

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล  
กรณีศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี 1



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต  
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

กรณีศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี 1

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต

27 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัลลภา ปิติสันต์,

Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

นายธีรจุฑา เมฆทอง

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชติรส พลับพลึง,

Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

เลิศยศ ตีร์รัตนไพบูลย์,

Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดวงพร อภาศิริปี่,

Ph.D.

คณบดีวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล

สุเทพ นิ่มสาย,

Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล  
กรณีศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี 1” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องมาจากความกรุณาของ ผศ.ดร.พัลลภา  
ปีติสันต์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย ด้วยความเอาใจใส่ อีกทั้งคอยให้  
กำลังใจในการทำงานวิจัยเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่  
สำคัญยิ่ง และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย รวมทั้ง  
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน อีกทั้งผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วม  
สัมภาษณ์ด้วยความยินดีและเต็มใจ อีกทั้งให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อ  
งานวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า สารนิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจจะ  
ศึกษาประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติมในอนาคต หรือเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้หรือปรับกลยุทธ์ใน  
การให้บริการสำหรับธุรกิจบริการทางการแพทย์ต่อไป

หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยมา ณ ที่นี้

ธีรจุฑา เมฆทอง

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลธนบุรี 1  
RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIAN AND PATIENT :CASE STUDY THONBURI  
HOSPITAL

ธีรจุฑา เมฆทอง 5950215

กจ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัลลภา ปิติสันต์, Ph.D., สุเทพ นิ่มสาย, Ph.D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชติรส พลับพลึง, Ph.D., เลิศยศ ตีร์รัตนไพบูลย์, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ ปัจจัยและขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลธนบุรี 1 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 31 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาลธนบุรี 1

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่พบได้มากที่สุดคือ รูปแบบผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันในระดับต่ำ รองลงมาจะเป็นแบบคนรู้จักหรือเพื่อน ที่มีความสนิทสนมกันมากขึ้น ในด้านปัจจัยที่สำคัญพบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยใส่ใจมากคือเวลาที่แพทย์ให้กับผู้ป่วย และความใส่ใจที่แพทย์แสดงต่อผู้ป่วยซึ่งปัจจัยเหล่านี้ก็จะนำมาสู่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่จะนำมาซึ่งการรักษาที่ประสบความสำเร็จในระยะยาว โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถนำมาปรับกลยุทธ์ทางการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย/ แพทย์/ ผู้ป่วย/ โรงพยาบาล

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
<b>บทที่ 1</b> <b>บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	3
1.3 ขอบเขตงานวิจัย	3
1.4 คำจำกัดความ	4
<b>บทที่ 2</b> <b>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>4</b>
2.1 ความหมายและความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย	4
2.2 รูปแบบของความสัมพันธ์	4
2.2.1 ความสัมพันธ์แบบไม่สมมาตร (Asymmetry relationship)	4
2.2.2 ความสัมพันธ์แบบสมมาตร (Symmetry relationship)	6
2.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์	7
2.3.1 ความรู้ของแพทย์ (Knowledge)	7
2.3.2 ความเชื่อใจ (Trust)	8
2.3.3 ความจงรักภักดี (Loyalty)	9
2.3.4 ความเคารพนับถือ (Regard)	10
2.3.5 เวลา (Time)	10
2.4 ขั้นตอนการพัฒนาของความสัมพันธ์	10
ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introduction Phase)	11
ระยะที่ 2 ระยะการได้รับการยอมรับ (Recognition Stage)	11
ระยะที่ 3 ระยะขยายขอบเขตความสัมพันธ์ (Relationship Expansion)	11

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะที่ 4 ระยะผูกมัด (Commitment to the Collaborative Working Relationship; Stabilize relationship)	12
ระยะที่ 5 ระยะสรุปผล (Resolution or Terminal Phase)	12
<b>บทที่ 3</b> <b>วิธีดำเนินงานวิจัย</b>	<b>15</b>
3.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา	15
3.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก	15
3.3 เครื่องมือในการวิจัย	16
3.4 การดำเนินการวิจัย	16
3.4.1 การเตรียมข้อมูล	16
3.4.2 การเตรียมข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์	17
3.4.3 การทำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)	17
3.4.4 เตรียมตัวสัมภาษณ์	17
3.4.5 ขั้นตอนการสัมภาษณ์	17
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	18
<b>บทที่ 4</b> <b>ผลการวิจัย</b>	<b>19</b>
4.1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	19
4.2 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล	21
4.2.1 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	21
4.2.2 การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ	26
4.3 ปัจจัยที่มีก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	29
4.3.1 ปัจจัยภายใต้ “ความเชื่อใจ (Trust)”	29
4.3.2 ปัจจัยภายใต้ “ความเคารพนับถือ (Regard)”	31
4.3.3 ปัจจัยภายใต้ “ความรู้ของแพทย์ (Knowledge)”	33
4.3.4 ปัจจัยภายใต้ “ความจงรักภักดี (Loyalty)”	34
4.3.5 ปัจจัยภายใต้ “เวลา (Time)”	36
4.3.6 ปัจจัยอื่นๆ	37

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.4 พัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	37
<b>บทที่ 5   สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ</b>	<b>41</b>
5.1 สรุปผลการวิจัย	41
5.1.1 สรุปรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	41
5.1.2 สรุปปัจจัยที่มีก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	43
5.1.3 สรุปขั้นตอนของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	44
5.2 ข้อเสนอแนะ	47
5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและปรับกลยุทธ์การให้บริการทาง การแพทย์ในเชิงธุรกิจ	47
5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยเพิ่มเติม	47
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>48</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>53</b>
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>62</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ที่มีแพทย์ประจำ	20
4.2 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่เป็นแพทย์ประจำที่ โรงพยาบาล	21
4.3 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของแพทย์ในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มี ความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม	21
4.4 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มี ความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม	24
4.5 เปรียบเทียบการใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ กับรูปแบบ ความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม	27
5.1 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มี ความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม	42
5.2 เปรียบเทียบการใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ กับรูปแบบ ความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม	43



## สารบัญรูปลูกภาพ

รูปลูกภาพ	หน้า
2.1 กรอบการวิจัย	14
5.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่พบในการศึกษา	45
5.2 แสดงขั้นตอนของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นที่พบในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับ การทบทวนวรรณกรรม	46



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากต่อการทำการรักษาพยาบาล (Goold, 1999; Shankar, 2015; ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561, Cappuccio, 2019) โดยในอดีตความรู้ ข้อมูลและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ยังจำกัดวงแคบๆ โดยผู้มีสิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลนี้ได้โดยง่ายจะเป็นกลุ่มชนชั้นสูงและผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจเท่านั้นที่จะมีสิทธิเข้าศึกษาเป็นแพทย์ได้ โดยอาชีพแพทย์ได้ยึดหลักมาตรฐานวิชาชีพ 3 ประการคือ ความมีอิสระในการกำหนดควบคุมแพทย์ด้วยกันเองดังนั้นบุคคลที่เข้าไปรับการรักษาจึงบอกไม่ได้ว่าการรักษาที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ การทำอาชีพแพทย์ต้องอาศัยประสบการณ์และความรู้ความชำนาญขั้นสูงและการยึดหลักคุณธรรมและทำงานได้จรรยาบรรณแพทย์ (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561)

ในสมัยก่อน เช่นในงานวิจัยของ ZASZ (1956), Emanuel (1992) และ Goold (1999) พบว่าประชาชนมีความเชื่อถือในแพทย์และประกอบกับข้อมูลที่เข้าถึงได้ยากและยากจะเข้าใจนั้น ทำให้แพทย์จะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบพ่อปกครองลูก (Paternalistic Model) โดยเป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์จะใช้ทักษะและความสามารถของตนในการวิเคราะห์และวินิจฉัยโรค จากนั้นจะเลือกใช้ข้อมูลที่ตนได้รับมาเลือกวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยเองโดยไม่ต้องให้ข้อมูลมาก เช่น การบอกเพียงว่าเป็นวิธีการรักษาที่สามารถช่วยได้ โดยผู้ป่วยแทบจะไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแนวทางการรักษาโรคของตนเองเลย เนื่องจากความไม่รู้หรือไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษา

ในปัจจุบันโลกได้เข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทางการแพทย์ของผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีอำนาจในการต่อรองกับแพทย์มากขึ้น เนื่องจากมีอำนาจทางข้อมูลสูงขึ้น (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561) และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบแพทย์เป็นธุรกิจมากขึ้น (Rosenthal, 2018) ทำให้ภาพลักษณ์แบบนักบุญของแพทย์ได้แปรเปลี่ยนไปเป็นเพียงแค่ผู้ให้บริการในการรักษาเท่านั้นในสายตาของผู้ป่วย (ภาคภูมิ แสงกนกกุล, 2555) พฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติจึงมีการเปลี่ยนจากเดิมที่มีพฤติกรรมในการรอให้แพทย์วินิจฉัยและดำเนินการตามการตัดสินใจของแพทย์ได้เปลี่ยนเป็นการที่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกรับการรักษามากขึ้น โดยอาจมีการเลือกการรักษาที่ตนคิดว่าเป็นทางที่ดีที่สุดด้วยตนเองซึ่งความสัมพันธ์กับแพทย์ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากพ่อปกครองลูกเป็นการมองผู้ป่วยเป็นผู้มารับบริการ (ศากุน แสงพานิช, 2545)

การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการรักษาพยาบาล เนื่องจากความสัมพันธ์อันดีนำไปสู่การร่วมมือในการทำการรักษาของผู้ป่วย (Shankar, 2015) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีอาการที่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่าตัดหัวใจ ซึ่งต้องมีการอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาเพื่อคงสภาพ ต้องมีการให้จำกัดควบคุมอาหาร และต้องอาศัยความต่อเนื่องในการรับประทานยา (Heisler, 2005) ซึ่งจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย หากขาดความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย (Shankar, 2015)

จากความสำคัญของความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยว่ามีการใช้รูปแบบความสัมพันธ์ใดในวาระโอกาสใด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อรูปแบบความสัมพันธ์หนึ่งๆถูกใช้งานกับผู้ป่วย และศึกษาพัฒนาการของรูปแบบความสัมพันธ์ว่ามีการเปลี่ยนไปหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยเดิมทำการรักษากับแพทย์ในระยะยาว โดยศึกษาในกลุ่มประชากรไทยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาและปฏิบัติงานของแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ว่ามีการใช้รูปแบบความสัมพันธ์แบบใด
2. ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
3. ศึกษาพัฒนาการของรูปแบบความสัมพันธ์ว่ามีการเปลี่ยนไปหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยเดิมทำการรักษากับแพทย์ในระยะยาว

## 1.3 ขอบเขตงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาลชลบุรี 1
2. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมผลสัมฤทธิ์ คือ ตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2562

#### 1.4 คำจำกัดความ

เนื่องจากการใช้คำศัพท์บางคำประกอบในงานวิจัยฉบับนี้ ดังนั้น เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจความหมายของคำศัพท์ตรงกัน ผู้วิจัยจึงขออธิบายความหมายของคำศัพท์ ดังนี้

**แพทย์ (Physician, doctor)** หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาด โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการเรียนการสอนตามระบบโรงเรียนแพทย์ และเป็นผู้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ และใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานของแพทยสภา จึงจะสามารถรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องตามกฎหมาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2555)

**ผู้ป่วย (Patient)** หมายถึง ผู้ที่มีอาการผิดปกติ ไม่ว่าจะผ่านทางจิตใจหรือทางร่างกาย เช่น อาการบาดเจ็บภายนอก เจ็บป่วย เป็นโรค ที่ได้เข้ามาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาความผิดปกติ นั้นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2555)

**ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Doctor-patient relationship)** หมายถึง ความสัมพันธ์แบบพิเศษที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสนิทคุ้นเคยกันมาก่อน แต่เป็นความสัมพันธ์ตามเงื่อนไขทางสังคม คือ การที่ผู้ป่วยต้องการหายขาดจากอาการเจ็บป่วยและการที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยหายตามบทบาทและหน้าที่ต่อสังคมของตน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการสื่อสารของทั้งแพทย์และผู้ป่วย (Chipidza, 2015; Arafat, 2017)

**โรงพยาบาล** หมายถึง สถานที่ซึ่งจัดไว้เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ และให้บริการด้านพยาบาลเต็มเวลา โดยมีแพทย์เป็นผู้ให้บริการตรวจและรักษาโรคโดยตรง (ราชกิจจานุเบกษา, 2558)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 ความหมายและความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ในบริบททั่วไป หากกล่าวถึงความสัมพันธ์ก็จะหมายถึง ความเกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ซึ่งอาจเกิด ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งแล้วจบลงเกิดตลอดไปก็ได้ ความสัมพันธ์นั้นเกิดจากการที่คนเหล่านั้นอาจมีจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ความเกี่ยวข้องผลประโยชน์ หรือเป้าหมายร่วมกันของทั้งสองฝ่าย(สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งนี้ความสัมพันธ์เกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นแบบครอบครัว ระหว่างหมู่เพื่อน ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ครู และนักเรียน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย(ปัลลิต อูณเลขกะ, 2533)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นมาจากบทบาทและหน้าที่ทางสังคมที่เกิดขึ้นเนื่องจากแพทย์และผู้ป่วยมีจุดประสงค์เดียวกันคือ การที่สามารถรักษาโรคได้หายขาด ซึ่งการที่จะสามารถบรรลุจุดประสงค์นี้ได้เมื่อแพทย์และผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสาร สร้างร่วมมือระหว่างกันและทัศนคติในการรักษา จะเป็นแกนหลักสำคัญของรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าว (สากุลน แสงพานิช, 2524)

