

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
ของกระทรวงสาธารณสุข



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-334-854-9

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I 19229103

THE COOPERATION WITH PHYSICIAN AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN  
THE HOSPITALS PARTICIPATING AND NOT PARTICIPATING IN HOSPITAL QUALITY  
IMPROVEMENT AND ACCREDITATION PROJECT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



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

Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 1999

ISBN 974-334-854-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้  
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ  
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

โดย

นางนัยนา เตโชพัชร

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.จันทนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์สมคิด รักษาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

นัยนา เตโชฬาร : การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข (THE COOPERATION WITH PHYSICIAN AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN THE HOSPITALS PARTICIPATING AND NOT PARTICIPATING IN HOSPITAL QUALITY IMPROVEMENT AND ACCREDITATION PROJECT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH) อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์, 124 หน้า ISBN 974-334-854-9.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และ กุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 182 คน และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเที่ยง .94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้
2. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สูงกว่าในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาควิชา...คณะพยาบาลศาสตร์.....  
 สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.....  
 ปีการศึกษา.....2542.....

ลายมือฉันลิต..... *นัยนา เตโชฬาร*  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *ยุพิน อังสุโรจน์*  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

# # 4177562336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD : THE COOPERATION WITH PHYSICIAN / HOSPITAL QUALITY IMPROVEMENT AND ACCREDITATION

NAIYANA TAECHOLARN : THE COOPERATION WITH PHYSICIAN AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES IN THE HOSPITALS PARTICIPATING AND NOT PARTICIPATING IN HOSPITAL QUALITY IMPROVEMENT AND ACCREDITATION PROJECT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. THESIS ADVISOR : Pol Capt. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D. 124 pp. ISBN 974-334-854-9.

The purposes of this research were to study the cooperation with physician and to compare the cooperation with physician as perceived by professional nurses in the hospitals participating and not participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project, Ministry of Public Health. Sample of this study were 182 professional nurses in the hospitals participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project and 190 professional nurses in the hospitals not participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project working in non-private wards; medical, surgical, orthopedic and peditrical wards, randomly selected through multi-stage sampling technique. The instrument was the questionnaire designed to measure the cooperation with physician as perceived by professional nurses, which was developed by the investigator. The reliability that was tested by Cronbach Alpha Coefficiency was .94. The statistics used to analyze data were percentage, mean, standard deviation and independent t-test.

The major findings were as follows :

1. Professional nurses in the hospitals participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project had perceived high level of the cooperation with physician and professional nurses in the hospitals not participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project had perceived middle level of the cooperation with physician.
2. The cooperation with physician as perceived by professional nurses in the hospitals participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project was significantly higher than the cooperation with physician as perceived by professional nurses in the hospitals not participating in Hospital Quality Improvement and Accreditation Project (  $p < .05$  ).

ภาควิชา...คณะพยาบาลศาสตร์.....  
สาขาวิชา...การบริหารการพยาบาล.....  
ปีการศึกษา.....2542.....

ลายมือ นิตินิต *นัยนา เตโชลารน์*  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา *สุทิน อึ้งสุริยกุล*  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ กำลังใจ และความดูแลอย่างดียิ่ง จากอาจารย์ ร.ต.อ.หญิงยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ปรัชญา ที่แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้เวลา ให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัยตลอดมา จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมทั้งนี้ขอกราบ ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคำแนะนำอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย อีกมากมาย และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการให้สัมภาษณ์ เพื่อสร้างเครื่องมือ และ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 35 แห่ง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้แบบสอบถาม และเก็บ รวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยมาศึกษาต่อ และบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน

ขอระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อที่ได้ล่วงลับไปแล้ว กราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัวแสงสร้อย และครอบครัวเตโชฟ้าร ตลอดจน คุณภาคภูมิ เตโชฟ้าร และบุตรคนแรก ที่ให้กำลังใจ กำลังใจ มาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นปริญญาโท ทั้งสาขาการบริหาร การพยาบาลและสาขาการศึกษาทุกคน ที่ให้การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยซึ่งกันและกันด้วย ดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณคุณแม่และคุณพ่อผู้ให้ชีวิต คณาจารย์ผู้ให้วิชาความรู้แก่ผู้วิจัยทุกท่าน

นัยนา เตโชฟ้าร

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.3 แนวเหตุผลและขอบเขตการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	11
2.2 แนวคิดการรับรู้.....	21
2.3 แนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์.....	22
2.3.1 ความหมายของความร่วมมือ.....	22
2.3.2 ความหมายของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์.....	23
2.3.3 ความสำคัญของความร่วมมือ.....	24
2.3.4 ประเด็นความร่วมมือของพยาบาล.....	25
2.3.5 แนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์.....	27
2.3.5.1 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของ National Joint Practice Commission (NJPC).....	28
2.3.5.2 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคม พยาบาลแห่งอเมริกา (America Nurse Association; ANA).....	30

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

1. การควบคุมอำนาจร่วมกัน.....	31
2. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ.....	37
3. การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา.....	41
4. การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน.....	44
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่	
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	88
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	89
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์.....	110
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ประวัติผู้วิจัย.....	124



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล.....54
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล.....55
3	สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย.....58
4.	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....64
5	จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำแนก ตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา.....67
6	จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและ ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำแนก ตามแผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในโรงพยาบาล ประสบการณ์ ในแผนกและการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล.....68
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการปฏิบัติงาน ร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เข้าที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมและรายด้าน.....71
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้าน การควบคุมอำนาจร่วมกัน.....73

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้าน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน.....77
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้าน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา.....80
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้าน การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน.....83
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการ ปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....85

## สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่		หน้า
1	วงจรเดมิ่ง.....	18
2	รูปแบบความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์.....	26
3	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51



บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางความผันแปรทางสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความตื่นตัวเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภค ผู้รับบริการเรียกร้องแสวงหาการบริการที่มีคุณภาพและมีโอกาสเลือกสถานบริการทางสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ตนเองคาดหวัง ส่งผลผลักดันต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานทางสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐเข้าสู่ภาวะการแข่งขันการตลาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการแข่งขันในด้านคุณภาพการรักษา และคุณภาพของบริการ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ มาประเมินการจัดระบบการบริหารและการบริการเพื่อเป็นการประกันคุณภาพ แสดงความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับแก่สาธารณชนที่จะนำมาพิจารณาในการเลือกใช้บริการด้วยความมั่นใจว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ (อาริยา สัพพะเลข, 2540; จิราภรณ์ สุวดีพานิช, 2541) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพร้อยละร้อยเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2538)

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2540 ถึงเดือนกรกฎาคม 2543 ได้ก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (CHIA : Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation) มีโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการ 35 แห่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ในจำนวนโรงพยาบาล 35 แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของโรงพยาบาล ไม่ใช่การบังคับ แต่เป็นส่วนที่เสริมข้อกำหนดในกฎหมายหรือกฎกระทรวง ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) ที่จะพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงานและมีมาตรฐานในการทำงานให้ทันกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไป มีการพัฒนาคุณภาพที่เกิดจากการมีใจมุ่งมั่นที่จะสร้างผลงานที่มีคุณภาพของสมาชิกทุกคนในหน่วยงาน พร้อมทั้งจะร่วมมือประสานกันในการให้บริการและการพัฒนาโดยมุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จะเห็นได้ว่าเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งที่

ผู้รับบริการเป็นสำคัญที่จะได้รับการบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ได้รับคุณภาพในการดูแลรักษาที่ดี ซึ่งต้องอาศัยการปรับปรุงระบบการทำงานในองค์กรโดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งทั้งพยาบาลและแพทย์เป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของทีมดูแลสุขภาพและต้องทำงานสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และการปฏิบัติในวิชาชีพทั้งสองส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Sullivan, 1998)

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกองโรงพยาบาลภูมิภาค ให้บริการแก่ประชาชนในเขตศูนย์กลาง หรือเขตของส่วนภูมิภาค ซึ่งมีการจัดรูปแบบองค์กร ทั้งลักษณะโครงสร้าง การแบ่งงาน และการโครงสร้างการบริหารงานที่คล้ายคลึงกัน เป็นองค์กรที่ประกอบไปด้วยบุคลากรจำนวนมาก หลายระดับและหลากหลายวิชาชีพ ความแตกต่างของแต่ละบุคคล แต่ละวิชาชีพนี้มักก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เกิดความขัดแย้ง อาจทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในหลายระดับ พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากมีอิทธิพลต่อทิศทางและพฤติกรรมขององค์กร แต่มักพบปัญหาความร่วมมือ เนื่องจากขอบเขตงานไม่ชัดเจน การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวิชาชีพ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรต่างวิชาชีพ โดยเฉพาะมีปัญหาการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เป็นเวลากว่าสองทศวรรษมาแล้วที่บทบาทตามความคาดหวังทางสังคมของพยาบาลและแพทย์ถูกกำหนดและปรับเปลี่ยนตามระบบการศึกษา การกำหนดบทบาทเช่นนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเล่นเกมที่ตามบทบาทเป็นเกมระหว่างแพทย์และพยาบาล (Doctor-nurse game) คือ มีการแบ่งการทำงานตามลำดับชั้นโดยที่แพทย์มีอำนาจเหนือวิชาชีพอื่น ๆ พยาบาลได้รับการสอนให้เป็นผู้ตาม ปฏิบัติงานในลักษณะรับคำสั่งจากแพทย์ และปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เสียส่วนใหญ่ (Stein, 1967 cited in Jones, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของแคทซ์แมน และโรเบิร์ต (Katzman and Roberts, 1988) ที่พบว่าพยาบาลตระหนักว่าการตัดสินใจตามวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยของตนเองมีความสำคัญน้อยกว่าการตัดสินใจของแพทย์ ลักษณะการปฏิสัมพันธ์ที่ต้องเผชิญหน้าระหว่างพยาบาลและแพทย์มักจะสุภาพและสร้างความประทับใจ ส่วนแพทย์นั้นคุ้นเคยอยู่กับระบบแบบดั้งเดิมว่าพยาบาลเป็นผู้ได้บังคับบัญชา มักจะไม่ยินดีที่จะทำงานร่วมกับพยาบาล ในฐานะของบุคลากรที่มีความเท่าเทียมกัน (Wesson, 1966; Campbell-Heider & Pollock, 1987 cited in Beggs, 1994) ฟากิน (Fagin, 1992) กล่าวว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นคุณค่าหรือแสดงให้เห็นว่ามีความเต็มใจที่จะร่วมมือทำงานกับพยาบาล และพยาบาลนั้นจะรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม จากการทำหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น และต้องปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ (Cape,

1986; Prescott, Dennis, & Jacox, 1987 cited in Beggs, 1994) ส่วนพยาบาลที่กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมจะแสดงความรับผิดชอบและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจมากขึ้นในการทำงาน บทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจทางคลินิกมีความเป็นอิสระมากขึ้น พยาบาลจะรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับ รับฟัง และเห็นคุณค่าจากแพทย์ แม้ว่าแพทย์จะยอมรับพยาบาลในระดับหนึ่ง แต่เมื่อถึงขั้นตอนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายแล้ว แพทย์มักจะให้ความเห็นของตนเองเท่านั้นในการตัดสินใจ แพทย์จะเต็มใจให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเฉพาะในสถานการณ์ที่ไม่ค่อยสำคัญเท่านั้น (Prescott et al., 1987) จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานตามคำสั่งของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางวิชาชีพ ทำให้พยาบาลขาดเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพได้ พยาบาลจึงควรได้รับการส่งเสริมจากผู้บังคับบัญชา เพื่อให้วิชาชีพอื่นยอมรับ โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันมากที่สุด

มโนทัศน์ของการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางรูปแบบระบบการดูแลด้านสุขภาพ ส่งผลดีทั้งด้านผู้ป่วย พยาบาล แพทย์และองค์กร โดยจากการศึกษาของ Knous และคณะ (Knous et al., 1986) พบว่า ระดับความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาล และเมื่อศึกษาแรงจูงใจ การคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลพบว่าเกิดจากความร่วมมือกับบุคลากรอื่น และการสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เพลดอกตและคณะ (Prescott et al., 1991) ที่ศึกษาความสำคัญของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ว่าส่งผลในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีสภาพเสื่อมช้าลง และอัตราการตายของผู้สูงอายุลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพน้อย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในหน่วยผู้ป่วยหนักพบว่า การปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ ใช้ทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ดีกว่าเดิม ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในหน่วยผู้ป่วยหนัก ผู้ให้บริการทั้งแพทย์และพยาบาลต่างมีความพึงพอใจในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Baggs, 1994) การปฏิบัติงานที่เน้นความร่วมมือกันก่อให้เกิดความพึงพอใจ เนื่องจากพยาบาลสามารถประสานงานในการดูแลผู้ป่วยได้ดี มีเอกสิทธิ์ในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลได้อย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น ร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาล (Sullivan, 1998)

ระบบการบริหารและพัฒนาคุณภาพการบริการภายในองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ในโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น จะมีอิทธิพลสำคัญต่อการทำให้พยาบาลร่วมมือร่วมใจกันปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ เพื่อสร้างสรรคงานบริการที่มีคุณภาพ สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือการส่งเสริมให้พยาบาลทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ รวมทั้งการกระจายอำนาจโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการวางแผน และแก้ไขปัญหา นั้น ทำให้ผู้ปฏิบัติแต่ละคนเห็นพลังของตนเอง และอยากใช้พลังนั้น ใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและพัฒนา (ธิดา นิงสานนท์, 2541) คุณสมบัติดังกล่าวจะส่งเสริมให้พยาบาลมีการยกระดับความรู้ ความสามารถ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการทำงาน รวมทั้งเห็นความสำคัญของตนเอง บุคคลที่มีความสำนึกในคุณค่าตนเอง มักจะเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เปิดเผย มีการแสดงออกของความคิดที่ดีและถูกต้อง มีความสามารถและปรารถนาที่จะเสนอความคิดแก่ผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันก็จะรับฟังข้อเสนอแนะของผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จะเอื้อต่อการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Hill & Smith, 1990 อ้างใน ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี, 2540) เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความมั่นใจ รับรู้คุณค่าในตนเองที่จะทำงานร่วมกับแพทย์ ในลักษณะของความร่วมมือ พบว่าความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความร่วมมือกับแพทย์ มีทัศนคติที่ดี และมีความเต็มใจร่วมมือกับแพทย์ (Baldwin, 1987) ก่อให้เกิดความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

ความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กรสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ที่ต้องอาศัยการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการทำงานเป็นทีมสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นคุณภาพบริการแก่ผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurses Association, 1980) ที่ได้อธิบายความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ ว่าเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเห็นคุณค่าและเคารพในอำนาจซึ่งกันและกัน ยอมรับบทบาทและขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ การเอาใจใส่ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สร้างบรรยากาศในการทำงาน การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ แสดงความรับผิดชอบต่อภาระกิจกรรมร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ที่ตนเองต้องการ แนวคิดความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาเป็นที่ยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายทั่วไป แนวคิดนี้เน้นการปฏิบัติงานร่วมกันของ

แพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการบริหารงาน และส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ โดยใช้นโยบาย หลักวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งเสริมให้โรงพยาบาลตื่นตัว และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพการทำงานของคนและพัฒนาระดับคุณภาพการบริการต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีวิทยาการ และเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้รับบริการมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร สะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หรือองค์การที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุขจึงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพบริการ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อลดและป้องกันปัญหาดังกล่าว (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายอยู่ที่คุณภาพและประสิทธิภาพโดยการสร้างระบบงานที่ดี มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ผลสำเร็จของการนำกระบวนการนี้มาใช้ในโรงพยาบาล อยู่ที่คนในองค์การที่จะร่วมมือกันทำงาน และมีเป้าหมายเดียวกัน ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีการสื่อสารอย่างทั่วถึง มีการทบทวนประเมินผลการทำงานกันเองโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ



ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายคือความเป็นเลิศในการบริการซึ่งเป็นมาตรฐาน และเป็นหลักประกันให้ผู้รับบริการทุกคนว่า จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ได้รับรับรองคุณภาพ (ธิดา นิงสานนท์, 2541)

แนวคิดพื้นฐานจากมาตรฐานโรงพยาบาลอับกัญญาภิเชก ที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ซึ่งถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงของโรงพยาบาล ปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีนโยบายและวิถีปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care) ให้ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของทีมสุขภาพ ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องใกล้ชิดกันมากที่สุด เป็นการทำงานร่วมกันโดยการยอมรับนับถือความรู้ ความสามารถ มีความเท่าเทียมกันของแต่ละบุคคลในแต่ละวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบตามขอบเขตแห่งวิชาชีพของตน และเนื่องจากขอบเขตความรู้ที่ต่างกันของวิชาชีพ การปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลซึ่งมีนโยบาย เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานโดยมีแผนการปฏิบัติและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การประชุมปรึกษาหารือกันในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (Clinical review) โดยมีการทบทวนระหว่างแพทย์และพยาบาล เป็นกระบวนการระดมความคิดที่ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันมาทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อหาทางออกที่เหมาะสม มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา (Clinical practice guideline) การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ และพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพของการดูแลรักษา และนำไปปฏิบัติจริงได้ พยาบาลและแพทย์จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างวิชาชีพเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย และสร้างสรรค์โอกาสในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการพัฒนาร่วมมือในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น (Christensen and Larson, 1993) ซึ่งความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพนี้เป็นแนวทางหนึ่งในโครงการพัฒนาคุณภาพการบริการ (Quality improvement programs) (McMahan, Hoffman, and McGee, 1994)

ความแตกต่างของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแสดงให้เห็นว่า มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน ความมุ่งมั่นของแต่ละบุคคลที่จะมาร่วมกันทำงานเพื่อผู้ป่วย และช่วยสร้างแรงผลักดันให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้มาก การพัฒนาตามโครงการนี้จะก่อให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขึ้น เช่น การทำงานร่วมมือกันในการจัดทำคู่มือ มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการสร้างทีมงานการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีน้อยมากในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล (วิชาญ เกิดวิชัย, 2541) จะเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพจะทำให้เกิดการพัฒนาคมนาคมของเจตคติ การมีจิตสำนึกในการให้บริการผู้ป่วย และรู้จักการทำงานร่วมกันได้ในเรื่องของการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยได้ (ชาติรี บานชื่น, 2541)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยสมัครใจ และโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและไม่ได้เข้าร่วมโครงการการพัฒนาคุณภาพโดยสมัครรวม
2. การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ประการของของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA) คือ 1) การควบคุมอำนาจร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตของการปฏิบัติงาน 3) ความเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และ 4) การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลและแพทย์ทำกิจกรรมร่วมกันในการให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเห็นคุณค่าและเคารพในอำนาจซึ่งกันและกัน ร่วมกันและแบ่งแยกการปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ ใส่ใจร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ร่วมรับรู้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ แสดงความรับผิดชอบต่อร่วมกันในการวางแผน การแก้ปัญหา การประสานงานกัน การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย และการตัดสินใจต่อการกำหนดแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ร่วมกันตั้งไว้เดียวกันโดยมีมโนทัศน์ย่อยคือ

1.1 ความควบคุมอำนาจร่วมกัน (Mutual power control) หมายถึง การที่พยาบาลและแพทย์ซึ่งต่างรับรู้คุณค่ากันและกัน และรับรู้ว่ามีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น มีอำนาจการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารโดยคำนึงถึงเนื้อหาของข่าวสาร สัมพันธภาพที่พร้อมที่จะเข้าใจและยอมรับแนวคิดของอีกฝ่าย และข้อตกลงในการให้โอกาส เวลาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย

1.2 การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (Separate and combined practice spheres) หมายถึง การรับรู้ถึงการปฏิบัติงานที่ต้องทำร่วมกัน หรือการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระจากกัน ซึ่งการพยาบาล และการแพทย์ต่างต้องมีลักษณะเฉพาะของวิชาชีพที่แยกออกจากกันได้ ต่างแสดงบทบาทหน้าที่ในขอบเขตวิชาชีพ ขอบเขตแห่งกฎหมายได้โดยอิสระ และร่วมกันทำงานให้ผู้ป่วยคนเดียวกันได้

1.3 ความเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา (Mutual concerns) หมายถึง การนำความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ แสดงความรับผิดชอบต่อร่วมกันต่อการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเห็นไม่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วย โดยมีรูปแบบพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) กล่าวคือบุคคลคำนึงถึงความต้องการหรือความพอใจของผู้อื่น มากกว่าคำนึงถึงผลประโยชน์ตนเอง และพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) คือ บุคคลพยายามที่จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง มากกว่าคำนึงถึงความต้องการผู้อื่น

1.4 การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (Common patient goals) หมายถึง การที่พยาบาล และแพทย์รับรู้เป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ ต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกันว่าผู้ร่วมงานของตนมีจุดมุ่งหมายอย่างไรในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายโดยช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจและบรรลุความต้องการ

2. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุของค์การซึ่งเข้าร่วมการรับรองคุณภาพมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2540 ถึงเดือนกรกฎาคม 2543 ซึ่งองค์การที่เข้าร่วมโครงการจะมีกลไกกระตุ้นให้เกิด การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการกำหนดมาตรฐานตรวจสอบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ โรงพยาบาล และมีการรับรองจากองค์การภายนอก

3. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ และความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของพยาบาล วิชาชีพ ที่เกิดจากประสบการณ์เดิม จากการเรียนรู้เหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจาก การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ข้อมูลการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาล วิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางเสริมสร้างการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและ แพทย์ ก่อให้เกิดผลโดยตรงต่อวิชาชีพ และคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการ ปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เป็นโรงพยาบาลคุณภาพต่อไป

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจ จะทำการศึกษาวิจัยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ใน การดูแลรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาลที่มุ่งสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพต่อไป

3. เป็นข้อมูลให้ฝ่ายการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันกับแพทย์

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูล สรุปสาระสำคัญเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับต่อไปนี้

1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. แนวคิดการรับรู้
3. ความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์
  - 3.1 ความหมายของความร่วมมือ
  - 3.2 ความหมายของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์
  - 3.3 ความสำคัญของความร่วมมือ
  - 3.4 ประเด็นความร่วมมือของพยาบาล
  - 3.5 แนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์
    - 3.5.1 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของ National Joint Practice Commission (NJPC)
    - 3.5.2 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (America Nurse Association; ANA)
      - 3.5.2.1 ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน
      - 3.5.2.2 ด้านการมีส่วนร่วม และแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ
      - 3.5.2.3 ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
      - 3.5.2.4 ด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Improvement and Accreditation Project)

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคมอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในปัจจุบัน ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองต่อความคาดหวังของโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน อาจมากขึ้นไปเรื่อย ๆ นำไปสู่ผลอันไม่พึงประสงค์ได้และอาจเกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น (ระบบวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541; ธิดา นิงสานนท์, 2541) ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่กำลังตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยมีกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่จำเป็นและเหมาะสม

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์การอนามัยโลก มีช่วงระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2540 - กรกฎาคม 2543 โดยมุ่งหวังให้ โรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน มีความตื่นตัวและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ โดยมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่จำเป็นและเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

### 1.1 ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation (HA) คือ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่โดยความหมายที่จะนำมาใช้นั้นขั้นตอนในการพัฒนามากกว่าการรับรอง จึงใช้คำแปลว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทั้งองค์การอย่างมีทิศทางควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และรับรองจากองค์การภายนอกเพื่อยืนยันความสำเร็จของการพัฒนานั้น (อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล, 2541; ธิดา นิงสานนท์, 2541)

การรับรองคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์การ ทำให้องค์การเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

## 1.2 ความเป็นมาของรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ 70 ปีก่อน โดยมีเป้าหมายเพื่อเลือกสรรโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ต่อมาถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพ ในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวไปในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน มีการนำการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยองค์การอนามัยโลก กำลังให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ในประเทศไทยนั้นหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลมีความเคลื่อนไหวต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนและสร้างกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ เช่น แพทยสภาได้ยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลชุดแรกขึ้น สำนักงานประกันสังคมได้นำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม สภาการพยาบาลและกองการพยาบาลได้ยกร่างเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำลังสร้างระบบรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ กองการประกอบโรคศิลป์ได้กำหนดกฎกระทรวง เพื่อยกระดับมาตรฐานด้านโครงสร้าง และกำลังคนของโรงพยาบาล เอกชน ฯลฯ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบ และพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล มาตรฐานที่นำมาทดลองใช้นี้เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างการบริหารคุณภาพ ซึ่งจะต้องผนวกกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพขององค์การวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ ขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองนำแนวทางนี้มาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ และความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในชื่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 1.3 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2540-กรกฎาคม 2543 มีโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน 35 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ประกอบด้วย

### 1. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 21 แห่งแบ่งเป็น

1.1 โรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี

1.2 โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า

1.3 โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลดอนสัก โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

3. โรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4. โรงพยาบาลเอกชน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลนนทบุรี อีสเทิร์นวัฒนา โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลศรีวิชัย โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลสุขุมวิท และโรงพยาบาลทักษิณ

#### 1.4 จุดมุ่งหมาย และเป้าหมายการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

##### 1.4.1 เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาลคือ

1. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

2. ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความร่วมมือ การประสานงานดีมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

3. ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงได้ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรมั่นคง

1.4.2 เป้าหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ ที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยภาวะยืนยันความสำเร็จของการพัฒนา ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในภาพรวม (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542)



จะเห็นได้ว่าเป้าหมายหลักของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือคุณภาพบริการ สุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยถือว่าผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งปวงในโรงพยาบาล ผู้ที่ได้รับประโยชน์โดยตรง คือผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ปฏิบัติงานง่ายขึ้นจากการประสานงานที่ดีขึ้น บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น และนำวิธีการใหม่มาปรับปรุงวิธีการทำงานก่อให้เกิดการพัฒนาระบบงานในองค์กร และผู้ป่วยเป็นผู้รับผลของการบริการที่มีคุณภาพ

### 1.5 แนวคิดสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของโรงพยาบาลที่ไม่ได้เกิดจากการบังคับ เป็นการแสดงให้เห็นความรับผิดชอบต่อสังคม โดยการพัฒนาคุณภาพ คือการเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด พฤติกรรม และวัฒนธรรมขององค์กร เกิดจากการมีใจมุ่งมั่นที่จะสร้างผลงานที่มีคุณภาพของสมาชิกทุกคนในองค์กร ที่พร้อมจะร่วมมือประสานงานกันให้การบริการ และการพัฒนาโดยมุ่งเน้นที่ประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยมีขั้นตอนที่สำคัญที่สุด คือการประเมินและการพัฒนาตนเอง ผู้ที่จะตรวจสอบ ประเมินระบบและผลการปฏิบัติงานได้ดีที่สุด คือผู้ประกอบวิชาชีพภายในด้วยตนเอง ซึ่งการรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ การเรียนจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การหาโอกาสพัฒนา การดำเนินการพัฒนา การประเมินตนเอง และการประเมินโดยบุคคลภายนอก

