement) การที่เทคโนโลยีและความต้องการของลูกค้ามีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ต้องปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นกุศโลบายให้ค้นหาโอกาสในการปรับปรุงตลอดเวลา ไม่ยอมหยุดอยู่กับที่

กล่าวโดยสรุป เนื่องจากคุณภาพบริการมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่หยุดนิ่งตามยุคสมัยของสังคมและความต้องการของผู้รับบริการ องค์การทางด้านคุณภาพจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพของบริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและผู้รับบริการ โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ นั่นคือ การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การและการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) ซึ่งหลักสำคัญของการพัฒนานี้อยู่ที่การตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยมุ่งมั่นที่กระบวนการทำงาน ความสัมพันธ์ของทีมงาน และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์

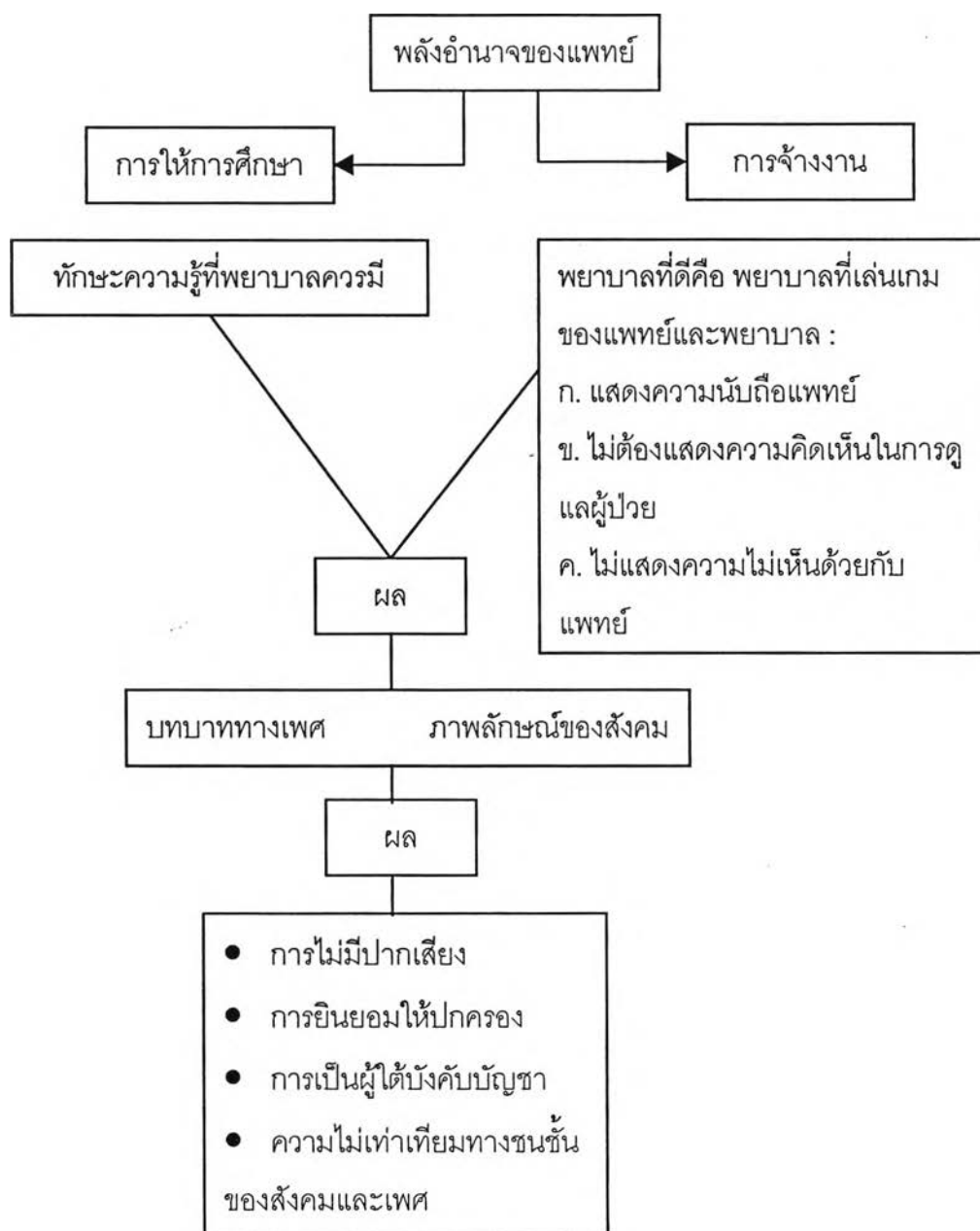
2.1 วิวัฒนาการการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์

2.1.1 สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในยุคเริ่มต้น

การพยาบาลก่อกำเนิดขึ้นพร้อมกับมนุษยชาติด้วยการดูแลตนเอง ด้วยความรักในครอบครัวกล่าวกันว่าพยาบาลคนแรกของโลกคือ สตรีผู้เป็นมารดาผู้ให้กำเนิดลูกเลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต และคอยดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การพยาบาลที่เริ่มมีการศึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยนั้นเริ่มในราวศตวรรษที่ 6 เป็นบริการการพยาบาลที่จัดขึ้นในวัด หรือโบสถ์ (Monastic nursing) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลคือ พระ ชี และอาสาสมัครทางศาสนา ต่อมาการพยาบาลที่จัดขึ้นโดยวัดเสื่อมลง และเริ่มมีการก่อตั้งโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแทน พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นสตรีที่มาจากสังคมชั้นต่ำและไม่ได้รับการฝึกอบรมทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ดีได้ จึงไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม จนเมื่อมาถึงยุคของมิสฟรอนส์ ไนติงเกล สตรีชาวอังกฤษผู้ที่ได้ปฏิรูปการพยาบาลจนเป็นที่ยอมรับและยกย่องไปทั่วโลก หลังจากนั้นการพยาบาลก็ได้จัดการศึกษาขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อต้องการใช้แรงงานของนักเรียนพยาบาลทำงานในหอผู้ป่วย งานของพยาบาลกลับเป็น การถูพื้น การแจกอาหาร ล้างเครื่องมือเป็นต้น ต่อมาจากความกดดันเกี่ยวกับสิทธิสตรี การเพิ่มขึ้นของประชากรและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ประกอบกับประชาชนเริ่มมีความต้องการด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผู้นำทางการพยาบาลตระหนักว่า พยาบาลไม่อาจ

ปฏิบัติงานตามลักษณะกิจวัตรประจำวันได้อีกต่อไป พยาบาลต้องการความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ บทบาทของพยาบาลต้องมีการเปลี่ยนแปลง ต้องการการปฏิบัติที่มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น ขอบเขตการทำงานของพยาบาลจึงกว้างขึ้นตั้งแต่การพยาบาลขั้นพื้นฐานไปจนถึงความชำนาญขั้นสูงทางเทคนิคและความชำนาญทางการบริหารงาน จึงพบว่าในระดับล่างงานพยาบาลมีความซ้ำซ้อนกับงานบ้าน ในระดับสูงงานของพยาบาลมีความซ้ำซ้อนกับงานของแพทย์ ทำให้ขอบเขตงานของพยาบาลไม่มีความชัดเจนมาตั้งแต่ต้น (มยุรา กาญจนางกูร, 2541)

การเรียนการสอนของพยาบาลในยุคนี้แม้ว่าจะมีการจัดขึ้นแล้วแต่ก็คงจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลและผู้ที่ทำหน้าที่ในการสอนส่วนใหญ่คือ แพทย์ กระบวนการในการศึกษาพยาบาลได้รับการสอนให้รู้จักการรายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ แต่การสอนให้รู้จักคิด การคิดที่เป็นอิสระ การกล้าแสดงความคิดเห็น และการคิดอย่างสร้างสรรค์กลับไม่ได้รับการสอน ต่างกับการศึกษาของแพทย์ที่อาจารย์แพทย์จะสอนให้นักศึกษาแพทย์เป็นผู้รอบรู้ทุกอย่าง มีอำนาจและความเป็นอิสระของวิชาชีพ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2541; Kalisch and Kalisch, 1977; Pavlovich-Danis, Forman and Simek, 1998) สถานภาพของพยาบาลจึงมีฐานะเสมือนเป็นแม่บ้าน หรือผู้ที่ทำหน้าที่แบ่งเบาภาระงานของแพทย์ การปฏิบัติกรพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นอยู่ที่ภาระงาน (Task-oriented) โดยเฉพาะเป็นภาระงานที่แพทย์มอบหมายให้ งานที่แพทย์เห็นว่าจะทำให้แพทย์สูญเสียเวลาในการทำงานหรือเป็นงานที่สกปรก (Dirty Work) งานการพยาบาลที่เป็นการดูแลทางด้านจิตใจ หรือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากโรคเร็วขึ้นได้รับความสนใจน้อย จึงพบว่างานการพยาบาลในยุคนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์เป็นในลักษณะผู้ใต้บังคับบัญชากับผู้บังคับบัญชา ดังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทและสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ไว้อย่างชัดเจนคือ Keddy และคณะ (1986) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ในประเทศแคนาดา ระหว่างปี ค.ศ.1920 ถึง ค.ศ.1930 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์เป็นแบบผู้ใต้บังคับบัญชากับผู้บังคับบัญชา ลักษณะของสัมพันธภาพแสดงถึง การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ การไม่ไว้วางใจต่อกัน และความขัดแย้งเกี่ยวกับพลังอำนาจ และขอบเขตหน้าที่โดยที่พยาบาลในยุคนั้นไม่ได้ตระหนักหรือรับรู้ในความขัดแย้งนี้ ส่วนพยาบาลที่ดีถูกตัดสินด้วยภาพลักษณ์ทางสังคม (Stereotype) ที่มีต่อกลุ่มสตรีว่า ต้องเป็นผู้ไม่มีปากเสียง (Passive) ว่านอนสอนง่าย (Docile) และที่สำคัญคือต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ให้สำเร็จ จากการศึกษาที่มีอำนาจเหนือกว่าพยาบาลของแพทย์ผ่านทางกรเป็นผู้ให้การศึกษแก่พยาบาลและเป็นผู้ว่าจ้างพยาบาลให้ทำงานในโรงพยาบาลผลการศึกษาของ Keddy และคณะ (1986) สามารถแสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ในยุคเริ่มต้นโดยสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการมีอิทธิพลของแพทย์ต่อสถานภาพของพยาบาล (The medical professional's influence on nurse's status)

ที่มา Keddy B. et al. (1986). The doctor-nurse relationship: an historical perspective. *Journal of Advance Nursing* 11(November): p.751.