#### 2.2 รูปแบบของความสัมพันธ์

จากการจัดหมวดหมู่รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบหลักๆตามสถานะอำนาจที่มีต่ออีกฝ่าย (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561) ได้แก่ ความสัมพันธ์แบบไม่เสมอภาค (Asymmetry relationship) และ ความสัมพันธ์แบบเสมอภาค (Symmetry relationship) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 2.2.1 ความสัมพันธ์แบบไม่เสมอภาค (Asymmetry relationship)

ความสัมพันธ์แบบไม่เสมอภาค นั้นเกิดขึ้นเมื่อมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่มีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุมความสัมพันธ์มากกว่าอีกฝ่าย โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. Activity - passivity

Activity - passivity รูปแบบความสัมพันธ์นี้นับเป็นรูปแบบที่มีความเก่าแก่มากที่สุด คือ แพทย์เป็นผู้กระทำกับผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สติหรือไม่สามารถตอบสนองได้ (Szasz & Hollender, 1956) โดยโมเดลนี้จะถูกใช้เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือเมื่อความล่าช้าในการรักษาอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยได้ รูปแบบนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะไม่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยอาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้น การสนทนาและการอธิบายเหตุผลจะถูกละเว้นในกรณีดังกล่าว (Chipidza et al, 2015; Kaba & Sooriakumaran, 2007)

## 2. Guidance-cooperation

Guidance-cooperation (Szasz & Hollender, 1956; Chipidza, 2015) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่แพทย์ถูกจัดวางอำนาจให้มีมากกว่าผู้ป่วย โดยแพทย์จะมีหน้าที่ให้คำแนะนำและตัดสินใจในการรักษา ส่วนผู้ป่วยจะมีหน้าที่ต้องเชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่ได้แย้ง (Szasz & Hollender, 1956; Chipidza, 2015) โดยในความสัมพันธ์ในรูปแบบ Guidance-cooperation นี้ นักวิจัยอื่นๆ เช่น Emanuel & Emanuel (1992) เรียกรูปแบบความสัมพันธ์นี้ว่า Paternalistic model ซึ่งมีความหมายเหมือนกันกับที่ ดวงกมล ศรีประเสริฐ (2561) เรียกแบบนี้ว่า รูปแบบพ่อปกครองลูก

รูปแบบดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์ของคนไข้มีความรุนแรงน้อยกว่า กรณีที่ใช้ความสัมพันธ์แบบ Activity - passivity คือ คนไข้ยังรู้สึกตัวและมีความสามารถในการตัดสินใจ เช่น กรณีเจ็บป่วยธรรมดา โดยที่ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์โดยพร้อมและยินดีที่จะให้ความร่วมมือทุกอย่าง (Szasz & Hollender, 1956; Chipidza, 2015) โดยผู้ป่วยจะให้อำนาจในการตัดสินใจแนวทางการรักษาแก่แพทย์ เนื่องจากแพทย์มีความรู้ทางการรักษาที่ผู้ป่วยไม่มี แพทย์จะมีหน้าที่เหมือนเป็นผู้ปกครอง โดยจะแนะนำ ออกคำสั่ง และตัดสินใจวิธีการรักษาด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีหน้าที่เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับนั้นๆ โดยไม่มีเงื่อนไข จึงเหมือนกับอำนาจของผู้ปกครองที่มีต่อลูก (Emanuel & Emanuel, 1992)

## 3. Informative

Informative (Emanuel & Emanuel, 1992) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยถูกจัดวางอำนาจให้มีมากกว่าแพทย์ โดยจะเกิดเป็นความสัมพันธ์แบบผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยรูปแบบความสัมพันธ์แบบ Informative นี้ จากการทบทวนวรรณพบว่า เป็นรูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันกับที่ Roter & Hall (2006) เรียกว่าความสัมพันธ์แบบ Consumerism

ความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้ ผู้ป่วยนั้นเหมือนกับผู้รับบริการซึ่งมีอำนาจตัดสินใจในการเลือกเป้าหมายและประเด็นในการรักษา ผู้ป่วยจะอยู่ในฐานะผู้บริโภคที่มีอิสระใน

การเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด (Emanuel & Emanuel, 1992) เหมือนกับการเลือกแนวทางการรักษาเป็นการเลือกสินค้าชนิดหนึ่ง ในขณะที่แพทย์จะมีหน้าที่เปรียบเสมือนช่างเทคนิคที่ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทางการรักษา (Emanuel & Emanuel, 1992) และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการรักษาแต่ละแนวเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีเท่านั้น (Roter & Hall, 2006) เหมือนกับพ่อค้าที่บรรยายสรรพคุณของสินค้าแต่ละตัวให้ลูกค้าตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าของตนและทำหน้าที่ดำเนินการให้บริการการรักษาตามที่ผู้ป่วยพึงพอใจ (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561; Roter & Hall, 2006)

#### 4. Interpretative

Interpretative (Emanuel & Emanuel, 1992) หรือความสัมพันธ์แบบการแปล (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยถูกจัดวางอำนาจให้มีมากกว่าแพทย์ และตัวผู้ป่วยเองมีความรู้ความสามารถในการเข้าใจการรักษาได้ในระดับหนึ่ง

รูปแบบความสัมพันธ์นี้จะค่อนข้างคล้ายคลึงกับแบบ Consumerism คือ ผู้ป่วยนั้นจะมีอำนาจตัดสินใจในการเลือกเป้าหมายและประเด็นในการรักษาด้วยตนเอง แต่รูปแบบความสัมพันธ์แบบ Interpretative ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่มีพื้นฐานด้านการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ในระดับหนึ่งซึ่งอาจต้องการการอธิบายจากแพทย์เพื่อแปลข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายขึ้น และแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการรักษาแต่ละแนวทาง แต่มีข้อแตกต่างคือ ในแต่ละแนวทางในการรักษานั้นจะมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไปโดยไม่มีการที่ดีที่สุด ดังนั้นเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะทำการอธิบายและแนะนำแต่ละแนวทางรักษาว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไรให้แก่ผู้ป่วย โดยสุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นคนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Emanuel & Emanuel, 1992)

#### 2.2.2 ความสัมพันธ์แบบสมมาตร (Symmetry relationship)

ความสัมพันธ์แบบสมมาตร เกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ที่ทั้งสองฝ่ายมีอำนาจในการตัดสินใจเท่าเทียมกัน โดยรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

##### 1 Default

Default (Parson, 1951; Sleath, 1996) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดจากความเกี่ยวข้องกันตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมเท่านั้น จึงไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งนักระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ เป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรม และเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยความเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ผิดปกติของสังคม (dysfunction) กระบวนการรักษาจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลไม่ให้ระดับสุขภาพของสมาชิกในสังคมต่ำเกินไป หรือระดับความเจ็บป่วยสูงเกินไป จนเกิดภาวะผิดปกติ (Parson, 1951; Sleath, 1996)

## 2 Stagnant relationships

ความสัมพันธ์รูปแบบ Stagnant relationships (Roter & Hall, 2006) นอกจากนั้นอาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เช่น การที่ไม่สามารถทำความเข้าใจตกลงกันได้ ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารที่บกพร่องไม่สามารถทำให้แพทย์และผู้ป่วยเกิดเป้าหมายและความคาดหวังทางการรักษาที่ตรงกันได้ ทำให้ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอำนาจควบคุมต่ออีกฝ่าย ซึ่งท้ายที่สุดแล้วความสัมพันธ์อาจจบลงโดยการล้มเลิกการรักษากลางคันที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยหรือแพทย์ทำการปฏิเสธการรักษา (Roter & Hall, 2006; ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561)

## 3 Deliberative

Deliberative (Emanuel & Emanuel, 1992) หรือความสัมพันธ์แบบเจรจาหารือ (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561) หรือ Mutual participation (Szasz & Hollender, 1956) เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีความใกล้ชิด รู้จักพื้นฐานของผู้ป่วยที่ตนทำการรักษาเป็นอย่างดี (ภาคภูมิ แสงกนกกุล, 2555) ความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้เกิดจากการที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเท่าเทียมกัน โดยการกำหนดประเด็นและจุดประสงค์ของการรักษาเกิดขึ้นจากแพทย์และผู้ป่วยกระทำร่วมกัน (Szasz & Hollender, 1956; Roter & Hall, 2006) แพทย์จะสามารถชักชวนโดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาที่แพทย์คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยก็จะมีอิสระในการปรึกษาหารือโต้แย้ง ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจ เพื่อให้ได้ทางเลือกในการรักษาที่มีผลดีที่สุดสำหรับตัวผู้ป่วยเอง ในบริบทนี้แพทย์เปรียบเสมือนเพื่อนที่ให้คำแนะนำกับผู้ป่วย (Chipidza et al, 2015; Kaba & Sooriakumaran, 2007)

## 2.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเนื่องจากสามารถเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและสร้างความลุ่มลึกของความสัมพันธ์ มีด้วยกันอยู่ 5 ปัจจัยดังนี้

### 2.3.1 ความรู้ของแพทย์ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge) เป็นลักษณะเด่นที่สุดที่ทำให้เกิดความลุ่มลึก (Depth of relationship) ของความสัมพันธ์ (Ridd et al, 2009) โดยความรู้ในงานวิจัยอธิบายถึง ความรู้สองส่วนคือ ความรู้ของแพทย์ (Perpelkin & Zhang, 2014) และ ความรู้ที่แพทย์มีเกี่ยวกับตัวของผู้ป่วย (Ridd et al, 2009)



ในส่วนด้านความรู้ที่แพทย์มีเกี่ยวกับตัวของผู้ป่วยจากผลงานวิจัยของ Gabel(1993), Gore (1998), Goold(2002) และ Von (2006) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากชอบที่จะทำความรู้จักกับแพทย์ โดยอาจเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยผ่านบุคลิกภาพภายนอกของแพทย์และประเมินการตอบสนองหรือการปฏิบัติของแพทย์ต่อตนเอง (Gabel, 1993 Von, 2006;)

ความเคารพในความรู้ของแพทย์ของผู้ป่วยเริ่มต้นมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถจดจำตนเองได้ เช่น ความสามารถในการระบุชื่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และรวมไปถึงการที่แพทย์สามารถจดจำข้อมูลประวัติการรักษา (Von, 2006; Goold, 2002; Gabel, 1993) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้เนื่องจากเมื่อแพทย์สามารถจดจำผู้ป่วยได้จะทำให้แพทย์สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสุขภาพของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องบอกข้อมูลเพิ่มเติมมากนัก (Pandhi, 2007) เพราะผู้ป่วยมักจะ ไม่ชอบการเล่าข้อมูลการเจ็บป่วยซ้ำหลายครั้ง หรือ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะบอกเล่าข้อมูลทางการรักษาในทุกๆครั้งที่พบแพทย์ (Ridd et al, 2009) เมื่อมีระดับความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งมากขึ้นแพทย์อาจเพิ่มข้อมูลส่วนตัวอื่นของผู้ป่วย เช่น ภูมิหลังประวัติครอบครัว สถานการณ์ทางสังคม และความคาดหวังของผู้ป่วยรายนั้นในการพิจารณาทำการรักษาด้วย สิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์มีความเข้าใจในตัวพวกเขาอย่างลึกซึ้งแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและเอาใจใส่ของแพทย์ (Tarrant, 2003)

ในส่วนด้านความรู้ของแพทย์จากผลงานวิจัยของ Perepelkin & Zhang (2014) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรู้ของแพทย์ที่ทำการรักษาตนเองจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวบุคคลนั้นๆ แต่เมื่อแพทย์แสดงความไม่มั่นใจหรือดูไม่มีประสบการณ์ความรู้ ผู้ป่วยมักจะ ไม่เชื่อใจในบุคคลนั้นๆ (Worley & Schommer,1999; Perepelkin & Zhang, 2014) นอกจากนี้หากแพทย์สามารถรู้ถึงความคาดหวังและความกังวลของผู้ป่วยได้จะเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้ป่วยได้ (Korsch, 1972; Inui, 1982)

### 2.3.2 ความเชื่อใจ (Trust)

ความเชื่อใจนั้นเป็นอีกองค์ประกอบอันโดดเด่นในการสร้างความสัมพันธ์ของ ความสัมพันธ์ (Coulter & Coulter, 2002) โดยความเชื่อใจนั้นเกิดขึ้นจากพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่งความเชื่อใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยทำการรักษากับแพทย์โดยที่ไม่มีประสบการณ์ไม่ดีเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะทำการอนุมานว่าแพทย์ท่านนั้นมีความน่าเชื่อถือ (Gore & Ogden, 1998; Ridd et al, 2009) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อใจในแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยมักบรรยายความเชื่อใจของตนผ่านคำต่างๆ เช่น ความมั่นใจ (Confidence) ศรัทธา (Faith) ความปลอดภัย (Security) และ ความสามารถ (Competency) (Goold & Klipp, 2002) ความเชื่อใจของผู้ป่วยที่มีต่อ