### 1.6 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล
2. การประเมินตนเองเพื่อตรวจดูความก้าวหน้าและความพร้อมในการขอให้องค์กรภายนอกมาประเมิน
3. การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และตัดสินใจให้การรับรอง

### 1.7 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เพื่อให้มีแนวทางในการประเมิน และพัฒนาคุณภาพด้วยตนเองของโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้

จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนภิเษกขึ้น ครอบคลุมทั้งสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์การ มาตรฐานทั่วไป และการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ มาตรฐานทั่วไป ซึ่งเป็นมาตรฐานที่แสดงหลักการสำคัญของการจัดบริการ และการบริหารหน่วยงานครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงาน หรือการบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดพื้นฐานของมาตรฐานโรงพยาบาลใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ซึ่งถือว่าผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงของโรงพยาบาล เน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นำองค์การให้การสนับสนุนอย่างแข็งขันและต่อเนื่อง แม้ว่ามาตรฐานโรงพยาบาลโรงพยาบาลจะกำหนดไว้ครอบคลุมทั้งในด้านทรัพยากร กระบวนการทำงาน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งเปรียบเสมือนการวัดผลงานและเก็บข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงงาน แต่จุดที่ต้องการเน้นมากที่สุดคือกระบวนการทำงานร่วมกัน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาทรัพยากรบุคคลซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นทรัพย์สินที่ทรงคุณค่าของโรงพยาบาลได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

### 1.8 การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

การพัฒนาคุณภาพ คือ การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีระบบการตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน 35 แห่งที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยองค์รวม (Total Quality Management) มาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อเข้าสู่ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การดำเนินการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมในโรงพยาบาลคุณภาพ ได้ยึดหลักแนวคิดการบริหารคุณภาพ 14 ประการของเดมมิงเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีหลักการสำคัญ คือ การยึดผู้ป่วยเป็นหลัก ใช้เทคนิคการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และหลักยุทธศาสตร์ของผู้บริหาร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

### 1.8.1 แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพของ Deming

Deming ได้เสนอกฎการบริหารจัดการองค์การไว้ 14 ข้อ (Deming, 1992; Russel C. & Laurel C. Swansburg, 1995; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) โดยสังเขปดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายและจุดประสงค์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การสื่อสารแนวคิดและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพให้ทุกคนรู้ทั่วกัน ต้องผูกพันในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง
2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติรับปรัชญาใหม่ในการทำงาน คือ คุณภาพ และ คุณภาพ คือ การมุ่งมั่นสร้างบริการที่ลูกค้าพึงพอใจ ต้องทำให้คุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงาน เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรทุกคนให้รับผิดชอบในงานของตนเอง
3. เข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบ ว่าเป็นกระบวนการเพื่อการปรับปรุง และลดค่าใช้จ่าย มิใช่การจับผิด
4. หยุดพิจารณาตัดสินทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียวให้พิจารณาถึงคุณภาพด้วย
5. การปรับปรุงระบบการผลิต และบริการอย่างสม่ำเสมอตลอดไป ต้องอาศัยความซื่อของบุคลากร การเลือกคนให้ตรงกับงาน การฝึกอบรม และเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้งาน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
6. ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม องค์การต้องจัดทำแผนฝึกอบรมและให้การศึกษาแก่บุคลากรทุกคนในเรื่องคุณภาพและการบริหารจัดการคุณภาพ
7. สร้างภาวะผู้นำ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากการบริหารมาสู่การนำ คือ การบอกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ตัดสินใจในทุกขั้นตอน
8. การขจัดความหวาดกลัว เพื่อสร้างความเชื่อมั่น สร้างประสิทธิภาพ สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
9. การจัดอุปสรรคระหว่างหน่วยงานย่อยในองค์การ ผู้บริหารต้องปรับปรุงโครงสร้างทำให้ทุกหน่วยงานเห็นคุณค่ากันและกัน เพื่อให้บุคลากรที่อยู่ต่างหน่วยงานกัน แต่มีงานเกี่ยวเนื่องกันปรับปรุงคุณภาพ สามารถร่วมมือกันได้อย่างเต็มที่ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารกันดีขึ้น
10. ขจัดคำขวัญเพื่อเชิญชวนผู้ปฏิบัติงานให้ทำงานมากขึ้นไป การใช้ คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจผู้บริหารต้องมั่นใจว่าได้เสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จะทำได้ บรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้น ๆ

11. การจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน หยุดการตั้งเป้าหมายที่เป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน ต้องเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ

12. จัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงาน กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการพัฒนา การสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่องาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในบุคลากรมากขึ้น

13. การจัดแผนการศึกษาและการฝึกอบรมแก่บุคลากร องค์การต้องสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีการปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

14. ลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง สู่คุณภาพ ผู้บริหารต้องสร้างความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ และวางแผนการดำเนินการและให้ทุกคนในองค์การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนั้น

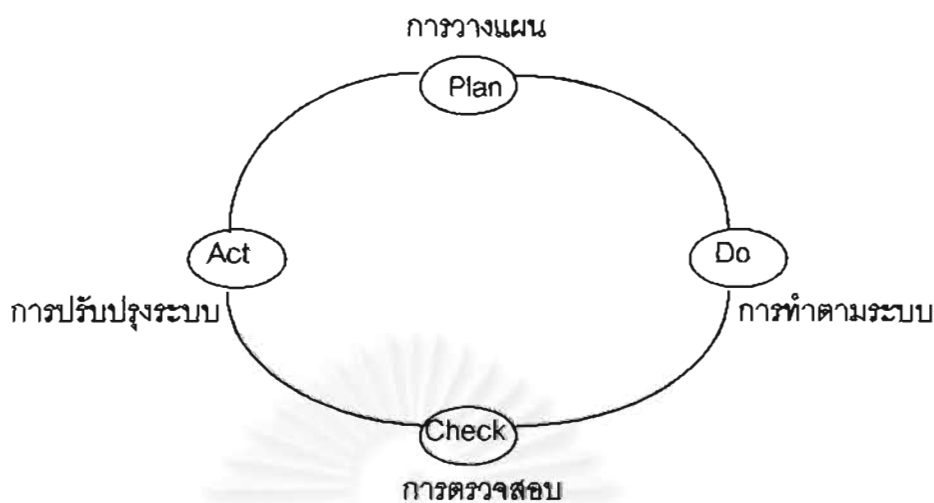
กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ด้วยวงจรเดมมิง (Deming cycle) ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย PDCA cycle อธิบายได้ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541; พรรณราย ทวีพยประกษา, 2529)

P หรือ Planning ได้แก่การค้นหาโอกาสในการพัฒนาตั้งแต่ การตั้งปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา หาวิธีการแก้ปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหา

D หรือ Doing ได้แก่การทดลองนำทางเลือกไปปฏิบัติ มีกิจกรรมคือ การดำเนินการแก้ปัญหา

C หรือ Checking ได้แก่การตรวจสอบผลการทดลองทางเลือก ผลการปฏิบัติงาน มีกิจกรรมคือการประเมินผล

A หรือ Action ได้แก่ การนำผลการปฏิบัติไปแก้ไข กำหนดและจัดทำเป็นมาตรฐานในการทำงาน มีกิจกรรมคือ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคกับการตั้งมาตรฐาน



### แผนภูมิที่ 1 วงจรเดมिंग

#### 1.8.2 แนวคิด TQM ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (2539)

หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์การที่กองโรงพยาบาล ภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุขใช้แนวคิดของ Deming เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการ บริการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) โดยจัดกิจกรรมให้แก่โรงพยาบาล 4 กิจกรรมได้แก่ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision), กิจกรรมการพัฒนาองค์การ (Organization development / OD), การอบรมพฤติกรรมบริการ (Excellence service behaviors / ESB) และกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Contineous Quality Improvement / CQI)

#### หลักการของการพัฒนาคุณภาพโดยองค์รวม และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI)

อนูวัฒน์ ศุภชุตikul (2541) ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการพัฒนา คุณภาพโดยองค์รวม และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย

1. ลูกค้าสำคัญที่สุด (Customer focus) ลูกค้า คือ ผู้ที่กำหนดความ จำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานหรือองค์การ หน้าที่ของผู้ปฏิบัติคือการศึกษาความต้องการ การตอบ สนองความต้องการ และการรับเสียงสะท้อนต่อผลงานที่ปฏิบัติต่อลูกค้า

2. จุดความฝันร่วมกัน (Common vision) คือการเปิดโอกาสให้ทุกคนตั้ง เป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมกัน แล้วนำเป้าหมายและวิสัยทัศน์นั้นมาแลกเปลี่ยนเพื่อหาจุดร่วม

ความสำคัญของการสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ คือกระบวนการสร้างซึ่งทุกคนมีส่วนร่วม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดการถ่ายทอดออกมาเป็นกิจกรรมได้

3. ทีมงานสัมพันธ์ (Employee involvement, Empowerment) ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์การ คือทรัพยากรบุคคล บุคลากรแต่ละคนไม่สามารถทำงานสำเร็จได้ลำพังคนเดียว ต้องอาศัยการประสานงานและการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทีมจะเกิดได้ต่อเมื่อเข้าใจในวิธีการคิดของสมาชิกในทีม ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างโอกาสในการเรียนรู้ สร้างวัฒนธรรมใหม่ในองค์การ มีการถ่ายโอนพลังอำนาจหรือเสริมพลังให้ทีม และสร้างระบบใหม่ที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานของทีม

4. มุ่งมั่นกระบวนการ (Process focus) กระบวนการคือขั้นตอนของการทำงานซึ่งต่อเนื่องกันและได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ งานบริการสุขภาพประกอบด้วยกระบวนการจำนวนมากที่สัมพันธ์กัน การมุ่งปรับปรุงกระบวนการ ควรทำให้ได้รับความร่วมมือในการปรับปรุง

5. กระบวนการแก้ปัญหาโดยหลักวิทยาศาสตร์ (Scientific process/ Problem solving process) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือการเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์ ข้อมูล การใช้เหตุผล และสังเกตผลของการกระทำ

6. ดีด้วยผู้นำ (Leadership) ผู้นำ คือผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดที่จะนำแนวคิด TQM และ CQI เข้ามาปฏิบัติต้องเข้าใจ ทำเป็นตัวอย่าง ให้การสนับสนุน ติดตาม ปรับระบบบริหารเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) การที่เทคโนโลยีและความต้องการของลูกค้าเปลี่ยนแปลงไป ทำให้องค์การต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสในการปรับปรุงตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่งซึ่งจะนำองค์การไปสู่ความเป็นเลิศ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (Quality assurance of hospital services) สามารถสร้างความตื่นตัวในกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการตระหนักถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการมากขึ้น เข้าใจกระบวนการนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาปรับปรุงระบบงาน มีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการ สามารถพัฒนาบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพสูงขึ้น และได้ข้อกำหนดที่สำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในปี 2543 (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541)

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล (HA) คือ การให้ความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลนั้นได้นำ การพัฒนาคุณภาพโดยองค์รวม (TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาปฏิบัติจนเป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลมีระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง การพัฒนาคุณภาพโดยองค์รวม และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาล ตั้งแต่เรื่องของการมีเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน การมีกลไกสื่อสารและแก้ปัญหาที่ได้ผล การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ การทำงานเป็นทีม และมีกิจกรรมคุณภาพทั้งหลาย กระบวนการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายอยู่ที่คุณภาพการบริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และประสิทธิภาพบริการโดยการสร้างระบบงานที่ดี มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ผลสำเร็จของการนำกระบวนการนี้มาใช้อยู่ที่คนในองค์การ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งพยาบาลนั้นเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานมากที่สุดในโรงพยาบาล และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นบุคคลแรก ๆ ที่จะรับทราบปัญหา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลให้โรงพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ และแพทย์จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคจะเห็นได้ว่าทั้งสองวิชาชีพเป็นเป็นบุคลากรหลัก เป็นศูนย์กลางในทีมผู้ดูแลสุขภาพ

แนวคิดจากมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care) ให้ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งต้องปฏิบัติงานโดยมีแผนการปฏิบัติและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร คือ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การประชุมปรึกษานานหรือกันในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (Clinical review) โดยมีการทบทวนระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นกระบวนการระดมความคิดที่ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกัน มาทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อหาทางออกที่เหมาะสม มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา (Clinical practice guideline) การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อ

ประกอบการตัดสินใจของแพทย์ และพยาบาลที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงโดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดี มุ่งเน้นประสิทธิผลของการดูแลรักษาที่ทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลสูงสุด

## 2. แนวคิดการรับรู้

### 2.1 ความหมายของการรับรู้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary, 1975) ได้นิยามว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน

King (1984) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดัน การรับรู้ของบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวม และแปลความหมาย จากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัส และความจำ

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความหรือ แปลความอาการสัมผัสของร่างกายต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

สุชา จันทร์หอม (2539) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลมีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปความหมายของการรับรู้ได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การรวบรวม และ แปลความหมายจากประสบการณ์ เหตุการณ์ที่แต่ละบุคคลที่ได้รับจากภายนอก แล้วแสดง ความความรู้สึก ความรู้ และความเข้าใจของแต่ละบุคคล

### 2.2 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ และความเข้าใจตาม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่เกิดจากประสบการณ์เดิม จากการเรียนรู้ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น

ในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ และความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของพยาบาล



วิชาชีพ ที่เกิดจากประสบการณ์เดิม จากการเรียนรู้เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

### 3. แนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์

ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาล และแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่เป็นแกนกลาง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากที่สุดจึงต้องร่วมมือกันปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### 3.1 ความหมายของความร่วมมือ

อิมอริย์ (Emory, 1952) ให้ความหมายความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการทำงาน และการอยู่ร่วมกันของคนใจสังคม โดยเต็มใจให้การช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของงาน

เชสเตอร์ (Chester, 1968) กล่าวว่า ความร่วมมือกันจะเกิดขึ้นเมื่อคนมีวัตถุประสงค์เดียวกัน มีความต้องการเหมือนกัน มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

อราดีน (Aradine, 1973) ให้ความหมายความร่วมมือ คือ เป็นกระบวนการสื่อสารในขั้นต้นที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความแตกต่างกันด้านทักษะ มีการทำงานเป็นทีม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันตั้งไว้ซึ่งแต่ละฝ่ายต้องมีความเข้าใจในทักษะและความสามารถของกันและกัน และให้ความสำคัญของฝ่ายอื่นเท่าเทียมกัน

ลินเกรน (Lindgren, 1973) ให้ความหมายความร่วมมือว่า การทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต่างก็ยอมรับกันอยู่แล้ว โดยที่จุดมุ่งหมายของผู้ร่วมมือกันไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน

แลงฟอร์ด (Langford, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะที่มาจากการทำงานกำหนดเป้าหมายโดยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ด้วยการยอมรับความเท่าเทียมกันของความรู้และความสามารถ

สมพงษ์ เกษมสิน (2516) ให้ความหมายความร่วมมือว่า การร่วมกันทำงานเพื่อไปสู่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือ หมายถึง การทำงานร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ช่วยเหลือกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

### 3.2 ความหมายของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์

โธมัส (Thomas, 1978) ให้ความหมายการทำงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ว่าเป็นการนำความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ แสดงความรับผิดชอบร่วมกันต่อการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจต่อการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบพฤติกรรมที่สำคัญมี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) และพฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness)

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) ให้ความหมายความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ คือ การปฏิบัติงานร่วมกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเห็นคุณค่าและเคารพในอำนาจซึ่งกันและกัน ต่างปฏิบัติงานตามขอบเขตแห่งวิชาชีพของตน และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สร้างบรรยากาศในการทำงาน การร่วมรับรู้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย แสดงความรับผิดชอบในการกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ที่ตนเองต้องการ

วันเซ็ทเลอร์ (Wonsetler, 1987 cited in Jone, 1994) ให้ความหมายความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ว่า เป็นการร่วมกันแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งพยาบาลและแพทย์ต่างก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ตระหนักถึงกันและกัน

เทสกี และซิลเวอร์แมน (Teske & Silverman, 1987 cited in Jone, 1994) ให้ความหมาย คือ พยาบาลกับแพทย์ในฐานะผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่บ่งบอกลักษณะของความเป็นตัวของตัวเอง การประเมิน และวางแผนการรักษากัน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การเคารพซึ่งกันและกัน การเห็นคุณค่า การยอมรับการทำงานที่แบ่งขอบเขตการปฏิบัติ และการร่วมกันทำงาน

ฮิลเดอรี (Hilderly, 1991) ให้ความหมายว่าความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ คือ ความรับผิดชอบ การทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีความไว้วางใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารอย่างเปิดเผย มีความยืดหยุ่น มีสมรรถนะ ต่างฝ่ายต่างมีความเป็นเอกสิทธิ์ ต้องรับผิดชอบร่วมกัน

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปว่าความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ หมายถึง การที่พยาบาลกับแพทย์ปฏิบัติงานร่วมกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ

มีการวางแผน การแก้ปัญหา การประสานงานกัน การติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย และการตัดสินใจต่อการกำหนดแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ร่วมกันตั้งไว้

### 3.3 ความสำคัญของการร่วมมือ

แต่เดิมมีผู้ได้ทำการศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลและแพทย์ ได้กล่าวว่า เป็นเพราะพยาบาลอยู่ในภาวะไร้อำนาจ ไม่มีอำนาจในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าตนเองเป็นผู้ไร้อำนาจ และเป็นเป้าหมายการใช้อำนาจของผู้อื่น (Ashley, 1973; Bowman and Culpepper, 1974 อ้างใน เสาวลักษณ์ ทวีพัฒน์กุล, 2534) นำไปสู่ความสัมพันธ์แบบผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ไม่ใช่ลักษณะของผู้ร่วมงาน อีกทั้งยังขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับแพทย์ และจากการที่พยาบาลขาดการสำนึกและเข้าใจบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง และของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ และพบว่า การขาดความร่วมมือปฏิบัติงานของพยาบาล กับแพทย์ และสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การตัดสินใจในการดำรงอยู่ในวิชาชีพต่อ (Sullivan, 1998)

ทั้งพยาบาลและแพทย์ เป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของทีมดูแลสุขภาพและต้องทำงานสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด และผลของการปฏิบัติวิชาชีพส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Sullivan, 1998) การศึกษาของนูส และคณะ (Knaus et al., 1986) พบว่าระดับความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาล ศึกษาแรงจูงใจ การคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลพบว่าเกิดจากความร่วมมือกับบุคลากรอื่น และการสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพรสคอตและคณะ (Prescott et al., 1991) ที่ให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ว่า ส่งผลในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเร็วขึ้น พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีสภาพเสื่อมช้าลง และอัตราการตายลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพน้อยลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และจากการศึกษาในหน่วยผู้ป่วยหนักพบว่า การทำงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ดีกว่าเดิม ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในหน่วยผู้ป่วยหนัก ผู้ให้บริการทั้งแพทย์และพยาบาลต่างมีความพึงพอใจในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Baggs, 1994) ความร่วมมือจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ซึ่งฟวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) กล่าวว่า พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบของตนทัดเทียมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ และต้องเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการใช้ทฤษฎีและหลักการพยาบาล ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดตามมาจากกาปฏิบัติของวิชาชีพอื่น

สรุปได้ว่าการสร้างร่วมมือกันมีความสำคัญและส่งผลดังต่อไปนี้

1. งานบรรลุเป้าหมายโดยรวดเร็วและราบรื่น
2. เพิ่มความสามัคคีในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม
3. ประหยัดเวลา เพิ่มประสิทธิผลในการทำงาน
4. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม
5. ลดข้อขัดแย้งในการทำงาน
6. เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจ
7. สนับสนุนให้เกิดความคิดริเริ่ม
8. ก่อเกิดประโยชน์จากความร่วมมือตามต้องการทุกฝ่าย

และสามารถประยุกต์การร่วมมือกันปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยตามความ

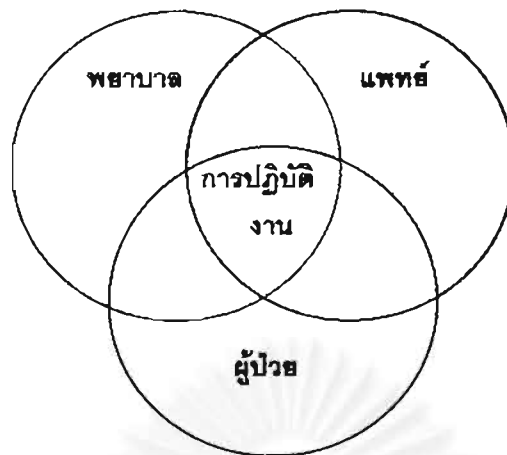
เหมาะสมคือ

1. นำไปใช้ในการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพมากขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่าย
2. นำไปพัฒนาและเผยแพร่ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนางานวิจัยเพื่อหาแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานอันเป็นประโยชน์ต่อนโยบายการดูแลสุขภาพในอนาคต
4. นำข้อมูลมาพัฒนาการบริการพยาบาล
5. พยาบาลได้แสดงบทบาทผู้นำในทีมสุขภาพ และเพื่อเตรียมผู้นำทางการพยาบาลในอนาคต เพราะการบริการพยาบาลและการศึกษาต่างอาศัยการร่วมมือศึกษาถึงความรู้และทักษะที่ต้องใช้ในอนาคต

### 3.4 ประเด็นความร่วมมือของพยาบาล

การปฏิบัติงานเป็นทีมมีโอกาสมีความคิดเห็น เกิดความเข้าใจกัน และมีทัศนคติไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับความร่วมมือตามมาได้ ส่วนใหญ่จะพบปัญหาความร่วมมือของ พยาบาลกับแพทย์, พยาบาลกับผู้บริหาร, พยาบาลกับพยาบาล, พยาบาลกับบุคลากรได้ บังคับบัญชา และพยาบาลกับบุคลากรฝ่ายอื่น

บุคลากรที่พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องร่วมมือมากที่สุดในการปฏิบัติงาน คือ แพทย์ ดังนั้น ไวทท์และคณะ (Vogt et al., 1983) ได้เสนอรูปแบบความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยดังแผนภาพนี้



แผนภาพที่ 2 รูปแบบความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ (Vogt, 1983)

จากรูปแบบแสดงความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ ความรู้และทักษะความสามารถเชิงวิชาชีพของทั้งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โวกท์ และคณะ (Vogt et. al, 1983 อ้างใน เสาวลักษณ์ พัวพัฒน์กุล, 2534) ปัญหาที่เกิดจากความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ เกิดจากความขัดแย้งในเรื่องอำนาจหน้าที่ที่จะทำสิ่งต่าง ๆ และแนวทางในการแก้ไข คือ

1. การตัดสินใจวิจัยเรื่องในคลินิก ปัญหาความขัดแย้งในเรื่องนี้เนื่องมาจากการฝึกอบรม และประสบการณ์ที่เป็นรูปแบบเฉพาะวิชาชีพ พยาบาลควรเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลุ่มบุคลากรที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยทางคลินิก และใช้ในการวินิจฉัยในขอบเขตความเชี่ยวชาญเฉพาะวิชาชีพ แนวทางในการทำงานร่วมกันเพื่อลดปัญหาคือ

1.1 กำหนดรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในรูปของคณะกรรมการความร่วมมือ

1.3 ร่วมกันประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโดยยึดถือมาตรฐานที่พัฒนาโดยพยาบาลและแพทย์

1.4 แพทย์ควรยอมรับการวินิจฉัยการปฏิบัติงานในคลินิคมตามมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาล และใช้ระบบการขอคำปรึกษาระหว่างวิชาชีพ

1.5 พยาบาลสามารถตัดสินใจที่จะเริ่ม หรือหยุดบำบัดรักษา ได้ตามข้อตกลง และมาตรฐานที่กำหนดร่วมกัน

2. การใช้เทคโนโลยี พยาบาลควรเป็นผู้ที่ริเริ่มใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือพิเศษใด ๆ หรือบริการใด ๆ ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- 2.1 หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilators) กับผู้ป่วย
- 2.2 ปรีกษาหรือในเรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย
- 2.3 ตรวจวัดการทำงานของหัวใจด้วยเครื่องตรวจแบบไร้สาย
- 2.4 ย้ายผู้ป่วยไปแผนกผู้ป่วยหนักได้เมื่อมีความจำเป็น

3. การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการสั่งการพยาบาล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

3.1 การปฏิบัติการพยาบาลตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ และการสั่งการพยาบาลควรได้รับการยอมรับร่วมกันว่าเป็นความชอบธรรม และเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาล

3.2 แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลยอมรับว่า คำสั่งการพยาบาลเป็นหนึ่งในแผนการรักษาพยาบาล

4. การเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ให้การดูแลทั้งหมด พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงควรเป็นผู้ที่มีอำนาจในการเป็นผู้ประสานการดูแลและให้การสนับสนุนใด ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 4.1 นำมโนทัศน์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) มาใช้
- 4.2 จัดตั้งคณะกรรมการและกลุ่มสนับสนุนระหว่างวิชาชีพขึ้นเพื่อแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ
- 4.3 พยาบาลต้องมีอำนาจหน้าที่อย่างเพียงพอในสถานบริการของตนเพื่อที่จะวินิจฉัยสั่งการ และใช้เทคโนโลยีตามความเหมาะสมในการปฏิบัติวิชาชีพ

### 3.5 แนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์

เป็นเวลากว่าสองทศวรรษมาแล้วที่บทบาทตามความคาดหวังของสังคมของพยาบาลและแพทย์ถูกกำหนดและปรับเปลี่ยนไปตามระบบการศึกษา การกำหนดบทบาทแบ่งการทำงานตามลำดับชั้นโดยที่แพทย์อยู่เหนือวิชาชีพอื่นพยาบาลได้รับการสอนให้สงบปากสงบคำ (Passive) จนกระทั่งเริ่มมีการกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการรักษาผลประโยชน์ ปกป้องสิทธิของผู้ป่วย จึงต้องแสดงบทบาทอย่างเปิดเผยให้เห็นได้ชัดเจน มีการแสดงการยอมรับซึ่งกันและกัน การปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับแพทย์ในปัจจุบันปรับเปลี่ยนไป เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น การตระหนักถึงกลุ่มผู้รับบริการ และคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ทำ

ให้พยาบาลในปัจจุบันมีคุณลักษณะที่เป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ มีพฤติกรรมกล้าแสดงออก และมีความรับผิดชอบมากขึ้น (Jones, 1994)