กล่าวโดยสรุปว่า สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ พบว่าพยาบาลมีสถานะที่ด้อยกว่าแพทย์ มีสัมพันธภาพในลักษณะเป็นผู้ได้บังคับบัญชาของแพทย์ ปัจจัยที่มีส่วนให้เกิดสัมพันธภาพในลักษณะนี้คือ ความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องของอำนาจของพยาบาลและแพทย์ โดยแพทย์มีอำนาจที่เหนือกว่าพยาบาลจากระบบสังคมที่ยกย่องให้แพทย์

เป็นผู้นำด้านสาธารณสุข ระบบการทำงานที่มีโครงสร้างและสายการบังคับบัญชาที่สูงกว่า (Highly hierarchy) ปัจจัยของความเป็นหญิงความเป็นชาย (Gender) ความแตกต่างของชนชั้นทางสังคม (Class) การปฏิบัติงานในบทบาทที่เป็นอิสระ (Autonomy) ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ (Economic) และระดับการศึกษา (Education)

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์

การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์ในยุคปัจจุบันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้าน สังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีต่างๆ ในระยะ 20-30 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายสาธารณสุขซึ่งกล่าวถึงคุณภาพการดูแล (Quality of Care) มากขึ้น โดยได้นำหลักการการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management: TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) มาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ (McMahon and Hoffman, 1994) ซึ่งมีหลักการการทำงานที่เน้นความสัมพันธ์ของผู้ร่วมงานและการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้การศึกษาที่สูงขึ้นของพยาบาลและการมีโอกาสร่วมศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเดียวกันกับแพทย์ (รัตนาทองสวัสดิ์, 2541) ทำให้แพทย์เริ่มเข้าใจบทบาทพยาบาลและเริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากความนิยมนับถือของประชาชนต่อแพทย์เปลี่ยนไป เพราะในปัจจุบันพบว่าในระบบสาธารณสุขแพทย์ไม่ใช่ผู้มีอำนาจสูงสุดหรือมีอำนาจทุกอย่างแต่เพียงผู้เดียว เนื่องจากความรู้เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ผู้ชำนาญการเพิ่มขึ้น และไม่มีคนหนึ่งคนใดที่จะรู้เรื่องผู้ป่วยดีที่สุด (สมพร ชินโนรส, 2537) ทำให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์เปลี่ยนแปลงด้วย โดยเห็นได้อย่างชัดเจนจากการเปลี่ยนไปของเกมของแพทย์และพยาบาล (The doctor-nurse game)

Stein (1968) ได้ศึกษา เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์พบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์มีลักษณะเป็นระบบชนชั้นทางสังคม โดยแพทย์อยู่เหนือกว่าพยาบาลมีสถานภาพและอำนาจมากกว่า เมื่อพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ต้องระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนระบบความสัมพันธ์นี้เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งกันขึ้น ถ้าพยาบาลต้องการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องเสนอในลักษณะที่ให้แพทย์เป็นเจ้าของความคิดเห็นนั้น ส่วนแพทย์ก็รับความคิดเห็นนั้นมาโดยถือว่าไม่ได้ร้องขอและไม่ได้ขอคุณพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นการสูญเสียอำนาจที่ต้องขอความคิดเห็นจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ด้วยกัน Stein และคณะ (1990) ได้ศึกษาเกมของแพทย์และพยาบาลอีกครั้งพบว่า พยาบาลเป็นผู้เลิกเล่นเกมนี้ก่อน โดยมีการปฏิบัติงานที่มีลักษณะเป็นผู้ร่วมงานกับแพทย์ Stein อธิบายว่าเกิดจากความนิยมนับถือที่ประชาชนมีต่อแพทย์ลดลง สังคมตระหนักว่าแพทย์อาจมีความผิด

พลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงานได้ ประกอบกับจำนวนแพทย์ที่เป็นเพศหญิงมีมากขึ้นและจำนวนพยาบาลที่เป็นเพศชายก็มีมากขึ้น ทำให้ลดอำนาจที่เหนือกว่าของเพศชายลง ความคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้ส่งบ่งชี้ของพยาบาลถูกลบล้างไป นอกจากนี้งานการพยาบาลได้รับการยกย่องจากสังคมและมีเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพมากขึ้น พยาบาลจึงไม่ได้อยู่ในฐานะที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ หรือหญิงรับใช้อีกต่อไป

การศึกษาที่แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์ซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้ Hughes (1988 cited in Sweet and Norman, 1995) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ในประเด็นการเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าของแพทย์ และการเป็นผู้ที่อ่อนน้อมต่อมตนของพยาบาล พบว่า การวินิจฉัยโรคแพทย์ยังทำตามลำพัง แต่พบว่าแพทย์ที่เพิ่งเรียนจบใหม่และขาดประสบการณ์มีการพึ่งพาและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่มีอาวุโสมากกว่าและมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า การแสดงความคิดเห็นของพยาบาลในลักษณะเกมของแพทย์และพยาบาลจึงพบน้อยลง และพบว่าพยาบาลมีการแสดงความคิดเห็นต่อแพทย์ในลักษณะที่เปิดเผยตรงไปตรงมามากขึ้น Porter (1991) ศึกษา รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ พบว่ารูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลแสดงออกมากที่สุดคือ การตัดสินใจอย่างเปิดเผยอย่างไม่เป็นทางการ (Informal overt decision making) ซึ่งเป็นการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) และแสดงถึงลักษณะการเป็นผู้ร่วมงานของพยาบาลกับแพทย์

ถึงแม้จะพบว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงไปแต่ไม่อาจบอกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในทุกสถานที่ Mackey (1993 cited in Sweet and Norman, 1995) ศึกษา สัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์ในสถานที่แตกต่างกัน พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปในอำเภอ พยาบาลและแพทย์มีสัมพันธภาพที่สบายๆ ผ่อนคลาย และมีบรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นทางการ ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นแหล่งทางการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์มีลักษณะเป็นทางการ และมีบรรยากาศการแข่งขันระหว่างพยาบาลและแพทย์ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดี สมพร ชินโนรส (2537) กล่าวว่า เป็นไปได้ที่พยาบาลและแพทย์ในประเทศไทยยังเล่นเกมของแพทย์และพยาบาลอยู่ หรืออาจเปลี่ยนความสัมพันธ์มาทำงานร่วมกัน แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์จะเป็นอย่างไรมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับลักษณะขององค์การ บรรยากาศในการทำงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม

2.2 เกมของแพทย์และพยาบาล (The doctor-nurse game)

แพทย์และพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ต้องประสานการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคลากรทั้งสองวิชาชีพมาทำงานร่วมกันทำให้เกิดสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันทั้งในรูปแบบที่ดีและไม่ดีหรือขัดแย้งกัน ในอดีตความสัมพันธ์

ของแพทย์และพยาบาลเป็นระบบชนชั้นทางสังคม โดยแพทย์อยู่เหนือพยาบาล แพทย์มีสถานภาพและอำนาจที่เหนือกว่าพยาบาล มีบทบาทในการวินิจฉัยโรคได้อย่างอิสระ ส่วนพยาบาลมีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์ นอกจากนี้สังคมยังยกย่องวิชาชีพแพทย์ว่าเป็นผู้นำทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับการศึกษาและการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ทำให้มีทัศนคติว่าตนเองเป็นคนเก่ง มีอำนาจและรอบรู้ทุกอย่าง แพทย์จึงหวาดกลัวและยอมรับการดำเนินงานที่ผิดพลาดไม่ได้ ทัศนคตินี้ของแพทย์ทำให้เกิดสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันที่มีลักษณะเฉพาะ (Stein, 1968) กล่าวคือ แพทย์จะรู้สึกว่าคุณเป็นผู้มีอำนาจของตนเองถูกคุกคามถ้าได้รับคำแนะนำหรือข้อคิดเห็นจากพยาบาล ส่วนพยาบาลอยู่ในสถานภาพที่ด้อยกว่าแพทย์จึงต้องการได้รับการยอมรับจากแพทย์ รวมทั้งต้องรักษาความสัมพันธ์กับแพทย์ไม่ให้เกิดความขัดแย้งขึ้น พยาบาลจึงระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนความเป็นผู้มีอำนาจของแพทย์ ถ้าพยาบาลต้องการแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อแพทย์ก็จะแสดงออกในลักษณะยอมตาม (Passive) ในลักษณะที่ให้แพทย์เป็นเจ้าของความคิดเห็นนั้น และแพทย์ก็ยอมรับฟังความคิดเห็นนั้นโดยถือว่าไม่ได้ร้องขอจากพยาบาล (มัลลิกา มัติโก, 2535; สมพร ชินโนรส, 2537; Stein, 1968) ซึ่ง Stein เรียกลักษณะการสื่อสารแบบนี้ว่า เกมของแพทย์และพยาบาล (The doctor-nurse game) ที่เรียกว่าเกมเพราะมีลักษณะของเกมครบถ้วน กล่าวคือ มีจุดมุ่งหมาย กฎ และการให้คะแนน

จุดมุ่งหมายของเกม คือ พยาบาลที่มีความคิดริเริ่มและมีความกล้าที่จะเสนอความคิดเห็นต่อแพทย์ ก็จะเสนอในลักษณะว่าความคิดเห็นนั้นเป็นของแพทย์

กฎของเกม คือ หลีกเลี่ยงความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์

การให้คะแนน คือ ความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อ Stein และคณะ (1990) ศึกษาเกมของแพทย์และพยาบาลอีกครั้งกลับพบว่า พยาบาลเป็นผู้เล่นเกมนี้ก่อน โดยมีลักษณะการทำงานที่เป็นผู้ร่วมงานกับแพทย์ ทำให้สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์มีความเสมอภาคกันตามขอบเขตของวิชาชีพ ไม่ใช่สัมพันธภาพที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชากับผู้บังคับบัญชาอีกต่อไป

กล่าวได้ว่า เกมของแพทย์และพยาบาลเกิดจากระบบความสัมพันธ์ของแพทย์และพยาบาลที่เป็นระบบชนชั้นทางสังคม โดยที่แพทย์มีสถานภาพและอำนาจเหนือกว่าพยาบาล เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กันจึงต้องระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนความเป็นผู้มีอำนาจของแพทย์ เกมของแพทย์และพยาบาลในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่าพยาบาลเป็นผู้เล่นเกมนี้ก่อนและมีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในฐานะผู้ร่วมงาน แม้จะพบว่าเกมของแพทย์และพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปแต่ก็ไม่อาจบอกได้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทุกๆสถานที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะและบรรยากาศขององค์กร รวมทั้งสภาพสังคมที่แวดล้อมอยู่ ในการศึกษาปรากฏการณ์

การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในครั้งนี้ เกมของแพทย์และพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สามารถบ่งชี้ความเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ได้เป็นอย่างดี