แพทย์เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมของแพทย์ เช่น จากกรณีที่แพทย์แสดงความคิดเห็นที่เปิดเผยมตามตรงกับตัวผู้ป่วยและความซื่อสัตย์ที่แพทย์แสดงต่อผู้ป่วย ตลอดจนถึงการยอมรับในขอบเขตความสามารถของตนเองและพร้อมที่จะทำการส่งต่อการรักษาเมื่อไม่มีความเชี่ยวชาญทางด้านนั้นๆ (Brown, 1997; Gabel, 1993) มุมมองด้านความเชื่อใจต่อแพทย์ของคนไข้มีความเกี่ยวพันกับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อแพทย์คนนั้นๆเป็นอย่างมาก โดยความเชื่อมั่นดังกล่าวอาจถูกทำลายได้เมื่อแพทย์ทำการรักษาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ไม่ดูแลเอาใจใส่เท่าเดิม หรือทำการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น (Ridd et al, 2009)

### 2.3.3 ความจงรักภักดี (Loyalty)

Roberge และคณะตีความความจงรักภักดี ว่าเป็นสัญญา (Contract) หรือข้อตกลง (Agreement) ที่ตกลงกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Roberge et al, 2001) ความจงรักภักดีของผู้ป่วยนั้นมีความเกี่ยวข้องกันกับการรักษาระยะยาว (longitudinal care) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าความจงรักภักดีนั้นต้องเป็นการรักษาระยะยาวเสมอไป (Brown et al, 1997, Ridd et al, 2009) การรักษาระยะยาวหมายถึงการที่ผู้ป่วยต้องมาเข้าพบกับแพทย์เป็นช่วงๆตามที่นัดหมายในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความจงรักภักดีต่อแพทย์จะเลือกเจาะจงพบแพทย์คนนั้นๆด้วยตนเอง (Ridd et al, 2009)

การที่ผู้ป่วยเกิดการเฉพาะเจาะจงตัวแพทย์ที่ทำการรักษานั้นอาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีตและสถานการณ์ปัจจุบันของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะเลือกพบแพทย์คนเดิมที่ทำการรักษาด้วยกันมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนและอาจเกี่ยวเนื่องทางอารมณ์ของตัวผู้ป่วย (Tarrant et al, 2003) แต่อย่างไรก็ตามสำหรับปัญหาเล็กๆน้อยๆผู้ป่วยก็ไม่ปฏิเสธหากมีการจัดสรรแพทย์คนอื่นๆให้ แต่จะยื่นกรานพบแพทย์คนเดิมเมื่อปัญหานั้นเป็นปัญหาที่น่าอับอายหรือปัญหาเฉพาะเจาะจงที่ต้องใช้แพทย์คนเดิมเท่านั้น (Gore, 1998) และผู้ป่วยมักจะเกิดความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อแพทย์ท่านนั้นๆให้การดูแลรักษาและสนับสนุนตัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Chipidza et al, 2015)

ความจงรักภักดีของผู้ป่วยต่อแพทย์อาจวัดได้จากความอดทนของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ในกรณีที่ระบบการจัดการหรือด้านการบริการอื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจ ตัวอย่างเช่น สถานที่ห่างไกล ปัญหาเกี่ยวกับระบบการนัดหมาย แต่ยังคงมีความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีความจงรักภักดีต่อแพทย์คนนั้นๆสามารถที่จะยอมรับและอดทนสภาวะที่ได้รับการบริการอื่นที่ไม่ดีมากนักเพื่อที่จะได้พบกับแพทย์ที่ทำการรักษาตนที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีบริการที่ดีและเหมาะสม (Gore & Ogden, 1998; Lings et al, 2003; Ridd et al, 2009) หรืออาจให้อภัยแพทย์เป็นบางครั้งบางคราวเมื่อเกิดเหตุผิดพลาดเล็กน้อยๆ เช่น กรณีที่แพทย์ทำการเลื่อนนัดหมาย การที่ต้อง

รอคอยเป็นเวลานานถึงจะได้พบแพทย์ท่านนั้น ซึ่งการกระทำเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นเครื่องบ่งบอกหนึ่งของความภักดีที่ผู้ป่วยให้กับแพทย์ (Gore & Ogden, 1998; Lings et al, 2003)

### 2.3.4 ความเคารพนับถือ (Regard)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกของความสัมพันธ์คือความเคารพนับถือ(Ridd et al, 2009) โดยความเคารพนับถือในตัวแพทย์อาจแสดงอยู่ในรูปของความชอบในตัวบุคคล (Pandhi, 2007; Lings et al, 2003) และความสบายใจที่ได้ทำการรักษากับแพทย์ท่านนั้น (Gore & Ogden, 1998; Lings et al, 2003; Gabel,1993) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่แพทย์แสดงความเป็นห่วง ความสนใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าแพทย์อยู่ข้างเดียวกันกับตนและรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อแพทย์ (Brown et al, 1997; Goold & Klipp, 2002; Ridd et al, 2009) ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมองว่าแพทย์เปรียบเสมือนเพื่อนของตน (Gabel, 1993) และเกิดความผูกพันขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกใกล้ชิดดังกล่าวเกิดจากการที่รู้จักกันมายาวนาน โดยระดับความเป็นมิตร ความอบอุ่น การสนับสนุนทางอารมณ์ และการดูแลของแพทย์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดี (Ridd et al, 2009) และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Chipidza et al, 2015)

### 2.3.5 เวลา (Time)

ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลายาวนานต่อเนื่องเวลานับเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (Ridd et al, 2009) ในขั้นตอนการสื่อสารของแพทย์และผู้ป่วยเวลาที่ใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยและความถี่ในการพบปะมีผลต่อความสัมพันธ์กับแพทย์ โดยการพบปะที่มีความถี่มากและระยะเวลาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างแพทย์ที่มากจะส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยมากขึ้น (Ridd et al, 2009) ซึ่งก็จะทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นด้วย (Chipidza et al, 2015)

## 2.4 ขั้นตอนการพัฒนาของความสัมพันธ์

อ้างอิงจากทฤษฎีของ Peplau (Peplau's Theory) (Peplau, 1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีขั้นตอนในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งอ้างอิงตามหลักการของหลักการจัดการความสัมพันธ์กับลูกค้า (Customer Relationship Management: CRM) (Buttle, 2004) ต่อมา McDonough และ Doucette (2001) ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์เพื่อใช้ในการสร้างความร่วมมือกันของแพทย์และผู้ป่วย โดยสามารถสรุปได้สั้น 5 ระยะ (McDonough & Doucette, 2001, Brock & Doucette, 2004) ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introduction Phase)

เป็นระยะซึ่งผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์เพิ่งมีการพบปะกันเป็นครั้งแรก โดยความสัมพันธ์จะเป็นแบบเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายมีการสื่อสารกันอย่างจำกัด เช่น การสอบถามอาการเจ็บป่วยตามหลักวิชาชีพของแพทย์ หรือผู้ป่วยโทรสอบถามปัญหาเรื่องการรักษา (McDonough & Doucette, 2001) บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยส่วนมากมักพึงพอใจที่จะอยู่ในขั้นตอนเริ่มต้นนี้และไม่ได้คิดถึงเรื่องการพัฒนาความสัมพันธ์ต่อไป (Buttle, 2004) โดยบทบาทของแพทย์จะเป็นผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการเท่านั้น (Brock & Doucette, 2004)

### ระยะที่ 2 ระยะการได้รับการยอมรับ (Recognition Stage)

ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อแพทย์และผู้ป่วยมีเริ่มการแลกเปลี่ยนการรับรู้และความคาดหวังระหว่างกัน โดยแพทย์เป็นผู้เริ่มสานสัมพันธ์กับผู้ป่วยก่อน (Peplau, 1997) แพทย์จะแสดงถึงวัตถุประสงค์ของการนัดหมายและการพูดคุยสนทนาให้กับผู้ป่วยให้ทราบ (พร้อมทั้งแสดงท่าทีหรือพฤติกรรมที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงออกโดยการการรักษาสัญญาและรักษาความลับของผู้ป่วย สร้างการสนทนาที่ลดความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) รวมถึงทำการประเมินความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งด้าน ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วย และความคิดเห็นต่อตนเองของผู้ป่วย (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) แสดงให้เห็นถึงคุณค่า (Value) ของความสัมพันธ์นี้มาจากการร่วมมือระหว่างทั้งสองฝ่าย (Buttle, 2004) ซึ่งฝ่ายผู้ป่วยจะเริ่มเกิดความไว้วางใจ (Trust) ขึ้นและเริ่มมีความมุ่งมั่น (Commitment) กับความสัมพันธ์นี้ตามพฤติกรรมที่แพทย์แสดงออก (Brock & Doucette, 2004) ผู้ป่วยจะวัดและทดสอบความเข้ากันได้ (Compatibility) ของตนกับแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยจะเริ่มความคาดหวังการบริการที่มีคุณค่าและเริ่มแยกแยะ (distinguish) แพทย์ที่เสนอข้อมูลให้ออกจากแพทย์คนอื่นๆ (Ridd et al, 2009) แต่ความสัมพันธ์ยังคงเปราะบางและอาจหายไปได้ง่าย ดังนั้นความถี่ของการนัดหมายและเวลาที่ใช้ในการพบปะก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์ในระยะนี้ (Ridd et al, 2009)

### ระยะที่ 3 ระยะขยายขอบเขตความสัมพันธ์ (Relationship Expansion)

แพทย์และผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการรักษา การสื่อสารที่เกิดเป็นแบบทั้งสองฝ่าย (Bilateral) มากขึ้น ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น หรือสอบถามข้อสงสัยมากขึ้นกว่าเดิม (Ridd et al, 2009) ทั้งสองฝ่ายจะมีส่วนร่วมในการปรับแต่งความสัมพันธ์โดยมีการประเมินประสิทธิภาพของแต่ละฝ่าย ซึ่งการประเมินดังกล่าวจะส่งผลต่อความคาดหวังและมีอิทธิพล

ต่อความร่วมมือในการรักษา (Collaboration) (McDonough & Doucette, 2001) ผู้ป่วยจะมองแพทย์คนนั้นๆ ด้วยมุมมองใหม่ที่สร้างเป็นบรรทัดฐาน (Norm) ใหม่ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นใจว่าความสัมพันธ์ยังคงดำเนินต่อไปในทางที่ดี (Buttle, 2004) และผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ (Trust) ต่อความสามารถของแพทย์ท่านนั้น (Competency) ความเคารพนับถือ (Regard) และความมุ่งมั่นต่อการรักษา (Commitment) (McDonough & Doucette, 2001; Brock & Doucette, 2004; Ridd et al, 2009)

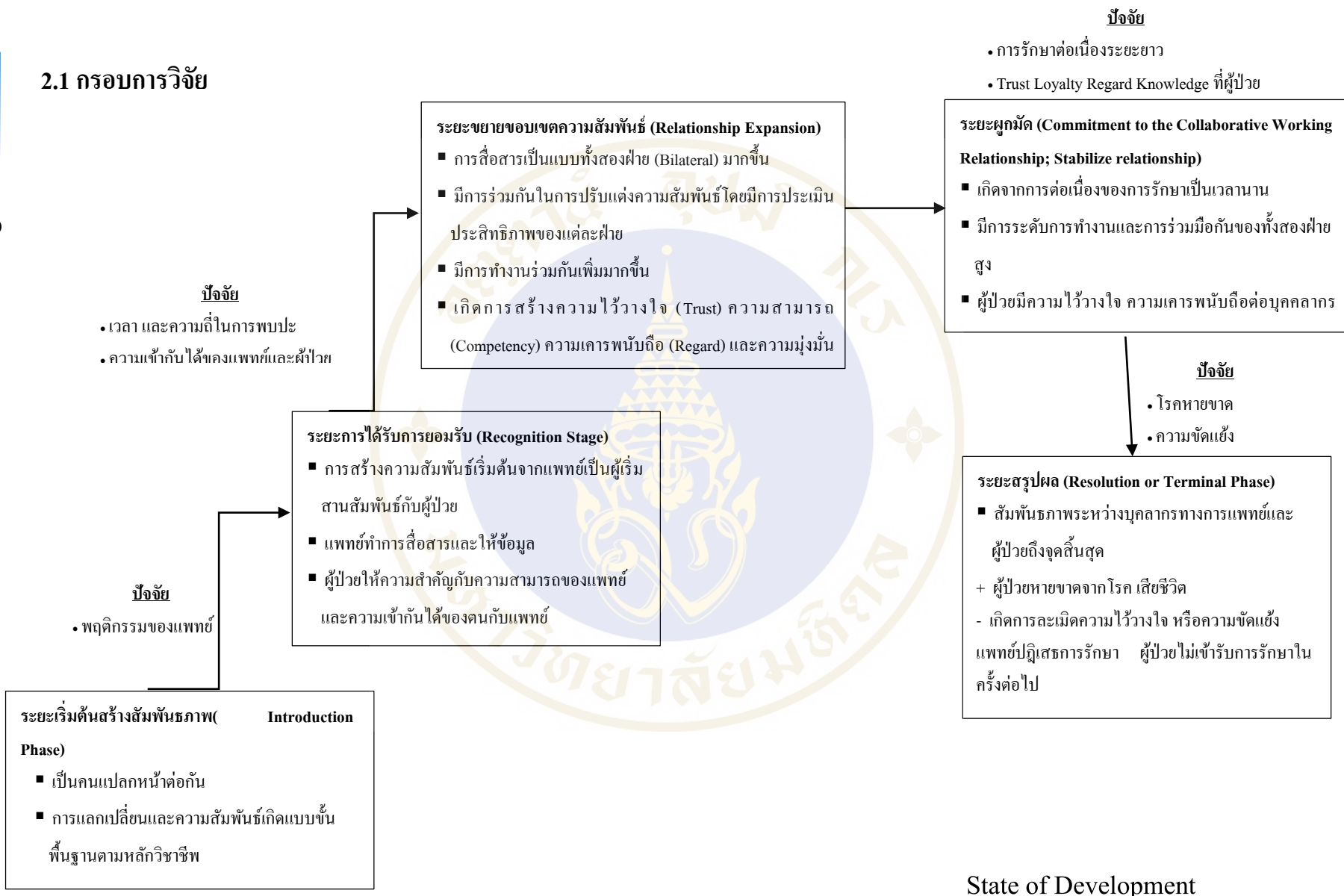
#### **ระยะที่ 4 ระยะผูกมัด (Commitment to the Collaborative Working Relationship; Stabilize relationship)**

ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการทำการรักษาหรือมีการดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แพทย์และผู้ป่วยมีความเข้าใจในบทบาทและเป้าหมายของการรักษาร่วมกันเป็นอย่างดี (Brock & Doucette) โดยผู้ป่วยเชื่อถือในองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์มาก ในระยะนี้อาจมีการประเมินและสร้างเป้าหมายใหม่ที่เหมาะสมต่อการรักษาและภาวะสุขภาพขณะนั้นๆ ของผู้ป่วย โดยบทบาทของแพทย์คือการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคหรืออาการที่ต้องใช้ความต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทให้ความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยยังคงมีความไว้วางใจ (Trust) ความเคารพนับถือ (Regard) ความมุ่งมั่น (Commitment) ในระดับที่สูง และเกิดความจงรักภักดี (Loyalty) ต่อแพทย์ที่ทำการรักษาขึ้น (Ridd et al, 2009)

#### **ระยะที่ 5 ระยะสรุปผล (Resolution or Terminal Phase)**

ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการรักษาพยาบาลได้สิ้นสุดลง ไม่ว่าจะเกิดจากการรักษาที่เสร็จสมบูรณ์คือผู้ป่วยหายขาดจากโรค การสิ้นสุดความสัมพันธ์ในลักษณะนี้แพทย์อาจต้องเตรียมบอกให้ผู้ป่วยได้ทราบก่อนล่วงหน้าเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยเตรียมตัวด้วยความสัมพันธ์ (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) ระยะนี้อาจเกิดขึ้นจากความขัดแย้งที่เกิดระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดจากหลายๆ สาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการละเมิดความไว้วางใจของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งซึ่งส่งผลให้แพทย์ปฏิเสธการรักษาหรือทางผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป (Buttle, 2004)

## 2.1 กรอบการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยรวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นหลัก โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินงานวิจัยดังต่อไปนี้

#### 3.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแหล่งข้อมูลในการศึกษาประกอบด้วยแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) โดยมีช่วงการสัมภาษณ์ คือ ช่วงการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล โดยวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลในบริบทของสังคมไทย

#### 3.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล วิธีการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 30 คน เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ที่มีความอึดตัว (Bryman, 2012; Wachira et al, 2018) จำนวน 2 กลุ่ม คือ

1) แพทย์ โดยคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักจะต้องเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี เพราะสามารถให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยนี้

ได้ เนื่องจากมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย สามารถจดจำผู้ป่วย และทำความรู้จักกับผู้ป่วย จนเมื่อผู้ป่วยต้องการปรึกษาเรื่องสุขภาพมักเรียกหาถึงแพทย์ ท่านเคิมได้ (Patton, 2014) โดยในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติครบตามจำนวนที่ต้องการรวมจำนวนทั้งสิ้น 15 คน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจและมีความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ (พิณทิรา ตันเถียร, 2552)

2) ผู้ป่วย โดยคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มาใช้บริการที่เคิมมากกว่า 3 ครั้งต่อปี (Guar et al., 2011) เพราะเข้ามาใช้บริการประจำ และมีความคุ้นเคยกับแพทย์ เมื่อผู้ป่วยต้องการปรึกษาเรื่องสุขภาพมักเรียกหาถึงแพทย์ท่านเคิม โดยในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบตามจำนวนที่ต้องการจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 15 คน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจและมีความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ (พิณทิรา ตันเถียร, 2552)

### 3.3 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง อาชีพงาน รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวที่ผู้ให้สัมภาษณ์พอจะให้ได้

2) แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลในบริบทของสังคมไทย นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การบันทึกเทปและจดบันทึกประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์ด้วย

### 3.4 การดำเนินการวิจัย

#### 3.4.1 การเตรียมข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบต่างๆ ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ แพทย์กับผู้ป่วย และเภสัชกรกับผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์จากแหล่งข้อมูล จากแหล่งข้อมูล ได้แก่



หนังสือ บทความ งานวิจัย รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความสัมพันธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### 3.4.2 การเตรียมข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบความสัมพันธ์ เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการเตรียมสัมภาษณ์ โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ให้สามารถกำหนดทิศทางในการเก็บข้อมูล และได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตรงตามเป้าหมาย

### 3.4.3 การทำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)

ผู้วิจัยได้นำร่างคำถามแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ทำการประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาข้อความหรือข้อความแต่ละข้อว่าเกี่ยวข้องหรือเป็นตัวแทนของมโนทัศน์ที่ต้องการวัดในระดับใด โดยกำหนดตัวเลือกเป็นมาตราส่วน 4 ระดับคือ 4 หมายถึงเกี่ยวข้องมาก 3 หมายถึงเกี่ยวข้องพอควรหรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ 2 หมายถึงเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้และ 1 หมายถึงไม่เกี่ยวข้อง (Davis, 1992; Lynn, 1986; Waltz et al., 2005) หลังจากนั้นนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) สำหรับแพทย์ได้คะแนน 0.9048 สำหรับผู้ป่วยได้คะแนน 1 ดูรายละเอียดในเอกสารอ้างอิงที่ ภาคผนวก ก

### 3.4.4 เตรียมตัวสัมภาษณ์

ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบคำถาม ค้นหาข้อมูล และรวบรวมแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในการทำวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 3.4.5 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ในการวิจัยนี้ใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน (สุมิตร สุวรรณ, 2554; Petison, 2010) โดยการค้นหา รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์

กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และติดต่อนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตามเวลาที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวก โดยในวันสัมภาษณ์เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีขั้นตอน ซึ่งจะมีการพูดคุยเพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจในประเด็นของการวิจัย และยินดีที่จะตอบคำถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อคน โดยผู้วิจัยทำการบันทึกเทปและจดบันทึกประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ด้วย

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ได้จากการบันทึกเทปและจดบันทึกแปลงเป็นข้อมูลอย่างละเอียด นำข้อมูลที่ได้มาแยกเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่มคำตอบตามรูปแบบความสัมพันธ์ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล ด้วยวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เรียกว่า Content Analysis เพื่อหาแบบ (Pattern) หรือความเชื่อมโยง (Connection) ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มหรือระหว่างกลุ่ม ตีความข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยพิจารณารูปแบบ การเชื่อมโยง รวมทั้งเปรียบเทียบหรือผลการวิจัยในอดีตเพื่ออธิบายสิ่งที่ค้นพบ (Finding)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

บทนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 31 คน โดยแบ่งเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี จำนวน 16 คน และผู้ป่วยซึ่งมีแพทย์ประจำ ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปและเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้งต่อปี โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหารูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย พบว่ามีผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

#### 4.1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

จากผลการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสิ้น 15 คน พบว่าสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด และรองลงมาคือช่วง 60-70 ปี ถัดมาคือประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทมากที่สุด โดยส่วนมากมีการศึกษาสูงสุดชั้นปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำ

ลำดับที่	เพศ	อายุ	อาชีพ	การศึกษาสูงสุด
1	ชาย	20-30	นักศึกษา	ปริญญาโท
2	ชาย	20-30	พนักงานบริษัท	ปริญญาโท
3	ชาย	20-30	ประกอบอาชีพอิสระ	ปริญญาตรี
4	ชาย	20-30	วิศวกร	ปริญญาตรี
5	หญิง	20-30	นักศึกษา	ปริญญาโท
6	หญิง	60-70	ข้าราชการเกษียณ	ปริญญาตรี

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำ (ต่อ)

ลำดับที่	เพศ	อายุ	อาชีพ	การศึกษาสูงสุด
7	หญิง	50-60	พนักงานบริษัท	ปริญญาตรี
8	ชาย	60-70	พนักงานเกษียณ	ปริญญาตรี
9	ชาย	60-70	ข้าราชการเกษียณ	ปริญญาตรี
10	หญิง	30-40	พนักงานบริษัท	ปริญญาโท
11	หญิง	80-90	แม่บ้าน	ชั้นพื้นฐาน
12	หญิง	30-40	พนักงานบริษัท	ปริญญาตรี
13	หญิง	60-70	พนักงานเกษียณ	ปริญญาตรี
14	หญิง	20-30	พนักงานบริษัท	ปริญญาตรี
15	ชาย	20-30	นักศึกษา	ปริญญาโท

จากการสัมภาษณ์ ได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งสิ้น 16 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย โดยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-60 ปี มากที่สุด ทั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์จากสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 13 สาขา โดยจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่เป็นแพทย์ประจำที่โรงพยาบาล

ลำดับที่	เพศ	อายุ	สาขาที่เกี่ยวข้อง
1	ชาย	40-50	โรคหัวใจ
2	ชาย	50-60	หู คอ จมูก
3	หญิง	50-60	จิตเวชเด็ก
4	หญิง	40-50	โรคเด็ก
5	ชาย	50-60	โรคหัวใจ
6	ชาย	60-70	โรคกระดูกและข้อ
7	ชาย	40-50	อายุรกรรมทั่วไป
8	ชาย	50-60	โรคหัวใจ
9	หญิง	30-40	โรคจักษุ

**ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่เป็นแพทย์ประจำที่  
โรงพยาบาล (ต่อ)**

ลำดับที่	เพศ	อายุ	สาขาที่เชี่ยวชาญ
10	ชาย	50-60	โรกระบบทางเดินอาหาร
11	ชาย	50-60	ศัลยกรรมทั่วไป
12	ชาย	40-50	อายุรกรรมทั่วไป
13	หญิง	50-60	โรคผิวหนัง
14	ชาย	30-40	โรคติดเชื้อ
15	หญิง	50-60	โรคทางด้านต่อมไร้ท่อ
16	ชาย	50-60	โรคไต

#### **4.2 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล**

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่คาดหวังและรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงปฏิบัติโดยมองเป็น 2 มุมมองได้แก่ มุมมองจากแพทย์ และมุมมองจากผู้ป่วย ซึ่งความคิดเห็นของแพทย์และผู้ป่วยที่มีดังต่อไปนี้

##### **4.2.1 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย**

มุมมองจากแพทย์ พบว่าความสัมพันธ์ที่แพทย์ได้กล่าวถึงมีทั้งสิ้น 5 รูปแบบ โดยแพทย์ที่ให้สัมภาษณ์อาจจะระบุถึงรูปแบบที่คาดหวังมากกว่า 1 รูปแบบต่อคน โดยรูปแบบที่ถูกกล่าวถึงเป็นไปตามตาราง 4.3

ตาราง 4.3 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของแพทย์ในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบความสัมพันธ์ในปัจจุบัน	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ (แพทย์ 8/16 คน)	Default
รูปแบบคนรู้จักหรือเพื่อน(แพทย์ 7/16 คน)	Informative
รูปแบบญาติ (แพทย์ 4/16 คน)	Deliberative
รูปแบบครูกับนักเรียน (แพทย์ 3/16 คน)	Interpretative

**รูปแบบที่ 1 ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ** แพทย์จำนวน 8 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยระบุเรื่องสำคัญคือการที่เพิ่งเคยรู้จักกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก โดยจะเป็นจุดแรกที่สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ต่อไปได้ ขึ้นกับบริบทและระยะเวลา