3.5.1 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์โดย National Joint Practice Commission (NJPC, 1981 cited in Jones, 1994)

NJPC ซึ่งเป็นองค์การที่จัดตั้งในปี 1981 โดยสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA) และสมาคมแพทย์แห่งอเมริกา (AMA) ที่ตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลกับในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ได้กล่าวถึงการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติงานในองค์การร่วมกันตั้งคณะกรรมการซึ่งมีสมาชิกทั้งแพทย์และพยาบาลจำนวนเท่า ๆ กัน เสนอแนวทาง 5 แนวทางเพื่อพัฒนาความร่วมมือกันของพยาบาลกับแพทย์คือ

1. มีคณะกรรมการร่วมในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับแพทย์ โดยคณะกรรมการจะมีจำนวนพยาบาลกับแพทย์จำนวนเท่า ๆ กัน เป็นผู้ติดตาม และเสนอแนะกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนสัมพันธภาพ คณะกรรมการจะกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้เกิดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน

2. การปฏิบัติกรพยาบาลใช้รูปแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ลักษณะการทำงานนั้นจะเป็นการทำงานร่วมกันของพยาบาลเจ้าของไข้ และแพทย์เจ้าของไข้

3. กระตุ้นให้พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิก การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลจะอยู่ภายใต้ขอบเขตของการพยาบาล และอาจจะใช้ความร่วมมือกันของผู้ให้คำปรึกษาทั้งจากแพทย์ และพยาบาล การตัดสินใจที่เป็นอิสระจะขึ้นอยู่กับนโยบาย และมาตรฐานของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ว่า พยาบาลและแพทย์มีกิจกรรมอย่างไร

4. การประยุกต์การลงบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมเอกสารอย่างเป็นระบบโดยการเก็บจากผลการบันทึกที่ได้จากทั้งแพทย์และพยาบาล การบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีความสำคัญอย่างยิ่งต่องานในส่วนนี้ การรวบรวมเอกสารนั้นอาจจะถูกกำหนดภายใต้การตกลงร่วมกัน มีการบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางแพทย์เพื่อช่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลที่จะเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นถึงการปฏิบัติงานร่วมกัน

5. ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงาน ตกลงร่วมกัน และลงบันทึก จะเป็นการรับรองผลการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระทั้งพยาบาลและแพทย์ เพื่อแสดงให้เห็นว่า มีการดูแลผู้ป่วยของทั้งสองฝ่าย จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์รวมถึงการมีโอกาสในการให้ความรู้ และการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

แนวทางทั้ง 5 แนวทางที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการทำงานร่วมกัน หรือการปฏิบัติงานเพื่อความร่วมมือ ซึ่งมีการรายงานของ คูร์เนอร์ และ อาร์มสตรอง (Koerner & Armstrong, 1986) เรื่องการนำหลักการปฏิบัติงานเพื่อความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของ NJPC ทั้ง 5 แนวทางไปใช้ที่โรงพยาบาลฮาร์ตฟอร์ด (Hartford Hospital) เนื่องจากพบว่าพยาบาลมีโอกาสน้อยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ โครงการการสร้างความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ จึงได้รับการสนับสนุน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้พยาบาลและแพทย์มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติวิชาชีพร่วมกัน และเกิดความร่วมมือมากขึ้น ก่อนที่จะนำระบบความร่วมมือของ NJPC ไปใช้ ก็มีการเตรียมพยาบาลในแผนกที่จะเข้าร่วมโครงการในเรื่องทฤษฎีและโมเดลศัลยกรรมทางพยาบาล รวมทั้งทักษะทางคลินิกที่จะส่งเสริมการทำงานทั้ง 5 แนวทางดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่เป็นวิชาชีพให้แก่พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พยาบาลและแพทย์จะได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้ร่วมรับรู้เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ หลักการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การเตรียมผู้ปฏิบัติงานทั้งพยาบาลและแพทย์ มีการแต่งตั้งผู้ประสานงาน และประเมินผลโครงการ โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารของทั้งสองฝ่าย มีการร่วมกันกำหนดขอบเขตหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ และร่วมกันประชุมปรึกษานโยบายหรือระหว่างปฏิบัติงานของทุกฝ่าย เมื่อการดำเนินการทดลองมีการวัดทัศนคติวัดพยาบาลและแพทย์ก่อนและหลังการทดลอง แพทย์รายงานว่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพแยกจากบทบาทของพยาบาลเทคนิคอย่างชัดเจน ขณะปฏิบัติงานปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับแพทย์เป็นความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพมากขึ้น แพทย์รับรู้พฤติกรรม กิจกรรมการทำงานของพยาบาลมากขึ้นในด้านการประเมินปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วย การให้สุขศึกษา การแนะนำสถานบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็น อีกทั้งการให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลปฏิบัติงานโดยมีเอกสิทธิ์ โอกาสใช้ความรู้ ทักษะมากขึ้นในการตัดสินใจ วินิจฉัย และปฏิบัติงานสัมพันธ์กับการประเมินปัญหาผู้ป่วยของแพทย์

ริทเทอร์ (Ritter, 1983) กล่าวถึงปัจจัยด้านความพร้อมขององค์การเพื่อให้เกิดความร่วมมือ องค์ประกอบที่จำเป็นมีดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติงานร่วมกันนั้นทั้งพยาบาลและแพทย์สามารถปฏิบัติร่วมกันยอมรับซึ่งกันและกันตามขอบเขตวิชาชีพ ทั้งด้านการรับรู้เป้าหมายร่วม และความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคลหรือไม่



2. การบริหารของโรงพยาบาลได้ตกลงที่จะร่วมมือกันในการปฏิบัติ และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือไม่ องค์การมีการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันหรือไม่

3. บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะในการปฏิบัติทางคลินิกหรือไม่

4. บุคลากรทางการแพทย์มีการสื่อสาร และให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ และยอมรับสัมพันธ์ภาพในฐานะเพื่อนร่วมงานของโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติทางคลินิกหรือไม่

5. ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทำให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างพึงพอใจหรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวกำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์โดยใช้แนวทางความร่วมมือของ NJPC มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ พบว่าคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้วิจัยคาดว่าในอนาคตองค์การแพทย์และพยาบาลในประเทศไทยควรมีการตกลงร่วมกันเพื่อนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือให้เกิดขึ้นในหน่วยงานดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำแนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของ NJPC มาเป็นแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดนี้ต้องเป็นนโยบายร่วมกันขององค์การแพทย์ และองค์การพยาบาลให้มีการจัดโครงการขึ้นในโรงพยาบาล มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการปฏิบัติงานร่วมกัน การศึกษาจากแนวคิดนี้ควรเป็นรูปแบบการทดลองจัดระบบการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล จึงไม่เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### 3.5.2 แนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์โดยสมาคม

พยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980)

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (America Nurse Association, 1980) ให้ความหมายความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ คือ การปฏิบัติงานร่วมกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเห็นคุณค่าและเคารพในอำนาจซึ่งกันและกัน ยอมรับตามบทบาทและขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สร้างบรรยากาศในการทำงาน การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย แสดงความรับผิดชอบต่อภาระกิจกรรมร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ที่ตนเองต้องการ และกำหนดมโนทัศน์ย่อยของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์เป็น 4 ด้านคือ 1) ความมีความร่วมมืออำนาจร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน

3) การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และ 4) การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน (ANA, 1980) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การมีควบคุมอำนาจร่วมกัน (Mutual power-control)

การมีอำนาจควบคุมร่วมกัน คือ การที่พยาบาลและแพทย์ซึ่งต่างรับรู้คุณค่ากันและกัน และรับรู้ว่ามีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น มีอำนาจการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดการดูแลรักษาพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารโดยคำนึงถึงเนื้อหาของข่าวสาร สัมพันธภาพที่พร้อมที่จะเข้าใจและยอมรับแนวคิดของอีกฝ่าย และข้อตกลงในการให้โอกาส เวลาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเดิมมีความสัมพันธ์ไม่ชัดเจนในการทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นเพราะพยาบาลอยู่ในภาวะใช้อำนาจอำนาจในที่นี้เป็นความสามารถที่จะชักจูง กระทำการที่มีอิทธิพลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้อื่น เพื่อให้งานที่ตนความรับผิดชอบสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความมีอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นดังที่ บราวน์ (Brown, 1980 อ้างใน เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล, 2534) ได้กล่าวไว้ว่า อำนาจมีอิทธิพลโดยตรงกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพที่พบเสมอในทีมสุขภาพเป็นความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพพยาบาลและแพทย์ โวกท์ และคณะ (Vogt et al, 1983) กล่าวว่า เป็นเพราะพยาบาลไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์อย่างเท่าเทียม ทั้งพยาบาลเองก็ยอมรับว่าตนเองมีสถานภาพที่ด้อยกว่าแพทย์ พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าตนเองเป็นผู้ไร้อำนาจ และเป็นเป้าหมายการใช้อำนาจของผู้อื่น ความเชื่อเช่นนี้ นำไปสู่ความสัมพันธ์แบบผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า คือ แพทย์ ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (Ashley, 1973; Bowman and Culpepper, 1974 อ้างใน เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล, 2534) ผลที่เกิดขึ้นก็คือพยาบาลถูกตัดออกไปจากการตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ ในการดูแลสุขภาพ จากแนวความคิดที่เป็นลบเช่นนี้ทำให้พยาบาลต้องพึ่งพาวิชาชีพอื่น ต้องสูญเสียอำนาจ และเอกลักษณ์ของตนไป

จากการศึกษาของฟิจเจอร์ และสมิทท์ (Feiger and Schmitt, 1974) ที่ศึกษาถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับแพทย์ มีลักษณะความสัมพันธ์แบบดั้งเดิม แบบผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา แคทซ์แมนและ โรเบิร์ต (Katzman and Roberts, 1988) ได้ศึกษาถึง

การรับรู้ของพยาบาลในรูปแบบบทบาทการให้การพยาบาลตามสถานการณ์ พบว่าการตัดสินใจของพยาบาลมีความสำคัญน้อยกว่าการตัดสินใจของแพทย์ การศึกษาของ Tellis-Nayak & Tellis-Nayak (1984) จากการสังเกตการณ์สนทนาระหว่างพยาบาลและแพทย์ เรื่องการใช้เวลา การสื่อสารอย่างมีแบบแผน ถูกกาลเทศะ การใช้อัจฉริยะภาษา และการแสดงออกพบว่าคุณค่าความจริงใจในการควบคุมอำนาจร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเวส (Weiss, 1985) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอำนาจ อิทธิพลที่มีผลต่อการสนทนาอภิปรายการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างพยาบาล แพทย์ และผู้ป่วย พบว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยในการแสดงความร่วมมือ การสนทนาดำเนินไปแบบดั้งเดิม ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หรือยอมรับในพลังอำนาจต่อผู้ที่มีอำนาจสูงกว่าซึ่ง คือ แพทย์

จากการศึกษาประวัติอาชีพพยาบาลก้าวขึ้นสู่ความเป็นเอกสิทธิ์ในวิชาชีพค่อนข้างช้ามากหากมองย้อนหลังกลับไปสู่อดีต พยาบาลทำงานอยู่ภายใต้การควบคุมของนักบวช ซึ่งทำหน้าที่เป็นแพทย์ พยาบาลถูกอบรมให้เป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน เชื่อฟัง เสียสละ และทำงานทุกอย่างตามคำสั่ง ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครอง ทำให้พยาบาลต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาโดยเคร่งครัด และไม่มีส่วนในการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแต่อย่างใด พยาบาลที่ดีในยุคนั้นคือพยาบาลที่อยู่ในฐานะผู้ช่วยแพทย์ รับคำสั่งแพทย์ และทำตามคำสั่งให้ครบถ้วน (ศิริพร ดันติพุลวินัย, 2538)

ด้วยกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 ทำให้องค์กรพยาบาลต้องพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ให้มีการกระจายอำนาจแก่บุคลากรพยาบาล มีการทำงานเป็นทีม เพื่อสนองความต้องการและความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน จึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถ มีอำนาจในการตัดสินใจ สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง (สุมาลี จักรไพศาล, 2541) ความคาดหวังของผู้ป่วยในปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยต้องการเห็นภาพลักษณ์ของพยาบาลที่ต้องพัฒนาตนเองอย่างมากโดยเฉพาะความรู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคง มีสิทธิ มีอำนาจในการจัดการกับงานของตนเองได้ ซึ่งศิริพร ดันติพุลวินัย (2538) กล่าวว่า ความพยายามที่จะก้าวไปสู่ภาพลักษณ์ใหม่ของวิชาชีพพยาบาลนั้น พยาบาลส่วนใหญ่จะต้องเผชิญกับปัญหามากมายหลายประการ โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลมีความรู้มากขึ้น สามารถจัดการกับงานของตนเองได้ กล้าพูด กล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สังคมมักจะมองพยาบาลเหล่านี้ว่าไม่มีความเป็นกุลสตรี ก้าวร้าว ทำให้พยาบาลหลายคนที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง ไม่กล้ายืนหยัดขึ้นกับสิ่งที่ตนเองคิดว่าถูกต้อง และเพื่อจะให้สังคมยอมรับในความเป็นกุลสตรีของตน พยาบาลเหล่านี้ยังคงสภาพของพยาบาล

ที่ต้องพึ่งพาคนอื่น รับผิดชอบต่อคำสั่งและทำตามความต้องการของผู้อื่นอยู่ต่อไป การทำงานในลักษณะเช่นนี้ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่ภูมิใจในงานที่ทำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีอำนาจแม้แต่จะจัดการกับงานของตนเอง อุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจที่จะทำงานของตนเองอย่างเป็นอิสระได้เพราะพยาบาลส่วนใหญ่ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า (Low self-esteem) เมื่อเทียบกับสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพ ทำให้พยาบาลไม่กล้ายืนหยัดขึ้นทำงานในสิ่งที่ตนเองรู้ และเห็นว่าเหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง จึงเห็นว่าพยาบาลที่ได้รับการศึกษาอย่างดียังคงทำงานตามคำสั่งมากกว่าที่จะสร้างงานขึ้นมาเอง หรือจัดการกับงานของตนเองอย่างเป็นอิสระ เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะทำงานของตนเองอย่างอิสระ เพราะไม่กล้าตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะว่าการมีอำนาจในการตัดสินใจนั้นหมายถึง การที่ต้องรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตัดสินใจนั้นด้วย (Kelly, 1978) พยาบาลหลายคนไม่แน่ใจว่าหากตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเองแล้วจะต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง จึงไม่กล้าเสี่ยง มีผลทำให้ไม่อยากเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน และคิดว่าเพื่อไม่ให้งานต้องมีปัญหายุ่งยาก ทำงานตามคำสั่งให้ครบถ้วนก็คงจะเพียงพอแล้ว สะดวกสบายกว่าต้องมาคิดเอง ทำเอง และต้องเสี่ยงต่อความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองตัดสินใจลงไป

หากพยาบาลสามารถมองงานที่ทำอยู่ให้ครบถ้วนแบบองค์รวมแล้วจะเห็นว่าพยาบาลมีอำนาจอย่างมากภายใต้จะจัดการกับงานของตนเองได้อย่างเป็นอิสระ พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพเพียงกลุ่มเดียวที่ทำงานอยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เป็นผู้รู้เรื่องปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี พยาบาลได้ชื่อว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล (Care specialist) และงานการดูแล (Care) ซึ่งอำนาจทางการพยาบาลช่วยให้มีความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นเนื่องมาจาก ความมั่นใจในอำนาจความเชี่ยวชาญของตน เฟรนช์ และ ราเวน (French and Raven, 1960) ได้กล่าวว่าอำนาจความเชี่ยวชาญเป็นอำนาจที่เกิดจากความรู้ ความสามารถ หรือทักษะบางอย่างที่บุคคลมีอยู่ และเป็นที่เชื่อถือของบุคคลอื่น อำนาจนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาที่ผู้อื่นไม่มี หรือมีน้อย แต่จะลดลงหรือหมดไปเมื่อผู้อื่นมีความรู้ความเชี่ยวชาญมากขึ้นจนใกล้เคียงกัน ทำให้พยาบาลสามารถร่วมงานกับแพทย์ได้อย่างเป็นตัวของตัวเอง (Knaus cited in Garant, 1981) สอดคล้องกับสไตน์ (Stein, 1990 cited in Baggs, 1994) ซึ่งกล่าวว่าพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาลากหลายขึ้นสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ส่งเสริมความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ที่ทั้งพยาบาลและแพทย์ต่างต้องเป็นผู้ที่มีความเป็นอิสระต่อกันอย่างแท้จริง เกิดความร่วมมือกัน และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม หากพยาบาล

สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเด่นชัด แล้วนำปัญหาเหล่านั้นมาวางแผนงานด้านการดูแล ร่วมกับการรักษาของแพทย์ ให้เป็นรูปธรรมอย่างมีคุณค่า อำนาจในการทำงานก็จะเกิดขึ้น และพยาบาลจะสามารถทำงานร่วมกับแพทย์ในฐานะเพื่อนร่วมงาน ส่วนพยาบาลที่ได้รับการศึกษาอย่างดี มีทักษะในการทำงานสูงมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและจัดการกับงานของตนเอง บุคคลที่มีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทันสมัย ครบถ้วน จะสามารถตัดสินใจดำเนินการได้ถูกต้องกว่า ทันต่อเหตุการณ์ มีอำนาจในการต่อรองได้มากกว่านั่นคือ ความมีอำนาจในการตัดสินใจ (Larsen, 1984; Hoelzel, 1989; Ivancevich & Matteson, 1990 อ้างใน จงกลณี ศรีจักรโคตร, 2539) ซึ่งกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสร้างความเป็นตัวเอง และการหาจุดที่ตนเองสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งชูทซ์ (Schutz, ม.ป.ป. อ้างใน อำไพ นิยาบ, 2538) ได้กล่าวว่าคนเราสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความต้องการที่จะให้บุคคลอื่นยอมรับเป็นส่วนหนึ่งในสังคม (Inclusion) ความต้องการที่จะได้รับความรักและความรู้สึกจากผู้อื่น (Affection) และต้องการที่จะมีอิทธิพลอำนาจบางอย่างเหนือผู้อื่น (Control)

เกรย์ (Gray, 1989 cited in Coeling & Wilcox, 1994) กล่าวว่าความร่วมมือจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารของทั้งสองฝ่าย โดยทั้งสองฝ่ายต่างก็ให้ความสำคัญต่อเนื้อหาสาระที่สำคัญของการสื่อสารนั้น สัมพันธภาพที่พร้อมจะเข้าใจและยอมรับแนวคิดของอีกฝ่ายและเวลาที่เหมาะสมที่ใช้ในกระบวนการติดต่อสื่อสาร โดยตกลงร่วมกันในการให้เวลากับการสนทนาแต่ละครั้ง สอดคล้องกับวัทซลาวิก บีฟวิน และแจ๊คสัน (Watzlawick Beavin & Jackson, 1967) ที่กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารของบุคคลเน้นที่รูปแบบพฤติกรรมการสื่อสารระหว่างกัน การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือมีลักษณะที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกัน การเจรจาต่อรองโดยพิจารณาถึงผลที่จะได้รับ และมีการอภิปรายแบบเผชิญหน้ากัน โดยความร่วมมือเป็นแบบของกระบวนการในการสื่อสาร และการสื่อสารจะเกิดขึ้นเสมอเมื่อบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน ความสามารถที่จะเข้าถึงและนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลประสบความสำเร็จได้ จะต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพในการจัดการปัญหา หรือความขัดแย้ง ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานดีขึ้น และเกิดการพัฒนาก่อสร้างความร่วมมือมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการควบคุมอำนาจร่วมกัน เพื่อการตัดสินใจร่วมกัน โดยอาศัยการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในครอบครองของแต่ละฝ่ายนำมาสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดในการติดต่อสื่อสาร

เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ THE PRAGMATIC PERSPECTIVE (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967)

Watzlawick, Beavin & Jackson (1967) ที่นำเสนอแนวคิดในการติดต่อสื่อสารที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นที่รูปแบบของพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งบุคคลมีความสัมพันธ์กันในช่วงเวลาหนึ่ง แนวคิดนี้กล่าวถึงการแสดงออกของบุคคล เช่น การสั่งการ การเรียกร้อง การกล่าวแสดงออก หรือการตั้งคำถาม และยังรวมถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสาร ซึ่งก่อประโยชน์ 2 ด้านคือ การได้สาระของข่าวสาร และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารนั้น กล่าวคือข่าวสารนั้นได้มาอย่างไร ผู้ส่งสารมีทัศนคติของความสัมพันธ์อย่างไรต่อผู้รับสาร (เหนือกว่า, เท่าเทียม หรือด้อยกว่า) และผู้ส่งสารเจตนาที่จะยืนยันรับรองข่าวสาร ซึ่งในการควบคุมอำนาจร่วมกันรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์จะมีบทบาทมากกว่า เนื้อหาสาระของข่าวสาร ในมิติการติดต่อสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์จะประกอบด้วยพฤติกรรม 4 รูปแบบคือ

1. การไม่ยืนยันข่าวสาร (Disconfirmation) เกิดจากการเพิกเฉย และข้อจำกัดของผู้ส่งสาร ตามที่สไตน์ (Stein, 1967) อธิบายไว้ว่าเมื่อพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ แต่พยาบาลไม่ตระหนักเลยว่าตนเองปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ร่วมงานกับแพทย์ เป็นลักษณะของการไม่ยืนยันในข่าวสาร แต่จากการศึกษาของ เคนเนดี และการ์วิน (Kennedy & Garvin, 1988) พบว่าพยาบาลและแพทย์มีพฤติกรรมการยืนยันข่าวสารในการมีปฏิสัมพันธ์กันถึงร้อยละ 87

2. ความก้าวร้าว (Aggression) คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ประสงค์จะทำลายบุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ความก้าวร้าวที่แสดงออกทางการกระทำและคำพูด และความก้าวร้าวที่ปรากฏในความคิด ความรู้สึก อารมณ์และจินตนาการ (พรวณพิมล หล่อตระกูล, 2539) พยาบาลมักกล่าวว่าแพทย์มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่อพยาบาล ยูโดฟสกีร์ (Yudofsky et al., 1986) ศึกษาพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความก้าวร้าวทางคำพูด เช่นการส่งเสียงดัง และการตะโกนด้วยความโกรธ พุดจาตุถูกผู้อื่นสบประมาทผู้อื่นเช่น "คุณเป็นคนโง่" พุดจาไม่สุภาพ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกผิด สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงานลดลง หรืออาจส่งทำให้พยาบาลขาดงานบ่อย มีอาการเบื่อหน่ายในงาน และอาจถึงขั้นลาออกได้

3. การยืนยันหรือรับรองข่าวสาร (Affirmation) เป็นรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบเปิด โดยยอมรับ ตระหนัก และมีการลงนามรับรองข่าวสารนั้น และยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สอดคล้องกับนอร์ตัน (Norton, 1983) ที่อธิบายว่าเป็นสื่อสารที่ไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มีความเป็นมิตรและแสดงถึงความใส่ใจกัน สอดคล้องกับเพรสคอต และ บาวเวิน (Prescott & Bowen, 1985) พบว่าพยาบาลมีสัมพันธภาพกับแพทย์มากที่สุดในด้านความเปิดเผย และมีความเป็นมิตร และเจบริน (Jablin, 1979 cited in Coeling & Wilcox, 1994) กล่าวว่า เป็นรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบเปิด โดยการรับรู้ร่วมกันว่าฝ่ายผู้รับฟังมีความเต็มใจ และยอมรับฟังในข่าวสารนั้น ๆ และพยายามระงับการแสดงออกที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์อันดีต่อกัน จากการศึกษาต่อมาพบว่าลักษณะของการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์จะมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบเปิดเผยมากยิ่งขึ้น (Coeling & Wilcox, 1994)

4. การร่วมมือกัน (Collaboration) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่สมบูรณ์แบบที่สุด คือ มีพฤติกรรมสื่อสารแบบความร่วมมือ ที่บุคคลจะนำเสนอความคิดเห็น และปกป้องตนเองตามฐานะของบุคคลนั้นเมื่อเกิดความไม่เห็นด้วยกับบุคคลอื่น โดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน (Back-and-forth exchanges of ideas) หรืออาจเรียกว่ารูปแบบการโต้แย้งโดยการให้เหตุผล การอภิปราย ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล 2 คนขึ้นไปมีการให้ และรับข่าวสาร พูดคุย อภิปรายร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อตกลง มักจะมองว่าการโต้แย้งจะเป็นเหตุที่ส่งผลทางลบต่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่ง Gordon & Infante (1991) กล่าวว่า การโต้แย้งอาจแปลความถึงการให้พลังความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยมีแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับสิทธิของบุคคลในการแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างมีอิสระ ซึ่งจะส่งผลต่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบการสื่อสารที่เป็นรูปแบบของความร่วมมือ คือ การแลกเปลี่ยนมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมาย และการแสดงความรับผิดชอบ มีการทำงานที่อาศัยการร่วมมือ ประสานความร่วมมือกัน หรือมีการติดต่อสื่อสารแบบเปิด (Baggs & Schmitt, 1990) สอดคล้องกับ (Gordon & Infante, 1991) ให้นิยามว่า เป็นการโต้แย้ง และการมีอิสระในการพูดการแสดงความคิดเห็น เป็นการอภิปรายอย่างเปิดกว้างระหว่างพยาบาลกับแพทย์ แสดงความคิดเห็นเมื่ออีกฝ่ายลังเลสงสัยเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน การรับฟัง และให้ข้อมูลของทั้งสองฝ่าย มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และมีการเจรจาต่อรอง และจากผลการวิจัยของกอร์ดอน และอินฟานเต ได้เสนอแนะว่ารูปแบบของการติดต่อสื่อสารในองค์การที่เหมาะสมที่สุด คือ การมีส่วนร่วมที่พอเหมาะของการยืนยันรับรองข่าวสาร และการเปิดกว้างในการโต้แย้ง

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ การสื่อสารจะสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับทัศนคติเสมอ และทัศนคตินั้นจะเป็นพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ในลักษณะต่าง ๆ เช่น การสร้างอำนาจเหนือผู้อื่น ความร่วมมือและปฏิริยาต่าง ๆ (อุตมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540) ควรเป็นการติดต่อแบบสองทาง คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลข่าวสารได้มีโอกาสส่งข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องสมบูรณ์จะสนับสนุนการตัดสินใจ ยังมีข้อมูลมากการตัดสินใจก็ยังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นที่มาของอำนาจ บุคคลที่มีข้อมูลข่าวสารจากการติดต่อสื่อสารมากจึงเป็นผู้มีอำนาจ ดังนั้นพยาบาลและแพทย์ควรมีการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความร่วมมือกัน คือ การร่วมกันสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูลของแต่ละบุคคลมีอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย รวมทั้งการมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำ แนวคิดการติดต่อสื่อสารเป็นแนวคิดสำคัญในการศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันในครั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสำคัญต่อเนื้อหาสาระที่สำคัญของการติดต่อสื่อสารนั้น การแสดงสัมพันธ์ภาพที่พร้อมจะเข้าใจ และยอมรับแนวคิดของอีกฝ่ายประกอบด้วย โอกาส และเวลาที่เหมาะสมที่ใช้ในกระบวนการการติดต่อสื่อสาร