2.3 ความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์

พยาบาลและแพทย์มีลักษณะการทำงานที่ต้องประสานการทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพที่ดีของผู้ร่วมงาน แต่เนื่องจากลักษณะการทำงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ทำให้มีโอกาสเกิดความขัดแย้งกันได้ง่าย นอกจากนี้วิชาชีพพยาบาลได้รับการพัฒนาขึ้นจากความก้าวหน้าของศาสตร์ทางการแพทย์ ความสำเร็จของการยกระดับการศึกษาและการขยายบทบาทของพยาบาล ทำให้มีความพยายามที่ผลักดันวิชาชีพพยาบาลให้มีความทัดเทียมวิชาชีพอื่นๆ ปรับสภาพของพยาบาลจากการเป็นผู้ใต้บังคับบัญชาของแพทย์ที่ไม่มีอำนาจและสิทธิ มาเป็นเพื่อนร่วมงาน (Colleague) ที่มีอำนาจและสิทธิตามขอบเขตของวิชาชีพตนเอง (Autonomy) แต่กลับพบว่าแพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญ และไม่ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้ของพยาบาล ดังที่ Stein (1990) กล่าวว่า แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ใจในความรู้สึกของพยาบาลที่รู้สึกถูกละเลย ทั้งยังปฏิเสธความพยายามของพยาบาลที่ต้องการการมีสิทธิที่เสมอภาค แต่ต้องการให้พยาบาลปฏิบัติตามคำสั่งของตนเองต่อไป Vogt และคณะ (1983) กล่าวว่า แพทย์ยังไม่รับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdiscipline) หรือความจำเป็นที่ต้องทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังเกรงว่าการปฏิบัติงานร่วมกันก้าวล้ำวิชาชีพแพทย์ สอดคล้องกับ Kalisch and Kalisch (1977) ซึ่งกล่าวว่า การแสวงหาบทบาทความรับผิดชอบที่ดีขึ้นและมากขึ้นของพยาบาลมักถูกขัดขวางจากกลุ่มแพทย์ เนื่องจากเกรงว่าจะล่วงล้ำในขอบเขตการทำงานของแพทย์ จากแนวคิดเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและแพทย์ และทำให้พยาบาลและแพทย์มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีและมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล (Quality of Care) (Gianakos, 1997; Hoekelman, 1975; Mauksch, 1981) เมื่อพิจารณาความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกัน ความแตกต่าง หรือความไม่เข้าใจกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในด้านต่างๆต่อไปนี้เป็นคือ (สมพร ชินโนรส, 2537; รัตนา ทองสวัสดิ์, 2541; Hoekelman, 1975; Kalisch and Kalisch, 1977; Friedman, 1992; McMahan and Hoffman, 1994; Sweet and Norman, 1995; Mauksch, 1981; Pavlovich-Danis, Forman and Simek, 1998)

2.3.1 ความไม่เสมอภาคของอำนาจ (Unequal balance of Power) เกี่ยวกับประเด็นของอำนาจ พยาบาลส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองเป็นผู้ไม่มีอำนาจ Ashley (1973) กล่าวว่า ในความเป็นจริงไม่ใช่พยาบาลไม่มีอำนาจ แต่เป็นเพราะพยาบาลไม่ตระหนักในอำนาจที่ตนเองมีอยู่ รวมทั้งไม่ได้ใช้อำนาจที่มีเพื่อประโยชน์ของวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Devine (1978) ที่กล่าวว่า นักการศึกษาทางการพยาบาลได้พัฒนามโนคติวิชาชีพการพยาบาลให้มีอำนาจหน้าที่ (Authority) ตามเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลประจำการกลับพบว่าตนเองยังเป็นผู้ที่ขาดอำนาจโดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย ส่วน Brown (1980) กล่าวว่า ทุกมิติของอำนาจมีผลโดยตรงต่อสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน ดังนั้นเมื่อพยาบาลไม่ตระหนักในอำนาจที่ตนเองมีอำนาจที่มีอยู่จึงถูกใช้ไปสนับสนุนฐานวิชาชีพอื่นโดยเฉพาะแพทย์

2.3.2 ความไม่ไว้ใจใจ จากวิวัฒนาการของพยาบาลพบว่าความต้องการสูงสุดของพยาบาลคือการเป็นวิชาชีพที่มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับของสังคมและแพทย์ ในการทำงานพยาบาลจึงแสวงหาการได้รับการยกย่อง ความพอใจ และคำขอบคุณจากแพทย์ แต่หลายครั้งที่พยาบาลมักกล่าวว่าแพทย์ไม่ไว้ใจใจและไม่เชื่อในการตัดสินใจของพยาบาล (Povlovich-Danis, Forman and Simek, 1998) ทำให้พยาบาลมีการแสดงออกเพื่อให้ได้รับการยอมรับ มีบางบางครั้งที่มีการแสดงออกไปในทางพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะทำให้การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ยิ่งเลวร้ายลงไปอีก

2.3.3 ปัญหาจากความเป็นหญิงความเป็นชาย (Gender) ปัญหานี้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของพยาบาลคือผู้หญิงส่วนประชากรส่วนใหญ่ของแพทย์คือผู้ชาย จึงเกิดความแตกต่างจากพื้นฐานทางสังคมที่ให้คุณค่าของเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Gender Inequality) โดยให้เพศชายมีอำนาจมากกว่าเพศหญิง (สุชาติดา รัชชกุล, 2541) สังคมกำหนดและคาดหวังว่าผู้ชายเป็นผู้ที่แข็งแรง กำหนดให้เป็นผู้นำ ผู้หญิงเป็นผู้ที่อ่อนแอกำหนดให้เป็นผู้ตาม เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สังคมจึงคาดหวังว่า พยาบาลต้องเป็นผู้ที่อ่อนน้อมง่ายและยอมตาม (Passive) สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์จึงมีลักษณะที่แพทย์อยู่เหนือพยาบาล

2.3.4 ความแตกต่างทางการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาของพยาบาลและแพทย์มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ แพทย์ใช้เวลาในการศึกษาในระดับปริญญาตรี 5-6 ปี เมื่อเรียนจบแล้วพบว่าส่วนใหญ่จะมีโอกาสกลับไปศึกษาต่ออีก ส่วนระดับการศึกษาของพยาบาลมีการศึกษาในระดับต้น 2-4 ปี ได้รับคุณวุฒคือ ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรวิชาชีพระดับสูง ประกาศนียบัตรวิชาชีพระดับต้น โอกาสในการศึกษาต่อกลับยังมีน้อย พยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกามีโอกาสเรียนต่อในระดับปริญญาโท วิทยาลัย 15 และเรียนปริญญาเอก วิทยาลัย 1 ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อย (สมพร ชินโนรส, 2537)

2.3.5 สถานะทางด้านเศรษฐกิจ ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของพยาบาล และแพทย์เกิดจากการที่สังคมให้คุณค่าต่อแพทย์มากกว่าพยาบาล เนื่องจากสังคมมองว่าแพทย์ เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพจึงจัดเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆให้มากตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของพยาบาลและแพทย์มีผลมาจากปัจจัยสนับสนุนในด้านอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกันคือ ระดับการศึกษาโดยผู้ที่ระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมได้รับค่าจ้างสูงตามไปด้วย การมาจากชนชั้นทางสังคมที่แตกต่างกันซึ่งพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มี พื้นฐานด้านเศรษฐกิจที่ดีกว่าพยาบาล

2.3.6 สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของแพทย์และพยาบาล ความแตกต่างนี้เกิดจากการให้คุณค่าของสังคมต่อสองวิชาชีพนี้ กล่าวคือ ในครอบครัวที่อยู่ในระดับสังคมที่ดีหรือชนชั้นสังคมที่สูง ย่อมต้องการผลักดันให้ลูกได้เรียนวิชาแพทย์มากกว่าวิชาพยาบาล หรือแม้แต่ครอบครัวที่มีฐานะทางด้านเศรษฐกิจไม่ดีก็ตามก็ยังคงมีความปรารถนาเช่นเดียวกัน แต่เนื่องจาก โอกาสทางการศึกษาต่างกันจึงพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มาจากระดับทางสังคมที่ดีกว่าพยาบาล

2.3.7 ความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ ปัญหานี้ถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดต่อสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ สาเหตุความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์นี้เมื่อพิจารณาจากประวัติศาสตร์พบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลไม่เคยเรียนร่วมกันจึงไม่มีความรู้วิชาที่อื่นเรียนและรู้เกี่ยวกับอะไรบ้าง พยาบาลไม่รู้เป้าหมายในการปฏิบัติงานของแพทย์ ทางด้านแพทย์ก็ไม่เข้าใจขอบเขตงานของพยาบาล แพทย์บางคนอาจรับทราบการปฏิบัติงานของพยาบาลที่เป็นธรรมเนียมก่อนมาว่าเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ ปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานของแพทย์ ประกอบกับการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มุ่งภาระงานเป็นส่วนใหญ่ (Task-oriented) เมื่อพยาบาลและแพทย์มาปฏิบัติงานร่วมกันจึงขาดความเข้าใจกัน อย่างแท้จริง

กล่าวโดยสรุป ความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันของอำนาจ โดยแพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าพยาบาลในด้านต่างๆ กล่าวคือ การมีอำนาจมากกว่าจากการที่สังคมให้คุณค่าความเป็นชายมากกว่าหญิง ความแตกต่างทางด้านการศึกษา สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่กันและกัน และความไม่ไว้วางใจที่แพทย์มีต่อพยาบาล ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งแก่พยาบาลและแพทย์เป็นระยะเวลานาน ดังนั้นในสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่อาจจะเกิดความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์

2.4 แนวทางแก้ไขความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์

เนื่องจากสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์มีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จากประเด็นความขัดแย้งต่างๆของพยาบาลและแพทย์จึงควรได้รับการแก้ไขเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์นี้ ฝังลึกมานาน การแก้ไขปัญหาจึงไม่ใช่เรื่องง่ายทั้งยังต้องอาศัยวิธีดำเนินการหลายวิธีด้วยกัน (Kalisch and Kalisch, 1977) พยาบาลต้องเป็นผู้เริ่มต้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Vogt et al., 1983; Kuemer and Nelson, 1994) และการเปลี่ยนแปลงต้องมีการดำเนินไปทั้งระบบไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเพียงลำพัง และองค์ประกอบของการมีสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลและแพทย์ควรประกอบด้วย การยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust and respect) การสื่อสารอย่างเปิดเผย (Open communication) ความเต็มใจในการปฏิบัติงานร่วมกันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (A willingness to cooperate and help each other) ความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละคน (Competence in performance of one's role) (Prescott and Bowen, 1985) การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน (Mutual respect) การสื่อสารที่ดี (Good communication) การเห็นคุณค่าและความรู้สึกขอบคุณ (Appreciation and thanks) (Friedman, 1982)

แนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเป็นอำนาจที่เหนือกว่าของแพทย์ต่อพยาบาลการแก้ไขปัญหาจึงเป็นการปรับความสมดุลย์ของอำนาจระหว่างแพทย์และพยาบาลหรือเป็นการลดช่องว่างของอำนาจลง แนวทางในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งมีดังนี้คือ

2.4.1 การขยายการศึกษาให้กับพยาบาล การขยายการศึกษาและสนับสนุนให้พยาบาลได้ศึกษาต่อเพิ่มขึ้นเพื่อลดช่องว่างทางการศึกษาระหว่างแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้การเพิ่มคุณวุฒิทางการศึกษาให้กับพยาบาลยังเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน (Hoekelman, 1975) และการศึกษาที่มากขึ้นของพยาบาลยังมีส่วนสำคัญให้พยาบาลมีฐานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นด้วย