“.....ถ้ารู้จักผู้ป่วยเป็นครั้งแรกก็จะเป็นรูปแบบของผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ แต่ความสัมพันธ์มันเปลี่ยนได้ คือเมื่อเจอกับผู้ป่วยครั้งแรกก็จะเป็นรูปแบบดังกล่าวตามสังคมยุคสมัยนี้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปมันจะเกิดการพัฒนาของความสัมพันธ์ได้ ซึ่งมันก็จะขึ้นกับทั้งสองฝ่ายและบริบท เช่น ถ้าคนไข้กันหมอกุยกั้นด้วยอัยาศัยไมตรี และบริบทของการรักษาไม่ได้เคร่งเครียด สภาพคนไข้ไม่ได้วิกฤตหนัก และมีคนที่พบกันบ่อยก็จะสร้างความสนิทสนมกันได้ แต่ถ้าคนไข้หนักมากก็อาจจะไม่มีเวลาเพราะต้องแก้แบบเฉพาะหน้าเลย ต้องพยายามให้ข้อมูลและตอบคำถามกับคนไข้หรือญาติเพื่อให้เข้าใจกับโรคหรือสถานการณ์ที่เจอให้เร็วที่สุด ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ในกรณีนี้ก็จะทำอะไรมาไม่ได้.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“.....คนไข้ที่เข้ามาระยะแรก เรายังไม่ได้รู้จักเค้าก็เป็นแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ในแง่ของการรักษาพยาบาล เราก็ดูแลเค้า รักษาเค้า สิ่งที่เค้าเจ็บป่วยมาเราพอจะช่วยเหลือได้ไหม ความสัมพันธ์คือการสร้างความพอใจให้เค้าพ้นหายจากความเจ็บป่วยที่มา.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

**รูปแบบที่ 2 แบบคนรู้จักหรือเพื่อน** แพทย์จำนวน 7 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยบรรยายว่าเหมือนเป็นคนรู้จักเมื่อได้ทำความรู้จักกับผู้ป่วยแล้วจนสามารถจดจำผู้ป่วยได้ อีกทั้งแพทย์จำนวน 4 ใน 7 ท่านได้กล่าวเพิ่มอีกด้วยว่าอาจเหมือนแบบเพื่อนเมื่อแพทย์และผู้ป่วยมีอายุที่ใกล้เคียงกันอีกด้วย

“.....ความสัมพันธ์แบบคนรู้จักคือถ้าเรารู้จักเค้ามานานจนเราสามารถจำเค้าได้ อาจจะมีการเรียกขานด้วยชื่อเล่น เค้าก็จะไว้ใจเรา เค้าก็จะเล่าเรื่องให้เราฟัง เช่น ปัญหาครอบครัวเค้า ปัญหาเค้า.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....ก็จะเหมือนคนรู้จักนะ เพราะเค้าเคยมาหาแล้วครั้งหนึ่งเราก็จำเค้าได้เค้าก็จำ हमอได้ก็เหมือนคนรู้จักกัน ไม่ใช่รู้จักเฉยๆแต่ด้วยความเป็นหมอเนี่ย เราก็อยากจะช่วยเหลือให้หาย เจ็บป่วย ละครึ่งตั้งใจจะรักษาเค้าให้หาย .....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“.....ต้องดูว่าคนไข้ที่เข้ามาหาเราเป็นคนไข้ที่มาหาเราครั้งแรกหรือว่าเคยตรวจกัน มาก่อน ถ้าเป็นครั้งแรกสุดเลยก็ต้องดูว่าอายุเขาเท่าไรถ้าอายุเขาเด็กกว่าเราเยอะเราก็ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาเหมือนกับกึ่งครูกึ่ง เพื่อน จะว่าเป็นครูก็ไม่เชิงจะเป็นเพื่อนก็ไม่เชิงเพราะว่าไม่เคย รู้จักกันมาก่อนเลยก็ให้คำแนะนำไปตามสมควรถ้าอายุเท่ากันก็อาจจะคุยกันแบบสนิทกันหน่อยได้ เป็นเพื่อนได้.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

**รูปแบบที่ 3 แบบญาติ** แพทย์จำนวน 4 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึง รูปแบบนี้โดย บรรยายถึงรูปแบบญาติว่าเป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยระยะเวลาและความถี่ที่บ่อย โดย ผ่านการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือเป็น โรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง จนสนิทกันเหมือน ญาติ

“.....ถ้าคนที่ตรวจกันมาประจำ มันก็จะมากกว่าคนไข้ มันเจอกันจนรู้จักกันดี พอสมควร เหมือนกับเป็นญาติมากกว่า แต่ถ้าเป็นคนไข้บางราย ก็ไม่ถึงขนาดสนิทมาก ก็รักษา ตามปกติ ผ่านไปแต่ละวัน แต่ถ้าเป็นคนที้นัดกันมา ดูเป็นประจำ อันนี้ก็มากกว่ารู้จัก เหมือนญาติแล้ว ถ้ามารักษามากกว่า 2-3 ครั้ง เราคิดว่าจะรู้จักกันพอสมควร เช่น ต้องมาตรวจกับเราประจำ บางเคส เป็นโรคที่ไม่หาย เช่น ความดัน เบาหวาน ยังไงเขาต้องรักษากับเราไปเรื่อยๆ ความสัมพันธ์ก็จะสนิท กันไปเรื่อยๆ โดยเฉพาะถ้าเค้าอาการดีขึ้นหรือคงตัวนะ หลังๆก็จะมีของฝากติดไม้ติดมือมาประจำ ก็ จะเหมือนญาติๆกัน เอาของมาฝากทุกครั้งที่เขา.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 14

“.....ทางที่ผมนึกว่าน่าจะเป็นแบบญาติดีกว่า การที่หมอให้คำปรึกษากับคนไข้ เนี่ยถ้าเราคิดว่าผู้ป่วยเป็นเหมือนญาติของเรา จะทำให้การรักษาพยาบาลมัน ได้ผลที่ดีก็พูดคุยกับ ผู้ป่วยถามในสิ่งเกี่ยวกับคนไข้ความเจ็บป่วยต่างๆรวมทั้งเกี่ยวกับครอบครัวญาติพี่น้องมีกี่คนว่า

เหมือนกับเราค่อยๆศึกษาว่าคนไข้คนนี้เขาเป็นผู้ป่วยประเภทไหนนิสัยเป็นอย่างไร ใ้รู้ว่าจะต้องใช้วิธีไหนในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

**รูปแบบที่ 4 แบบครูกับนักเรียน** แพทย์จำนวน 3 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยแพทย์จะมองว่าตนคล้ายเป็นผู้ให้ความรู้คำปรึกษาแก่คนไข้ แนะนำสิ่งที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดให้กับคนไข้ แล้วให้คนไข้เป็นคนเลือก

“.....แบบครูกับนักเรียน พอเข้ามาถามเราเราก็ให้ความรู้เค้า แนะนำสิ่งที่ควรจะทำสิ่งที่ควรระวัง ผลที่จะเกิดขึ้น เค้าก็จะให้ความเคารพเรา เราก็ให้เกียรติผู้ป่วย.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....จะเป็นแบบครูกับนักเรียนแต่เป็นครูกับนักเรียนในแง่ที่ไม่ได้บอกให้ทำอาจจะบอกว่าสิ่งที่ดีในเหตุผลของเราคืออะไรแล้วให้เค้าเป็นคนเลือก.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

**มุมมองจากผู้ป่วย** พบว่าความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยกล่าวถึงมีด้วยกันทั้งสิ้น 5 รูปแบบโดยผู้ป่วยแต่ละคนได้ระบุเพียงคนละ 1 รูปแบบเท่านั้น โดยรูปแบบที่ถูกกล่าวถึงมีรายละเอียดตามตารางที่ 4.4

**ตาราง 4.4 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม**

รูปแบบความสัมพันธ์ในปัจจุบัน	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ (5/15 คน)	Default
คนรู้จักหรือเพื่อน (5/15 คน)	Informative
รูปแบบญาติ (3/15 คน)	Deliberative
รูปแบบครูกับนักเรียน (2/15 คน)	Interpretative

**รูปแบบที่ 1 ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ** ผู้ป่วยจำนวน 5 ใน 15 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยผู้ป่วยมองว่าไม่ได้รู้จักกันกับหมอมาก่อนเป็นส่วนตัว เข้า



ไปเพียงเพื่อทำการรักษาเฉยๆ เมื่อรักษาจนอาการดีขึ้นก็จะห่างเหินกันไปไม่ได้มีความสัมพันธ์แบบต่อเนื่อง

“.....มีหมอประจำประมาณ 2-3 ท่าน ส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์เป็นแบบหมอกับคนไข้ เพราะเราไม่ได้รู้จักกันแบบส่วนตัวกับหมอ เพราะคือ บางท่านเนี่ย ใหม่ๆ เหมือนสนิทกัน พอเลยหายไประยะ เหมือนเว้นช่วงห่างไป นานๆ ไปที่ ท่านก็อาจจะลืมไปแล้วว่าเราสนิทกัน.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

“.....ไปหา 6 เดือนครั้ง ความสัมพันธ์เป็นแบบหมอกับคนไข้ เพราะว่าไม่ได้รู้จักกันมาก่อน เข้าไปพบเพราะตรวจพบโรค แรกก็เดือนละครั้ง กลายเป็น 2 เดือนครั้ง หลังๆ กลายเป็น 6 เดือนครั้ง หมอที่ได้พบเนี่ยจะคุยรายละเอียดให้ฟังเกือบหมด และจะตอบข้อซักถามที่เราอยากรู้ผลข้างเคียงของยา ท่านจะตอบหมดเลย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

**รูปแบบที่ 2 แบบคนรู้จักหรือเพื่อน** ผู้ป่วยจำนวน 5 ใน 15 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยผู้ป่วยจะมองว่าแพทย์และตนมีความคุ้นเคยกันทำให้มีความกล้าที่จะซักถามวางตัวได้ง่ายกว่า หรือเล่าอาการมากกว่าแพทย์ที่เพิ่งเคยพบกันเป็นครั้งแรก และถ้ามีอายุไม่แตกต่างกันมากจะมองเป็นเหมือนเพื่อนกัน

“.....เหมือนคนคุ้นเคยกัน กล้าถามนั่นนี่กับหมอที่ประจำ ส่วนหมอที่เพิ่งเจอ มันก็ต่างคนต่างจะไม่ค่อยเข้าใจ เราจะถามอะไรบางทีก็ไม่ค่อยจะกล้าถาม บางทีอย่างหมอที่เพิ่งเจอใหม่ๆ เขาก็ยังไม่ค่อยมีความมั่นใจเอง เราก็จะรู้สึกเกร็ง รู้สึกว่าเขาเป็นหมอ ไม่ค่อยเหมือนหมอที่เราหาประจำ เราไม่รู้สึกว่ามาหาหมอ เหมือนมาหาคนรู้จักกันมากกว่า.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13

“.....ที่หาประจำ สามเดือนครั้งเนี่ย ก็หมอกคนนี้เขาก็ดี แรกๆ อาจจะคุยแบบไม่สนิท พอนานเข้าก็กลายเป็นเหมือนคนรู้จัก หมอก็จะพูดดีขึ้น ทักทาย คนที่สนิทก็เหมือนเรารู้จักมานาน ส่วนมากถ้าหมอกคนใหม่เราไม่รู้ว่าเราจะวางตัวอย่างไร เขาจะถามคำถามยังไง.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11

“.....เขาจะเรารู้จักเปิดใจกันแบบพี่น้อง ไม่ได้ทางการมาก คือรู้แหละว่าเขาเป็นหมอ แต่ลักษณะการคุยคือเขาอยากให้เราคิดอะไรบ้างอย่าง เขาไม่ใช่แบบอาจารย์หมอที่เขาจะมีความเป็นผู้ใหญ่ เราจะรู้สึก สบายใจกว่า และรู้สึกว่าเขารู้สึกว่าเขาเข้าใจเรามากกว่า ถ้าหมอกอายุใกล้เคียงกันกับเรา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 14

“.....เพื่อน-เพื่อน เพราะว่าเขาอายุไม่ต่างจากเรามาก เพราะเขาคุยกะเรา เราคุยกะเขาได้ง่าย รู้สึกว่าเค้าเข้าใจเรา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

**รูปแบบที่ 3 แบบครูกับนักเรียน** ผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 15 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยผู้ป่วยจะพูดถึงการอธิบายของแพทย์และการให้ข้อมูลของแพทย์เปรียบเสมือนเป็นครูหรือที่ปรึกษาที่จะให้คำปรึกษาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่มากกว่า คอยให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับอาการ

“.....เขาจะให้คำแนะนำ และอธิบายตลอดว่าเกิดจากอะไร เช่นตอนนั้น ไปหาเพราะเจ็บคออย่างเดียว ไม่มีอาการอื่นเลย เขาก็อธิบายให้ฟังว่า ถ้าเจ็บคออย่างเดียว อาจเกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ใช่แบคทีเรีย แล้วหมอก็อธิบายว่า ถ้ามาจากเชื้อแบคทีเรีย เป็นยังไง รักษาอย่างไรถึงจะหายจนเราจำได้ถึงทุกวันนี้ และหมอคนนี้อธิบาย ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....คล้ายๆครู กะ นักเรียน เพราะการที่เราจะให้เขาวินิจฉัยนั้นถูกๆได้ เราต้องเล่าความจริงกะหมอ โดยหมอก็ควรจะให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพราะเขามีประสบการณ์ด้านนี้มากกว่าเรา อธิบายให้คนไข้รู้สึกเข้าใจว่าโรคที่เราเจอมีปัญหาอะไร ต้องได้รับการรักษาอย่างไร.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