## 2. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (Separate and combined practice spheres)

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพเชิงบริการ (Service-oriented) จึงต้องมีการปฏิบัติโดยตรงกับผู้รับบริการ การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจะต้องปรากฏตามแนวทางแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ มีสิทธิอันชอบธรรมในการสั่งการพยาบาล (Nursing prescription) ในรูปของคำสั่งการพยาบาล (Nursing orders) เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติด้วยตนเองนั้น เป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติวิชาชีพ (Professional accountability) ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะต้องมีผลมาจากความมีอำนาจเชิงความเชี่ยวชาญ (Expert power) ที่แสดงความมีอำนาจในการปฏิบัติ (Authority) ให้ปรากฏได้ ดังนั้นการปฏิบัติในวิชาชีพการพยาบาลจึงต้องมีรูปแบบของตนเองที่มีคือ กระบวนการพยาบาล ในทุกสาขาเฉพาะทางการพยาบาล ซึ่งจะต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดศาสตร์การพยาบาลเป็นพื้นฐาน

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) ให้นิยามการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกตามขอบเขตของวิชาชีพ หมายถึง การที่พยาบาลและแพทย์มีการแบ่งแยก



ขอบเขตการปฏิบัติงาน แสดงตามบทบาทหน้าที่ในขอบเขตวิชาชีพของตนถูกต้องตามกฎหมาย วิชาชีพในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาล และแพทย์ต้องมีส่วนร่วมกันรับผิดชอบการทำงาน ร่วมกัน แลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงาน การวางแผนการรักษาในผู้ป่วย ซึ่งต้องปฏิบัติบน พื้นฐานของความเป็นอิสระ การปฏิบัติอย่างมีอิสระของพยาบาล เช่น การกำหนดข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล และการบำบัดเร่งด่วนให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานที่เป็นอิสระของแพทย์ เช่น การผ่าตัด การบำบัดทางจิตเวช หรือการสั่งการรักษาด้วยยา

ริทเทอร์ (Ritter, 1981 cited in Jones, 1994) กล่าวว่าบทบาทของ แพทย์ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค และการบำบัดรักษาผู้ป่วย กล่าวคือเป็นกระบวนการรักษา ส่วน บทบาทของพยาบาลได้แก่ การให้การช่วยเหลือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และ การแนะนำในการดูแลสุขภาพ กล่าวคือเป็นกระบวนการดูแล แต่พบว่าในบางส่วนของกาปฏิบัติ งานของพยาบาลนั้น จะมีความคาบเกี่ยวการทำงานตามคำสั่งของแพทย์ด้วย พยาบาลต้องร่วม รับผิดชอบในตัวผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เสมอ การศึกษาของ Jones (1994) พบว่าพยาบาลแสดงออก ว่ามีความรับผิดชอบน้อยกว่าแพทย์มาก และการปฏิบัติของพยาบาลต้องพึ่งพา ขึ้นอยู่กับการทำ ตามคำสั่งแพทย์ทั้งหมด Katzman & Roverts (1988) พบว่าพยาบาลรับรู้ว่าเป็นอิสระไม่ตระหนัก หรือเห็นว่าพยาบาลยังมีส่วนของการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระ อีกทั้งพยาบาลไม่สามารถสื่อสารให้ แพทย์รับรู้ถึงขอบเขตการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระได้ และการศึกษาของมันนิก (Monnig, 1983 cited in Jones, 1994) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติและแพทย์ที่รับรู้ตรงกันในการ ปฏิบัติงานตามบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาล ได้แก่ การแนะนำผู้ป่วยและญาติ การค้นหา ประวัติทางสุขภาพ การระบุความต้องการของผู้ป่วย แต่แพทย์ไม่คาดหวังว่าพยาบาลจะมี บทบาทที่เป็นอิสระในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ การศึกษาของ Weiss (1983) พบว่าไม่มีลักษณะงานของพยาบาลที่จะสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ แต่มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ร้อยละ 82 ที่มีความคาบเกี่ยวหรือต้องปฏิบัติร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

เดวิดสัน และลูเวอร์ (Davidson & Lauver, 1984) ศึกษาขอบเขตหน้าที่ ที่อิสระ และการร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย พบว่าพยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมในการให้ ความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิตสังคมซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของพยาบาล ส่วนแพทย์ จะเป็นผู้ที่ประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยทางด้านร่างกายซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของแพทย์ ทั้งสอง วิชาชีพให้ความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเหมาะสม การ ศึกษานี้ถือว่าเป็นการศึกษาเดียวที่พบว่าทั้งพยาบาลและแพทย์ต่างมีการรับรู้การปฏิบัติงานที่เป็น อิสระต่อกัน และการปฏิบัติงานที่ต้องทำร่วมกัน

กล่าวได้ว่าการพยาบาลเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีข้อผูกพันกับสังคม ผู้รับบริการ และที่มบุคลลากรทางสุขภาพ ซึ่งมีขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่กว้างขวางและหลากหลาย และไม่สามารถแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้อย่างชัดเจน ประกอบกับการพยาบาลยังมีความแตกต่างในแต่ละสถานการณ์ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลแต่ละคนยังแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและคุณภาพของประสบการณ์ กองการพยาบาล (2539) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว อันเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่คุณภาพของบริการ ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล จึงได้กำหนดบทบาทหน้าที่ทางการพยาบาลขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2519 ต่อมาได้มีการปรับปรุงเนื้อหาของบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบดังกล่าวอีก 2 ครั้งในปี พ.ศ.2527 และ พ.ศ.2530 ตามลำดับ โดยเพิ่มบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบตามพื้นที่ ที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จากการวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพพยาบาลที่ดำเนินการมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาลแสดงให้เห็นถึงพันธะ ภาวะจำยอมต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงทุกสภาวะ เช่น บางครั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่แทนแพทย์ ขณะที่แพทย์ไม่อยู่ซึ่งจะพบเห็นบ่อย ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ปัจจุบันยังเห็นบทบาทของพยาบาลที่สามารถใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในขั้นสูง เพื่อการดูแลรักษาและวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาลศูนย์ จนถึงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งจะเห็นว่าขอบเขตการปฏิบัติงานการพยาบาลกว้างขวางและซับซ้อนขึ้นกับลักษณะงานที่พยาบาลรับผิดชอบ ต้องการที่จะเป็นอิสระในการทำงานมากขึ้น ไม่ต้องให้มีผู้ควบคุมกำกับ ซึ่งคนจะทำงานเป็นอิสระได้เช่นนี้จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญในงานที่ทำ ทั้งเชิงวิชาการการปฏิบัติและต้องมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (กองการพยาบาล, 2539)

ตามนโยบายของสภาการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาล (2539) กล่าวว่า การพยาบาลมิได้มีขอบเขตที่สามารถแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้ชัดเจน แต่ขอบเขตจะต้องยืดหยุ่นเพื่อสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน การวางขอบเขตของการพยาบาลจึงต้องกว้างและครอบคลุมความหลากหลายที่พยาบาลปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดขอบเขตของการพยาบาลจากการศึกษากิจกรรมที่พยาบาลให้บริการในโรงพยาบาล

ขอบเขตของการพยาบาล มีดังนี้

1. การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ
2. การเฝ้าระวังและติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการ
3. การจัดวางระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
4. การช่วยเหลือและดูแลผู้รับบริการ
5. การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพและ

พึ่งตนเองได้

6. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์

ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

จะเห็นได้ว่าขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 6 ด้านนี้ จะกระทำ  
ได้สำเร็จต้องอาศัยลักษณะที่เฉพาะของการพยาบาล ต้องอาศัยพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งใน  
ระดับพื้นฐาน และระดับสูง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละระดับสามารถส่งมอบประสบการณ์  
และสมรรถนะของผู้ถ่ายทอดสู่ความเป็นผู้ชำนาญการ และผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล (Scope of Nursing Practice) เป็น  
กิจกรรมที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติให้ผู้ป่วยทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ในปัจจุบันมีผู้ศึกษา  
วิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะมากขึ้น ประกอบกับการใช้ทฤษฎีการพยาบาล  
ทำให้มีความชัดเจนขึ้น แนวคิดสำคัญอย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้  
ปรากฏชัดเจนถึงความเฉพาะ คือ "แนวคิดการดูแล" (Caring concept) อันเป็นสิทธิเฉพาะ  
ของพยาบาล กล่าวคือ พฤติกรรมความช่วยเหลือสนับสนุนทางการพยาบาล การแสดงความร่วมมือ  
รู้สึก การแสดงความสนใจ พฤติกรรมเหล่านี้มีแนวคิดเฉพาะของตนเองที่อธิบายได้ และปฏิบัติ  
ได้อย่างชัดเจน โดยพยาบาลตัดสินใจได้เอง และติดตามผลการปฏิบัติได้เอง

จะเห็นได้ว่าในการปฏิบัติงานโดยการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขต  
การปฏิบัติงานของพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย พยาบาลมีขอบเขตการปฏิบัติการ  
พยาบาลที่กว้าง และหลากหลาย ไม่สามารถแยกจากวิชาชีพอื่นได้อย่างชัดเจน และมีความ  
เฉพาะในวิชาชีพที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ๆ โดยเฉพาะแพทย์ที่ต้องทำงานให้กับผู้ป่วยโดยตรง  
ซึ่งทั้งแพทย์และพยาบาล ต่างต้องมีลักษณะเฉพาะของวิชาชีพที่แยกจากกันได้ และร่วมกัน  
ทำงานในผู้ป่วยคนเดียวกันได้ เช่น แพทย์วินิจฉัยโรค แพทย์มีวิธีการวินิจฉัย มีแผนการรักษา  
เป็นขั้นตอน มีศาสตร์ ทฤษฎีทางการแพทย์ ส่วนพยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถให้บริการ  
พยาบาลตามขอบเขตแห่งกฎหมายได้โดยอิสระ เพราะได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาล

และการผดุงครรภ์แล้ว ซึ่งสามารถสร้างงานการพยาบาลได้โดยอิสระ แต่อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นยังไม่อาจยืนยันได้ชัดเจนนักว่ามีลักษณะและรูปแบบเฉพาะของตนเอง เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกการพยาบาล การรายงานรับเวร-ส่งเวร และการมอบหมายงาน เป็นต้นสิ่งเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้ปฏิบัติกันอย่างสมบูรณ์แล้ว ยังไม่อาจแสดงลักษณะเด่นของพยาบาล ให้ปรากฏชัดได้และพยาบาลเองยังไม่มั่นใจว่าสิ่งเหล่านี้ คือ วิธีปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่พยาบาลทุกคนสามารถใช้ได้อย่างเต็มที่ และสามารถปรับเปลี่ยน สร้างเสริมให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นได้ พยาบาลมีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในงานได้ด้วยตนเอง ควบคุมดูแลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นทั้งพยาบาลและแพทย์ควรมีสื่อสารให้แพทย์รับรู้ถึงขอบเขตการปฏิบัติงานที่เป็นอิสระได้ เช่น การให้ความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิตสังคมซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของพยาบาล ส่วนแพทย์จะเป็นผู้ที่ประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยทางด้านร่างกายซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของแพทย์ แต่ทั้งสองวิชาชีพมีการดูแลรักษาผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องมีปฏิบัติงานร่วมกันเสมอ

### 3. ความเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา (Mutual concerns)

ตามแนวคิดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) ความเอาใจใส่ร่วมกันในแก้ไขปัญหาของพยาบาลกับแพทย์ คือ การนำความรู้ ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพ และแก้ไขปัญหาและกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดความคิดเห็นไม่ตรงกันโดยมีรูปแบบของ พฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) กล่าวคือบุคคลพยายามที่จะให้เป็นไปตามความต้องการ หรือความพอใจของผู้อื่น และพฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) คือ บุคคลพยายามที่จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง สอดคล้องกับ วันเซ็ทเลอร์ (Wonsetler, 1987 cited in Jones, 1994) ซึ่งกล่าวว่าความร่วมมือเป็นการร่วมกันแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทั้งพยาบาลและแพทย์ต่างก็ต้องการเปลี่ยนแปลงตระหนักถึงกันและกัน

ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพที่พบเสมอ ในทีมสุขภาพเป็นความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพพยาบาลและแพทย์ โวกท์ และคณะ (Vogt et al, 1983) กล่าวว่า เป็นเพราะพยาบาลไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์อย่างเท่าเทียม ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (Ashley, 1973; Bowman and Culpepper, 1974 อ้างใน เสาวลักษณ์ พัวพัฒนากุล, 2534) จากการศึกษาของ เครเมอร์และชมาเลนเบิร์ก (Kraner & Schmalenberg, 1976) ความขัดแย้งในวิชาชีพพยาบาลระหว่างบทบาทที่คาดหวังของพยาบาลและแพทย์ มักเกิดจากความคาดหวังในบทบาทที่แตกต่างกัน ฝ่ายหนึ่งมีการรับรู้และปฏิบัติงานตามบทบาทของตนเอง แต่อีกฝ่ายหนึ่งต้องการให้ปฏิบัติงานตามความต้องการและความคาดหวังของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงาน

ตามบทบาทของอีกฝ่ายหนึ่งในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลอาจจะเกิดความขัดแย้งได้เสมอ เนื่องจากพยาบาลและแพทย์มีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยต้อง พึ่งพาซึ่งกันและกัน และพยาบาลเริ่มมีบทบาทมากขึ้น ปฏิบัติตามความรับผิดชอบของวิชาชีพมากขึ้น แต่แพทย์บางคนก็ยังมองพยาบาลว่าเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง คิดว่าการพยาบาลที่ดีคือการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ (Kalisch & Kalisch, 1977 อ้างใน มณฑิกา แก้วทองคำ, 2539) ซึ่งถ้าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระดับที่เหมาะสม จะสามารถนำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนางานให้ดีขึ้น ได้ทำให้เกิดความสามัคคี มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ และปฏิบัติงานร่วมกันได้ดี ส่วนความขัดแย้งที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างบุคคล หรือระหว่างกลุ่มมากขึ้นทำให้สัมพันธภาพของความเป็นมิตรลดลง ขาดความมั่นใจ เกิดความเครียดสูง ทำให้คุณภาพงานลดน้อยลงด้วย

ดังนั้นการจัดการกับความขัดแย้งจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลและแพทย์ จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีจัดการกับความขัดแย้ง และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลดี เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีการปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเกิดความพึงพอใจในการร่วมมือกันทำงานทั้งสองฝ่าย (Sullivan & Decker, 1988)

โทมัส (Thomas, 1978) ได้เสนอรูปแบบของการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่มีพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) คือบุคคลพยายามที่จะให้เป็นไปตามความต้องการ ให้ความร่วมมือแก่ผู้อื่น เพื่อให้ผู้อื่นเกิดความพอใจ
2. พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) คือบุคคลพยายามที่จะเป็นไปตามความต้องการของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความมั่นใจ กล้าแสดงออกถึงความต้องการของตนเองตามสิทธิ เพื่อให้ตนเองเกิดความพึงพอใจ

โดยพฤติกรรมทั้ง 2 ลักษณะนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางอธิบายรูปแบบเฉพาะของการจัดการความขัดแย้งต่าง ๆ ออกเป็น 5 รูปแบบคือ

1. การหลีกเลี่ยง (Avoiding) บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือ และพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมในระดับต่ำ บุคคลจะเลี่ยงหรือถอยออกจากสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การโต้แย้ง ไม่แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดสถานการณ์แพ้-แพ้ แมร์รีเนอร์ โทเมย์ (Marriner-Tomey, 1992) ได้กล่าวว่า การใช้วิธีการนี้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ฝ่ายหนึ่งมีอำนาจ ประเด็นปัญหาไม่สำคัญ ฝ่ายหนึ่งต้องการลดความกดดัน แต่ในการ

ทำงานของพยาบาล และแพทย์ ในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการปรึกษาหารือกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ในการจัดการดูแลให้ผู้ป่วย หากทั้งสองฝ่ายใช้วิธีการหลีกเลี่ยงไม่สนใจปรึกษาหารือ หรือไม่ร่วมมือในการปฏิบัติงานใด ๆ อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย

2. การแข่งขัน (Competing) การจัดการปัญหาด้วยวิธีการนี้บุคคลจะแสดงออกถึงพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกสูง และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือต่ำ เป็นวิธีการแก้ปัญหาแบบมุ่งใช้อำนาจที่บุคคลเห็นว่าเหมาะสม ให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น เพื่อรักษาซึ่งผลประโยชน์ของตนเอง ต่างฝ่ายต่างต้องการให้อีกฝ่ายหนึ่งทำตามความต้องการตามเป้าหมายของตน การแข่งขันนี้ยังหมายถึงการยืนยันเพื่อสิทธิของตนเอง การปกป้องจุดยืนซึ่งตนเชื่อว่าถูกต้องหรือเพื่อต้องการเอาชนะให้ได้เท่านั้น ทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ-แพ้

3. การปรองดอง (Accommodating) วิธีการนี้บุคคลจะมีพฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่เหมาะสมต่ำแต่มีพฤติกรรมความร่วมมือสูง โดยไม่คำนึงถึงตนเอง เสียสละความต้องการของตนเองเพื่อเห็นแก่ประโยชน์ของอีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อเชื่อว่าการรักษาสัมพันธภาพระหว่างกันนั้นสำคัญกว่าการสร้างความไม่พอใจในระหว่างผู้ที่ทำงานร่วมกัน อาจออกมาในรูปของการยอมตามความคิดเห็นของคนอื่น ทำให้เกิดสถานการณ์ของการชนะ-แพ้ วิธีการนี้เหมาะจะใช้เมื่อฝ่ายหนึ่งเป็นฝ่ายผิด หรืออีกฝ่ายหนึ่งมีอำนาจมากกว่า หรือเพื่อรักษาความสัมพันธ์ไว้ การใช้วิธีการปรองดองอาจเป็นผลเสียต่อคุณภาพการพยาบาลได้ เช่นในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลไม่เห็นด้วยกับวิธีการรักษาหรือคำสั่งของแพทย์ที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย แต่ยอมทำตามคำสั่งแพทย์เพื่อรักษาสัมพันธภาพกับแพทย์ (มณฑิกา แก้วทองคำ, 2539) และการปรองดองอาจเป็นวิธีที่เลือกประโยชน์ต่อองค์การจากการที่บุคคลากรร่วมมือกันทำงานเพื่อองค์การโดยไม่คำนึงถึงความต้องการของตนเอง

4. การประนีประนอม (Compromising) วิธีการนี้บุคคลจะมีพฤติกรรมระหว่างการแสดงออกที่เหมาะสม และพฤติกรรมความร่วมมือ คือ ทั้งสองฝ่ายต่างคำนึงถึงความต้องการ แต่ละฝ่ายต่างได้ประโยชน์และเสียผลประโยชน์ นั่นคือพูดถึงปัญหาอย่างตรง ๆ มากกว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหา มารรีเนอร์ โทเมย์ (Marriner-Tomey, 1992) กล่าวว่า การประนีประนอมใช้ได้ดีเมื่อต้องการข้อสรุปในเวลาจำกัด ทั้งสองฝ่ายมีอำนาจที่เท่าเทียมกัน

5. การร่วมมือ (Collaborating) คือบุคคลจะมีพฤติกรรมในการยืนยันประโยชน์และพฤติกรรมความร่วมมือในระดับสูง เป็นความพยายามที่จะทำงานร่วมกับคนอื่น ทั้งนี้เพื่อหาทางทำ<sup>า</sup> ทั้งสองฝ่ายพอใจเต็มที่ ทั้งสองฝ่ายทำความเข้าใจประเด็นปัญหาพยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์หรือจุดหมายร่วมกัน อาจจะต้องมี

การโต้แย้ง กันบ้าง แต่อาจจะเกิดความคิดใหม่ ๆ ขึ้น ทางเลือกที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด ซึ่งอาจจะ เป็นทางเลือกเดิมของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นทางเลือกใหม่ (Third alternative) ที่เป็นที่ยอมรับ ของทั้งสองฝ่าย (สุพร เกิดสว่าง, 2540) เป็นวิธีการชนะ-ชนะ ไม่ใช่วิธีการที่ยอมแพ้ให้อีกฝ่ายชนะ วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับความขัดแย้งแต่ต้องใช้วิธีการค่อนข้างมากในการแก้ไขปัญหามา เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดี

จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ที่จะจัดการกับความขัดแย้งเป็นสิ่งที่ยั่งยืนของการสร้างความร่วมมือกันระหว่างพยาบาล และแพทย์ ทั้งพยาบาลและแพทย์ต่างก็ต้องการเปลี่ยนแปลง ตระหนักถึงกันและกัน วิธีจัดการกับความขัดแย้งเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพ การให้บริการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมซึ่งจำเป็นสำหรับ พยาบาลกับแพทย์ในการเอาใจ ใส่ออกันแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้ โดยที่ทั้งสองฝ่ายพอใจในข้อสรุป ในการตัดสินใจจะต้องทำด้วยความรัก ให้เกียรติ และเคารพซึ่งกันและกัน ต้องถือความสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่ายมีความสำคัญ

#### 4. การรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย (Common patient goals)

การปฏิบัติงานในองค์การ ต้องมีการทำงานร่วมกันกับบุคลากรใน ทีมสุขภาพ ซึ่งแต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่แตกต่างกัน เป้าหมายของทีมสุขภาพมีหลาย อย่าง เช่น เป้าหมายที่ผู้ป่วย เป้าหมายที่วิชาชีพ ทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว (Ducanis and Golin, 1979) ซึ่งบางเป้าหมายจะเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล บางเป้าหมายเป็นความ รับผิดชอบของแพทย์ และบางเป้าหมายต้องรับผิดชอบร่วมกัน การร่วมรับรู้เป้าหมายที่มีการตกลง ร่วมกัน จะแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์ ในการแสดงความรับผิดชอบ ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Jones, 1994) การตั้งเป้าหมาย คือ การมีทิศทางในการ กระทำ ทำให้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานได้ (Selye, 1976 cited in Arnold, 1989) การตั้ง เป้าหมายต้องสามารถเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความสามารถพิเศษที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมาย และเรียนรู้ที่จะขอความช่วยเหลือหรือความร่วมมือจากผู้อื่นซึ่งอาจมีอำนาจสูงกว่าเพื่อพาไปสู่ เป้าหมายนั้น ดังนั้นพยาบาลและแพทย์จะต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีเป้าหมาย คือ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด ซึ่งต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกัน ซึ่งแต่ละฝ่ายได้ กำหนดเป้าหมายย่อยของตนในการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายหลักในการดูแล ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงสุด การปฏิบัติงานร่วมกันจะดำเนินไปอย่างราบรื่นได้ และการร่วมรับรู้ เป้าหมายระหว่างกันทำให้การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือ เช่น การที่

พยาบาลร่วมรับรู้เป้าหมายของแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัตินั้นสามารถใช้วิจารณญาณของตนในการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างมีเหตุผล แทนการปฏิบัติทุกอย่างตามคำสั่งเพียงประการเดียวโดยมิได้ตระหนักถึงผลดีผลเสียของการปฏิบัตินั้น ในทำนองเดียวกันแพทย์จำเป็นต้องรับรู้เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนปฏิบัติงานในขอบเขตวิชาชีพให้สอดคล้องกับแผนการพยาบาลและแผนการรักษา การร่วมรับรู้เป้าหมายได้มาจากการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการดูแลผู้ป่วยและเป้าหมายในการปฏิบัติงานของแต่ละฝ่าย การที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมายนั้นต้องมีความศรัทธาในงานที่ทำ และเลือกกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในงานนั้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมและตนเองร่วมกัน ร่วมกันประเมินการรับรู้ของสมาชิกต่อเป้าหมาย การหาข้อสรุปและจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย การตกลงในเรื่องของกิจกรรมที่จะทำร่วมกัน และผลที่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกัน เรย์ (Ray, 1988 cited in Jones, 1994) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์มีลักษณะดังนี้ แต่ละวิชาชีพต่างต้องปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือกันให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมกัน ทั้งเป้าหมายทางการพยาบาล และเป้าหมายทางการแพทย์ มีการประยุกต์เป้าหมายที่แตกต่างกัน เพื่อสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยมากที่สุด

จะเห็นได้ว่าแนวคิดความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) ซึ่งได้รับการยอมรับ และนำแนวคิดทฤษฎีไปใช้อย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ตามแนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ โดยใช้มโนทัศน์ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกการปฏิบัติงาน 3) การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และ 4) การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน

#### 4. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

เวล (Weiss, 1983) ศึกษาการลงความเห็นร่วมกันในการแบ่งแยกขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันของพยาบาลกับแพทย์ และหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน โดยการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนาและแบบสอบถาม พฤติกรรมความร่วมมือ (Collaborative Behavior Inventory / CBI) ซึ่งมี 417 พฤติกรรม เครื่องมือวัดระดับมาตราส่วน (Likert-like tool) 22 ข้อ ความเกี่ยวข้องกับบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลและของแพทย์ การศึกษาพบว่าใน 9 ข้อใน 22 ข้อความมีความสัมพันธ์กับขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล 12 ข้อใน 22 มีขอบเขตความรับผิดชอบ



ร่วมกัน และ 20 ข้อใน 22 ข้อความมีความสัมพันธ์หน้าที่รับผิดชอบของแพทย์ และยังพบว่า พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า ( $p=0.02$ ) ส่วนการวัดพฤติกรรมความร่วมมือ 417 พฤติกรรม 342 พฤติกรรมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ มีความคาบเกี่ยวระหว่างหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์ ไม่มีพฤติกรรมใดที่เป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่ม

เวส และเรเมน (Weiss & Remen, 1983) ศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาล แพทย์ และผู้ป่วยโดยมีการสนทนา อภิปรายร่วมกันระหว่างพยาบาล 24 คน แพทย์ 24 คน และผู้รับบริการ 24 คน โดยมีการสนทนากลุ่มนานกว่า 20 เดือน โดยแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 4 กลุ่ม พบกันภายใน 1 เดือนใช้เวลาพบกัน 2.5 ชั่วโมง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาสะท้อนถึงความไร้พลังอำนาจของพยาบาล เป็นผลจากการที่ขาดเอกสิทธิ์ ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลไม่เต็มใจในการรับผิดชอบปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์