2.4.2 สร้างความเข้าใจในบทบาท ขอบเขตหน้าที่การปฏิบัติงานของพยาบาลและแพทย์ โดยพยาบาลต้องปฏิบัติงานให้ครบถ้วนตามอำนาจหน้าที่ที่เป็นเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ เพื่อให้แพทย์ได้เข้าใจ และเรียนรู้บทบาทหน้าที่ความสำคัญของพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537) นอกจากนี้การส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลมีโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่และยอมรับในบทบาทวิชาชีพแต่ละบุคคล (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2541; Hoekelman, 1975) เพื่อให้สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ดีขึ้น

2.4.3 การลดอิทธิพลของความเป็นชายที่มีอำนาจเหนือฝ่ายหญิง โดยการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่เป็นหญิงและเพิ่มจำนวนพยาบาลชายให้มากขึ้นเพื่อให้แนวคิดที่ว่าผู้ชายเป็นใหญ่

เป็นผู้มีอำนาจ และผู้หญิงเป็นรองหรือต้องเป็นผู้ตามหมดไป (สมพร ชินโนรส, 2537; Hoekelman, 1975) ซึ่งความพยายามลดคุณค่าของเพศชายในความสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลและแพทย์มีความเป็นไปพร้อมๆกับการเรียกร้องสิทธิความเสมอภาคของกลุ่มผู้เรียกร้องสิทธิของสตรี (Feminist) *

2.4.4 การสื่อสารอย่าเปิดเผย (Open communication) เป็นการเผชิญหน้ากันระหว่างพยาบาลและแพทย์เมื่อเกิดปัญหาขึ้นทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีการพูดคุยกันเพื่อให้เข้าใจซึ่งกันและกันอย่างตรงไปตรงมา และมีลักษณะการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness)

2.4.5 การร่วมกันทำงาน (Collaboration) เป็นทางออกเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์ที่สำคัญที่สุดและมีนักวิชาการกล่าวถึงมาก (สมพร ชินโนรส, 2537; Devereux, 1981; Mauksch, 1981; Bradford, 1989; McMahan and Hoffman, 1994; Gianakos, 1997; Pavlovich-Denis, Forman and Simek, 1998) เป็นการทำหน้าที่ของวิชาชีพทางสุขภาพในลักษณะผู้ร่วมงานภายใต้สายการบังคับบัญชาที่ใกล้เคียงกัน (Flat hierarchy) แทนที่สายการบังคับบัญชาที่สูงกว่า (Highly hierarchy) ซึ่งในอดีตที่แพทย์เป็นใหญ่ ก็จะมีลักษณะการแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้ร่วมงาน มีความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ มีการแบ่งปันอำนาจและประสานการทำงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากในกระบวนการทำงานมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน และแบ่งงานกันทำให้การสื่อสารระหว่างสองวิชาชีพดีขึ้น ผลคือ ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยเสียเวลาและค่าใช้จ่ายลดลงทำให้มีความพึงพอใจสูงขึ้น และทำให้พยาบาลและแพทย์มีความพึงพอใจในการทำงาน

กล่าวสรุปได้ว่า การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและแพทย์นั้น ไม่สามารถแก้ไขได้โดยง่าย ต้องดำเนินการแก้ไขทั้งระบบ และพยาบาลควรเป็นผู้ที่เริ่มดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพที่ดีขึ้น วิธีการสำคัญในการแก้ไขปัญหาคือการลดช่องว่างความมีอำนาจของแพทย์กับพยาบาล โดยการขยายการศึกษาให้แก่พยาบาล สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์โดยการเปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลได้เรียนร่วมกัน การลดอิทธิพลของความเป็นชายที่มีอำนาจเหนือฝ่ายหญิงโดยการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่เป็นหญิงและเพิ่มจำนวนพยาบาลชายให้มากขึ้น ส่งเสริมการสื่อสารอย่าเปิดเผย และที่สำคัญคือการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาล แนวทางการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์ดังกล่าวมานี้จะทำให้แพทย์และพยาบาลมีการเปิดใจกันมากขึ้น และลดความรู้สึกขัดแย้งกันลงได้

2.5 ความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา

ดังกล่าวมาแล้วว่าพยาบาลและแพทย์เป็นทีมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกันมากที่สุดเป็นและสัมพันธ์ภาพระหว่างสองวิชาชีพนี้ยังมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurses Association) ตระหนักถึงความสำคัญนี้และส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับแพทย์ โดยให้ความหมายของความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์ว่า คือการปฏิบัติงานร่วมกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเห็นคุณค่าและเคารพในอำนาจของซึ่งกันและกัน ต่างปฏิบัติตามขอบเขตแห่งวิชาชีพของตน และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สร้างบรรยากาศในการทำงาน การร่วมรับรู้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย แสดงความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยต่างได้ประโยชน์ที่ตนเองต้องการ (American Nurses Association, 1980) โดยมีในทัศนของความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล 4 ด้านดังนี้

2.5.1 การมีอำนาจควบคุมกัน (Mutual power-control) คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและแพทย์ โดยต่างรับรู้คุณค่าซึ่งกันและกัน และรับรู้ว่ามีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย วางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล

2.5.2 การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (Separate and combined practice spheres) คือ การที่พยาบาลและแพทย์มีการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ในขอบเขตวิชาชีพของตนเองถูกต้องตามกฎหมายวิชาชีพในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลและแพทย์ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบการทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงาน การวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติบนพื้นฐานของความเป็นอิสระ การปฏิบัติอย่างอิสระของพยาบาล เช่น การวินิจฉัยทางการแพทย์ การปฏิบัติเร่งด่วนให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานที่เป็นอิสระของแพทย์ เช่น การผ่าตัด การบำบัดทางจิตเวช หรือคำสั่งการรักษาพยาบาลด้วยยา

2.5.3 ความเอาใจใส่ร่วมกัน (Mutual concerns) คือ การนำความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ การแก้ไขและกำหนดแผนในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดความคิดไม่ตรงกัน โดยมีรูปแบบของพฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) กล่าวคือ บุคคลพยายามที่จะให้

เป็นไปตามความต้องการหรือความพอใจของคนอื่น และพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness) คือ บุคคลพยายามที่จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง

2.5.4 การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (Common patient goals) คือการที่พยาบาลและแพทย์รับรู้เป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ รับรู้ความแตกต่างของเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต่างรับรู้ว่าผู้ร่วมงานของตน (พยาบาลหรือแพทย์) มีจุดมุ่งหมายอย่างไรในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายโดยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้น พยาบาลและแพทย์ต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด ซึ่งต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกัน แต่ละฝ่ายได้กำหนดเป้าหมายย่อยของตนในการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด การปฏิบัติงานร่วมกันจะเป็นไปอย่างราบรื่นได้ การร่วมรับรู้เป้าหมายระหว่างกันทำให้การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือ เช่น การที่พยาบาลร่วมรับรู้เป้าหมายของแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัตินั้นสามารถใช้วิจารณญาณของตนในการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างมีเหตุผล แทนการปฏิบัติทุกอย่างตามคำสั่งแต่เพียงประการเดียว โดยมีได้ตระหนักถึงผลได้ผลเสียของการปฏิบัตินั้น ในทำนองเดียวกันแพทย์จำเป็นต้องรับรู้เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงานในขอบเขตวิชาชีพให้สอดคล้องกับแผนการพยาบาลและแผนการรักษา การร่วมรับรู้เป้าหมายได้มาจากการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันของพยาบาลและแพทย์

กล่าวได้ว่า แนวคิดความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association) เป็นแนวคิดในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพพยาบาลและแพทย์ประกอบด้วยมโนทัศน์ 4 ด้านคือ การมีอำนาจควบคุมกัน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน ความเอาใจใส่ร่วมกัน การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้เป็นกรอบเพื่อเป็นเครื่องนำทางในการศึกษาสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์ แม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้นำแนวคิดความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาไปใช้อย่างตายตัว แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าแนวคิดนี้ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การของ Greenhalgh (2001) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์จะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์และทราบเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลประจำการและแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการและแพทย์

3. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การ

3.1 ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การ

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปถึงทรัพยากรการบริหาร (Administration resources) ที่สำคัญคือ คน (Man) เงิน (Money) สิ่งของ (Material) และการจัดการ (Management) และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า “คน” เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดรวมทั้งเป็นหัวใจของประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุดของงาน (สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ, 2542) ในการทำงานที่ต้องอาศัยบุคคลหลายฝ่ายร่วมกันทำงาน ถ้าผู้บริหารไม่มีความสามารถในการโน้มน้าวบุคคลให้ร่วมมือกันทำงาน หรือไม่มีความเข้าใจระหว่างกันแล้วการบริหารงานขององค์การนั้นก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ โดยเฉพาะในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากมายการทำงานของคนที่มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นทั้งในเรื่องส่วนตัวและหน้าที่การงาน การบริหารงานจึงต้องให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะที่เป็นแกนสำคัญของการทำงาน รวมทั้งความเกี่ยวข้องกับการทำงานระหว่างกันของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติต่อกันในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน หรือระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชา (Supervisor) หรือระหว่างผู้ปฏิบัติงานขององค์การกับบุคคลภายนอกองค์การ อาจเป็นบุคลากรในองค์การที่เกี่ยวข้องหรือผู้รับบริการก็ตาม ดังนั้นความรู้และทักษะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่ม หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การจึงมีส่วนสำคัญต่อแนวทางการบริหารงานที่เน้นคนเป็นหลัก และถือว่าคุณเป็นหัวใจของการทำงาน

ในองค์การพยาบาลซึ่งเป็นองค์การทางด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยยึดถือผลประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสำคัญ ดังนั้นความเกี่ยวข้องหรือความสัมพันธ์ในสาขาวิชาชีพต่างๆจึงมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพของบริการ สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2530) กล่าวถึงการบริหารพยาบาลว่า การที่จะทำงานให้ได้สำเร็จสำเร็จหรือไม่ จะมีคนช่วยเหลือเกื้อกูลให้ความร่วมมืออย่างจริงใจแค่ไหน ประสิทธิภาพของงานจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการมีมนุษยสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่องค์การด้านสุขภาพต่างๆรวมทั้งองค์การพยาบาลนำหลักการพัฒนาคุณภาพโดยรวมและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) มาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของบริการ ซึ่งหลักการเหล่านี้เน้นการทำงานเป็นทีมและความสัมพันธ์ของบุคลากรภายในทีมเป็นสำคัญ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องร่วมกันทำงานมากที่สุดก็คือ วิชาชีพพยาบาลและแพทย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่จะทำให้การบริหารงานขององค์การด้านสุขภาพหรือองค์การพยาบาลประสบความสำเร็จนั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การหรือสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้การบริหารประสบผลสำเร็จ

อาจสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริหารงานที่เน้นคนเป็นหัวใจหลักในการทำงานประสบผลสำเร็จ เนื่องจากมีความเชื่อว่าถ้าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดี การบริหารงานต่างๆก็จะได้รับความร่วมมือร่วมใจในการทำงานดี องค์การก็จะประสบความสำเร็จในการบริหารงานไปด้วย โดยเฉพาะองค์การด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มีการนำหลักการการพัฒนาคุณภาพโดยรวมและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) มาใช้พัฒนาคุณภาพของบริการ ซึ่งการบริหารงานจะประสบความสำเร็จไปได้นั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การเป็นส่วนสำคัญโดยเฉพาะสัมพันธภาพของทีมงานหลักของแพทย์และพยาบาล