**รูปแบบที่ 4 แบบญาติ** ผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 15 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงรูปแบบนี้โดยผู้ป่วยจะมองว่ามีความสัมพันธ์แบบเป็นญาติเนื่องจากการพบปะที่บ่อยครั้ง และอาจมีการพูดคุยเรื่องส่วนตัวอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วย

“.....เหมือนผู้ใหญ่ที่สนิท พระหาแต่เด็ก แม่พาไป ถึงตอนนี้ก็ยังหา ไปหาเองแล้วก็เหมือนเขาเป็นญาติผู้ใหญ่เวลาเจอ คุยชีวิต การใช้ชีวิต ตอนนี้อยู่ทำอะไรอยู่ จนถึงเรื่องเรียน เราจะสบายใจที่คุยกับเขาเพราะเจอแต่แก เขารู้ข้อมูลตัวเรา และเราชินแล้ว เราไว้วางใจให้เขารักษา เพราะรักษาแต่เด็กชินกับคนนี้แล้ว.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....เหมือนเป็นญาติ เพราะเราได้คุยเรื่องส่วนตัวครอบครัวด้วย เขาให้ความเป็นกันเอง ถ้าเราไม่ได้เป็นโรครุนแรง เขาจะบอกว่าไม่ต้องกังวลใจ กลับบ้านได้ เขาจะพยายามให้เราเสียเงินน้อยที่สุด.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

#### 4.2.1 การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ

จากการศึกษาพบว่าแพทย์ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้อำนาจตัดสินใจที่แพทย์ได้ใช้ในทางปฏิบัติมีทั้งสิ้น 5 กรณี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกรอบทบทวนวรรณกรรมได้ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบการใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
แพทย์ทำการรักษาโดยให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (13/16)	Informative
แพทย์ทำการรักษาโดยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็น และผู้ป่วยเสนอวิธีการรักษาที่แพทย์คิดไม่ถึง (7/16)	Interpretative
การรักษาโดยแพทย์และผู้ป่วยมีความสนิทสนมกันมาก จนเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว ทั้งที่เกี่ยวข้องและที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (5/16)	Deliberative
แพทย์ทำการรักษาโดยใช้ทางเลือกที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมให้กับผู้ป่วย (5/16)	Guidance-cooperation
ไม่มีวิธีการใดเหมาะสมที่สุด ต้อง พิจารณาในแต่ละกรณีรักษา (3/16)	ไม่พบในการทบทวนวรรณกรรม

#### รูปแบบที่ 1 แพทย์ทำการรักษาโดยให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Informative)

แพทย์จำนวน 13 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความเห็นว่าวิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่เหมาะสมในการทำการรักษา

“.....ส่วนใหญ่ที่หมอทำก็คือรูปแบบนี้ คือโรคนางอย่างก็จะรักษาได้หลายวิธีเราก็จะอธิบายให้เขาฟัง ว่ามีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง และวิธีที่เราเลือกแต่ละอย่างข้อดีข้อเสียเป็นอย่างไร ถ้าเขาสงสัยเขาก็จะถามเราเราก็จะอธิบายให้เขาฟัง ให้เขามีส่วนร่วม คือเราจะไม่ได้ไปบังคับเขาว่าต้องรักษาวิธีนี้วิธีนี้ คือเราจะต้องให้เขาคัดสินใจเองด้วยแต่การที่เขาให้เขาคัดสินใจนะบางอย่าง

มันไม่เหมาะสมเราก็จะต้องแนะนำว่าวิธีนี้มันไม่ค่อยดีอย่างไรแต่เราก็จะคุยกับเขา discuss กับเขา ถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีเป็นอย่างไร.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10

**รูปแบบที่ 2 แพทย์ทำการรักษาโดยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็น และผู้ป่วยเสนอวิธีการรักษาที่แพทย์คิดไม่ถึง (Interpretative)**

แพทย์จำนวน 7 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความคิดเห็นด้วยกับวิธีการดังกล่าว แต่เรื่องการเสนอวิธีการของผู้ป่วยแพทย์ให้ความเห็นว่า จะให้การยอมรับถ้าเป็นไปได้ตามมาตรฐานการรักษา

“.....รูปแบบนี้ ก็ดี เป็นการร่วมมือในการรักษา เพราะตอนนี้การรักษาต้องใช้การตัดสินใจของคนไข้ร่วมด้วย ถ้าคนไข้ร่วมมือในการรักษาการรักษาก็จะประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น เราต้องให้โอกาส ให้ทางเลือก ให้ข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้ตัดสินใจ บางอย่างที่เขาถามมาถ้าเราไม่รู้ เราก็ต้องบอกว่าไม่รู้จริงๆ เพราะฉะนั้นเราต้องปรับความรู้ ให้ตรงกันเพื่อประโยชน์ของการรักษา.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 12

“.....แล้วแต่ว่าทางเลือกที่ผู้ป่วยบอกมาใช้ได้กับโรคนี้ใหม่ๆไหม ถ้าได้เราก็โอเค ถ้าไม่ได้ก็คือไม่ได้ต้องตามหลักความปลอดภัยของคนไข้กับทางวิชาการเป็นหลัก.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

**รูปแบบที่ 3 การรักษาโดยแพทย์และผู้ป่วยมีความสนิทสนมกันมาก จนเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว ทั้งที่เกี่ยวข้องและที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Deliberative)**

แพทย์จำนวน 5 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความคิดเห็นด้วย โดยแพทย์ที่เห็นด้วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนิทสนมกับผู้ป่วยว่าเป็นการช่วยให้เข้าถึงคนไข้ได้ง่ายขึ้น และอาจมีส่วนในการแก้ไขปัญหา และมีแพทย์จำนวน 2 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความไม่เห็นด้วยโดยกล่าวว่าการที่มีความสนิทสนมกับคนไข้อาจนำมาสู่การเอนเอียงทางการรักษา

“.....คือถ้าเค้าบอกข้อมูลส่วนตัวเราก็จะสามารถให้คำปรึกษาได้ ถ้าสนิทมากเกินไปบางคนก็เหมือนเป็นญาติกันไปเลยแล้วแต่โรคที่จะต้องรู้ข้อมูลในเชิงลึก การเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่นสภาพทางสังคมก็จำเป็นในบางครั้งที่จะต้องทำการรักษายาวนานหรือมีค่าใช้จ่ายสูง แต่จริงๆก็ไม่ควรจะไปลึกมากเอาเท่าที่จำเป็นสำหรับการรักษา.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“.....ความสัมพันธ์ของแพทย์และคนไข้ไม่ควรเกินเลย ไม่ควรสนิทกันมากเกินไป เหตุ มันควรมีขีดจำกัดของมันและกัน เนื่องจากจะเกิด bias ในการดูแลคนไข้.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 16

#### รูปแบบที่ 4 แพทย์ทำการรักษาโดยใช้ทางเลือกที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมให้กับผู้ป่วย

##### (Guidance-cooperation)

แพทย์จำนวน 5 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความไม่เห็นด้วย โดยกล่าวว่า วิธีการรักษาดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะสมต่อเคสของคนไข้จริงๆก็ได้ หรือจะใช้เฉพาะกรณีที่มีวิธีการรักษาเพียงทางเดียวจริงๆหรือในกรณีฉุกเฉิน

“.....ในปัจจุบันไม่ค่อยมีทางเลือกทางเดียวและบางทีการเลือกให้ผู้ป่วยเลยมันก็ อาจจะไม่ใช่สิ่งที่เค้าต้องการจริงๆก็ได้ ส่วนมากก็จะเป็นทางเลือกที่มากกว่าหนึ่งให้กับ ผู้ป่วย.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“.....การให้การรักษาในกรณีนี้มักจะใช้ในกรณีที่เป็นโรคร้ายแรงเป็นอันตรายถึง ชีวิต ที่เราจะต้องตัดสินใจให้คนไข้ไปเลยว่าควรทำการรักษาแนวทางไหน.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

#### รูปแบบที่ 5 ไม่มีวิธีการใดเหมาะสมที่สุดต้องพิจารณาในแต่ละกรณีการรักษา

แพทย์จำนวน 3 ใน 16 ท่านจากการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงความเห็นด้วยโดยเห็นว่าไม่มี การรักษารูปแบบใด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกรายต้องทำการพิจารณาเป็นกรณีๆไป

“.....การรักษาคอนไข้เป็นการดูแลร่วมกัน ระหว่างแพทย์และคนไข้ แพทย์ดูแล คนไข้ตามความรู้ตามจรรยาบรรณของแพทย์ ส่วนคนไข้เองก็ซักถาม ปฏิบัติตามที่ควรจะเป็น เช่น ยา อาหาร คิดว่า จะเป็นแบบนี้ดีกว่า มันไม่มีรูปแบบที่กำหนดชัดเจน คือแพทย์ตัดสินใจขึ้นอยู่กับ อาการของคนไข้ โรค ณ ขณะนั้น แล้วก็ร่วมกันวางแผนว่าแบบนี้ดีมัย เพราะ บางอย่างต้องร่วมกัน ตัดสิน.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 16

#### 4.3 ปัจจัยที่มีก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทยภายใต้ปัจจัยหลักคือ ความเชื่อใจ (Trust) ความเคารพนับถือ (Regard) ความรู้ของแพทย์ (Knowledge) ความจงรักภักดี (Loyalty) และ เวลา (Time) ดังต่อไปนี้

##### 4.3.1 ปัจจัยภายใต้ “ความเชื่อใจ (Trust)”

ผู้ป่วยและแพทย์ได้ทำการบรรยายคล้ายคลึงกันเมื่อกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง “ความเชื่อใจ (Trust)” โดยได้กล่าวถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ความจริงใจต่อผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าแพทย์จำนวน 7 ใน 16 ท่านและผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงความจริงใจ โดยความจริงใจรวมไปถึงการแสดงความยอมรับในความสามารถของตัวแพทย์เอง และการพยายามให้ผู้ป่วยรักษาแล้วหายขาดโดยมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

“..... ไม่ใช่เอาเรื่องของผลประโยชน์เป็นที่ตั้งแนะนำให้เค้า ได้รับการรักษาในทางที่ประหยัด ไม่เสียเงินเยอะ ถ้าเค้าสามารถจะเบิกจ่ายที่อื่น ได้ก็แนะนำไปที่อื่นตามสถานะของผู้ป่วย ก็คือแสดงความจริงใจต่อผู้ป่วย.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“..... เราต้องแสดงความจริงใจว่าเราอยากจะช่วยเหลือเขาความเป็นกันเอง ความจริงใจและความใส่ใจ การให้คำแนะนำที่คิดว่าเขาเหมือนเป็นญาติเราคนหนึ่ง เช่นถ้าเขาเป็นพ่อแม่เราจะให้การแนะนำอย่างไร ซึ่งอย่างนี้จะทำให้คนไข้เขารับรู้ได้ ว่าเราจริงใจกับเขาเราไม่ได้แบบขอไปที.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

“..... จริงใจกับเขาคือเราก็แสดงความจริง บางอย่างเราไม่รู้ เราก็จะบอกว่าไม่รู้ อันนี้ไม่มีการรักษา แต่สิ่งที่ดีที่สุดที่ทำได้คืออะไร.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13

“..... ไม่เอาแต่ให้ยาเยอะๆ อย่างเช่นว่า มีหมอบางคนเวลาที่ไปแล้วเรตัดสินใจว่าจะมาหาหมอนี่อีก เพราะเขาว่า อันนี้หรือ ไม่จำเป็นๆ เขาไม่ได้เอาแต่ให้ยาคนไข้เพื่อจะให้ได้เงิน.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10

“..... รู้สึกว่าหมอนี่ เหมือนกับว่าเขาให้ความเป็นกันเอง ถ้าเราไม่ได้เป็นโรมาก เขาจะบอกว่าไม่ต้องกังวลใจ กลับบ้านได้ เขาจะพยายามให้เราเสียเงินน้อยที่สุด.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

2. ผลการรักษา จากการศึกษาพบว่าแพทย์จำนวน 5 ใน 16 ท่านและผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงผลการรักษา โดยหมายถึงการรักษาแล้วหายขาด หรือมีอาการที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำมาซึ่งความเชื่อใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจถูกกล่าวในคำว่า มั่นใจ หรือ เชื่อใจ

“.....ถ้าตรวจไปหลายๆครั้งแล้วความสัมพันธ์ค่อนข้างดี ก็จะสนิทกันมากขึ้นอยู่แล้ว ถ้าเรารักษาเขาแล้วอาการดีขึ้น ความสัมพันธ์ก็ดีขึ้น ถ้ากรณีไม่ดีขึ้น เราก็จะมาหาบัจจัยกันว่าไม่ดีขึ้นเพราะอะไร แล้วเราก็ชี้แจง เขาก็ปรับปรุง.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13

“.....แล้วแต่อุปนิสัยของคน เพราะคนบางคนก็ไว้วางใจคนอื่นง่าย แต่บางครั้งก็ยาก มันเลยไม่มีกฎเกณฑ์ ที่บอกวาก็ครั้ง คนไข้รู้สึกไว้วางใจเรา บางคนพบกันเพียงครั้ง สองครั้ง ก็ไว้วางใจแล้ว ส่วนบางคนรักษากับเรามาแล้วยังไม่ไว้วางใจเราก็มี ถ้าเรารักษาเขาได้ผลดี คนไข้ก็มีแนวโน้มที่จะไว้วางใจเรามากขึ้น.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 15