เพรสคอต (Prescott, 1985) ศึกษาการบริหารจัดการ ปัจจัยองค์การ และปัจจัยในการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับการแก้ไขปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยวัดแบบสอบถามเกี่ยวกับ 4 องค์ประกอบคือ การปฏิบัติการพยาบาล สภาพการทำงาน ความสัมพันธ์และปัจจัยส่วนบุคคล สัมภาษณ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ ความไม่เห็นด้วย และการแก้ปัญหา ระหว่างพยาบาล และแพทย์ การศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์คือ การยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารแบบเปิดเผย มีความเต็มใจที่จะประสานงานร่วมกับผู้อื่น และความสามารถในการปฏิบัติงานในบทบาทของแต่ละคน โดยพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าว ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายความแปรปรวนในการประเมินค่าความสามารถและการยอมรับในพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความเหมาะสมในการบริหารของหน่วยงาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาล มีค่าความแปรปรวนที่ระดับร้อยละ 39 และยังพบว่า การแสดงความคิดเห็นไม่เห็นด้วยไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ การแก้ปัญหาความขัดแย้งส่วนใหญ่ใช้วิธีการแข่งขันกัน

นุส (Knaus, 1986) ศึกษาระดับของการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยหนักที่จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหนักอย่างมีประสิทธิภาพ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 5030 คนในหน่วยผู้ป่วยหนัก 13 แห่งโดยการสุ่มแบบเจาะจง ผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์ความเสี่ยงในการเสียชีวิต การวินิจฉัยโรค การรักษาและ APACHE II Score พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วย และการบริหารจัดการในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัย

เปรียบเทียบสภาพที่เป็นจริงกับการพยากรณ์อัตราการตาย โดยการใช้กลุ่มเป็นเกณฑ์มาตรฐาน โดยแบ่งหน่วยดูแลผู้ป่วยหนักออกเป็นระดับ 1, 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเปรียบเทียบในโรงพยาบาลที่ 1 ดีที่สุดมากกว่าที่พยากรณ์ไว้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < 0.001$  มีการประสานงานของพยาบาลและแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย มีการตัดสินใจร่วมกัน และบุคลากรในทีมสุขภาพมีพลังอำนาจ เช่น พยาบาลสามารถยกเลิกการผ่าตัดได้ ส่วนอัตราการเปรียบเทียบในโรงพยาบาลที่ 13 มีอัตราที่น้อยกว่าที่พยากรณ์ไว้ พบว่าพยาบาลและแพทย์ไม่เอาใจใส่ มีการจัดบ้านที่กันน้อย และมีการติดต่อสื่อสารที่ไม่ดี

บอลด์วิน (Baldwin, 1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเองทัศนคติ ของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 422 คน กับแพทย์ 318 คน และผู้บังคับบัญชา 7 คน โดยมีเครื่องมือวัดระดับความมีคุณค่าในตนเองของพยาบาล (Self-esteem Scale; SES) แบบวัดการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตหน้าที่ (Collaborative Practice Scale; CPS) การศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีการแสดงทัศนคติที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน แพทย์ และผู้บังคับบัญชา และเต็มใจที่จะร่วมมือกับแพทย์เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความมีคุณค่าในตนเองของพยาบาล

แมคเคลน (McClain, 1988) ศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของความร่วมมือในโรงพยาบาลที่ดูแลสุขภาพในระดับต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติกับแพทย์โดยกลุ่มตัวอย่าง พยาบาล 9 คนและแพทย์ 9 คน สัมภาษณ์โดยมีโครงสร้างการสัมภาษณ์ คือ การปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน การตัดสินใจ การวิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพ ประเด็นในการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษาและการปฏิบัติงาน โดยเน้นที่การสัมภาษณ์เรื่องการปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่าแพทย์จะมีอำนาจมากกว่า และผู้บังคับบัญชาพยาบาลอยู่เสมอ พยาบาล 4 คน ใน 9 คน มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีร่วมกันกับแพทย์ และพยาบาล 6 คน ใน 9 คน ตระหนักถึงการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับแพทย์

แคทซ์แมน (Katzman, 1989) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาล และแพทย์ เกี่ยวกับอำนาจในการตัดสินใจของวิชาชีพพยาบาลตามการรับรู้ และตามความคาดหวัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 110 คน แพทย์ 53 คน โดยใช้แบบวัดการมีพลังอำนาจในบทบาทของพยาบาล (Authority in Nursing Roles Inventory : ANRI) ซึ่งวัดในบทบาทของพยาบาลอำนาจหน้าที่ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบทั้งพยาบาลและแพทย์มีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งการรับรู้ที่เป็นจริงและตามความคาดหวัง โดยพยาบาล

ต้องการที่จะมีอำนาจมากกว่าแพทย์ และอยากมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล เป็นความคาดหวังที่มีความแตกต่างกันมากที่สุด และพยาบาลรับรู้ในปัจจุบันเช่นเดียวกับแพทย์ว่า พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ ซึ่งการศึกษานั้นแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มบทบาททางการพยาบาล ก่อให้เกิดความสำคัญในอำนาจในการตัดสินใจของพยาบาล และความขัดแย้งระหว่างพยาบาล และแพทย์นั้นจะเป็นอุปสรรคในการแสดงบทบาทของพยาบาลตามกฎหมาย

แคมเบล และคณะ (Campbell, et al., 1990) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก และปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม ศึกษาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนก โดยการศึกษาจากวิดีโอเทปและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์เน้นที่การปฏิบัติ ในการดูแลทางคลินิก จากพฤติกรรมการพูด การวัดเกี่ยวกับจิตสังคม และรูปแบบ 5 รูปแบบของการปฏิบัติ คือการเข้าร่วมเป็นสมาชิก (Affiliation) การควบคุมใกล้ชิด (Control) การดูแลด้านร่างกาย (Somatic) การดูแลด้านจิตสังคม (Psychosocial) และการให้ความรู้ คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ (Information) ผลการศึกษา ระดับการดูแลด้านจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และพบว่าการดูแลด้านจิตสังคมใน พยาบาลจะมีมากกว่าแพทย์เสมอ ความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการดูแลด้านจิตสังคมของ ผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลตนเอง การป้องกัน การยินยอมให้ ความร่วมมือของผู้ป่วยกับการรับรู้ของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ กัน พยาบาลเวชปฏิบัติมีความพึงพอใจในการดูแลด้านจิตสังคมมากกว่าแพทย์ มีความเห็นว่ พยาบาลเวชปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในการดูแลด้านจิตสังคมได้ดีกว่าแพทย์ และพยาบาลเชื่อว่ การดูแลด้านจิตสังคมมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เบกส์ และคณะ (Baggs, et al., 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือของ สาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) กับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การตัดสินใจร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ เกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยจากหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมไปหน่วยดูแลผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลรายงานว่าความร่วมมือมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วย การควบคุมความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p=0.02$  ผู้ป่วยคาดว่า ความเสี่ยงในการกลับมาพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และอัตราการตายจะลดลงจากเดิมร้อยละ 16 จากการที่พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นร้อยละ 5 เมื่อพยาบาลร่วมมือกับ แพทย์อย่างเต็มที่ ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาลอยู่ ในระดับต่ำ  $r=0.01$

โจนส์ (Jones, 1994) ศึกษาศึกษาธรรมชาติและลักษณะของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ โดยใช้แนวคิด 4 ด้านคือ การควบคุมอำนาจร่วมกัน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน รวบรวมข้อมูลโดย โดยมีเครื่องมือการสื่อสารของพยาบาลและแพทย์ (Nurse-physician communication scale) เครื่องมือวัดการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา (The Weiss and Davis Collaborative Practices Scales) เครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (A practice spheres checklist) เครื่องมือวัดเป้าหมายร่วมกัน (Goal checklist) การศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเห็นร่วมกันในการควบคุมอำนาจร่วมกัน และความเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา มีความเห็นไม่สอดคล้องกันในการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน และการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน

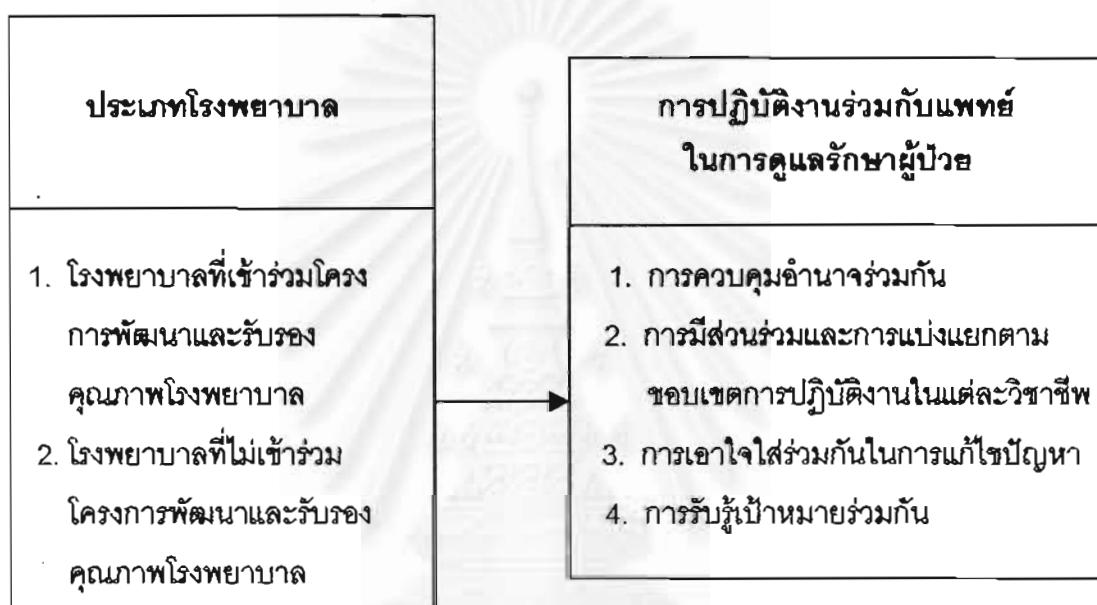
คูลิง และ วิลคอกซ์ (Coeling & Wilcox, 1994) ได้ศึกษาพฤติกรรมองค์ประกอบทางด้านการสื่อสารที่จำเป็นสำหรับความร่วมมือ โดยใช้แนวคิดจากทัศนคติที่นำไปสู่การปฏิบัติ (The pragmatic perspective) เพื่อประเมินองค์ประกอบในด้านการสื่อสารในด้านเนื้อหา โอกาสและเวลาในการสื่อสาร มิติสัมพันธภาพ ที่ประกอบด้วยความร่วมมือ 4 รูปแบบคือการไม่ยืนยันในข่าวสาร (Disconfirmation) ความก้าวร้าว (Aggression) การยืนยันข่าวสาร (Affirmation) และความร่วมมือกัน (Collaboration) จากผลการศึกษาได้เสนอองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการสร้างความร่วมมือประกอบด้วย การเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่มีความน่าเชื่อถือ การเปิดกว้างในการรับข้อมูลที่น่าเสนอ และการให้เวลาอย่างเหมาะสมสำหรับการสื่อสาร พยาบาลที่เห็นว่าอุปสรรคที่ขัดขวางการสื่อสารคือไม่มีเวลา พยาบาลให้ความสำคัญกับมิติของความสัมพันธ์ในการสื่อสารมากกว่าแพทย์ซึ่งให้ความสำคัญเนื้อหาที่จะสื่อสารมากกว่า และพยาบาลต้องการที่จะให้แพทย์พัฒนารูปแบบความร่วมมือ

กู๊ด (Goode, 1995) ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Care Map) และการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบ Case management ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจ เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ การศึกษาเบื้องต้น โดยกลุ่มควบคุมจะให้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย (Care map) มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ผลการศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความร่วมมือ และ

เอกสิทธิ์ในวิชาชีพไม่เพิ่มขึ้น ส่วนการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มระดับความพึงพอใจ ความร่วมมือและเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพเป็นบางส่วน

เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล (2533) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง ฐานอำนาจส่วนบุคคล การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพกับการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ ประชากรที่ศึกษาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 194 คน เครื่องมือในการวัด คือ การรับรู้สัมพันธภาพในการทำงาน การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง และพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งกับแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล และการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานทั้งกับแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพกับพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง สามารถร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 24.98 ( $R^2=.2498$ ) และร่วมกันทำนายการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ได้ร้อยละ 24.02 ( $R^2=.2402$ )

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปัจจุบันปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยอายุกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และ กุมารเวชกรรม

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. สุ่มจำนวนโรงพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้งหมดจากกองโรงพยาบาลภูมิภาค (2541) พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 10,610 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 14 โรงพยาบาล มีประชากร 2,832 คน และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและโครงการพัฒนาคุณภาพโดยรวม จำนวน 43 โรงพยาบาล มีประชากร 7,778 คน

2. กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamanae (1987: 99)

$$n = \frac{N}{1 + Ne'} = \frac{10,610}{1 + 10,610 (.05)(.05)} = 386$$

เมื่อระดับความมีนัยสำคัญเป็น .05

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ขนาดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่เกิดขึ้นรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง

เท่าที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดไว้ 5 %

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 386 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่จะได้รับคืน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 400 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 200 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 200 คน

3. ให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้งหมด 14 แห่ง เป็นกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 77 คน และจากโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 123 คน แล้วหาขนาดกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลทั่วไปและพยาบาลศูนย์ตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

4. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาลให้ได้จำนวนตามต้องการ



ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
<b>โรงพยาบาลทั่วไป</b>		
1. โรงพยาบาลน่าน	187	13
2. โรงพยาบาลเสนา อยุรยา	94	7
3. โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี	129	9
4. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ราชบุรี	124	9
5. โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม	162	11
6. โรงพยาบาลยโสธร	129	9
7. โรงพยาบาลสงขลา	265	19
<b>รวม</b>	<b>1,090</b>	<b>77</b>
<b>โรงพยาบาลศูนย์</b>		
8. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	221	16
9. โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	291	21
10. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	229	16
11. โรงพยาบาลขอนแก่น	238	17
12. โรงพยาบาลอุตรธานี	274	19
13. โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา	276	19
14. โรงพยาบาลยะลา	213	15
<b>รวม</b>	<b>1,742</b>	<b>123</b>
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>2,832</b>	<b>200</b>

5. กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากทั้ง 12 เขต เลือกโรงพยาบาลจากแต่ละเขตโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เขตละ 2 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ได้โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งหมด 20 แห่ง คำนวณหาขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามสัดส่วน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไป 110 คน โรงพยาบาลศูนย์ 90 คน แล้วหาขนาดกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับเลือกตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล (ตารางที่ 2)

6. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาลให้ได้จำนวนตามต้องการ

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล		ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
<b>โรงพยาบาลทั่วไป</b>			
เขต	โรงพยาบาล		
1	1. โรงพยาบาลอ่างทอง	136	9
2	2. โรงพยาบาลชัยนาท	161	10
3	3. โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา	180	11
4	4. โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี	157	10
5	5. โรงพยาบาลชัยภูมิ	175	11
6	6. โรงพยาบาลเลย	154	10
7	7. โรงพยาบาลนครพนม	137	9
8	8. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	138	9
9	9. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	136	9
10.	10. โรงพยาบาลลำพูน	164	10
11.	11. โรงพยาบาลพังงา	109	6
12.	12. โรงพยาบาลสตูล	102	6
	<b>รวม</b>	<b>4,274</b>	<b>110</b>

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล		ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
<b>โรงพยาบาลศูนย์</b>			
เขต	โรงพยาบาล		
1	1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	178	7
3	2. โรงพยาบาลชลบุรี	341	13
4	3. โรงพยาบาลราชบุรี	288	11
5	4. โรงพยาบาลบุรีรัมย์	186	7
7	5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	348	14
9	6. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	388	15
10	7. โรงพยาบาลลำปาง	371	15
11	8. โรงพยาบาลตรัง	193	8
	<b>รวม</b>	<b>3,504</b>	<b>90</b>
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>4,042</b>	<b>200</b>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าจากตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การกิจกรรมการพัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพ โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีวิธีการดำเนินการคือ

1. ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิด ความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) ซึ่งประกอบ ด้วยมโนทัศน์ 4 ด้านดังต่อไปนี้

- 1.1 ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน
- 1.2 ด้านการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ
- 1.3 ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
- 1.4 ด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) มากำหนดเป็นกรอบในการเขียนคำสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดมีแนวคำถามกว้าง ๆ ให้ตอบคำถามอย่างอิสระ ความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับรู้ในการปฏิบัติจริงอย่างไม่จำกัด

2.2 สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 5 ปีขึ้นไปที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.2.1 การเตรียมการสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้ทรงคุณวุฒิตาม คุณสมบัติที่กำหนด วางแผนการสัมภาษณ์ โดยการเตรียมแนวทางสัมภาษณ์ และกำหนดวัน เวลา เตรียมอุปกรณ์จัดบันทึก และเทปบันทึกเสียง โทรศัพท์ติดต่อ และส่งข้อความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบถึงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนัดวัน เวลาและสถานที่ที่จะสัมภาษณ์

2.2.2 ขั้นสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองระหว่าง วันที่ 3-18 ธันวาคม 2542 โดยใช้คำถามปลายเปิดเป็นแนวทางสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทป แนะนำตนเองต่อผู้ให้สัมภาษณ์ พูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศ บอกวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมจากผู้ทรงคุณวุฒิที่จะให้ข้อมูลต่าง ๆ และขออนุญาตบันทึกเทป ดำเนินการ สัมภาษณ์ด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้ม แจ่มใส เปิดโอกาสให้ผู้ทรงคุณวุฒิตอบคำถาม อย่างอิสระ ตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับรู้ตามประสบการณ์จริงอย่าง

ไม่จำกัด ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ตั้งใจฟัง ติดตามคำตอบ ป้อนคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ พร้อมทั้งกล่าวทบทวนเน้นข้อมูลที่สำคัญเพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกันกับผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2.3 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์ โดยการกล่าวขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละคนประมาณ 40 – 60 นาที

2.3 เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นผู้วิจัยได้ถอดเทปจับประเด็นสำคัญ และจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามปลายปิด โดยผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3. การสร้างคำถามปลายปิด การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีวิธีดำเนินการดังนี้

3.1 นำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดหมวดหมู่ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์	สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ
แนวคิดการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน</li> <li>- การทำงานเป็นทีม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน</li> <li>- ผู้ร่วมงานกัน ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา</li> <li>- การประสานงาน</li> <li>- การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย</li> <li>- การยอมรับซึ่งกันและกัน</li> <li>- การประเมินสภาพ และแก้ไขปัญหาผู้ป่วย ร่วมกัน</li> <li>- ส่งเสริมสัมพันธภาพและบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน</li> <li>- ให้การยอมรับ และให้เกียรติกัน</li> <li>- เป็นผู้ร่วมงานกัน ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา</li> </ul>
1. การควบคุมอำนาจร่วมกัน	- แพทย์กับพยาบาลมีลักษณะที่เท่าเทียมกัน
1.1 การยอมรับซึ่งกันและกัน	- แพทย์ยอมรับพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ศักยภาพของพยาบาลนั้น ๆ

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์	สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ
1.2 การให้อำนาจในการตัดสินใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน</li> <li>- เมื่อเกิดปัญหา พิจารณาตัดสินใจวางแผน แก้ไขร่วมกัน</li> <li>- แพทย์ค่อนข้างจะไว้ใจว่าพยาบาลจะสามารถตัดสินใจทำอะไรต่อไปเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา</li> <li>- บางครั้งอำนาจการตัดสินใจสำคัญ ๆ แพทย์จะลงความเห็นตามความคิดของแพทย์</li> </ul>
1.3 การสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพูดคุยกันถึงแนวทางการดูแลรักษา อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย</li> <li>- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น</li> <li>- การสื่อสารมีรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการโดยทางวาจาและลายลักษณ์อักษร ทั้งใน และนอกเวลา</li> <li>- ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย</li> <li>- การพูดคุยเน้นประเด็นเนื้อหาที่ถูกต้อง สำคัญ การบันทึกข้อมูล และสัมพันธ์ภาพ</li> <li>- การสื่อสารเป็นแบบเปิด สื่อสารสองทาง</li> <li>- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความร่วมมือกัน</li> <li>- อุปสรรคที่สำคัญของการแลกเปลี่ยนข้อมูล คือไม่มีเวลา</li> </ul>
2. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลต้องรู้ขอบเขต หน้าที่ของตนเองให้ชัดเจน</li> <li>- บทบาทของพยาบาลชัดเจนมากในเรื่องการดูแล</li> <li>- มีการตกลงร่วมกันในขอบเขตการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</li> <li>- มีการตกลงร่วมกันในการติดตามแพทย์นอกเวลา</li> <li>- พยาบาลกับแพทย์ร่วมกันทำงานเหมือนช่วยเหลือกันโดยมีผู้ป่วยเป็นหลัก</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจนต้องทำร่วมกัน</li> <li>- พยาบาลมีอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลตามความรู้ความสามารถ และประสบการณ์</li> </ul>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์	สรุปเนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ
3. การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลมักหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หรือขัดแย้งกับแพทย์</li> <li>- เมื่อเกิดความขัดแย้งต้องปรึกษากัน หาแนวทางร่วมกันต้องยอมรับข้อตกลงนั้น</li> <li>- เมื่อมีความเห็นไม่ตรงกัน พยาบาลจะมีเหตุผลอธิบาย</li> <li>- พยาบาลสามารถแสดงเหตุผลได้อย่างเปิดเผย</li> <li>- ในการปฏิบัติงานคำนึงถึงความสัมพันธ์ในระดับวิชาชีพ</li> <li>- สัมพันธภาพที่ไม่ดีก่อให้เกิดความขัดแย้งได้</li> <li>- เมื่อมีการสั่งการรักษาไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย จะส่งเรื่องให้แพทย์พิจารณาใหม่</li> <li>- เมื่อแก้ไขความขัดแย้งไม่ได้จะส่งเรื่องให้ฝ่ายบริหารทราบ</li> </ul>
4. การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป้าหมายร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง</li> <li>- เป้าหมายของพยาบาลกับแพทย์เป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- พยาบาลเข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลในการรักษาก่อนจะนำไปปฏิบัติ</li> <li>- แต่ละวิชาชีพต่างรู้เป้าหมายของกันและกัน</li> </ul>

3.2 นำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) สร้างแบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 78 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และหาความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกและลบรวมทั้งหมด 78 ข้อ โดยคำถามที่มีความหมายทางบวกมี 64 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 14 ข้อ คือข้อที่ 9, 10, 16, 17, 18,

19, 25, 26, 27, 28, 29, 58, 59 และ 61 การให้คะแนนพิจารณาจากข้อความที่เป็นบวก หรือลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และความหมายในแต่ละคำตอบดังนี้

	ความหมาย	ค่าคะแนนข้อ ความทางบวก	ค่าคะแนนข้อ ความทางลบ
เป็นจริงที่สุด	ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด หรือมีพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยครั้งมากหรือ เกือบทุกครั้ง	5	1
เป็นจริงมาก	ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมาก หรือ มีพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง	4	2
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงปานกลาง หรือมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้ง	3	3
เป็นจริงน้อย	ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อย หรือ มีพฤติกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เป็นจริง	ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริงหรือไม่ แสดงพฤติกรรมดังกล่าวเลย	1	5

การแปลผลคะแนนแสดงการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย  
แปลผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์  
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์  
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์  
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์  
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์  
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับควรปรับปรุง



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน โดยคุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามมีดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหารการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปีและเคยได้รับการอบรมเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลจำนวน 4 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทางคลินิกไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน
4. แพทย์ที่มีประสบการณ์บริหารโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี และเคยได้รับการอบรมเรื่องการรักษาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน
5. แพทย์ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1 ท่าน

โดยผู้วิจัยแนบบแบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โครงร่างการวิจัย กรอบแนวคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา เกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนในเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ เกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และความถูกต้องของการวัด แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือได้รับการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ใน 9 ท่าน นำมาพิจารณาปรับปรุงแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน

ปรับความชัดเจนของภาษา	18 ข้อ
เพิ่มข้อความในข้อคำถาม	8 ข้อ
เพิ่มข้อคำถาม	1 ข้อ
ตัดทอนข้อคำถาม	3 ข้อ

แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน

ปรับความชัดเจนของภาษา	12 ข้อ
ตัดทอนข้อคำถาม	1 ข้อ

แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่  
ร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา

ปรับความชัดเจนของภาษา	11 ข้อ
เพิ่มข้อความในข้อคำถาม	4 ข้อ
ตัดทอนข้อคำถาม	3 ข้อ

แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการรับรู้  
เป้าหมายร่วมกัน

ปรับความชัดเจนของภาษา	6 ข้อ
เพิ่มข้อความในข้อคำถาม	2 ข้อ

หลังการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการ  
เห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ได้แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษา  
ผู้ป่วยทั้งหมด 84 ข้อ (เดิม 90 ข้อ) จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน 34  
ข้อ (เดิม 36 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน 19 ข้อ (เดิม 20 ข้อ)  
ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา 21 ข้อ (เดิม 24 ข้อ) และด้านการรับรู้เป้าหมายร่วม  
กัน 10 ข้อ (เดิม 10 ข้อ)

ส่วนเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล ผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน เห็นด้วยกับเกณฑ์ที่  
กำหนดให้

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ  
ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลแพ่ง และโรงพยาบาล  
อุดรดิตถ์ ในระหว่างวันที่ 17 มกราคม - 25 มกราคม 2543 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความ  
เที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha  
coefficient) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้ต้องตัดข้อคำถามทั้งหมด 6  
ข้อ ได้แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย 78 ข้อ (เดิม 84 ข้อ)  
ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน 33 ข้อ (เดิม 34 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วม  
และแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน 15 ข้อ (เดิม 19 ข้อ) ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไข้  
ปัญหา 20 ข้อ (เดิม 21 ข้อ) และด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน 10 ข้อ (เดิม 10 ข้อ) จากนั้นนำ  
แบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอีก  
ครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากการทดลองใช้แบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .94 และ

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรายด้านอยู่ระหว่าง .66 - .89 และหาค่าความเที่ยงจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวม .94 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรายด้านอยู่ระหว่าง .76 - .89 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	กลุ่มทดลอง (N=30)	กลุ่มตัวอย่าง (N=372)
ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน	.87	.89
ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ	.66	.76
ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา	.86	.84
ด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน	.89	.88
รวม	.94	.94