3.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การ

แนวคิดการบริหารงานโดยให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานนี้ ในองค์การธุรกิจยุคปัจจุบัน Greenhalgh (2001) ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการบริหารงานเพื่อให้องค์การประสบผลสำเร็จ โดยได้ศึกษาแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การจากประสบการณ์การบริหารงานและการศึกษาวิจัย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การตามแนวคิดของ Greenhalgh เป็นสัมพันธภาพตามบทบาท (Role) ของบุคคลในองค์การและเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลากรต่างๆในองค์การ กล่าวคือ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน ผู้ปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชา สัมพันธภาพกับบุคคลากรในองค์การที่ร่วมกันทำงาน และสัมพันธภาพกับผู้ที่เป็นคู่แข่งกัน แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การของ Greenhalgh ประกอบด้วยมิติและด้านต่างๆดังนี้ คือ

มิติที่ 1 สายสัมพันธ์ (Rapport dimension) มิติของสายสัมพันธ์นี้เป็นความรู้สึกที่ผ่อนคลาย และสบายใจ เมื่อบุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความไว้วางใจ (Trust) การเปิดเผยระหว่างกัน (Interpersonal disclosure) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การยอมรับ (Accept) และการนับถือกัน (respect)

มิติที่ 2 ความสัมพันธ์ (Bonding dimension) มิติที่สองของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้เป็นความแน่นแฟ้น ความยึดมั่นผูกพันที่มีต่อกัน ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ความเป็นมิตร (Alliance) การแข่งขัน (Competing) และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ (Economic exchange)

มิติที่ 3 ขนาดของความสัมพันธ์ (Breadth dimension) เป็นมิติความสัมพันธ์ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันและเวลาที่ใช้ในการมีสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ ขอบเขตของความสัมพันธ์ (Scope) และขอบเขตของเวลา (Time horizon)

มิติที่ 4 ความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกัน (Affinity dimension) ในมิตินี้เกี่ยวข้องกับระดับความน่าสนใจ ความนิยมชมชอบ ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันมีต่อกัน ประกอบด้วย 4

ด้านคือ การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) การมีความสนใจร่วมกัน (Sharing thing in common) ความชอบพอ (Liking) และความน่าสนใจรักใคร่ (Romantic interest)

กล่าวโดยสรุปก็คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในองค์การนี้มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงานที่เน้นผู้ปฏิบัติงานในองค์การหรือถือว่าคนเป็นหัวใจของการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานที่ต้องการความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย เพราะถ้าคนในองค์การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อการปฏิบัติงานของคนในองค์การก็จะสัมฤทธิ์ผล แต่ถ้าคนในองค์การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อการบริหารงานขององค์การก็อาจประสบกับความล้มเหลวลงได้

3.3 การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในประเทศไทย

โดยทั่วไปการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในประเทศไทยเป็นการทำงานร่วมกันในระบบราชการ ซึ่งจะได้นำเสนอใน 2 ประเด็น คือ

3.3.1 องค์การราชการ

ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นผู้นำในเรื่ององค์การแบบราชการในอุดมคติ (Ideal type of bureaucracy) คือ Max Weber (สมปราชญ์ จอมเทศ, 2516) ที่กล่าวว่าองค์การราชการเป็นเหมือนสะพานเชื่อมระหว่างสังคมพลเรือนกับรัฐ ซึ่งต่อมา Karl Marx ได้นำมาเชื่อมโยงกับแนวความคิดเรื่องชนชั้นในสังคมของเขาว่า องค์การราชการนี้กลายเป็นการแสดงถึงระบบชนชั้นในสังคมอีกระดับหนึ่ง ซึ่งอยู่เหนือประชาชนโดยทั่วไป แม้ Marx จะมีได้ก่อตั้งทฤษฎีองค์การราชการก็ตาม แต่เราก็อาจจะเข้าใจระบบขององค์การจากแนวคิดของ Marx ในเรื่องความสัมพันธ์ของโครงสร้างอำนาจในสังคม ทฤษฎีความขัดแย้งของชนชั้น วิฤตการณ์ของลัทธินายทุน และการกำเนิดของลัทธิคอมมิวนิสต์

สาระสำคัญขององค์การราชการของ Max Weber มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีการจัดลำดับชั้นของการบังคับบัญชา (Hierarchy) ซึ่งลำดับชั้นของการบังคับบัญชา คือ การบังคับบัญชาที่เป็นไปตามลำดับชั้น นั่นคือ ผู้ที่อยู่ในระดับการบังคับบัญชาที่สูงกว่าจะทำการควบคุมและบังคับบัญชาผู้ที่อยู่ในระดับการบังคับบัญชาที่ต่ำกว่าเป็นหลั่นชั้นลงมาตามลำดับชั้นของอำนาจหน้าที่เป็นรูปปิรามิด ดังนั้นบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่แบบเป็นทางการ (Formal authority) สูงสุดก็จะเป็นบุคคลสูงสุดของระดับการบังคับบัญชา ซึ่งเป็นจุดยอดของปิรามิดองค์การ (สร้อยตระกูล (ตีวยานนท์) อรรถมานะ, 2542)
2. การคัดเลือกบุคคล (Recruiting) ต้องขึ้นอยู่กับระบบความสามารถ ไม่ใช่ระบบพรรคพวก

3. การปฏิบัติดำเนินงานจะต้องเป็นแบบพิธีการ มีการแบ่งงานออกเป็นพิเศษเฉพาะด้าน (Specialization) อย่างมีสัดส่วน และสัมพันธ์กัน รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบระบุไว้โดยชัดเจน

4. ผู้ที่จะดำรงตำแหน่งต่างๆ ต้องได้รับการฝึกอบรม (Training) เพื่อให้มีความรู้ความสามารถต่องานในหน้าที่นั้น

5. ความสัมพันธ์ของบุคคลเกี่ยวกับหน้าที่การงาน ต้องมีลักษณะไม่ถือตัวบุคคล (Impersonal) เป็นหลัก และต้องแยกทรัพย์สินส่วนตัวออกจากทรัพย์สินขององค์การ

แม้ว่าโดยทั่วไปองค์ประกอบของระบบราชการข้างต้นจะมีลักษณะง่ายๆ ก็ตาม แต่ Max Weber ก็ได้รวบรวมความคิดจากพื้นฐานของระบบสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองในสมัยนั้นไว้อย่างละเอียดทุกแง่มุม ด้วยวิธีมององค์การราชการจากระบบสังคมทั้งหมดแล้วนำสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏมาสรุปขึ้นเป็นลักษณะเฉพาะโดยทั่วไปขององค์การราชการ แม้ในภายหลังได้มีการกล่าวตำหนิติเตียนถึงตัวแบบราชการนี้ ว่ามีลักษณะแข็งกระด้าง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการทำงาน เนื่องจากต้องคอยระมัดระวังไม่ให้ผิดกฎเกณฑ์หรือไม่สนใจที่จะทำให้เสร็จเร็ว เพราะมีข้ออ้างคือ กฎข้อบังคับเป็นเครื่องป้องกันตัวตลอดเวลา อย่างไรก็ตามถึงปัจจุบันก็ยังไม่มียุคของราชการใดที่จะแตกต่างไปจากหลักการใหญ่ๆ ของ Max Weber เลย

3.3.2 การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์

พยาบาลและแพทย์จัดเป็นบุคลากรสาธารณสุข 2 กลุ่มหลักที่ต้องร่วมกันทำงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยแพทย์มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาพยาบาล ส่วนพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (มัลลิกา มติโก, 2535) ซึ่งการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของระบบราชการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อพิจารณาสายการบังคับบัญชาในโรงพยาบาลต่างๆ จะพบว่าล้วนมีแพทย์เป็นผู้อำนวยการซึ่งถือว่าเป็นผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารและดำเนินงานของโรงพยาบาล การบริหารงานในโรงพยาบาลได้แบ่งเป็นแผนกต่างๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น แผนกอายุรกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรักษาโรคทางยา แผนกศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด แผนกสูติ-นรีเวชสำหรับผู้ที่คลอดบุตรและโรคเฉพาะสตรี แผนกกุมารสำหรับเด็ก เป็นต้น (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2539) ส่วนการบังคับบัญชา ทางด้านแพทย์ในแต่ละแผนกจะประกอบไปด้วยแพทย์ผู้เป็นหัวหน้าแผนก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา และแพทย์ประจำบ้าน ส่วนการบังคับบัญชาของพยาบาลเริ่มตั้งแต่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ถัดลงมาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่ง

ในแต่ละหอผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เป็นต้น ทั้งฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายการแพทย์ต่างอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุด

สรุปได้ว่า การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ในประเทศไทยอยู่บนพื้นฐานของระบบราชการ ซึ่งมีการบริหารงานเป็นลำดับชั้นและมีแพทย์เป็นผู้บริหารสูงสุด ทั้งแพทย์และพยาบาลต้องประสานการทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยต่างปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองคือ แพทย์มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาพยาบาล ส่วนพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและปฏิบัติงานตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์นิยม

4.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ได้รับอิทธิพลของความคิดทางมานุษยวิทยาโดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อตามแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) มีความเชื่อที่เป็นสาระสำคัญว่า สังคมมนุษย์นั้นมีลักษณะอัตวิสัย (Subjective) มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา (Dynamic) ปรากฏการณ์ทางสังคมมีสภาพที่แตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์และสภาพแวดล้อม จึงมีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมและแต่ละกาลเวลา ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดเพราะตัวมนุษย์ มีการรับรู้ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับบริบท (Context) ที่ตนเองอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆออกมา การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีความแตกต่างกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ที่มีความเชื่อตามแนวคิดเชิงปฏิฐานนิยม (Positivism) ซึ่งเชื่อว่าปรากฏการณ์หรือข้อเท็จจริงทางสังคมเป็นไปตามกฎธรรมชาติ มีลักษณะวัตถุวิสัย (Objective) มีความเป็นจริงทางสังคมและการดำรงอยู่เช่นเดียวกับกฎธรรมชาติ (ชาย โพธิ์ลีตา, 2531; สุภางค์ จันทวานิช, 2542)

จากปรัชญาพื้นฐานของงานวิจัยเชิงคุณภาพข้างต้น สุภางค์ จันทวานิช (2542) ได้กล่าวถึงความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้อย่างครอบคลุมว่า การวิจัยเชิงคุณภาพคือการศึกษารูปแบบสังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายหรือคุณค่าแก่สิ่งต่างๆตลอดจนค่านิยมและ

อุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆ มักเป็นการศึกษาติดตามระยะยาว และใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก

ลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพคือ สามารถรวบรวมข้อมูลให้ได้ภาพรวมทั้งหมด (Holistic) การศึกษาปรากฏการณ์จึงต้องศึกษาสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์นั้นเกี่ยวข้องอยู่ (Contextual) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ลุ่มลึก และรอบด้าน อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ดีเราสามารถสรุปหลักการและลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพได้ดังนี้คือ (อมรา พงศาพิชญ์, 2536; สุภางค์ จันทวานิช, 2542; Streubert and Carpenter, 1995)

1) เน้นการมองปรากฏการณ์ในภาพรวม (Holistic) โดยการมองจากหลายๆแง่มุม การศึกษาจึงต้องการข้อมูลที่รอบด้านเพื่อเข้าใจบริบทของสังคม แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อาจมีความหลากหลายมากกว่ายึดแนวคิดอันใดอันหนึ่งเป็นหลัก

2) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม ซึ่งบางครั้งไม่อาจอธิบายด้วยเหตุผลธรรมดาทั่วไปได้ การศึกษาจึงต้องพยายามทำความเข้าใจขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม เพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมนั้น จึงมักพบว่าการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน

3) งานวิจัยเชิงคุณภาพคืองานที่ต้องการที่จะเข้าใจระบบความคิด ระบบความเชื่อ และตรรกะของผู้ที่อยู่ในชุมชนหรือสังคม หรือที่เรียกว่าทัศนยะของคนใน (Emic) ไม่ใช่มุมมองที่เป็นทัศนยะของผู้วิจัย (Etic)

4) การคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เนื่องจากการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงต้องให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ รวมทั้งไม่นำข้อมูลของผู้ถูกวิจัยไปใช้ในทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ถูกวิจัย

5) ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย เพื่อให้เห็นภาพรวมในขั้นแรกจะเป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีศึกษา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการตีความแบบสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) วิธีการคือ นำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อยๆหลายๆกรณีมาสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ

6) เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม เนื่องจากเชื่อว่าองค์ประกอบด้านความคิด จิตใจ และความหมาย คือสิ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของมนุษย์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมา

การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการศึกษากรณีเฉพาะอย่างลึกซึ้ง เพื่อความเข้าใจที่รอบด้าน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณลักษณะ จึงพบข้อจำกัดในการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้คือ

- 1) ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำในรูปการศึกษาเฉพาะกรณีทำให้การจะนำผลการวิจัยไปใช้กับกรณีอื่นๆ (Generalization) ไม่ได้หรือได้น้อย
 - 2) ผู้วิจัยภาคสนามคือเครื่องมือวิจัยที่สำคัญที่สุด และจะต้องได้รับการฝึกฝนอบรมมาเป็นพิเศษสำหรับใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถ้าผู้วิจัยมีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะสมจะไม่สามารถทำงานที่มีคุณภาพได้
 - 3) การวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้เวลาในการศึกษามากและทำได้เฉพาะกรณี ไม่ใช่ทำกับประชากรทั้งหมด เพราะฉะนั้นจึงไม่เหมาะที่จะทำถ้าทรัพยากรจำกัด และมีประชากรที่จะศึกษาเป็นจำนวนมาก
 - 4) วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ยังถูกโจมตีมากในเรื่องความเที่ยงความตรงและความเชื่อถือได้ เพราะเป็นวิธีการอัตนัยที่ขึ้นกับตัวผู้ถูกวิจัยโดยตรง ผู้วิจัยจึงต้องเน้นเป็นพิเศษถึงจริยธรรมของผู้ถูกวิจัยในความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ในการทำงาน
 - 5) วิธีการวิเคราะห์และตีความข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพต้องการความสามารถเฉพาะของนักวิจัย ในการอธิบายความสัมพันธ์ของสังคมจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา
 - 6) ผู้วิจัยเชิงคุณภาพต้องเป็นผู้มีสหวิทยาการในตัวเอง เพราะการกำหนดปัญหาและการวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้การมองจากหลายมิติ และใช้ทฤษฎีพื้นฐานจากหลายศาสตร์
- นอกจากนี้การวิจัยเชิงคุณภาพยังมีรูปแบบในการศึกษาแตกต่างกันไปเช่น Ethnography, Grounded theory, Phenomenology และ Feminist เป็นต้น ซึ่งการจะเลือกใช้การศึกษารูปแบบใดก็มักขึ้นอยู่กับคำถามงานวิจัยและพื้นฐานแนวคิดของผู้วิจัยเป็นสำคัญ ในการศึกษาคำนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการและแพทย์ และศึกษาเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีของพยาบาลประจำการและแพทย์ รูปแบบในการศึกษาจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology design) เพื่อศึกษาความคิดเห็นที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลของทั้งพยาบาลและแพทย์เพื่อนำมาทำความเข้าใจปรากฏการณ์สัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์
- สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาหาความรู้ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยานิยม (Phenomenology) ที่เชื่อว่ามนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงออกตามบริบท (Context) ที่ตนเองอาศัยอยู่ ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมตามความเป็นจริงในทุกมิติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ลึกซึ้ง ลุ่มลึก และรอบด้าน เพื่อให้ได้ภาพรวมทั้งหมด (Holistic) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก การวิจัยเชิงคุณภาพยังมีรูปแบบในการศึกษาหลายแบบ เช่น

Ethnography, Grounded theory, Phenomenology และ Feminist เป็นต้น ซึ่งการจะเลือกวิธีการศึกษาใดขึ้นอยู่กับคำถามงานวิจัยและแนวคิดพื้นฐานของผู้วิจัยเป็นสำคัญ

4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม

4.2.1 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม

งานวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology design) มาจากข้อคำถามที่ว่า "What is being?" เริ่มจากปรัชญาแนวคิดของ Edmund Husserl (1859-1938) เป็นผู้เริ่มใช้คำ Phenomenology ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีความคิดไว้ล่วงหน้า หรือต้องแยกผู้ที่ศึกษาออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาอยู่ ต่อมา Martin Heidegger (1889-1976) ได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เป็นแบบปรากฏการณ์แบบแปลความข้อมูล (Hermeneutic Phenomenology) โดยมีแนวคิดที่ว่าสิ่งที่เราเห็นอยู่ รับรู้ได้ เกิดจากการที่เรารับรู้ ตีความ (Interpret) สิ่งต่างๆ ผ่านกระบวนการต่างๆ ในสมองของเรา เป็นการค้นหาและตีความเพื่อแปลความความหมายของการมีชีวิต หรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร งานวิจัยที่ใช้แนวคิดของ Martin Heidegger จะพบคำว่า Interpretive /Hermeneutic Phenomenology

นอกจากนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมยังเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล (Lived experience) และศึกษาโลกของการดำรงชีวิตอยู่ (Life-world) วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมเพื่ออธิบายแก่น (Essence) ของพฤติกรรมที่อยู่บนพื้นฐานของการคิดอย่างไตร่ตรอง (Meditative thought) ด้วยเป้าหมายที่จะทำความเข้าใจมนุษย์ (Merleau-Ponty, 1963) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมเป็นทั้งปรัชญา (Philosophy) และกระบวนการ (Method) Merleau-Ponty ยังได้อธิบายไว้อีกว่า การคงอยู่หรือเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ ไม่มีการคิดไว้ล่วงหน้า ไม่สามารถคาดเดา รวมทั้งไม่มีกรอบแนวคิด ที่จะป้อนเครื่องนำทางให้นักวิจัยใช้รวบรวมข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลได้ (Morse and Field, 1995; Streubert and Carpenter, 1995)

4.2.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมกับการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมได้รับความสนใจทางการพยาบาลเพราะสอดคล้องกับแนวคิดทางการพยาบาลที่เชื่อและมองปรากฏการณ์ต่างๆ ในลักษณะองค์รวม (Holistic) และศาสตร์ทางการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมเป็นการรับรู้ประสบการณ์ของมนุษย์ในทุกปรากฏการณ์ จึงทำให้เข้าใจและมองเห็นมุมมองของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ที่มีประสบการณ์ตรง วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมจึงมีความเหมาะสมในการสืบค้นหาความจริงทางการพยาบาลทั้งด้านการปฏิบัติการ

พยาบาล (Nursing practice) การศึกษา (Education) และการบริหาร (Nursing administration) ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามปกติ

Spiegelberg (1965 cited in Streubert and Carpenter, 1995) ให้ข้อคิดเห็นว่า กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมเป็นการสอบสวนปรากฏการณ์ตามอัตวิสัย (Subjective) ภายใต้ความเชื่อที่แท้จริงของความจริงเป็นความจริงตามประสบการณ์ตรง ไม่ใช่สิ่งที่บุคคลคิดหรือพูดถึง หัวข้อที่เหมาะสมกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมจึงเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ (Life experience of human being) ตัวอย่างหัวข้องานวิจัยทางการพยาบาลที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์นิยม เช่น ความรู้สึกมีความสุขหรือหวาดกลัว (Feeling happiness or fear), การให้ความหมายต่อความเจ็บปวด (Meaning of pain), การเป็นหัวหน้า (Being headnurse) เป็นต้น

4.2.3 แนวการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม

Spiegelberg จำแนกลำดับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมซึ่งเน้นอยู่ที่ การสอบสวนข้อมูล (Phenomenological investigations) ออกเป็น 6 ชนิดคือ

1) Descriptive Phenomenology เป็นการสอบสวนจากปรากฏการณ์ วิเคราะห์ พรรณนา ปรากฏการณ์นั้นโดยตรง และปราศจากการคาดเดาไว้ล่วงหน้า วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ ศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ที่เน้น ความมาก (Richness) ความกว้าง (Breadth) และความลึก (Depth) Descriptive Phenomenology แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 เป็นการศึกษาขณะสืบสวนข้อเท็จจริงเป็นกระบวนการที่นักวิจัยเริ่มเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการอธิบายของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยควรหลีกเลี่ยงที่จะวิจารณ์ (Criticism) ประเมิน (Evaluation) หรือแสดงความคิดเห็น (Opinion) ควรให้ความสนใจปรากฏการณ์ตามให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายตามการรับรู้ของเขาเอง

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ เป็นการจำแนกแก่นของปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาข้อมูล ปรากฏการณ์ที่ศึกษาจะถูกจำแนกเป็นส่วนๆ จากนั้นจึงนำมาหาความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่มีความใกล้เคียงกัน

ขั้นที่ 3 การพรรณนาปรากฏการณ์ วัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยการเขียนหรือบรรยายด้วยการพูด และบอกองค์ประกอบของปรากฏการณ์ที่แตกต่างหรือวิเคราะห์วิจารณ์ การพรรณนานี้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่จำแนกหรือจัดหมวดหมู่แล้ว นักวิจัยควรหลีกเลี่ยงการพรรณนาปรากฏการณ์ก่อนเวลาอันควรเพราะจะทำให้เกิดข้อผิดพลาดของการวิจัยได้

2) Phenomenology of Essences เป็นการล้วงลึกข้อมูลและหาองค์ประกอบสำคัญ (Themes) หรือแก่นของข้อมูล (Essences) จากนั้นจึงจัดกลุ่มและหาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสำคัญ

3) Phenomenology of Appearances เป็นการให้ความสนใจเกี่ยวกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ การเฝ้ามองการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์นี้นักวิจัยควรให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความแตกต่างการเกิดปรากฏการณ์

4) Constitutive Phenomenology เป็นการตรึงตรองปรากฏการณ์ด้วยจิตสำนึกตั้งแต่ต้นของปรากฏการณ์จนเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ที่อธิบายได้

5) Reductive Phenomenology เป็นการตั้งข้อสงสัยสิ่งที่ปรากฏหรือมีอยู่หรือการทอนปรากฏการณ์ลง

6) Hermeneutic Phenomenology เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร

4.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ วิธีการสร้างข้อสรุป (Induction) จากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่ง และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (สุภางค์ จันทวานิช, 2543)

4.2.4.1 วิธีการสร้างข้อสรุป (Induction) วิธีการที่ใช้มี 3 ชนิดคือ

1) การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) คือ วิธีการตีความ สร้างข้อสรุปจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือหรือเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์ แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยัน ก็ถือเป็นสมมุติฐานชั่วคราว แต่ถ้าได้รับการยืนยันแล้วก็ถือเป็นข้อสรุปซึ่งมีความเป็นนามธรรมในระดับต้นๆ

2) การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูลข้อมูล (Typological Analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดๆ (Typologies) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันไป การจำแนกแบ่งวิธีการออกเป็น 2 แบบ คือ แบบที่ใช้แนวคิดทฤษฎีและไม่ใช้ทฤษฎี

3) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) คือการใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำข้อมูลมาเทียบเป็นปรากฏการณ์ มีความเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น การใช้วิธีการเปรียบเทียบในการวิเคราะห์จะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี

4.2.4.2 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) คือเทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสารโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและ

เน้นสภาพวัตถุวิสัย (Objective) การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง หรือความหมายระหว่างบรรทัด อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์เนื้อหาจะต้องมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นวัตถุวิสัย และอิงกรอบคิดทฤษฎี

นอกจากวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวมาแล้ว ยังมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลอีกหลายวิธี เช่น การแปลความข้อมูล (Interpretive or Hermeneutics) ซึ่งเป็นการแปลความข้อมูล การอธิบายสาเหตุ เป็นต้น วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความนี้ มีกระบวนการแปลความได้หลายวิธี เช่น การแปลความตามขั้นตอนของ Van Kaam (1959) การแปลความตามขั้นตอนของ Van Manen (1984) การแปลความตามขั้นตอนของ Giorgi (1985) การแปลความตามขั้นตอนของ Streubert (1991) การวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการของ Colaizzi (1978) เป็นต้น โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลความข้อมูลเป็นการทำความเข้าใจกับความหมายของการมีชีวิต ตามวัฒนธรรม และภาษา ไม่ได้เน้นการหาความหมาย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์เป็นแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Lived experience) และศึกษาโลกของการดำรงชีวิตอยู่ (Life-world) แนวคิดในการสืบค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดไว้ล่วงหน้า วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่ออธิบายแก่น (Essence) ของพฤติกรรม และการทำความเข้าใจมนุษย์ จากลักษณะการมองปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างองค์รวมทำให้การศึกษาเชิงคุณภาพได้รับความสนใจในวิจัยทางการแพทย์ สอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์ที่เชื่อและมองปรากฏการณ์ในลักษณะองค์รวม (Holistic) และศาสตร์ทางการแพทย์ก็มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล แนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมเป็นการสืบค้นข้อมูล ข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้หลายแบบเช่น การวิเคราะห์เนื้อหา การแปลความข้อมูล เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล (2534) ศึกษา การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งกับแพทย์และบุคคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ อยู่ในระดับดี พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล และการรับรู้ความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วม

กันทำงานกับแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ การรับรู้ความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพกับพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งสามารถร่วมกันอธิบายสัมพันธ์ภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 24.98 ($R^2 = .2498$) และร่วมกันทำนายการรับรู้สัมพันธ์ภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ร้อยละ 24.02 ($R^2 = .2402$)

นัยนา เตโชฟาร (2542) ศึกษา การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ พบว่า การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพอยู่ในระดับดี การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

Devine (1978) ศึกษา การรับรู้ที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ การศึกษาอยู่ภายใต้ข้อตกลงว่า แพทย์เป็นผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่สูงกว่าพยาบาล และพยาบาลอยู่ในฐานะเป็นผู้ใต้บังคับบัญชาของแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาล 2 แห่ง จากพยาบาลจำนวน 22 คน แพทย์ 11 คน วิธีการศึกษาคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ บันทึกประจำวัน และแบบสอบถาม พบว่า สัมพันธภาพของพยาบาลกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความขัดแย้ง ความไม่เห็นด้วย และความไม่เข้าใจกันมากกว่าสัมพันธภาพของพยาบาลกับแพทย์ทั่วไป และ Devine ยังพบอีกว่า แพทย์มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์มากกว่าพยาบาล

Prescott และ Bowen (1985) ศึกษา สัมพันธภาพของแพทย์และพยาบาล โดยการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถามแพทย์และพยาบาล เพื่ออธิบายวิธีการรับมือกับความคิดเห็นในการรักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และพยาบาล พบว่า แพทย์และพยาบาลให้นิยามของสัมพันธภาพที่ดีต่างกันคือ พยาบาลต้องการการเปิดเผยและการยอมรับ ในขณะที่แพทย์ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถ มีความเต็มใจช่วยเหลือ ไม่ค่อยแสดงออก และไม่ก้าวร้าว ความเห็นที่ไม่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและแพทย์มักเกี่ยวกับ แผนการดูแล คำสั่งที่เฉพาะ และการควบคุมผู้ป่วย และที่น่าสนใจคือ มีการรับมือกับความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันนี้ในลักษณะการแข่งขัน และมีความร่วมมือกันของพยาบาลและแพทย์น้อย

Keddy และคณะ (1986) ศึกษา วิวัฒนาการของสัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์ ในประเทศแคนาดา ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพชนิด Grounded Theory โดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานหรือฝึกงานร่วมกับแพทย์ระหว่างปี ค.ศ. 1920-1930 พบว่า แพทย์เป็นผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่มีอำนาจมากกว่าพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ให้การศึกษาและจ้างงานพยาบาล ผู้ที่ได้ชื่อว่า พยาบาลที่ดีคือ พยาบาลที่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ มีความอ่อนน้อมและแสดงความนับถือแพทย์

Pilliteri และ Ackerman (1993) ศึกษา เกมระหว่างแพทย์และพยาบาลโดยการเปรียบเทียบในระยะ 100 ปี ศึกษาโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ของแพทย์ประจำบ้านและพยาบาลประจำการ ศึกษาวิจัยจากบันทึกการเขียนวารสารปี 1888 แล้วนำมาเปรียบเทียบกับปฏิสัมพันธ์ของแพทย์ประจำบ้านและพยาบาลประจำการ ซึ่งบันทึกเก็บไว้ในปี ค.ศ.1990 ผลการศึกษาพบว่า แม้เวลาจะห่างกันถึง 102 ปี กลับพบความคล้ายคลึงกันของสัมพันธภาพมากกว่าความแตกต่าง กล่าวคือ สิ่งที่พบคล้ายกันคือแพทย์ต้องการให้พยาบาลมีความรับผิดชอบมากขึ้น และความขัดแย้งของพยาบาลและแพทย์มักเกิดจากการที่แพทย์ถูกพยาบาลรายงานอาการของผู้ป่วย ส่วนความแตกต่างที่พบคือสัมพันธภาพของการเป็นผู้สอนและผู้เรียน ในปี 1888 พบว่า แพทย์จะเป็นผู้สอน ให้ความรู้แก่พยาบาล แต่ในปี 1990 พบว่า แพทย์ฝึกหัดมักได้รับการเรียนรู้หรือคำแนะนำจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นพัฒนาการทางการศึกษาของพยาบาล

Porter (1995) ศึกษา สัมพันธภาพที่เกี่ยวกับอำนาจของพยาบาลและแพทย์ โดยเป็นการทดสอบแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ของแพทย์และพยาบาล 4 แบบคือ ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ไม่มีปัญหา (Unproblematic subordination) การตัดสินใจที่ไม่เปิดเผยอย่างไม่เป็นทางการ (Informal covert decision making) การตัดสินใจที่เปิดเผยอย่างไม่เป็นทางการ (Informal overt decision making) และการตัดสินใจที่เปิดเผยอย่างเป็นทางการ (Formal overt decision making) พบว่า ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ไม่มีปัญหากับการตัดสินใจที่ไม่เปิดเผยอย่างไม่เป็นทางการพบว่าการปฏิบัติน้อย ส่วนการตัดสินใจที่เปิดเผยอย่างเป็นทางการแม้ว่าจะมีการสนับสนุนให้ใช้แต่ก็พบมีการปฏิบัติน้อยเช่นกัน และการตัดสินใจที่เปิดเผยอย่างไม่เป็นทางการพบใช้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะกับพยาบาลที่อาวุโส

Snelgrove และ Hughes (2000) ศึกษา สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปของเกมของแพทย์และพยาบาล วิธีการศึกษา

ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์เกี่ยวกับคำบอกเล่าของแพทย์และพยาบาลในเรื่อง การแบ่งการทำงานในโรงพยาบาลและความคาบเกี่ยวของขอบเขตบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แพทย์และพยาบาลรับรู้ในความไม่ชัดเจนของขอบเขตบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในด้านความกดดันในการทำงาน การทำงานในเวลากลางคืน และความแตกต่างในการปฏิบัติในคลินิกเฉพาะทาง พยาบาลหลีกเลี่ยงกับการเผชิญกับอำนาจหน้าที่ของแพทย์ โดยใช้วิธีการสนับสนุนผู้ป่วยมาเป็นส่วนในการตัดสินใจของตนเอง ในขณะที่แพทย์เห็นคุณค่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาลและมองว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์อาจก้าวล้ำเข้ามาในขอบเขตวิชาชีพของตน พยาบาลเริ่มเห็นคุณค่าของการศึกษาและมีการขยายบทบาทของพยาบาลโดยเพิ่มประกาศนียบัตรวุฒิมหาบัณฑิตการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

Manias และ Street (2001) ศึกษา การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับแพทย์ในขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่ออธิบายการมีส่วนร่วมของพยาบาลขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และตรวจสอบสัมพันธภาพในด้านอำนาจขณะพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ด้านการสื่อสารกับแพทย์ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพชนิด Ethnographic study ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ ศึกษาวารสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม พบว่า แพทย์ใช้พยาบาลเป็นเสมือนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยขณะตรวจเยี่ยมร่วมกัน พยาบาลมีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างการอภิปรายขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่ง Manias และ Street ให้ความเห็นไว้ว่า ควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้มีการสื่อสารและการทำงานร่วมกันมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ระเบียบวิธีวิจัยชนิดปรากฏการณ์(Phenomenology) ซึ่งมุ่งที่จะทำความเข้าใจปรากฏการณ์การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการและแพทย์ และศึกษาเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีพยาบาลและแพทย์ ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการแสดงออกต่อการทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์เป็นผลมาจากภูมิหลัง ตลอดจนค่านิยมและความเชื่อของแต่ละบุคคลโดยนำแนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurses Association) และแนวคิดสัมพันธภาพบุคคลใน