“.....ถ้าจะไว้วางใจหมอก็ ระยะเวลาละ ถ้าเราไปแล้วดีขึ้น ครั้งต่อไปเราก็หาย เราก็จะไปต่อไปเรื่อยๆ เพราะว่าเราก็จะมั่นใจในตัวของคนนั้นแล้ว.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13

#### 4.3.2 บัจจัยภายใต้ “ความเคารพนับถือ (Regard)”

ผู้ป่วยและแพทย์ได้ทำการบรรยายคล้ายคลึงกันเมื่อกล่าวถึงบัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง “ความเคารพนับถือ (Regard)” โดยได้กล่าวถึงบัจจัยดังต่อไปนี้

1. ความใส่ใจ จากการศึกษาพบว่าแพทย์จำนวน 9 ใน 16 ท่านและผู้ป่วยจำนวน 6 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงความใส่ใจโดยแพทย์จะกล่าวถึงการพยายามเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วย ทั้งความคิด ปัญหาภาวะของโรค และรับฟัง ผู้ป่วยก็กล่าวในเชิงเดียวกันถึงการการพูดคุยที่เปิดใจ หรือการที่แพทย์เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น หรือการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก

“.....เป็นเรื่องความเข้าใจเราจะต้องเข้าใจว่าเขาเป็นอะไรยังไง เราจะต้องฟังเขา แต่ไม่ใช่ฟังไปเรื่อยแต่ต้องรู้จักช่องในการตัดพ้อคนก็จะพูดไปเรื่อย เราก็เลยต้องตัดเฉพาะใจความสำคัญที่เกี่ยวกับโรค.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11

“.....ก็เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและรับฟังบางคนก็จะมาถึงก็จะเล่าเราก็จะนั่งฟังไป ถึงแม้ว่ามันจะมีเนื้อความหรือไม่ก็ตามและก็จะอธิบายอะไรที่เขาอยากรู้เราก็จะอธิบายให้เขา ฟัง.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9

“..... हमจะพยายามเข้าใจความคิดของคนไข้ว่าเค้าคิดอย่างไร ให้คำแนะนำว่าเค้า ต้องการอะไรเพื่อการสร้างแรงจูงใจให้เค้าอยากจะไปถึงตรงนั้น हमจะต้องสร้างความสัมพันธ์กับ เค้าให้ดี.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....เพราะเรารู้สึกว่า เขากะเราคุยเปิดใจกันแบบพี่น้อง ไม่ได้ทางการมาก ก็รู้ แลละว่าเขาเป็นหมอแต่ลักษณะการคุยคือเขาอยากให้เราคิดอะไรบ้างอย่าง รู้สึกว่าเขาเข้าใจ เรา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 14

“.....ตั้งแต่หาหมอมาเป็น 10 คนเพิ่งเจอหมอกคนนี้ เป็นหมอเพิ่งจบ ปรากฏว่าเป็น หมอที่หัวสมัยใหม่ เขาเข้าใจเรา ชมเรา ที่เราเก็บผลที่เคयरรักษา follow up ผลตัวเอง.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9

“.....แล้วก็ใส่ใจนี้สำคัญนะ ถามอาการเยอะๆ เพราะอยากเล่า เขาจะได้วินิจฉัยัน อาการเราได้ถูก เสียเงินมาแล้ว.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....คนที่สนใจคนแก่ เอาอกเอาใจคนแก่ พุดจาดีๆ ไม่ใช่ปล่อยให้คนแก่หาประวัติ เองนั่นนี่เอง ถ้าไปถึงแล้วจะช่วยหาเพิ่มประวัติ ก็จะได้นะ ก็คือสนใจคนแก่ อำนวยความสะดวก ถ้า เขาบริการเราอย่างนี้เราก็ชอบ.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11

2. การวางตัวของแพทย์ จากการศึกษาพบว่าแพทย์จำนวน 4 ใน 16 ท่านและผู้ป่วยจำนวน 4 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงการวางตัวโดยการวางตัวในที่นี้รวมถึงความสุภาพ การปฏิบัติ การวางตัวที่เหมาะสมตามบริบทมารยาทที่สมควรกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วย

“.....ต่างคนก็ต้องต่างทำหน้าที่ในบริบทของตนเอง แพทย์ก็ต้องทำหน้าที่แพทย์ให้ ถูกต้องตามจรรยาบรรณ คนไข้ก็ต้องให้ความนับถือแพทย์ในบริบทของคนไข้ .....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 16



“.....ส่วนใหญ่ก็คือถ้าเราพูดจากับเขาดีให้เกียรติเขา ก็แนะนำตัวเขาก่อนว่าเราเป็นใครเป็นหมอสาขาไหนอย่างไรพูดจากับเขาสุภาพแนะนำเขาให้เวลาเขาเยอะหน่อยถ้าสงสัยอะไรก็ซักถามได้ ยังมองเนี่ยถ้าหมออธิบายเสร็จก็จะถามเขาว่ามีอะไรสงสัยอีกไหมมีอะไรจะถามอีกไหมก็ยินดีได้ให้เวลาเขานานหน่อย แล้วก็เป็นการเองกับเขาไม่ดูหมอบางคนจะดูคนไข้จะกลัว เราก็จะพูดสุภาพนุ่มนวลหน่อยคนไข้ก็จะไม่กลัวมีอะไรเขาก็จะกล้าถาม.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10

“.....สุภาพนี้สำคัญมากเลย มันจะทำให้เรารู้สึก เคารพ ไว้ใจเขา เคยไปตรวจสุขภาพที่หนึ่ง หมอพูดจาแย่มากๆ พูดไปโอไป ละพอเราโอ แอร์มันเย็น เขาก็สวนมา โอทำไม! เราก็งงเลย ทำไมพูดอย่างนี้ คิดว่าคงไม่ไปหาคนนี้แน่นอน แต่ตอนนั้นมันตรวจสุขภาพก่อนทำงาน เขาบอกให้ไปที่นี้ มันจำเป็น.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....หมอที่ไม่ประทับใจก็มีหมอผู้หญิงคนหนึ่งเป็นหมอหัวใจเหมือนกัน บ่นเก่ง แล้วก็หมอที่เป็นโรคกรดไหลย้อนแกก็ปากไวว่าเลย บางทีหมอจำไม่ได้เองว่านัดอีกที่ แต่มาโทษว่าเราหายไปเหมือนกัน หมอที่อายุ 30-40 จะบ่นเก่งเราก็จะหนีเลย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9

#### 4.3.3 ปัจจัยภายใต้ “ความรู้ของแพทย์ (Knowledge)”

เมื่อกล่าวถึง “ความรู้ของแพทย์ (Knowledge)” ได้ถูกบรรยายในเชิงความสามารถหรือชื่อเสียงของตัวเอง หรือ ชื่อเสียงของสถานประกอบการ และในอีกด้านคือความรู้ที่แพทย์มีที่เกี่ยวข้องกับตัวของผู้ป่วย

1. ชื่อเสียงของสถานประกอบการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 4 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงชื่อเสียงของสถานประกอบการ โดยผู้ป่วยจะเลือกมาเพราะว่าสถานที่มากกว่าตัวหมอ เนื่องจากได้ยินถึงชื่อเสียงของสถานที่ ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนจะมีความผูกพันกับสถานที่มากกว่าความผูกพันกับตัวหมอ

“.....ผูกพันกับสถานที่มากกว่าหมอ เลือกที่จะกลับมาใช้บริการที่เดิม เพราะรู้จักว่าที่นี่มีชื่อเสียงดัง แต่หมอไม่ใช่คนที่รู้จักส่วนตัวจริงๆ ใครก็ได้แต่เค้าจัดเป็นคนนี้มา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....สถาบันของมันก็เสริมความน่าเชื่อถือได้นะ ยิ่งถ้าเป็น ศิริราช รามา เราจะวางใจมากเลย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

2. ความรู้ที่แพทย์มีที่เกี่ยวข้องกับตัวของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงความรู้ที่แพทย์มีที่เกี่ยวข้องกับตัวของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะกล่าวว่ารู้สึกพอใจที่แพทย์จดจำตัวเองได้ รวมไปถึงการที่จำข้อมูลรายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตนได้ เพราะทำให้ใช้เวลาน้อยลงในการรักษา

“.....เลือกไปหาหมอประจำมากกว่า เพราะว่า ความคุ้นเคยอะไรอย่างนี้ หมอที่เพิ่งรู้จักไม่รู้ประวัติเรา ซักถามเยอะ แต่ถ้าหมอประจำ เขาก็รู้แล้วว่าเราเป็นยังไง ควรรักษาอย่างไร เพราะว่าบางครั้งหมอที่เราไม่คุ้นเคย เขาไม่รู้ Background เรา บางครั้งซักแล้วว่างจนเกินไป ไม่ได้เข้าถึงจุด ทำให้ต้องใช้เวลา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

“.....คุณหมอมือที่ตรวจประจำ อาจจะถือว่า โชคดี เพราะว่าท่านจะดูประวัติเก่าทุกครั้ง ก่อนที่จะคุยกับเรา อาจจะเป็นการดูระยะสั้นๆนิดหน่อยแล้วก็ follow อาการตาม ว่าควรจะไปปรับรูปร่างลดขนาดยาอย่างไร แล้วท่านก็ทราบอาการของเราว่าอยู่แล้ว แต่คุณหมอมือที่พบใหม่ ก็เขาก็จะสั่งยาตามอาการก่อนทุกครั้ง.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

3. ชื่อเสียงหรือความสามารถของตัวแพทย์เอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงชื่อเสียงหรือความสามารถของตัวแพทย์ โดยผู้ป่วยจะเลือกมาเพราะว่าชื่อเสียงของตัวแพทย์เองอาจจะเป็นตำแหน่ง การศึกษา หรือวัดจากจำนวนคนไข้ที่รักษาด้วย

“.....ดูภายนอกว่าหมอน่าเชื่อถือมั๊ย รพ หมอศิริเปลา หรือหมอเปิดคลินิกแล้วดีมั๊ย คนไข้ที่มาหาหมอ มีน้อยหรือมีเยอะ ถ้าสมมติว่า มีคนไข้เต็มเลย แต่พอไปแล้วเราเป็นคิวแรก หมอก็ไม่น่าเชื่อถือละ ก็แปลว่า ไม่อยากมีใครหาหมอนะนี้ หรือหมอบางคนต้องนัดคิวก่อนถึงจะไปหา นี้ก็พอโอเคเชื่อใจว่า หมอคนนี้รักษาเก่งเลยมีคนมารักษากับหมอเยอะ.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....การที่เราจะไว้ใจนี้เกิดจากชื่อเสียงอาจารย์ แล้วก็ที่แน่ๆอาจารย์มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี คุยดี เพราะว่าที่ไปหาโรคไต นั่นก็เป็นระดับอาจารย์อยู่ในสมาคมโรคไตด้วย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9

#### 4.3.4 ปัจจัยภายใต้ “ความจงรักภักดี (Loyalty)”

เมื่อกล่าวถึง “ความจงรักภักดี (Loyalty)” จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 8 ใน 15 ท่านได้กล่าวว่าเกิดจากการที่รักษาจนมาเป็นเวลานานหรือมีบุคคลอื่นในครอบครัวพาไปหาหรือรู้จักกันเป็นส่วนตัวกับครอบครัว หรืออาจเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่องมีความซับซ้อนมาก

“.....ไว้วางใจให้รักษาอยู่แล้วเพราะเรารักษามาแต่เด็ก ก็รักษาตั้งแต่มารู้ความเลย จนตอนนี้อายุ 23 ไข้ก็ยังรักษาอยู่ เราไม่รู้ว่าช่วงเวลาไหน เขาจะค่อยๆ พุด ด้วยโรคที่เราเป็นที่ระยะยาว ที่ต้องติดตามไปตลอดชีวิต เขาไม่พยายามให้ เราคิดว่าเราเป็นคนป่วยมากนั้ แต่พยายามชี้ว่า อย่างนี้ๆ ทำได้นะ แต่อย่าทำมากนัก.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....เริ่มจากตอนที่จำความไม่ได้ ตั้งแต่สมัยเล่นเบเบสเลย เพราะสนิทกันกับคนที่บ้านด้วย เพราะเวลาไปหา ก็ไปหาที่บ้าน เวลาที่บ้านป่วยก็ไปหาหมอคนนี้ ทางนี้ก็รู้จักหมอ หมอก็รู้จักทางนี้.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....หมอประจำ แต่ถ้าเป็นหมอที่ค่อนข้างเฉพาะทาง ค่อนข้างซีเรียสเช่นหมอหัวใจ แรกๆก็จะใช้หมอผ่าตัด แรกๆก็จะพบอาจารย์อยู่เป็นประจำ เคยถามหมอว่า จำเป็นมั้ยที่ต้องหาหมอหัวใจมากกว่าอาจารย์อีก.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9