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพจำนวน 34 แห่ง

2. ส่งหนังสือพร้อมแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดถึงโรงพยาบาลทั้ง 34 แห่งเพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลทั้ง 34 แห่งทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์พร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ จำนวนซอง ซื่อ ที่อยู่ของผู้วิจัย พร้อมทั้งแจ้งจำนวนคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยแบบหนังสือชี้แจงการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และติดต่อทางโทรศัพท์โดยตรงกับผู้ดำเนินการในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบในการจัดเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และขอความอนุเคราะห์ให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2543 - 5 มีนาคม 2543 ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 385 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 372 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมดแล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-X (Statistical Package for the Social Science Version X) ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ เป็นจำนวนและร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกโดยรวม รายด้าน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t- test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 372 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 182 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 190 คน และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นได้ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)		พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	1. อายุ			
น้อยกว่า 25 ปี	17	9.3	14	7.4
25-29 ปี	34	18.7	44	23.2
30-34 ปี	49	26.9	50	26.3
35-39 ปี	55	30.3	56	29.4
40-44 ปี	16	8.8	16	8.4
มากกว่า 44 ปี	11	6.0	10	5.3
2. เพศ				
หญิง	182	100	190	100
ชาย	-	-	-	-
3. ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	175	96.2	186	97.9
ปริญญาโท	7	3.8	4	2.1
ปริญญาเอก	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	-	-

จากตารางที่ 5 แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 35-39 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.3 รองลงไป คือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี และ 25-29 ปี ส่วน

กลุ่มอายุมากกว่า 44 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าร้อยละ 96.2 ปริญญาโท ร้อยละ 3.8

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 35-39 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงไป คือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี และ 25-29 ปี ส่วนกลุ่มอายุมากกว่า 44 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.3 สำเร็จปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 97.9 ปริญญาโท ร้อยละ 2.1

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในโรงพยาบาล แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในแผนก และการเป็นคณะกรรมการการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)		พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ประสบการณ์ในโรงพยาบาล				
1-5 ปี	43	23.6	49	25.8
6-10 ปี	47	25.9	43	22.7
11-15 ปี	55	30.2	58	30.5
16-20 ปี	24	13.2	28	14.7
มากกว่า 20 ปี	13	7.1	12	6.3
2. แผนกที่ปฏิบัติงาน				
อายุรกรรม	65	35.7	65	34.2
ศัลยกรรมทั่วไป	55	30.2	54	28.4
กุมารเวชกรรม	32	17.6	39	20.6
ศัลยกรรมกระดูก	30	16.5	32	16.8

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)		พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ. ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	<b>3. ประสบการณ์ในแผนก</b>			
1-5 ปี	77	42.3	73	38.4
6-10 ปี	54	29.7	47	24.7
11-15 ปี	38	20.9	50	26.3
16-20 ปี	8	4.4	14	7.4
มากกว่า 20 ปี	5	2.7	6	3.2
<b>4. การเป็นคณะกรรมการกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</b>				
ไม่เคย	79	43.4	135	71.1
เคย	103	56.6	55	28.9

จากตารางที่ 6 แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 11-15 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.2 รองลงไป คือ 6-10 ปี และ 1-5 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.1 ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงไป คือ ศัลยกรรมทั่วไป และปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมกระดูก มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.5 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกมากที่สุด คือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงไป คือ 6-10 ปี และ 11-15 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในแผนกมากกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.7 ส่วนใหญ่เคยเป็นคณะกรรมการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 56.6 และไม่เคยเป็นคณะกรรมการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 43.4

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 11-15 ปี มีจำนวนมากที่สุด



คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงไป คือ 1-5 ปี และ 6-10 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในโรงพยาบาลมากกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.3 ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงไป คือ ศัลยกรรมทั่วไป และปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมกระดูก มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.8 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกมากที่สุด คือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.4 รองลงไป คือ 11-15 ปี และ 6-10 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในแผนกมากกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นคณะกรรมการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.1 และเคยเป็นคณะกรรมการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 28.9



ตอนที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ใน  
การดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่  
เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม และรายด้าน

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการควบคุมอำนาจ ร่วมกัน	3.49	0.42	พอใช้	3.30	0.43	พอใช้
2. ด้านมีส่วนร่วมและแบ่ง แยกขอบเขตการปฏิบัติ	3.87	0.43	ดี	3.68	0.39	ดี
3. ด้านเอาใจใส่ร่วมกันใน การแก้ไขปัญหา	3.62	0.44	ดี	3.40	0.47	พอใช้
4. ด้านการรับรู้เป้าหมาย ร่วมกัน	3.53	0.57	ดี	3.20	0.59	พอใช้
รวม	3.60	0.37	ดี	3.38	0.37	พอใช้

จากตารางที่ 7 พบว่าระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตาม  
การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.60 แต่ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการ  
ดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.38

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพรายด้านพบว่า ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ทั้งสองกลุ่ม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 และ 3.30 ตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.68 ตามลำดับ ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.62 ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.40 และด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.53 ในขณะที่การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ คือมีค่าเฉลี่ย 3.20

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแล  
รักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การควบคุมอำนาจร่วมกัน	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	1. แพทย์ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อนำ ไปวางแผนการรักษา	3.64	0.68	ดี	3.56	0.83
2. การแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ทางวิชาการ ใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.07	0.74	พอใช้	2.81	0.81	พอใช้
3. การสนทนา ปรีกษา อภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยน ข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย	3.27	0.79	พอใช้	2.90	0.90	พอใช้
4. การได้รับข้อมูลจากแพทย์เพื่อประโยชน์ต่อ การวางแผนการพยาบาล	3.48	0.76	พอใช้	3.18	0.84	พอใช้
5. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยให้ข้อคิดเห็นเพื่อ ประโยชน์การรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกัน	3.70	0.78	ดี	3.40	0.85	พอใช้
6. การเปิดโอกาสให้แสดงความเห็นเพื่อการ ตัดสินใจในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วย	2.90	0.86	พอใช้	2.67	0.89	พอใช้
7. การพูดคุยถึงความสำคัญของการดูแลให้ การพยาบาลผู้ป่วย	3.11	0.82	พอใช้	2.84	0.87	พอใช้
8. การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์การ ประเมินผล การปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย	2.93	0.83	พอใช้	2.66	0.80	พอใช้
9. เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วย มี การพูดคุยกันโดยตรง	4.45	0.79	ดี	4.36	0.84	ดี
10. การกล้าแสดงความคิดเห็นแม้ว่าจะความ คิดเห็นไม่ตรงกัน	3.65	0.96	ดี	3.55	1.03	ดี
11. ในกรณีที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน มีการ ให้เหตุผลและข้อมูลสนับสนุน	3.17	0.76	พอใช้	2.95	0.85	พอใช้
12. มีการพูดคุย ระบายความรู้สึก และ แสดงพฤติกรรมในเรื่องที่ต้องการแสดงออก ได้อย่างอิสระ	2.90	0.94	พอใช้	2.70	0.87	พอใช้

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การควบคุมอำนาจร่วมกัน	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	13. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ กับผู้ป่วยและครอบครัว	3.31	0.78	พอใช้	3.21	0.88
14. เมื่อจำเป็นต้องบอกข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วย และครอบครัว มีการพิจารณาหาข้อตกลงร่วมกัน	3.07	1.03	พอใช้	2.66	0.93	พอใช้
15. มีการพูดคุยกันเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.88	0.82	ดี	3.59	0.82	ดี
16. การได้รับข่าวสารที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือจาก แพทย์	3.64	0.79	ดี	3.42	0.89	พอใช้
17. แพทย์ไม่ออกคำสั่ง หรือพูดในเชิงบังคับ	3.50	1.11	ดี	3.31	1.12	พอใช้
18. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย แพทย์ไม่ มีถ้อยคำตำหนิติเตียนพยาบาลแฝงอยู่	3.90	0.86	ดี	3.72	1.00	ดี
19. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาล ไม่มีถ้อยคำตำหนิติเตียนแพทย์แฝงอยู่	4.27	0.81	ดี	4.20	0.72	ดี
20. แพทย์มีการแนะนำอย่างสร้างสรรค์ในการ ปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน	3.27	1.09	พอใช้	2.98	0.85	พอใช้
21. พยาบาลมีการแนะนำอย่างสร้างสรรค์ในการ ปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน	3.00	0.93	พอใช้	2.72	1.01	พอใช้
22. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีบรรยากาศเป็น กันเอง ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด	3.42	0.84	พอใช้	3.08	0.91	พอใช้
23. ขณะสนทนา มีการแสดงความตั้งใจ สนใจฟัง	3.48	0.87	พอใช้	3.23	0.93	พอใช้
24. ใช้เวลาในการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลใน แต่ละครั้งอย่างเพียงพอ	2.92	0.87	พอใช้	2.70	0.91	พอใช้
25. แพทย์ไม่มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจา และท่าทางกับพยาบาล	4.12	0.77	ดี	3.95	1.02	ดี
26. พยาบาลไม่มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจา และท่าทางกับแพทย์	4.60	0.64	ดีมาก	4.59	0.61	ดีมาก
27. พยาบาลกล้าซักถาม อภิปรายร่วมกับแพทย์ เพราะมั่นใจในความรู้ ความสามารถ	3.87	0.95	ดี	3.83	0.87	ดี

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การควบคุมอำนาจร่วมกัน	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	28. การไม่วิพากษ์วิจารณ์ถึงความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วย	4.22	0.78	ดี	4.13	0.78
29. เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการดูแลรักษา แพทย์ยึดถือทางเลือกของตนในการตัดสินใจ	2.19	0.94	ไม่ดี	2.18	1.07	ไม่ดี
30. พยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลที่มี ความสามารถ	3.35	0.66	พอใช้	3.24	0.68	พอใช้
31. แพทย์ยอมรับเมื่อพยาบาลนำวิทยาการ ใหม่ ๆ ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย	3.18	0.82	พอใช้	3.04	0.73	พอใช้
32. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาล กำหนดกิจกรรมให้การพยาบาลโดยได้รับการ ยอมรับจากแพทย์	3.70	0.72	ดี	3.64	0.63	ดี
33. มีความเท่าเทียมกันในการวางแผนการดูแล รักษาผู้ป่วย	4.02	0.93	ดี	4.00	0.97	ดี
รวม	3.49	0.42	พอใช้	3.30	0.43	พอใช้

จากตารางที่ 8 แสดงว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้าน การควบคุมอำนาจร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 และ 3.30 ตามลำดับ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก คือ พยาบาลไม่มีพฤติกรรมที่ ก้าวร้าวทั้งทางวาจาและท่าทางกับแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.60 รองลงมาอยู่ในระดับดี คือ เมื่อ เกิดปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีการพูดคุยกันโดยตรง การไม่วิพากษ์วิจารณ์ถึงความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วย และแพทย์ไม่มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจาและท่าทางกับพยาบาล โดยมี ค่าเฉลี่ย 4.45, 4.22 และ 4.12 ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับไม่ดี คือ

เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ยึดถือทางเลือกของตนในการตัดสินใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.19

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย อยู่ในระดับดีมาก คือ โรงพยาบาลไม่มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจาและท่าทาง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.59 รองลงมาเป็นลำดับ คือ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีการพูดคุยกันโดยตรง ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยพยาบาลไม่มีถ้อยคำตำหนิตีเดียแพทย์แฝงอยู่ และการไม่วิพากษ์ วิจารณ์ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 4.36, 4.20 และ 4.13 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงาน ร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี คือ เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการดูแล รักษาผู้ป่วย แพทย์ยึดถือทางเลือกของตนในการตัดสินใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.18

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีข้อที่มีความแตกต่างในระดับคะแนน 3 ข้อ คือ มีการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยโดยให้ข้อคิดเห็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกัน การได้รับข่าวสารที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือจากแพทย์ และ แพทย์ไม่ออกคำสั่งหรือพูดในเชิงบังคับ โดยที่การปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันอยู่ในระดับดี และในโรงพยาบาลที่ไม่ เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแล  
รักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขต  
การปฏิบัติ

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติ	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล ที่ปฏิบัติ ได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่าเป็นส่วน หนึ่งในแผนการรักษา	3.64	0.85	ดี	3.62	0.79
2. พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล ผู้ป่วยเพื่อให้สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ	4.25	0.75	ดี	4.23	0.74	ดี
3. การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลัก วิชาชีพ	4.58	0.58	ดีมาก	4.57	0.57	ดีมาก
4. การปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระตามความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่เรียนรู้มา	4.41	0.62	ดี	4.31	0.67	ดี
5. การตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะไม่ปฏิบัติตาม คำสั่งแพทย์ที่พิจารณาแล้วการปฏิบัติตามคำสั่ง นั้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	3.62	1.12	ดี	3.75	0.96	ดี
6. การปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตข้อกำหนดหรือ กฎหมายวิชาชีพ	4.51	0.61	ดีมาก	4.35	0.75	ดี
7. การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระใน ขอบเขตวิชาชีพโดยไม่มีการแทรกแซงจากแพทย์	3.98	0.75	ดี	3.87	0.81	ดี
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์เกี่ยวกับ สิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของวิชาชีพ	2.82	1.02	พอใช้	2.53	0.88	พอใช้
9. การทราบขอบเขตการรักษารองแพทย์อย่าง ชัดเจน	3.80	1.00	ดี	3.61	0.87	ดี
10. การทราบขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบ อย่างชัดเจน	4.53	0.64	ดีมาก	4.29	0.71	ดี
11. การปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่แตกต่าง จากแพทย์อย่างชัดเจน	3.69	0.94	ดี	3.53	1.00	ดี



ตารางที่ 9 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกการปฏิบัติ	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA		
	(N=182)			(N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
12. การตกลงกับแพทย์ในการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน ของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน	3.19	1.02	พอใช้	2.94	1.00	พอใช้
13. การข้อตกลงแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการ ติดตามแพทย์นอกเวลาอย่างชัดเจน	4.04	0.92	ดี	3.76	1.00	ดี
14. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่เสมอ	3.58	0.94	ดี	3.14	0.97	ดี
15. การมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานการดูแล รักษาผู้ป่วย	3.27	1.06	พอใช้	2.85	1.10	พอใช้
รวม	3.87	0.43	ดี	3.68	0.39	ดี

จากตารางที่ 9 แสดงว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.68 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักวิชาชีพ การทราบขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน และการปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตข้อกำหนดหรือกฎหมายวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.58, 4.53 และ 4.51 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ คือ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.82

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับ

แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก คือ การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.57 รองลงมาอยู่ในระดับดี คือ การปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตข้อกำหนดหรือกฎหมายวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระตามความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่เรียนรู้มา และการทราบขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35, 4.31 และ 4.29 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ คือ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.53

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ข้อที่มีความแตกต่างในระดับคะแนน โดยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับดีมาก และในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี มี 2 ข้อ คือ การปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตข้อกำหนดกฎหมายวิชาชีพ และการทราบขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ส่วนการปฏิบัติร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ มีเพียง 1 ข้อ คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไข้ปัญหา	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	1. พยาบาลยอมรับแพทย์ในด้านความรู้ ความ เชี่ยวชาญในการรักษา	4.32	0.61	ดี	4.09	0.64
2. แพทย์ยอมรับพยาบาลในความรู้ ความ เชี่ยวชาญในการดูแลให้การพยาบาล	3.81	0.70	ดี	3.61	0.69	ดี
3. การจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับปัญหาที่น่าสนใจ ของผู้ป่วย	2.87	1.11	พอใช้	2.47	0.99	ไม่ดี
4. พยาบาลขอให้แพทย์ร่วมแก้ปัญหาในการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำได้เอง	3.79	0.85	ดี	3.42	0.96	พอใช้
5. แพทย์ขอให้พยาบาลร่วมแก้ปัญหาในการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำได้เอง	3.05	1.06	พอใช้	2.72	1.05	พอใช้
6. การส่งเรื่องกลับให้แพทย์พิจารณาใหม่เมื่อมีข้อ สงสัยเกี่ยวกับคำสั่งแพทย์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย	4.03	0.85	ดี	3.97	1.00	ดี
7. การแสดงความคิดเห็น เมื่อแพทย์สั่งการรักษา ไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย	3.71	0.87	ดี	3.54	1.01	ดี
8. การเปิดโอกาสให้ซักถามและทำความเข้าใจใน คำสั่งการรักษา	3.94	0.85	ดี	3.64	0.97	ดี
9. การแสดงความเห็นด้วย และไม่เห็นด้วยใน การแก้ไข้ปัญหาของแพทย์อย่างเปิดเผย	3.08	0.90	พอใช้	2.83	0.85	พอใช้
10. การไม่มีข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน	3.91	0.77	ดี	3.97	0.74	ดี
11. ความขัดแย้งไม่ได้เกิดจากสัมพันธภาพ ระหว่างวิชาชีพ	4.30	0.86	ดี	4.11	1.00	ดี
12. เมื่อเกิดความขัดแย้งเรื่องการทำงานมีการ ชี้แจง และอธิบายเหตุผลการปฏิบัติ	3.70	0.76	ดี	3.54	0.90	ดี
13. การไม่หลีกเลี่ยงในการแก้ปัญหาเมื่อเกิด ความขัดแย้ง	2.57	1.18	พอใช้	2.45	1.15	ดี

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA		
	(N=182)			(N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
14. เมื่อเกิดความขัดแย้งมีการพูดคุยกันด้วย เหตุผล หาแนวทางแก้ไขและตกลงร่วมกัน	3.76	0.90	ดี	3.50	0.92	ดี
15. ความสามารถจัดการกับความขัดแย้งอย่าง เปิดเผย ตรงไปตรงมา	3.47	0.98	พอใช้	3.17	1.05	พอใช้
16. การนำปัญหาเสนอผู้บริหารเมื่อหาข้อตกลงใน การแก้ไขความขัดแย้งไม่ได้	3.57	1.25	ดี	3.36	1.21	พอใช้
17. การปฏิบัติงานคำนึงถึงความสัมพันธ์เชิง วิชาชีพเป็นสำคัญ	3.99	0.77	ดี	3.84	0.83	ดี
18. การยอมรับฟังคำติชมเพื่อนำไปปรับปรุง	3.48	0.90	พอใช้	3.22	1.00	พอใช้
19. เมื่อเกิดปัญหาด้านการปฏิบัติงาน แพทย์ให้ ความสนใจ ช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ	3.43	0.97	พอใช้	3.12	1.01	พอใช้
20. รับรู้ถึงความเป็นมิตรในการปฏิบัติงานร่วมกัน	3.57	0.87	ดี	3.44	0.92	พอใช้
รวม	3.62	0.44	ดี	3.40	0.47	พอใช้

จากตารางที่ 10 แสดงว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้าน การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหามาจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.62 และ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.40 เมื่อพิจารณากลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ การ ปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคือ มี คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับดี คือ พยาบาลยอมรับแพทย์ในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษา ความขัดแย้งไม่ได้เกิดจาก สัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ การส่งเรื่องกลับให้แพทย์พิจารณาใหม่เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำสั่ง แพทย์ที่ไม่เหมาะสม และการปฏิบัติงานคำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพเป็นสำคัญ โดยมีค่า

เฉลี่ย 4.32, 4.30, 4.03 และ 3.99 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ คือ การไม่หลีกเลี่ยงในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ย 2.53

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี คือ ความขัดแย้งไม่ได้เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ พยาบาลยอมรับแพทย์ในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษา การส่งเรื่องกลับให้แพทย์พิจารณาใหม่เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำสั่งแพทย์ที่ส่งผลไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการปฏิบัติงานไม่มีข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 4.11, 4.09, 3.97 และ 3.97 ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี คือ การไม่หลีกเลี่ยงในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ย 2.45

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพข้อที่มีความแตกต่างในระดับคะแนน โดยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ มี 3 ข้อ คือ พยาบาลขอให้แพทย์ร่วมแก้ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำตัวเอง การนำปัญหาเสนอผู้บริหารเมื่อหาข้อตกลงในการแก้ไขความขัดแย้งไม่ได้ และการรับรู้ถึงความ เป็นมิตรขณะปฏิบัติงานร่วมกัน ส่วนการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ และ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดี มี 2 ข้อ คือ มีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับปัญหาที่น่าสนใจของผู้ป่วย และการไม่หลีกเลี่ยงในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้ง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแล  
รักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ด้าน การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)			พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	1. วางเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง	4.13	0.83	ดี	3.77	0.99
2. เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในแนว ทางเดียวกัน	4.19	0.79	ดี	4.07	0.73	ดี
3. พยาบาลอธิบายเป้าหมายการปฏิบัติงานให้ แพทย์ทราบ	3.27	0.93	ดี	2.92	0.91	พอใช้
4. แพทย์อธิบายเป้าหมายของการรักษาให้ทราบ	2.96	0.91	พอใช้	2.74	0.88	พอใช้
5. การเข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลการรักษาของ แพทย์ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ	3.82	0.71	ดี	3.57	0.73	ดี
6. แพทย์เข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลการดูแลให้ การพยาบาล	3.48	0.79	พอใช้	3.31	0.80	พอใช้
7. การร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ ป่วยเฉพาะรายร่วมกัน	3.13	0.84	พอใช้	2.67	0.90	พอใช้
8. การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายการดูแล รักษาผู้ป่วยร่วมกัน	3.04	0.87	พอใช้	2.56	0.88	พอใช้
9. การปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่เป่า หมายที่กำหนดไว้	3.77	0.83	ดี	3.34	0.91	พอใช้
10. การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยยึดถือ เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน	3.48	0.89	พอใช้	3.04	0.92	พอใช้
รวม	3.53	0.57	ดี	3.20	0.59	พอใช้

จากตารางที่ 11 แสดงว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการ  
รับรู้เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.53 และอยู่ในระดับพอใช้ตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีค่า เฉลี่ย 3.20 เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการ รับรู้เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี คือ เป้าหมายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การวางเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลการรักษาของแพทย์ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ และการปฏิบัติงาน ร่วมกันเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.19, 4.13, 3.82 และ 3.77 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการ รับรู้เป้าหมายร่วมกันอยู่ในระดับพอใช้ คือ แพทย์อธิบายเป้าหมายของการรักษาให้ทราบ มีค่า เฉลี่ย 2.96

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกันตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในแนว ทางเดียวกัน การวางเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพยาบาลเข้าใจ จุดมุ่งหมาย เหตุผลการรักษาของแพทย์ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.07, 3.77 และ 3.57 ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแล รักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ คือ การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วม กัน มีค่าเฉลี่ย 2.56

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกันตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพข้อที่มีความแตกต่างในระดับคะแนน โดยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรง พยาบาลอยู่ในระดับดี และในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ มีเพียงข้อเดียว คือ การปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ กำหนดไว้

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติงานร่วมกับ แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่เข้าร่วมโครงการ HA (N=182)		พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ร.พ.ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ HA (N=190)		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
	1. ด้านควบคุมอำนาจ ร่วมกัน	3.49	0.42	3.30	
2. ด้านมีส่วนร่วมและแบ่ง แยกขอบเขตการปฏิบัติ	3.87	0.43	3.68	0.39	4.562*
3. ด้านเอาใจใส่ร่วมกันใน การแก้ไขปัญหา	3.62	0.44	3.40	0.47	4.594*
4. ด้านการรับรู้เป้าหมาย ร่วมกัน	3.53	0.57	3.20	0.59	5.483*
รวม	3.60	0.37	3.38	0.37	5.555*

\*p< .05

จากตารางที่ 12 แสดงว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทุกด้าน คือ ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน ด้านการมีส่วนร่วมและ แบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และด้านการรับรู้ เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ด้าน ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่า การรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สมมุติฐานการวิจัย คือ ระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 372 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 82 คน และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 190 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างเองจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและแนวความคิดความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1980) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 78 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน 33 ข้อ
2. ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน 15 ข้อ
3. ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา 20 ข้อ
4. ด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน 10 ข้อ

แบบสอบถามนี้ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 9 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) เท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากจากกลุ่มตัวอย่างเท่ากับค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากการทดลองใช้แบบสอบถาม คือ .94

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด โดยส่งและรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ตั้งแต่ 2 กุมภาพันธ์ - 5 มีนาคม 2543 ได้แบบสอบถามกลับคืนมาที่สมบูรณ์ 372 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-X (Statistical Package for the Social Science Version, X) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test statistic)

#### สรุปผลการวิจัย

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.60 ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย 3.38 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันอยู่ในระดับพอใช้ทั้งสองกลุ่ม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 และ 3.30 ตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 และ 3.68 ตามลำดับ ด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.40 และด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกัน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.53 ขณะที่การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ คือมีค่าเฉลี่ย 3.20

2. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นใช้แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีนโยบายและวิถีปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care) ให้ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของทีมสุขภาพ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยมีแผนการปฏิบัติและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (Clinical review) โดยมีการทบทวนระหว่างแพทย์และพยาบาล เป็นกระบวนการระดมความคิดที่ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันมาทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อหาทางออกที่เหมาะสม มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา (Clinical practice guideline) การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อประสิทธิผลของการดูแลรักษาและการนำไปปฏิบัติจริง นอกจากนี้การพัฒนาตามโครงการนี้จะก่อให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขึ้น เช่น การร่วมกันในการจัดทำคู่มือ มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการสร้างทีมงานการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีน้อยมากในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (วิชาญ เกิดวิชัย, 2541)

การดำเนินการในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะมีฝึกอบรมให้แก่บุคลากร ให้ทุกคนเข้าใจและรู้สึกร่วมในการทำงาน ท่วมเทแรงกายแรงใจให้กับการทำงานนั้น มีการสื่อสารอย่างทั่วถึงเพื่อให้ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน เมื่อพยาบาลและแพทย์นำหลักการทำงานร่วมกันมาใช้ ทำให้มีการแบ่งปันอำนาจ มีการประสานงานทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างคุณภาพและต่อเนื่อง (Devereaux, 1981) มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นทางวิชาการ วิทยาการความก้าวหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษา ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ ต้องมีการประชุมปรึกษานานหรือกัน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันร่วมกันตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย แบ่งงานกันทำ ทำให้การสื่อสารระหว่างวิชาชีพทางสุขภาพ และผู้ป่วยดีขึ้น ฉะนั้นทั้งพยาบาลและแพทย์ที่เรียนรู้การทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของทีม เป็นผู้ร่วมงานกัน เข้าใจบทบาท ยอมรับในความสามารถ รับฟังความคิดเห็น ส่งเสริมทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น เพิ่มพุดิกรรรมความร่วมมือ แก้ไขความขัดแย้ง ช่วยเหลือกัน และ

ตระหนักถึงความสำคัญของกันและกันในฐานะพยาบาล แพทย์ และในฐานะบุคคล (เพ็ญศรี รักสละ, 2539) จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล (2534) ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง ฐานอำนาจส่วนบุคคล และการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และพบว่าการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันกับแพทย์ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ส่วนระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้