องค์การของ Greenhalgh (2001) พร้อมกับความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์ มาประกอบกันเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และเป็นเครื่องนำทางในการหาข้อมูลเพื่อความเข้าใจปรากฏการณ์การทำงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ โดยไม่นำกรอบแนวคิดนี้มาเป็นเครื่องชี้นำ หรือครอบงำปรากฏการณ์สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์ที่ผู้วิจัยศึกษา และผู้วิจัยจะไม่ใช้แนวคิดนี้มาเป็นกรอบแนวคิดอย่างตายตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความขัดแย้งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ทำการศึกษาก็พร้อมที่จะเปลี่ยนหรือปรับปรุงแนวคิดนี้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีอำนาจในการอธิบายมากขึ้น ผู้วิจัยจะศึกษาโดยมีกรอบแนวคิดดังนี้คือ

1. การมีอำนาจควบคุมกัน (Mutual power-control) คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและแพทย์ โดยต่างรับรู้คุณค่าซึ่งกันและกัน และรับรู้ว่ามีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย วางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล Brown (1980) กล่าวว่า อำนาจมีอิทธิพลโดยตรงกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน กล่าวคือ ถ้าพยาบาลและแพทย์มีความเสมอภาคของอำนาจ (Equal balance of power) ก็จะทำให้การทำงานมีความสมดุลในการใช้อำนาจ มีการแบ่งปันอำนาจ (Shared Authority) ตามบทบาทหน้าที่และความสามารถของตนตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ

การประสานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพนั้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ต้องอยู่ในฐานะผู้ร่วมงานต่อกัน (Collaborator) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพราะเป็นการร่วมกันทำงานด้วยความเสมอภาคของอำนาจและความสามารถตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ ผลประโยชน์ของการร่วมกันทำงานของพยาบาลและแพทย์คือความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยเสียเวลาและค่าใช้จ่ายลดลง อุบัติการณ์ (Incident) และทิวเวชปฏิบัติ (Malpractice) ลดลง แพทย์และพยาบาลก็มีความพึงพอใจในการทำงานเช่นเดียวกัน

แต่ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในทางปฏิบัติมีความไม่เสมอภาคของอำนาจ (Unequal balance of power) ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ กล่าวคือ พยาบาลส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองเป็นผู้ไร้อำนาจ (Powerless) และเป็นเป้าหมายในการใช้อำนาจของผู้อื่น (Ashley, 1973) จากความรู้สึกไร้อำนาจของพยาบาลทำให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองต่ำกว่าแพทย์ คิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีอำนาจแม้แต่จะจัดการกับงานของตนเอง จึงมักแสดงออกโดยการสละสิทธิ์ของตนเองที่จะ

แสดงความคิดเห็นหรือปฏิบัติงานที่นอกเหนือจากคำสั่งของแพทย์ (Vogt et al., 1983) ซึ่งการสละสิทธิ์ในการใช้อำนาจของพยาบาลนี้บางครั้งอาจส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การศึกษาของ Hoffling และคณะ (1966 cited in Sweet and Norman, 1995) ทำการทดลองโดยให้แพทย์สั่งยาหลอก (Placebo) ที่เกินขนาดให้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์กลับพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จ่ายยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ

ประเด็นของอำนาจนี้ในความเป็นจริงแล้วพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ใช้อำนาจอย่างที่เข้าใจ เพราะเมื่อพิจารณาอย่างครบถ้วนแล้วพบว่า พยาบาลมีอำนาจอย่างมากมาจากการจัดการกับงานของตนเองอย่างอิสระจากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยถือได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแล (Care specialty) และงานการดูแล (Care) อำนาจที่ได้จากการดูแลของพยาบาลก็คืออำนาจความเชี่ยวชาญนั่นเอง (Expert power) อำนาจนี้ของพยาบาลจะเพิ่มขึ้นเมื่อพยาบาลมีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาของตนเอง แต่ที่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกถึงอำนาจที่ตนเองมีและรู้สึกด้อยกว่าแพทย์อาจเป็นเพราะพยาบาลยังไม่ได้แสดงศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ และความแตกต่าง ความไม่เท่าเทียมกัน ของพยาบาลกับแพทย์ในด้านต่างๆคือ ความเป็นหญิงและความเป็นชาย ความแตกต่างทางด้านการศึกษา เศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม เป็นต้น

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษา การรับรู้ในอำนาจของตนเองและผู้อื่นของพยาบาลและแพทย์ การใช้อำนาจควบคุมซึ่งกันและกันตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการมีอำนาจของพยาบาลและแพทย์

2. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (Separate and combined practice spheres) คือ การที่พยาบาลและแพทย์มีการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ในขอบเขตวิชาชีพของตนเองถูกต้องตามกฎหมายวิชาชีพในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลและแพทย์ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบการทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงาน การวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติบนพื้นฐานของความเป็นอิสระ การปฏิบัติงานอย่างอิสระของพยาบาล เช่น การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติเร่งด่วนให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานที่เป็นอิสระของแพทย์ เช่น การผ่าตัด การบำบัดทางจิตเวช หรือคำสั่งการรักษาพยาบาลด้วยยา

ในทางความเป็นจริงแล้วขอบเขตวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลไม่อาจแยกออกจากกันอย่างเด็ดขาดเนื่องจากแพทย์และพยาบาลมีบทบาทที่ต้องร่วมกันทำงาน และบทบาทที่อิสระ ในการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล Devine (1978) กล่าวว่า บทบาทของแพทย์มีขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนแต่บทบาทหน้าที่ของพยาบาลนั้นกลับไม่ชัดเจน

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมักปฏิบัติงานที่ทำตามคำสั่งแพทย์เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2532) ที่กล่าวถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลว่า ไม่มีคำสั่งการรักษาที่จะไม่มีกิจกรรมการพยาบาลและมีแผนการรักษาอย่างไรก็มีแผนการพยาบาลก็จะดำเนินเพียงนั้น ทำให้เป็นการยากที่จะเห็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดโดยอิสระไม่ผูกพันกับแผนการรักษา

ปัญหาที่ตามมาของความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ก็คือ ความไม่เข้าใจในบทบาทที่แท้จริงของกันและกัน แพทย์ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและพยาบาลก็ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแพทย์หรือบางครั้งอาจไม่เข้าใจแม้แต่บทบาทที่แท้จริงของตนเอง ความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์มีสาเหตุอีกประการหนึ่งคือ การที่แพทย์และพยาบาลไม่เคยเรียนร่วมกันจึงทำให้แพทย์และพยาบาลต่างไม่รู้ว่าวิชาชีพอื่นเรียนและรู้อะไรบ้าง ปัญหาความไม่เข้าใจในขอบเขตหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลนี้มีความสำคัญที่สุดต่อสัมพันธภาพของแพทย์และพยาบาล และเป็นสาเหตุความขัดแย้งอย่างหนึ่งของแพทย์และพยาบาล (Hoekelman, 1975; Sweet and Norman, 1995; Snelgrove and Hughes, 2000)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกันของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งข้อขัดแย้งในการทำงานร่วมกันที่เกิดจากความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่

3. ความเอาใจใส่ร่วมกัน (Mutual concerns) คือ แพทย์และพยาบาลมีการเอาใจใส่ร่วมกันในการปฏิบัติงานโดยการนำความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ การแก้ไขและกำหนดแผนในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดความคิดไม่ตรงกันใช้วิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้รูปแบบของพฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) กล่าวคือ บุคคลพยายามที่จะให้เป็นไปตามความต้องการหรือความพอใจของคนอื่น และพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness) คือ บุคคลพยายามที่จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลมีเอาใจใส่ร่วมกันในด้าน ความไว้วางใจ (Trust) การเปิดเผยระหว่างกัน (Interpersonal disclosure) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การยอมรับ (Accept) และการนับถือกัน (Respect) พฤติกรรมแสดงออกเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมเอาใจใส่ทางสังคมในการทำงานร่วมกัน

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาการรับรู้การเอาใจใส่เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหของพยาบาลและแพทย์ทั้งในด้านการงานและด้านสังคม

4. การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (Common patient goals) คือ การที่พยาบาลและแพทย์รับรู้เป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ รับรู้ความแตกต่างของเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต่างรู้ว่าผู้ร่วมงานของตน (พยาบาลหรือแพทย์) มีจุดมุ่งหมายอย่างไรในการ

ปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายโดยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้น พยาบาลและแพทย์ต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด ซึ่งต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกัน แต่ละฝ่ายได้กำหนดเป้าหมายย่อยของตนในการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด การปฏิบัติงานร่วมกันจะเป็นไปอย่างราบรื่นได้ การร่วมรับรู้เป้าหมายระหว่างกัน ทำให้การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือ เช่น การที่พยาบาลร่วมรับรู้เป้าหมายของแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัตินั้นสามารถใช้วิจารณญาณของตนในการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างมีเหตุผล แทนการปฏิบัติทุกอย่างตามคำสั่งแต่เพียงประการเดียว โดยมีได้ตระหนักถึงผลได้ผลเสียของการปฏิบัตินั้น ในทำนองเดียวกันแพทย์จำเป็นต้องรับรู้เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงานในขอบเขตวิชาชีพให้สอดคล้องกับแผนการพยาบาลและแผนการรักษา การร่วมรับรู้เป้าหมายได้มาจากการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันของพยาบาลและแพทย์

ในการศึกษานี้เพื่อศึกษาการรับรู้เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและแพทย์ ทั้งของตนเองและของวิชาชีพอื่น รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือหรือร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงานของกันและกัน

5. ความยึดมั่นผูกพันและความแน่นแฟ้นของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ เป็นการแสดงออกของความสัมพันธ์ของแพทย์และพยาบาลในลักษณะความเป็นมิตร (Alliance) การแข่งขัน (Competing) หรือการร่วมกันทำงาน (Collaboration) และการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ (Economic exchange)

5.1 ด้านความเป็นมิตร (Alliance) เป็นการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขสบายใจ บรรยากาศการปฏิบัติงานอบอุ่น ไม่ตึงเครียด มีความกระตือรือร้นที่จะทำงานร่วมกัน และยินดีในความสำเร็จของกันและกัน

5.2 ด้านการร่วมกันทำงาน (Collaboration) หรือการแข่งขัน (Competing) เช่น เป็นบรรยากาศการทำงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาลที่อาจประสานการทำงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยเห็นคุณค่าและเคารพซึ่งกันและกัน หรือมีการตัดสินใจและรับผิดชอบต่อผลการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงลำพัง

5.3 ด้านการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ (Economic exchange) เป็นการเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ความรู้แก่กัน ให้ความช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติงานในหน้าที่ ของแพทย์และพยาบาล

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษา การรับรู้สัมพันธภาพการทำงานร่วมกันของ แพทย์และพยาบาล

สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังนี้