เมื่อพิจารณาประเด็นการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกันซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล (2534) ที่ศึกษาการรับรู้สัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันกับแพทย์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมทำงานกับแพทย์ในด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลและด้านบรรยากาศในการสื่อสาร ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพยาบาลกับแพทย์ยังเกิดขึ้นไม่มาก อาจมีสาเหตุมาจากการที่พยาบาลไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในรูปของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ การที่พยาบาลไม่มีความสามารถที่จะเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อาจเป็นเพราะพยาบาลรู้สึกที่ต้องเสี่ยงต่อการได้รับคำวิจารณ์เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ตนเองเขียน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) ซึ่งอาจเกิดจากความสับสน ไม่แน่ใจว่าควรมองปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะใด ขาดทักษะในการวิเคราะห์รวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับแพทย์ ทำให้แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาลที่เขียน ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์จะเห็นได้ว่าแพทย์ศึกษาข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) น้อย ทำให้ความรู้ ข้อมูลทางการพยาบาลไม่ได้นำไปใช้ในทางการพยาบาลให้ปรากฏเป็นที่ยอมรับจาก แพทย์ และทีมสุขภาพ

สาเหตุอีกประการหนึ่งอาจจะเป็นเพราะความแตกต่างทางเพศ ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านความคิด แพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยแพทย์จะมีพฤติกรรมที่มุ่งการทำงานมากกว่าสัมพันธ์ภาพในขณะที่พยาบาลจะให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพมากกว่าการทำงาน พยาบาลพูดคุยกับแพทย์เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเสมอ ซึ่งกลาส (Glass, 1992 cited in Coeling & Wilcox, 1994) กล่าวว่า ผู้หญิงจะมีความต้องการมากในด้านความใกล้ชิดสนิทสนมและการสร้างความสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้ชายต้องการความเป็นอิสระ สถานภาพที่มีบทบาทเป็นผู้มีอำนาจ เป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ ความแตกต่างนี้จะพบได้จากท่าทีเมื่อสนทนากับบุคคลอื่น โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้หญิงจะแสดงความสนใจและมีลักษณะของการเอาใจใส่ เช่น จะเปล่งเสียงเพื่อให้รู้ว่ากำลังฟังเรื่องราวนั้นอยู่ มักจะมองคู่สนทนา ขณะที่ผู้ชายฟังเนื้อหาหลักแต่ตามองจ้องไปที่อื่น เน้นการพูดคุยที่เหมือนรายงานให้ทราบข้อมูล อาจเป็นสิ่งที่เข้าใจอธิบายได้ว่าเหตุใดพยาบาลจึงสังเกตว่าตนไม่ได้รับการยอมรับขณะที่สนทนากับแพทย์

สาเหตุอีกประการหนึ่งอาจจะมาจากข้อจำกัดในด้านเวลา ผลการวิจัยพบว่าระดับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านการใช้เวลาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์แต่ละครั้งอย่างเพียงพออยู่ในระดับพอใช้ทั้ง 2 กลุ่ม อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นมีงานประจำที่มีความจำเป็น แรงกดดันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก จึงเป็นข้อจำกัดในด้านเวลาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ได้ และจากการศึกษาของ คูลิง และ วิลคอกซ์ (Coeling & Wilcox, 1994) พยาบาลชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคที่ขัดขวางการสื่อสาร คือ ไม่มีเวลา แทนเน็น (Tannen, 1990 cited in Coeling & Wilcox, 1994) กล่าวว่า การขาดเวลาที่ใช้ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์จะทำให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎี THE PRAGMATIC PERSPECTIVE การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นเมื่อใช้เวลาให้เหมาะสมสำหรับกระบวนการสื่อสาร (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) เนื่องจากการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ซึ่งทัศนคติจะเป็นพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ เช่นการสร้างอำนาจเหนือผู้อื่น ความร่วมมือและปฏิกริยาต่าง ๆ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540) ยังมีข้อมูลที่ถูกต้องมากการตัดสินใจก็ยังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นที่มาของอำนาจ การปฏิบัติงานร่วมกันพยาบาลและแพทย์ต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลที่แต่ละบุคคลมีอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา และการดูแลให้การพยาบาลร่วมกัน มีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น ทำให้พยาบาล

กับแพทย์ได้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวินิจฉัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และสัมพันธ์ภาพในการร่วมกันทำงานด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลก็จะเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าอยู่ในระดับดี ทั้ง 2 กลุ่ม แสดงว่าการทำงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์มีความเข้าใจที่ชัดเจน เรื่องของบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบตามขอบเขต และกฎหมายในแต่ละวิชาชีพ ในการศึกษาของเดวิดสัน และลูเวอร์ (Davidson & Lauver, 1984) พบว่าพยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนด้านจิตสังคมที่เป็นบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาล ส่วนแพทย์จะเป็นผู้ประเมิน และให้การรักษาผู้ป่วยด้านร่างกาย ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นอิสระของแพทย์ จะเห็นได้ว่าทั้งพยาบาลแพทย์แพทย์ต่างมีการรับรู้การปฏิบัติงานที่เป็นอิสระต่อกัน และการปฏิบัติที่ต้องทำร่วมกัน ในการปฏิบัติงานเพื่อคุณภาพวิชาชีพพยาบาลและแพทย์ควรกำหนดกิจกรรมทางวิชาชีพไว้อย่างชัดเจนจะกระตุ้นให้แพทย์และพยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกที่อยู่ภายใต้ขอบเขตกฎหมาย ความรับผิดชอบ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยของทั้งสองฝ่ายซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ รวมถึงการมีโอกาสในการให้ความรู้ ข้อมูล และการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานเด่นชัด

เมื่อพิจารณาประเด็นการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในด้านการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ มีการประสานงานกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งพยาบาลกับแพทย์เรียนรู้การทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของทีม เป็นผู้ร่วมงานกัน เข้าใจบทบาท ยอมรับในความสามารถ รับฟังความคิดเห็น ส่งเสริมทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น เพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือ การแก้ไขความขัดแย้ง ช่วยเหลือกัน มีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกันมากขึ้น ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้แสดงความต้องการและได้สะท้อนการทำงานซึ่งต้องการการ



แก้ไขโดยวิชาชีพอื่น จึงทำให้พยาบาลในกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการรับรู้ว่ามีภาระเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ

สิ่งที่น่าสนใจคือพยาบาลมักจะหลีกเลี่ยงที่จะปะทะกับแพทย์โดยตรงเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น อาจเป็นเพราะทำให้รู้สึกว่าคุณอยู่ในสภาพที่ต่ำกว่า เมื่อแพทย์ไม่โกรธหรือแสดงอาการต่อต้าน และพยาบาลจะแสดงความคิดเห็นกับแพทย์ เมื่อแพทย์สั่งการรักษาไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย หรือเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำสั่งแพทย์ที่อาจส่งผลไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะส่งเรื่องกลับเพื่อให้แพทย์พิจารณาอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 กลุ่ม จากการศึกษาของ ดิกสัน วิลค็อก และวิลค็อก (Dixon, Wilcox & Wilcox, 1992 cited in Coeling & Wilcox, 1994) ที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์พยาบาล พบว่าความขัดแย้งเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลไม่เห็นด้วยกับคำสั่งหรือการปฏิบัติของแพทย์ ที่เห็นได้ชัดว่าไม่สอดคล้อง หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม มุ่งมั่นที่จะเผชิญหน้ากับแพทย์ โดยยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้พยาบาลและแพทย์ไม่ควรถือว่าการก่อให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพหรือความขัดแย้ง หรือมีความเห็นที่ไม่ตรงกัน แต่ควรมองว่าเป็นสิ่งที่เพื่อนร่วมงานสามารถกระทำหรือเรียกร้องได้ พยาบาลและแพทย์ควรมีการซักถาม ชี้แจงแนวทางเลือกอื่น ๆ และสามารถชี้แจงเหตุผลได้ด้วย ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมในการเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

ประเด็นสุดท้าย คือ การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการรับรู้เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้เป้าหมายร่วมกันตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับพอใช้ ให้เหตุผลได้ว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีแนวคิดหลักในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในการกำหนดเป้าหมาย และจุดประสงค์อย่างเป็นทางการ โดยเปิดโอกาสให้ทีมผู้ดูแลสุขภาพตั้งเป้าหมายร่วมกัน นำเป้าหมายนั้นมาแลกเปลี่ยนเพื่อหาจุดร่วม ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดการถ่ายทอดเป็นกิจกรรม (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) ในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายหลักที่ชัดเจนของทั้งพยาบาลและแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยหรือกลับเข้าสู่สภาพปกติมากที่สุด และ เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล (2534) กล่าวว่างานของพยาบาลและแพทย์มีความใกล้เคียงกันมากกว่างานพยาบาลกับบุคลากรอื่น ๆ การที่จะทำความเข้าใจเป้าหมายระหว่างกันจึงเกิดขึ้นได้ง่าย ทำให้พยาบาลและแพทย์ต่าง

เข้าใจจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติการให้การดูแลรักษาพยาบาลของแต่ละวิชาชีพก่อนจะนำไปปฏิบัติเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันไว้

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากสรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผลที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยอาจนำเสนอให้โรงพยาบาลไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความตื่นตัว และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ โดยใช้นโยบาย หลักวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวคิดที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายการแพทย์ควรมีนโยบายร่วมกันในการส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย อาจจัดตั้งคณะกรรมการและกลุ่มสนับสนุนการปฏิบัติงานระหว่างวิชาชีพชั้น เสนอกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนสัมพันธภาพหรือกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของวิชาชีพทั้งสองฝ่ายให้ชัดเจน

1.3 ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลนำกระบวนการพยาบาลไปใช้อย่างจริงจัง และพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ บันทึกข้อมูลอย่างมีระบบ และสามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์

2.2 ควรศึกษาผลลัพธ์ คุณภาพของการให้การดูแลทางคลินิก (Clinical quality) ในองค์การที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมมือกันในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับแพทย์

2.3 ควรศึกษาความสัมพันธ์ตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์

2.4 ควรศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ระหว่างหอผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ในหอผู้ป่วยสามัญ กับหอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ  
ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล: ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ  
มหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จงกลณี ศรีจักรโคตร. 2539. พฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกและพลังอำนาจในการ  
ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ สุวดีพานิช. 2541. Clinical Pathways : วิทยานำสู่คุณภาพบริการ. เอกสารการ  
ประกอบการสัมมนา เรื่องวิชาชีพการพยาบาล: ทิศทางการพัฒนาคุณภาพ  
บริการ. วันที่ 23-25 กันยายน 2541 ณ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ชาติรี บานชื่น. 2541. คนละ (มอง) มุมเดียวกัน. Quality Care จดหมายข่าวพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาล. 2(ตุลาคม): 11-14.
- นงนาฏ จงธรรมานูร์กี. 2526. การเปรียบเทียบความคาดหวังและการปฏิบัติจริงของครู  
พยาบาล และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเกี่ยวกับความร่วมมือในการจัด  
ประสบการณ์การเรียนรู้ บนหอผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริศ ฐิติธรรมานนท์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การ  
การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล  
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต สาขา  
วิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทริยาพรรณ สุภามณี. 2541. ความขัดแย้ง การจัดการกับความขัดแย้ง และการรับรู้ค่า  
ของงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา นิงสานนท์. 2541. Hospital Accreditation. (ม.ป.ท.). (เอกสารอัดสำเนา)
- ธิดา นิงสานนท์. 2541. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (ม.ป.ท.). (เอกสารอัดสำเนา)

- บุหพันธ์ ทองกลีบ. 2537. จะบริหารความขัดแย้งได้อย่างไร. วารสารกิจการรัฐ. 4(2): 38-47.
- ประคอง กรวรรณ. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุทธาการพิมพ์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2535. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรออฟเซต.
- พรณพิมล ชัยเสนา. 2541. พยาบาลกับพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 9 (มกราคม-ธันวาคม): 37-40.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2522. การวางแผนการพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดจิตวิทยาศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยเกษม.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538. การประกันคุณภาพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 : โรงพิมพ์วังใหม่บรูซพริ้นต์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538. ความสำคัญและแนวคิดของระบบประกันคุณภาพการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง นวัตกรรมการบริหารการพยาบาล ครั้งที่ 1. วันที่ 24-26 พฤษภาคม ณ โรงแรมเวลคัม จอมเทียน พัทยา ชลบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พะยอม วงศ์สารศรี. 2534. การบริหารบุคคล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญศรี ภัทลละ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน อึดมโนทัศน์สภาพแวดล้อมทางคลินิก สัมพันธภาพในทีมสุขภาพ ความร่วมรู้สึก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน เขตพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑิกา แก้วทองคำ. 2539. ความขัดแย้งและการจัดการกับความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชาญ เกิดวิชัย. 2541. คนละ (มอง) มุมเดียวกัน. Quality Care จดหมายข่าวพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. 2(ตุลาคม): 11-14.
- วิหิง แสงสิงแก้ว. 2538. นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ: ทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการโดยองค์รวม (TQM) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. (ม.ป.ท.). (เอกสารจัดสำเนา)

- ศิริพร ตันติพิบูลวินัย. 2539. การใช้อำนาจการบริหารเพื่อการพัฒนาวิชาชีพ. เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง ภาวะผู้นำกับการเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วันที่ 26-28 มิถุนายน ณ โรงแรมวันนารามาตา กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540. มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก แนวทางการพัฒนาคุณภาพ โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540. เอกสารการอบรมของโครงการ Hospital Accreditation. (ม.ป.ท.). (เอกสารอัดสำเนา)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. เส้นทางสู่...การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1. วันที่ 24-26 พฤศจิกายน ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทย์สมาคม. ดีไซน์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. เปิดของ HA กับ ISO. Quality Care จุดหมายข่าวพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. 2(ธันวาคม): 1-8.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542. ร้อยใจกัน สานฝัน...สู่วันประเมิน. เอกสารการประชุมการประชุมประจำปี 2542 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วันที่ 23-24 กันยายน ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร.
- สมพงษ์ เกษมสิน. 2517. การบริหาร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สมพร ชินโนรส. 2537. แพทย์ พยาบาล : ความสัมพันธ์เป็นอันใด. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี. 14(มกราคม).
- สภาการพยาบาล. 2539. ร่างนโยบายการปฏิบัติการพยาบาล. (ม.ป.ท.). (เอกสารอัดสำเนา)
- สุพร เกิดสว่าง. 2540. การให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์กรุงเทพ.
- สุมาลี จักรไพศาล. 2541. การพัฒนาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพบริการ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 10(มกราคม-ธันวาคม): 49-56.
- เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมพัฒนารฐานอำนาจโดยตำแหน่ง ฐานอำนาจส่วนบุคคล การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อาริยา สัพพะเลข, เวรตี ศิรินคร และภุชดา แสงดี. 2540. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารกองการพยาบาล. 24 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 8-13.
- อนุวัฒน์ ศุภฤติกุล. 2536. ความรู้เบื้องต้นเรื่องการบริหารคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- อนุวัฒน์ ศุภฤติกุล และคณะ. 2541. ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- อรุณ รักรธรรม. 2537. หลักมนุษย์สัมพันธ์กับการบริหาร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2540. การสื่อสารในการบริการสุขภาพ. พยาบาลสาร. 24(มกราคม-มีนาคม): 10-15.
- อำเภอ นิยาย. 2538. การใช้สื่อเพื่อผ่อนคลายความเครียด ของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



## ภาษาอังกฤษ

- American Nurses Association. 1980. *Nursing: A Social Policy Statement*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Arnold, E. 1989. Burnout as a spiritual issue: Rediscovering meaning in nursing practice. In V.B. Carson (Ed.). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ashley, J. A. 1973. This I Believe about Power in Nursing. *Nursing Outlook*. 21 (October) : 637-641.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. 1988. Collaboration between nurses and physicians. *Image: The Journal of and Nursing Scholarship*. 20: 145-149.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. 1994. Intensive care decisions about level of aggressive of care. *Research in Nursing and Health*. 18: 345-355.
- Baldwin, A., Welches, L., Walder, D. D., and Ekuastam, M. 1987. Nurse self-esteem and Collaboration with physicians. *Western Journal of Nursing Research*. 9:107-114.
- Bolton, L. B., Georges, A. C., Hunter, V., et al. 1998. Community Health Collaboration Models For The 21 century. *Nursing Administration Quarterly*. 22(Spring): 6-17.
- Bowman, R. A., & Culpepper, R. C. Power:Px for Change. *American Journal of Nursing*. 74(June) : 1053-1056.
- Campbell, J.D., Neikirk, H.J., and Hosokawa, M.C. 1990. Development of a psychosocial concern index from videotaped interviews of nurse practitioners and family physicians. *Journal of Family Practice*. 30: 321-326.
- Campbell, J.D., et al. 1990. Collaborative practice and provider styles of delivery health care. *Social Science Medicine*. 30: 1359-1365.
- Chester, I. B. 1968. *The functions of the Executive*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Christensen, C., & Larson, J. R. 1993. Collaraboratibe medical dicision making. *Medical Decision Making*. 13: 339-345.

- Coeling, H. V., & Wilcox, J. R. 1994. Steps to collaboration. *Nursing Administration Quarterly*. 18: 44-55.
- Coopersmith, S. 1981. *The antecedents of Self-esteem*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
- Devereux, P.M. 1981. Does joint practice work ?. *Journal of Nursing Administration*. 11(2): 39-43.
- Devereux, P.M. 1981. Essential elements of nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration*. 11(1): 19-23.
- Devereux, P.M. 1981. Nurse/Physician Collaboration: Nursing Practice Consideration. *Journal of Nursing Administration*. 11(3): 37-39.
- Emory, S. B. 1952. *Principles of Cooperation*. Illinois: The Cooperative League of the U.S.A.
- Evans, J. A. 1994. The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. *Holistic Nursing Practice*. 8 (3): 22-31.
- Fagin, C. M. 1992. Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic Medicine*. 67: 295-303.
- Feiger, F.M., & Schmitt, H.M. 1979. Collegiality in Interdisciplinary Health Teams : Its Measurement and Its effects. *Social Science and Medicine*. 13: 217-229.
- Gage, M. 1998. From Independence to Interdependence : Creating Synergistic Health Care Team. *Journal of Nursing Administration*. 28(4): 17-26.
- Goode, C.J. 1995. Impact of a CAREMAP and case management on patient satisfaction and staff satisfaction, collaboration, and autonomy. *Nursing Economics*. 13(6): 337-348.
- Gorden, W.I., & Infante, D.A. 1991. Test of a Communication Model of Organizational Commitment. *Communication Quarterly*. 39(2): 144-155.
- Hetherington, L.T. 1998. Becoming Involved. The Nurse Leader' s Role in Encouraging Teamwork. *Nursing Administration Quarterly*. 23(1): 29-40.



- Hilderly, L.J. 1991. Nurse-physician collaborative practice The clinical nurse specialist in a radiation oncology private practice. *Oncology Nursing Forum*. 18(3): 585-591.
- Infante, D.A. Gordon, W.I. 1991 How Employees See the Boss: Test of an Argumentative and Affirming Model of Supervisor' s Communicative Behavior. *Western Journal of Speech Commitment*. 55: 294-304.
- Jones, R.A.P. 1994. Conceptual development of nurse-physician collaboration. *Holistic Nursing Practice*. 8(3): 1-11.
- Jones, R.A.P. 1994. Nurses-physician collaboration: A descriptive study. *Holistic Nursing Practice*. 8(3): 38-53.
- Jones, R.P.A. 1991. *Nurse-physician collaboration and outcomes of care*. Doctoral Dissertation, Department of Nursing Science, School of Nursing, Indiana University.
- Katzman, E.M., and Roberts, J.I. 1988. Nurse-physician conflicts as barriers to enactment of nursing roles. *Western Journal of Nursing Research*. 10(5): 576-590.
- Kelly, L.Y. 1978. The Power of Powerlessness. *Nursing Outlook*, 468.
- Kirk, R. 1981. *Nursing Management*. Boston: Little Brown and Co.
- Kline, Theresa J.B., and McGrath, Joni-Lynne. 1998. Development and validation of five criteria for evalating team performance. *Organization Development Journal*. 16(3): 19-26.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., et al. 1986. An Evaluation of Outcom from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*. 104(3): 410-418.
- Koerner, B.L. & Cohen, J.R., & Armstrong, D.M. 1986. Professional Behavior in Collaborative Practice. *Journal of Nursing Administration*. 16(october): 39-43.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C.E. 1976. Conflict: The cutting edge of growth. *Journal of Nursing Administration*. 6(8): 19-25.
- Langford, T. L. 1981. *Managing and Being Managed*. London: Prentice-Hall.

- Lindgren, H. C. 1973. *An Introduction to Social Psychology*. New York: Wiley.
- Long, T.A. & Gombert, S.M. 1996. *Critical Care in Decision Making in Nursing*. Boston: International Thomson.
- Mariano, C. 1989. The Case for Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Outlook*. 37(November-December): 258-288.
- Marriner, A. 1992. *Guide to nursing management*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- McClain, B.R. 1988. Collaboration and communication. *Research in Nursing and Health*. 11: 391-398.
- McCloskey J. C., & Grace, H. K. 1997. *Current Issue In Nursing*. St. Louis: Mosby.
- McMahan, E. M., Hoffman, K., & McGee, G. W. 1994. Physician-nurse relationships in clinical settings: A review and critique of the literature, 1966-1992. *Medical Care Review*. 51: 83-112.
- Notkin, M.S. 1983. Collaboration and communication. *Nursing Administration Quarterly*. 8: 1-7.
- Prescott, P. A., & Bowen, S.A. 1985. Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*. 103(1):127-133.
- Prescott, P. A., Dennis, K. E., & Jacox, A. K. 1987. Clinical decision making of staff nurses. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 19: 56-62.
- Prescott, P. A., Phillips, C. Y., Ryan, J.W., & Thompson, K. O. 1991. Changing how nurses spend their time. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 23: 23-38.
- Ritter, H.A. 1983. Collaborative practice: What's in it for medicine?. *Nursing Administration Quarterly*. 7: 31-36.
- Stachura, L.M. 1998. Partnership In Work Redesign. *Nursing Administration Quarterly*. 23(1): 82-93.
- Stein, L.I., & Watts, D.T., & Howell, T. 1990. The doctor-nurse game revisited. *New England Journal of Medicine*. 322(8): 546-549.

- Souba, W.W. 1998. The job Of Leadership. *Journal of Surgical Research*. 80(1): 1-7.
- Sullivan, E.J., & Decker, P.J. 1988. *Effective management in nursing*. California: Addison-Wesly.
- Sullivan, T. J. 1998. *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Tellis-Nayak, M., & Tellis-Nayak, V. 1984. Games that professionals play: the social psychology of the physician nurse interaction. *Social Science and Medicine*. 18(12): 1063-1069.
- Thomas, K.W. 1978. Conflict and conflict management. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organization psychology*. Chicago: Rand Mc Nally.
- Vogt, J.F., et al. 1983. *Retaining Professional Nurses: A Planned Process*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., and Jackson, D.D. 1967. *Pramatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton.
- Weiss, S. J., & Davis, H.P. 1985. Validity and Reliability of the Collaborative Practice Scales. *Nursing Research*. 34: 299-305.
- Weiss, S. J., & Remen, N. 1983. Self-limiting patterns of nursing behavior within a tripartite context involving consumers and physicians. *Western Journal of Nursing Research*. 5(1): 77-89.
- Yamane, T. 1987. *Statistic: An introductory analysis*. New York: Harper and Row.
- Yudofsky, S.C., et al. 1986. The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Phycial Agression. *American Journal of Psychiatry*. 143(January): 35-39.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

- |  |  |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ รัชชกุล | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                           |
| 2. อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา            | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                           |
| 3. อาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา       | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                           |
| 4. อาจารย์ศรีสมพร ทรวงแก้ว               | รองผู้อำนวยการฝ่ายจัดการการศึกษา<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี<br>อุตรดิตถ์      |
| 5. นายแพทย์สุกิจ พึ่งเกษมสุนทร           | นายแพทย์ 9 หัวหน้าทีมพัฒนา<br>คุณภาพบริการ โรงพยาบาลสระบุรี                    |
| 6. นายแพทย์วัชรพล ภูนวล                  | นายแพทย์ 8 หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ<br>นาสิก ลาลิงซ์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์           |
| 7. นางพิไลวรรณ จันทร์สุกรี               | พยาบาลวิชาชีพ 8 ผู้ช่วยกลุ่มงานการ<br>พยาบาลฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาล<br>อุตรดิตถ์ |
| 8. นางกัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาญ              | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาล<br>อุตรดิตถ์   |
| 9. นางสาวภาวรัตน์ สมทอง                  | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาล<br>จุฬาลงกรณ์  |

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการสัมภาษณ์

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. นางสาวลักษณีย์ ท้วพัฒน์กุล     | นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย<br>กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นางสาวทิพย์มนต์ ตั้งเจริญไพศาล | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์                                      |
| 3. นางกัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาญ       | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์                                      |
| 4. นางสาวพรพิมล รัตนสุวรรณ        | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี                             |
| 5. นางสาวภาวรัตน์ สมทอง           | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                                     |



## ภาคผนวก ข

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

## 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1.1 การหาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูต, 2542: 46)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum Si^2}{Sx^2} \right]$$

$\alpha$  = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$k$  = จำนวนข้อคำถาม

$Si^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

$Sx^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

## 2. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

2.1 การคำนวณมัธยิมเลขคณิต(Mean) โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูต, 2542:68)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

$\bar{X}$  = ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลทั้งหมด

$n$  = จำนวนข้อมูล

## 2.2 สูตรคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \left[\frac{\sum X}{N}\right]^2}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

$\sum X^2$  = ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

## 2.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent Sample)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$S_p^2$  = ความแปรปรวนร่วม (Pooled variance)

$$\text{เมื่อ } S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

$\bar{X}_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

$\bar{X}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาคผนวก ค

## ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

## แนวทางการสัมภาษณ์

1. พฤติกรรมความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในหน่วยงานของท่านคืออะไร.....  
.....
2. ในการทำงานร่วมกับแพทย์ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร.....  
.....
3. ท่านมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกับแพทย์โดยวิธีการใด อย่างไรบ้าง.....  
.....
4. การติดต่อสื่อสารระหว่างท่านกับแพทย์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบใดบ้าง และสัมพันธ์ภาพขณะสื่อสารเป็นอย่างไร.....  
.....
5. ท่านคิดว่าแพทย์ให้การยอมรับในการปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยของท่านอย่างไร.....  
.....
6. ท่านมีบทบาทและขอบเขตการปฏิบัติงานที่เหลื่อมล้ำกับแพทย์หรือไม่ อย่างไร และมีอุปสรรคและปัญหาอย่างไรบ้าง.....  
.....
7. ท่านกับแพทย์มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกันอย่างไรบ้าง.....  
.....

8. ท่านกับแพทย์มีปัญหาคือความขัดแย้งกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ท่านและแพทย์จัดการกับความขัดแย้งนั้นอย่างไรบ้าง.....

.....

9. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์อย่างไร อุปสรรคและปัญหาอะไรบ้าง.....

.....

10. จากแนวคิดความร่วมมือของพยาบาล 4 ด้านคือ

1. การควบคุมอำนาจร่วมกัน
2. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน
3. การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
4. การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน

ท่านเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับแนวคิดในแต่ละด้านอย่างไร.....

.....

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพิ่มเติม.....

.....

**รายละเอียดผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อสร้างเครื่องมือวิจัย  
การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ**

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

1. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเป็นการทำงานเป็นทีมในฐานะผู้ร่วมงานกัน โดยมี การประสานงาน การวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน แก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน ดังคำสัมภาษณ์

คนที่ 1 พยาบาลกับแพทย์ทำงานต้องอาศัยซึ่งกันและกัน ต้องมาร่วมกัน มาคุย เราคือผู้ร่วมงานกัน กับหมอตัวไปเขาก็คิดว่าเราเป็นผู้ร่วมงาน

คนที่ 2 เราถือว่าเป็นผู้ร่วมงานกับหมอ เป็นการประเมินสภาพ ปัญหาของคนไข้ร่วมกัน คุยกันในเรื่องที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน

คนที่ 3 หมอตัวไปถือเป็นผู้ร่วมงาน แต่หมอคือหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย ขึ้นขึ้นอยู่กับการยอมรับซึ่งกันและกัน

คนที่ 4 การทำงานกับแพทย์อยู่ในภาวะเพื่อนร่วมงาน มีการวางแผนร่วมกัน มีการทำงานเป็นทีม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน

คนที่ 5 การทำงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ เป็นการวางแผนร่วมกันในการในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. ในการทำงานร่วมกับแพทย์ แพทย์ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย แต่บางครั้งการตัดสินใจที่สำคัญ เขาจะใช้ความคิดเห็นของตนเองส่วนใหญ่

คนที่ 1 เขาจะให้เรามีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจด้วย เช่น การสั่งการรักษา การดูแลคนไข้

คนที่ 3 เรื่องการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเขาค่อนข้างจะไว้ใจว่าเราจะสามารถตัดสินใจว่าจะทำอะไรต่อไปได้เมื่อคนไข้มีปัญหา

คนที่ 4 เขาให้อำนาจในการตัดสินใจ แต่ในบางครั้งในการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ นั้น แพทย์จะลงความเห็นความคิดเห็นของตนเอง

3. ส่วนมากพยาบาลกับแพทย์มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน

คนที่ 1 การได้มาซึ่งข้อมูลมีตลอด เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน ต้องรายงานอาการเปลี่ยนแปลงคนไข้

- คนที่ 3 ในการตาม round มีการพูดคุยกัน พยาบาลจะรายงานอาการคนไข้ ผล Lab หมอเขาจะบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การให้ยา หรือ patho
- คนที่ 4 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเราก็จะให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ ปัญหาในด้านครอบครัว จิตใจ เป็นต้น เขาก็ยอมรับฟัง ส่วนหมอก็จะแนะนำเรา ทำผ่าตัดอะไรเขาก็บอก แนวทางการดูแล จะได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ภายหลัง round ก็จะมาคุยเรื่องโรงพยาบาล บางทีก็คุยเรื่องคนไข้ต่อ

ส่วนใหญ่พบว่าแพทย์ศึกษาข้อมูลจากการจดบันทึก ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse note) น้อย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ

- คนที่ 1 การเขียน nurse note นั้นเราเขียนเยอะ แต่บางทีเขียนไม่ตรงกับที่ทำ หมอเขาจะไม่ค่อยอ่าน นอกจากสรุปให้เขาเห็น แต่จะดู flowchart
- คนที่ 2 ระบบการบันทึก nurse note และ kardex ที่เป็นบันทึกทางการแพทย์ หมอเขาไม่ขอ ดูถ้าจะดู คือ ฟอรัมปรอท flow chart
- คนที่ 3 จะขอ comment nurse note ที่เขียนในปัจจุบันไม่มีคุณภาพเลย หมอเขาก็ไม่อ่าน เพราะมันไม่มีประโยชน์

4. ส่วนใหญ่การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เป็นทั้งแบบทางการ และไม่ เป็นทางการ โดยจะเน้นทั้งเนื้อหา และสัมพันธ์ภาพในการสื่อสาร และมีข้อจำกัดในด้านเวลา ดัง คำให้สัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ

- คนที่ 1 การสื่อสารนั้นสำคัญทั้งเนื้อหา เช่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องนั้นสำคัญ ในการพูดคุยส่วนใหญ่เน้นเรื่องสัมพันธ์ภาพ แต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะมา คุยหรืออภิปรายร่วมกัน
- คนที่ 2 เมื่อคนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงถ้าหมอมีประชุม หรือมีธุระอยู่ พยาบาล จะตามโดยเพจ ในกรณีเร่งด่วนแพทย์ order ทางโทรศัพท์
- คนที่ 3 ส่วนมากจะเป็นจะเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ เป็นการสั่งการรักษา เป็นแบบ formal ส่วนการสร้างสัมพันธ์ภาพจะมีการพูดคุยสอดแทรก อารมณ์ขันกันบ้าง
- คนที่ 4 รูปแบบการสื่อสารส่วนใหญ่เป็นแบบไม่เป็นทางการ เป็นแบบเปิด เน้นที่ เนื้อหา และการสร้างความสัมพันธ์มีแนวตลก ไม่เป็นเนื้อหาล้วน ๆ ก็มี

พูดเล่นบ้าง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเราจะโทรศัพท์ ในรายรับใหม่บางทีหมีขอ order ทางโทรศัพท์ เขาก็จะมาเซ็นรับคำสั่ง และตามมาดู

คนที่ 5 เรื่องเวลา หมีเขาจะมีเวลาอยู่กับเราน้อยมาก โอกาสที่จะสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันแทบไม่มี เขาก็ยุ่ง เราก็อายุ่ง

5. ส่วนใหญ่แพทย์และพยาบาลยอมรับซึ่งกันและกันในการทำงานร่วมกัน

คนที่ 1 ปัจจุบันค่อนข้างจะเห็นชัดเจนว่า พยาบาลกับแพทย์ ทำงานต้องอาศัยซึ่งกันและกัน แพทย์ค่อนข้างวางใจ และ respect

คนที่ 3 ถ้าเราทำงานอย่างมีประสิทธิภาพส่วนใหญ่หมีเขาก็ยอมรับเรา

คนที่ 4 การทำงานร่วมกัน อย่างหมีที่ทำงานกับเรานาน ๆ เขาจะยอมรับนับถือ

คนที่ 5 งานส่งเสริมสุขภาพเราเห็นได้ชัดเจนว่าเราทำได้เท่าเทียมกับหมี แล้วเราจะได้รับการยอมรับสูง

6. ส่วนใหญ่พยาบาลมีขอบเขตงานที่มีทั้งอิสระตามความรู้ ความสามารถ และเหลื่อมล้ำอยู่ คือ

คนที่ 1 บทบาทของเราค่อนข้างชัดเจนเรื่องการดูแลในขอบเขตหน้าที่ จะมีความเหลื่อมล้ำกันเป็นบางครั้ง แต่ส่วนใหญ่เราทำงานร่วมกันก็เหมือนช่วยเหลือกัน คือ มองที่คนไข้เป็นหลัก เช่นอย่างบางครั้งเราประเมินว่าคนไข้ซีด Hct น่าจะ drop ความจริงไม่ใช่อำนาจหน้าที่เรา หมีไม่ได้สั่งแต่เราอาจจะเจาะไปก่อนแล้วรายงานแพทย์ บางครั้งผล Lab บางอย่างเขาไม่ได้สั่ง เราประเมินดูแล้วอาจส่งไปก่อนเพื่อความรวดเร็ว อย่างการใส่ tube เขาจะให้เราใส่เลย แต่ต้องมีข้อตกลงร่วมกันว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหมีเขาต้องรับผิดชอบ

คนที่ 2 เราจะไม่ทำเลยในกรณีที่เกิดขอบเขตหน้าที่ ค่อนข้างชัดเจนกับบทบาท มีการตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลต้องรู้ขอบเขตของตนเองให้ชัดเจน

คนที่ 3 งานในด้านการ Caring เป็นบทบาทที่เด่นของพยาบาล

คนที่ 4 พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอ ต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและทำให้สมบูรณ์

คนที่ 5 งานส่งเสริมสุขภาพ การดูแล งานเวชกรรมสังคม เป็นบทบาทที่เราปฏิบัติได้อย่างอิสระ

7. พยาบาลกับแพทย์มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน คือ

คนที่ 1 ถ้าเกิดมีปัญหาแล้วเราจะร่วมกันแก้ไขปัญหาว่า พยาบาลต้องทำอะไร และแพทย์ต้องแก้ด้วย ต้องมาร่วมกัน มาคุยกัน

คนที่ 2 หมอเขามองว่างานเขา เขาก็ทำ พยาบาลก็ทำในหน้าที่ไป ถ้ามีอะไรมาทำร่วมกัน ก็มาคุยปรึกษานหาแนวทางแก้ไขไป

8. ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาความขัดแย้งกัน พยาบาลค่อนข้างหลีกเลี่ยง โดยเน้นความสัมพันธ์ดังกล่าว

คนที่ 1 ถ้ามีเรื่องขัดแย้งกัน ส่วนใหญ่ก็คุยกัน ต้องหาแนวทางร่วมกัน และต้องยอมรับ เราจะเน้นสัมพันธภาพ แม้แต่ตัวหมอเองเขาก็เน้นสัมพันธภาพด้วยจะไม่มีกการพูดจាក้าวร้าว หรือแสดงท่าทางไม่พอใจ หมอเขาก็เหมือนกัน บางจุดทุกคนต่างจะเก็บความรู้สึก ในความขัดแย้งมีบ้างที่หลีกเลี่ยง ไม่ปะทะ

คนที่ 2 เมื่อมีความขัดแย้งการปะทะกันรุนแรง ค่อนข้างหลีกเลี่ยง เพราะตัวหมอเองเขาก็ถูกสั่งมาให้หลีกเลี่ยง

คนที่ 3 ในความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ในสิ่งที่เราทำถ้าคิดว่าเรามีเหตุผลเราก็จะทำตามที่เขาพูด แต่ถ้าเหตุผลนั้นเราฟังแล้วมันไม่ถูกต้อง เราก็ต้องพูด ส่วนความขัดแย้งตัวหมอเองเมื่อมีความขัดแย้งเขาก็เฉย ๆ ไม่พูดอะไร เขาก็จะเงียบไม่พูด จะได้ไม่มีเรื่อง

คนที่ 4 ในลักษณะของความขัดแย้ง ที่เคยเจอมีบางทีที่เขาไม่พอใจเรื่องการทำงานของเราเขาก็จะเอะอะ โวยวาย เขาพูดจាក้าวร้าว ส่วนพยาบาลเองไม่ค่อยแสดงออกไป ส่วนใหญ่ คิดว่าทนได้ยอมรับได้ ไม่ปะทะ หลีกเลี่ยง แต่ก็นำมาพูดกัน และนำปัญหาบอกให้ฝ่ายการรับทราบ ให้เขารับผิดชอบไปคุยโดยตรง และทางเรื่องไปที่หมอเอง "

คนที่ 5 ถ้ามีเรื่องที่ขัดแย้งกันส่วนใหญ่พยาบาลจะไม่กล่าวเผชิญหน้ากับเขาโดยตรง เราขาดทักษะของการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับความขัดแย้ง ซึ่งจริง ๆ แล้วเราสามารถบอกกับเขาตรง ๆ ได้ ซึ่งส่วนมากพยาบาลจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยง หรือไม่พูดถึงตรงจุดนั้นเลย

9. ส่วนใหญ่เป้าหมายในการทำงานของทั้งพยาบาลกับแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- คนที่ 1 เป้าหมายใหญ่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของทั้งสองวิชาชีพคือ การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่หน่วยงานจะมีเป้าหมาย พันธกิจ เช่น ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต พ้นจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะต้องปฏิบัติร่วมกันทั้งพยาบาล แพทย์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะแทรกซ้อน แพทย์จะรักษาอย่างไร พยาบาลต้องดูแลอย่างไรในการตั้งเป้าหมายเรายังไม่ได้ตั้งโดยชัดเจน แต่จะมีการพูดคุยกันขณะตาม round เช่น การ control เบาหวาน เป้าหมายที่ว่าคือ ไม่ให้เบาหวานเกิน 300 ความจริงก็คือเป้าหมายนั้นแหละ ซึ่งต้องควบคุมร่วมกัน
- คนที่ 2 การสื่อสารเป้าหมายโดยทั่วไปแล้วไม่ได้คุยกัน มีบางกรณีเป็นราย case ถ้าเจอก็คุย
- คนที่ 3 เป้าหมายของพยาบาลกับหมอน่าจะคล้ายคลึงกัน ไปในทางเดียวกัน มีจุดมุ่งหมายให้คนไข้กลับคืนสู่สภาพปกติให้เหมือนเดิมที่สุด และกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ยังไม่เคยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลคนไข้ เราสนใจที่จะตั้งเป้าหมายในการพยาบาลให้กับคนไข้เอง เช่น คนไข้คนนี้ผ่าตัดแล้วต้องทำอะไรให้คนไข้ ให้ bed rest นานเท่าไร สามารถ Ambulate ได้เลยมัย เพื่อให้คนไข้เข้าสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด
- คนที่ 4 เป้าหมายในการพยาบาลและของหมอน่าจะเป็นแนวทางเดียวกัน แต่เราไม่เคยพูดกัน แต่ที่ทำกันอยู่ทุกวันนี้ก็เหมือนรู้ ๆ กันว่าเป้าหมายของพยาบาลกับหมอทำที่สุดคือเป้าหมายเดียวกัน คือให้ผู้ป่วยหาย พิกการน้อยที่สุด กลับบ้านเร็วโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก็น่าจะมาคุยกันในระหว่างการดูแลรักษานั้น หมอก็จะมีเป้าหมายในการรักษาของเขา พยาบาลก็มีเป้าหมายในการดูแลพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายแยกย่อยไปอีก แต่ละวิชาชีพน่าจะมา joint ร่วมกันให้รับรู้เป้าหมายซึ่งกันและกัน
- คนที่ 5 โดยทฤษฎีแล้วเราต้องกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพราะคนไข้คนเดียวกัน คุณจะไปกำหนดแยกได้อย่างไร จุดมุ่งหมายมันคือจุดมุ่งหมายเดียวกัน

## ภาคผนวก ง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง " การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข "

## คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	7	ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	78	ข้อ
แบ่งได้เป็น		
ก. การควบคุมอำนาจร่วมกัน	33	ข้อ
ข. การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน	15	ข้อ
ค. การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา	20	ข้อ
ง. การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน	10	ข้อ



ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ( ) โดยสามารถเลือกตอบได้เพียง  
คำตอบเดียว และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ( ) หญิง ( ) ชาย
3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในแผนก
 

( ) อายุรกรรม	( ) ศัลยกรรมทั่วไป
( ) กุมารเวชกรรม	( ) ศัลยกรรมกระดูก
4. ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้มาเป็นเวลา .....ปี
5. ท่านปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้.....ปี
6. วุฒิการศึกษาพยาบาลชั้นสูงสุด
 

( )ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	( )ปริญญาโท
( )ปริญญาเอก	( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่านเคยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับทีมบุคลากร  
วิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล
 

( ) ไม่เคย	( ) เคย โปรดระบุกิจกรรม หรือชื่อโครงการ
1.....	ระยะเวลา.....
2.....	ระยะเวลา.....
3.....	ระยะเวลา.....
4.....	ระยะเวลา.....

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้  
ของพยาบาลวิชาชีพ**

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึก หรือพฤติกรรมของ  
ท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก หรือพฤติกรรมของท่าน มี  
เกณฑ์ดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุดหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยครั้งมาก  
หรือเกือบทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงปานกลางหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อยหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริงหรือไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวเลย

	5 เป็นจริงมากที่สุด	4 เป็นจริงมาก	3 เป็นจริงปานกลาง	2 เป็นจริงน้อย	1 ไม่เป็นจริง
<b>ก. ด้านการควบคุมอำนาจร่วมกัน</b>					
1. แพทย์ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากท่าน เพื่อนำไปวางแผนการรักษา					5 4 3 2 1
2. ท่านกับแพทย์แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ทางวิชาการ และวิทยาการใหม่ ๆ ที่มี ประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย					5 4 3 2 1
3. ท่านกับแพทย์สนทนา ปรีกษา อภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยเสมอ					5 4 3 2 1
4. ท่านได้รับข้อมูลจากแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาล					5 4 3 2 1
5. ท่านตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยให้ข้อคิดเห็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องรวม กับแพทย์เสมอ					5 4 3 2 1
6. แพทย์เปิดโอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาการดูแล ผู้ป่วยเสมอ					5 4 3 2 1
7. ท่านได้พูดคุยถึงความสำคัญของการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยกับแพทย์เสมอ					5 4 3 2 1
8. ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินผล การปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยร่วมกับแพทย์					5 4 3 2 1
9. เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วย ท่านมักหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับแพทย์โดยตรง					5 4 3 2 1

5 เป็นจริงมากที่สุด	4 เป็นจริงมาก	3 เป็นจริงปานกลาง	2 เป็นจริงน้อย	1 ไม่เป็นจริง
10. ท่านจะแสดงความคิดเห็นเมื่อมั่นใจว่าแพทย์เห็นด้วยกับท่านเท่านั้น				5 4 3 2 1
11. ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ท่านสามารถให้เหตุผลและข้อมูลสนับสนุนที่ทำให้แพทย์เห็นด้วยหรือคล้อยตาม				5 4 3 2 1
12. ท่านพูดคุย ระบายความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมในเรื่องที่ต้องการแสดงออกได้อย่างอิสระกับแพทย์				5 4 3 2 1
13. ท่านมีส่วนร่วมกับแพทย์ในการแลกเปลี่ยน ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว				5 4 3 2 1
14. เมื่อจำเป็นต้องบอกข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ท่านกับแพทย์มีการพิจารณาร่วมกัน				5 4 3 2 1
15. ท่านพูดคุยกับแพทย์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเสมอ				5 4 3 2 1
16. ท่านได้รับข่าวสารที่คลุมเครือจากแพทย์เสมอ				5 4 3 2 1
17. แพทย์มักจะออกคำสั่ง หรือพูดในเชิงบังคับกับท่านเสมอ				5 4 3 2 1
18. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย แพทย์มักมีถ้อยคำตำหนิติเตียนท่านแฝงอยู่เสมอ				5 4 3 2 1
19. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย ท่านมักมีถ้อยคำตำหนิติเตียนแพทย์แฝงอยู่เสมอ				5 4 3 2 1
20. แพทย์แนะนำท่านอย่างสร้างสรรค์ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน				5 4 3 2 1
21. ท่านแนะนำแพทย์อย่างสร้างสรรค์ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน				5 4 3 2 1
22. ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์มีบรรยากาศเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด				5 4 3 2 1
23. ขณะสนทนา แพทย์แสดงความตั้งใจ สนใจฟัง เช่น ออกเสียงรับเบา ๆ มองหน้า และสบตาท่าน				5 4 3 2 1
24. ท่านใช้เวลาในการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ในแต่ละครั้งอย่างเพียงพอ				5 4 3 2 1
25. แพทย์แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจา และท่าทางกับท่าน				5 4 3 2 1
26. ท่านแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางวาจา และท่าทางกับแพทย์				5 4 3 2 1
27. ท่านไม่กล้าซักถาม อภิปรายร่วมกับแพทย์ เพราะไม่มั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเอง				5 4 3 2 1
28. ท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์จากแพทย์ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของท่าน				5 4 3 2 1
29. เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ยึดถือทางเลือกของตนเองในการตัดสินใจ				5 4 3 2 1

5 เป็นจริงมากที่สุด	4 เป็นจริงมาก	3 เป็นจริงปานกลาง	2 เป็นจริงน้อย	1 ไม่เป็นจริง
30. ท่านได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ				5 4 3 2 1
31. แพทย์ยอมรับเมื่อท่านนำวิทยากรใหม่ ๆ มาใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย				5 4 3 2 1
32. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ท่านสามารถกำหนดคิกิจกรรมให้การพยาบาลโดยได้รับการยอมรับจากแพทย์				5 4 3 2 1
33. ท่านคิดว่าท่านและแพทย์มีความสำคัญเท่าเทียมกันในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย				5 4 3 2 1
<b>ข. การมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกตามขอบเขตการปฏิบัติงาน</b>				
34. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลที่ท่านปฏิบัติ ได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่าเป็นส่วนหนึ่งในแผนการรักษา				5 4 3 2 1
35. ท่านสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ความสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ด้วยตนเอง				5 4 3 2 1
36. ท่านตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักวิชาชีพการพยาบาล				5 4 3 2 1
37. ท่านปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระตามความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่เรียนรู้มา				5 4 3 2 1
38. ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ที่พิจารณาแล้ว การปฏิบัติตามคำสั่งนั้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย				5 4 3 2 1
39. ท่านปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตข้อกำหนดตามกฎหมายวิชาชีพเสมอ				5 4 3 2 1
40. ท่านปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระในขอบเขตวิชาชีพโดยไม่มีกักรแทรกแซงจากแพทย์				5 4 3 2 1
41. ท่านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของวิชาชีพเสมอ				5 4 3 2 1
42. ท่านทราบขอบเขตการรักษารักษาของแพทย์อย่างชัดเจน				5 4 3 2 1
43. ท่านทราบขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบของท่านอย่างชัดเจน				5 4 3 2 1
44. ท่านปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่แตกต่างจากแพทย์อย่างชัดเจน				5 4 3 2 1
45. ท่านมีการตกลงกับแพทย์ในการจัดการแก้ไขภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน				5 4 3 2 1
46. ท่านมีการตกลงแนวทางการปฏิบัติร่วมกับแพทย์ในการติดตามแพทย์นอกเวลาไว้อย่างชัดเจน				5 4 3 2 1

5 เป็นจริงมากที่สุด	4 เป็นจริงมาก	3 เป็นจริงปานกลาง	2 เป็นจริงน้อย	1 ไม่เป็นจริง
47. ท่านกับแพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่เสมอ				5 4 3 2 1
48. ท่านกับแพทย์มีส่วนร่วมในการสร้างมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย				5 4 3 2 1
<b>ค. การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา</b>				
49. ท่านยอมรับแพทย์ในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษา				5 4 3 2 1
50. แพทย์ยอมรับท่านในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลให้การพยาบาล				5 4 3 2 1
51. ท่านกับแพทย์จัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับ ปัญหาที่น่าสนใจของผู้ป่วยใจร่วมกันเสมอ				5 4 3 2 1
52. ท่านขอให้แพทย์ร่วมแก้ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ท่านไม่สามารถทำตัวเอง				5 4 3 2 1
53. แพทย์ขอให้ท่านร่วมแก้ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แพทย์ไม่สามารถทำตัวเอง				5 4 3 2 1
54. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำสั่งแพทย์ที่ส่งผลไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ท่านจะส่งเรื่องกลับไปให้แพทย์พิจารณา				5 4 3 2 1
55. ท่านแสดงความคิดเห็นกับแพทย์ เมื่อแพทย์สั่งการรักษาไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย				5 4 3 2 1
56. แพทย์เปิดโอกาสให้ท่านซักถามและทำความเข้าใจกับคำสั่งการรักษาเสมอ				5 4 3 2 1
57. ท่านแสดงความเห็นด้วย และไม่เห็นด้วยในการแก้ไขปัญหของแพทย์อย่างเปิดเผย				5 4 3 2 1
58. ท่านมีข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์บ่อยครั้ง				5 4 3 2 1
59. ความขัดแย้งเกิดจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีของท่านกับแพทย์				5 4 3 2 1
60. เมื่อเกิดความขัดแย้งกับแพทย์เรื่องการปฏิบัติงาน ท่านชี้แจง และอธิบายเหตุผลการปฏิบัติได้				5 4 3 2 1
61. เมื่อเกิดความขัดแย้งกับแพทย์ ท่านจะหลีกเลี่ยง ไม่ปะทะ				5 4 3 2 1
62. เมื่อเกิดความขัดแย้งกับแพทย์ ท่านพูดคุยกันด้วยเหตุผล หาแนวทางการแก้ไข และตกลงร่วมกัน				5 4 3 2 1
63. ท่านสามารถจัดการกับความขัดแย้งกับแพทย์ได้อย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา				5 4 3 2 1
64. เมื่อหาข้อตกลงในการแก้ไขความขัดแย้งไม่ได้ ท่านจะนำปัญหาเสนอผู้บริหารทราบ				5 4 3 2 1

5 เป็นจริงมากที่สุด	4 เป็นจริงมาก	3 เป็นจริงปานกลาง	2 เป็นจริงน้อย	1 ไม่เป็นจริง
65. การปฏิบัติงานกับแพทย์ ท่านคำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพเป็นสำคัญ				5 4 3 2 1
66. ท่านกับแพทย์ยอมรับฟังคำติชมซึ่งกันและกัน เพื่อการนำไปปรับปรุง				5 4 3 2 1
67. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการปฏิบัติงาน แพทย์ให้ความสนใจ ช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ				5 4 3 2 1
68. ท่านรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย รับรู้ถึงความเป็นมิตรขณะปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์				5 4 3 2 1
<b>ง. การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน</b>				
69. ท่านกับแพทย์ร่วมกันวางเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง				5 4 3 2 1
70. ท่านคิดว่าเป้าหมายของท่าน และแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน				5 4 3 2 1
71. ท่านอธิบายเป้าหมายการปฏิบัติงานของท่านให้แพทย์ทราบเสมอ				5 4 3 2 1
72. แพทย์อธิบายเป้าหมายของการรักษาให้ท่านทราบเสมอ				5 4 3 2 1
73. ท่านเข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลการรักษาของแพทย์ ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ				5 4 3 2 1
74. แพทย์เข้าใจจุดมุ่งหมาย เหตุผลการดูแลให้การพยาบาลของท่าน				5 4 3 2 1
75. ท่านร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายกับแพทย์เสมอ				5 4 3 2 1
76. ท่านกับแพทย์จัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน				5 4 3 2 1
77. ท่านกับแพทย์ปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้				5 4 3 2 1
78. ท่านร่วมประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยกับแพทย์ โดยยึดถือเป้าหมายที่กหนดร่วมกัน				5 4 3 2 1

ชื่อเสนอแนะ.....  
 .....  
 .....  
 .....

## ประวัติผู้วิจัย

นางนัยนา เตโชฬาร เกิดเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2514 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เมื่อ พ.ศ. 2534 ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ. 2541 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