“.....หมอที่รามาคือ ญาติเราเขาแนะนำเพราะว่าเขามีลูกแล้วก็แนะนำคุณหมอคนนี้ และน้องก็คลอดที่รพ รามาด้วย ก็เลยไปเจอหมอนั้น.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 12

ในการสัมภาษณ์ระดับ “ความจงรักภักดี (Loyalty)” อาจวัดได้จากการที่ผู้ป่วยมีความอดทน ถึงแม้ว่าแพทย์จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจโดยผู้ป่วยจำนวน 10 ใน 15 ท่านกล่าวว่า “ไม่มีเหตุผลใดที่จะต้องเปลี่ยนหมอ นอกจากใหญ่จริงๆ”

“.....ก็อย่างที่บอกโรคเราเป็นโรคที่ ต่อให้อายุเท่าไรก็ต้องติดตามเรื่อยๆ เราก็เลือกที่จะรักษาติดตามผลกะหมอที่เรารักษามาตั้งแต่ต้น ดีกว่าที่จะรวบรวมประวัติที่จะให้หมอคนอื่นได้รีเปลา แต่คือ รพ ที่ไปก็เชี่ยวชาญเรื่อง ใดอยู่แล้ว ก็เลยว่ไม่มีเหตุผลใดที่จะต้องเปลี่ยนหมอ เพราะการบริการมันก็พื้นฐานเหมือนกัน.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....ถ้าเป็นเรื่องเล็กก็ไม่คิดอะไรมาก แต่ถ้าหมอผ่าตัดให้แล้วเรากลายเป็นมนุษย์ต่างดาว อยู่ๆแขนกลับข้างใช้การไม่ได้เลย ก็คงไม่ไปหาแล้ว.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....ขึ้นอยู่กับว่า โรคที่เราเป็นยุ่งยากแค่ไหน ถ้าไม่ยุ่งยาก ก็หาคนอื่นได้ถ้ายุ่งยากก็หาคนเดิม.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....เราต้องดูว่าบางครั้งเนี่ย ถ้าเราเป็นเขา เขามีข้อจำกัดอะไรบ้างรีเปลา่ อย่างบางครั้งเราไปหาหมอเฉพาะทาง เวลาเรามีอะไรเราปรึกษาเขาแต่บางทีดูเหมือนเขาช่วยเราไม่ได้เนื่องจากเขาไม่ใช่เจ้าของไข้ ถ้าเจอเคสแบบนี้เราโอเค เราเข้าใจเขา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

“.....ถ้าเป็นเรื่องสำคัญเกี่ยวกับการรักษา ไม่มีคุณภาพ อันนั้นอาจไม่ไป ถ้าพูดจาไม่ถูกหูคนน้อย ก็ช่างมัน.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10

#### 4.3.5 ปัจจัยภายใต้ “เวลา (Time)”

เมื่อกล่าวถึง “เวลา (Time)” จากการศึกษาพบว่าแพทย์ 11 ใน 16 ท่านได้กล่าวถึงและเห็นว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี โดยจะกล่าวว่าจะต้องใช้เวลา ใช้เวลากับการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน ในทำนองเดียวกันผู้ป่วย 6 ใน 15 ท่าน จะกล่าวถึงเวลาที่ให้แบบอ้อมๆผ่านคำพูด เช่น การอธิบายจนเข้าใจ การแนะนำ ซึ่งการจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจต้องมีการใช้เวลา ให้เวลากับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องมีการอธิบายศัพท์เทคนิคและค่าต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้ความเข้าใจมาก่อน

“.....เวลาที่ให้กับผู้ป่วยมันต่างกัน ถ้าอย่างโรงพยาบาลเอกชนเนี่ย เนื่องจากผู้ป่วยไม่เยอะเราสามารถมีเวลาให้มากความสัมพันธ์ก็ดี ความเข้าใจก็ดี แต่ในโรงพยาบาลรัฐเนี่ยหมอมมีเวลาน้อยดังนั้นการพูดคุยก็จะน้อยดังนั้นคนไข้มักจะบ่นว่าหมอไม่มีเวลาไม่ได้อธิบายให้ละเอียด.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“.....ถ้าคนไข้เยอะหมอมมีเวลาน้อยก็จะเครียดว่าคนไข้รออีกตั้งเยอะ หมอก็อาจจะพูดน้อย ไม่ค่อยอธิบาย หรือถ้าทำงานหนักอาจจะหงุดหงิด หรืออาจจะเผลอพูดไม่ดีกับคนไข้ได้ และถ้าคนไข้นั่งรอหมอนานก็อารมณ์ไม่ดีแล้วอันนี้คือก็มีส่วนที่ทำให้ความสัมพันธ์ไม่ดี อย่างเช่น รพ. รัฐคนไข้เยอะมากหมอก็ไม่ค่อยมีเวลาให้ บางทีก็ตรวจไม่ทัน.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“.....เวลาที่ใช้พูดคุยกับเค้ามีส่วน โดยถ้าเราได้ใช้เวลาเพิ่มขึ้นกับผู้ป่วย อธิบาย  
ดูแล ในเวลามากขึ้นมันก็มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นที่เวลามากกว่า.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....การให้เวลากับคนไข้ก็ขึ้นกับสถานการณ์ถ้าคนไข้มีปัญหาเยอะเราก็ควรจะใช้  
เวลากับเขาให้เยอะหรือว่าในห้องพักก็เป็นส่วนประกอบหนึ่งแต่มันก็ไม่ใช่ว่าทั้งหมดบางโรงพยาบาล  
ที่เขาห้องพักรูหรรราคาแพงถ้าเกิดเราให้เวลากับคนไข้น้อยบางทีคนไข้ก็อาจจะไม่ชอบอีกอันหนึ่ง  
คือการให้เวลากับคนไข้ก็สำคัญแต่ถ้าคนไข้อาการดีขึ้นแล้วหรืออยู่ในช่วงที่เขาต้องการจะพักผ่อน  
ถ้าถ้าเขาต้องการจะพักผ่อนเราก็ไม่จำเป็นต้องให้เวลากับเขาเยอะมันขึ้นอยู่กับสถานการณ์มากกว่าว่า  
ช่วงไหนต้องให้ เวลาเขาเยอะ.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

“.....การตอบคำถามเราแล้วเราเข้าใจ ว่าโรคนี้มันเกิดจากอะไร ไม่ใช่คำเทคนิคที่  
เราไม่รู้เรื่องเลย ก็ถ้าเกิดว่าหมอเขา ให้เวลารามาก แสดงว่าหมอห่วงใยเรา.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“.....แต่หมอกคนนี้ ถามประวัติ ให้เล่ามันนี่ จนเขาบอกว่าเราเป็นโรคนั้น เลย  
ประทับใจ เช่น เขาบอกว่าถ้าปวดไซนัสจะปวดบริเวณนี้ๆ นะ อะไรอย่างนี้ เขาจะให้คำแนะนำ และ  
อธิบายตลอดว่าเกิดจากอะไร เช่นตอนนั้น ไปหาเพราะเจ็บคออย่างเดียว ไม่มีอาการอื่นเลย เขาก็  
อธิบายให้ฟังว่า ถ้าเจ็บคออย่างเดียว อาจเกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ใช่แบคทีเรีย แล้วหมอก็อธิบายว่า ถ้ามา  
จากเชื้อแบคทีเรีย เป็นยังไง รักษาอย่างไรถึงจะหาย จนเราจำได้ถึงทุกวันนี้ และหมอกคนนี้อธิบาย  
ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

#### 4.3.5 ปัจจัยอื่นๆ

ผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 15 ท่านได้กล่าวถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในการทบทวนวรรณกรรม  
โดยในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยอื่นๆที่ถูกล่ามถึงก็คือ ความสะดวกในการเดินทาง

“.....อาม่าไม่เคยเปลี่ยนหมอ ไม่เคยไปที่อื่น เลยไม่ค่อยรู้เรื่อง ที่มาที่นี้เพราะใกล้  
บ้าน สะดวก เป็น รพ รัฐก็จะถูกกว่า และเรามีเวลาที่ระอตรวจได้ เลยไม่จำเป็นต้องไปคลินิก  
ง่าย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11

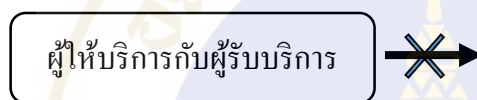
“.....ก็เน้นที่ใกล้บ้าน ก็เลยเป็นที่นครพนม เพราะด้วยเวลาสะดวกด้วย แล้วคือช่วงนั้นน้องไม่สบายแล้วเราต้องการยา หนึ่งตัว ที่มัน ไม่ได้มีขาย ก็อย่าตัวนี้หมดแล้วน้องยังไม่หาย เราก็เลยให้น้องไป มันสะดวกดี ไปด้วย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 12

#### 4.4 พัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

พัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทยสามารถสรุปจากผลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ 4 รูปแบบดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์เป็นแค่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเท่านั้น

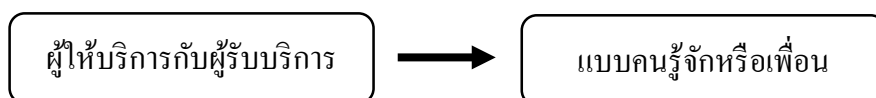


จากการสัมภาษณ์พบว่า มีแพทย์ 2 ใน 16 ท่าน ที่แสดงความเห็นว่าจะไม่ควรมีพัฒนาการของความสัมพันธ์เนื่องจากจะทำให้เกิดการเอนเอียงทางการรักษาเพราะการพัฒนาความสัมพันธ์ต่อไปอาจมีผลต่อการรักษาเพราะถ้ามีความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องอาจเกิดการลำเอียงในการปฏิบัติ

“.....เราจะไม่ลงลึกเราก็จะเป็นแค่ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์เฉยๆ เพราะว่ามันจะมีบางสิ่งๆที่ทำให้เรา bias อย่างเช่นถ้าเราคิดว่าเขาเป็นญาติเนี่ย เราก็จะวิ่งเองเราก็จะพาไปหาคนนู้นคนนี้แต่ถ้าเป็นผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเราก็ จะทำตามขั้นตอนไปแต่ถ้าเป็นญาติเราเราก็จะติดต่อกันเองเลย แล้วมันก็จะมีความรู้สึกด้วย ถ้าเราไม่คิดแต่เป็นผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ก็จะมีเรื่องความรู้สึกเข้ามาด้วยซึ่งเวลาวินิจฉัยโรคนั้นก็จะอาจจะทำให้เกิดความ bias ขึ้นมาได้.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11

รูปแบบที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงจากผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นแบบคนรู้จักหรือเพื่อน



จากการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้ป่วย 5 ใน 15 ท่าน และแพทย์ 7 ใน 16 ท่าน ได้มีการกล่าวถึงความสัมพันธ์แบบคนรู้จักหรือเพื่อน โดยการการจะเปลี่ยนจากผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เป็นแบบ

คนรู้จักหรือเพื่อนจะต้องอาศัยการพบปะกันมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปและแล้วแต่ความเปิดเผยของทั้งสองฝ่าย

“.....คนไข้ที่เข้ามาในระยะแรก เรายังไม่ได้รู้จักเค้าก็เป็นแพทย์กับผู้ป่วย แต่เมื่อรักษาต่อเนื่องไปนานๆก็จะเกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นก็อาจจะเหมือนเป็นคนรู้จัก แล้วถ้าสนิทกันมากขึ้นและมีอายุใกล้กันก็อาจจะเป็นเพื่อนกัน.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“.....มันอยู่ที่บุคคล เวลาเนี่ยบอกแน่นอนไม่ได้ อยู่ที่ว่าโรคที่เค้าเป็นมันซับซ้อนมากไหมแล้วเราต้องเกี่ยวข้องกับเค้ามากแค่ไหน ถ้าไม่ซับซ้อนความสัมพันธ์ก็ไม่ได้เพราะว่ามารักษาหายในครั้งเดียว แต่ถ้าซับซ้อนมากก็ต้องมาพบกันบ่อย ความสัมพันธ์ก็พัฒนาได้ง่ายกว่า.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

“.....ก็มีบ้าง ก็คือว่า ถ้ามาครั้งที่ 2 เขาจะทักทายมากกว่าเดิม ว่าเป็นอย่างไรบ้างสามารถ follow up กับเราได้ ไม่ได้พัฒนาเป็นเพื่อนอะไรหรอก แค่พัฒนาเพิ่มเติม สนิทกันมากขึ้น ก็เหมือนคนรู้จักกัน ก็มีคำถามคำถามด้วย เหมือนกันหมอก็เรียนรู้คนไข้ เช่น ถ้าคนไข้ถามคำถามในแบบไหน แล้วแต่คนไข้ว่ามีความรู้เรื่องการแพทย์มากหรือน้อย.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10

**รูปแบบที่ 3** มีการเปลี่ยนแปลงจากผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นแบบคนรู้จักหรือเพื่อนและสุดท้ายกลายเป็นญาติ



“.....เริ่มแรกก็จะเหมือนคนรู้จักนะ ไม่ใช่รู้จักเฉยๆแต่ด้วยความเป็นหมอเนี่ยเราก็อยากจะช่วยเหลือให้หายเจ็บป่วย ละก็ตั้งใจจะรักษาเค้าให้หาย แล้วต่อมาก็เป็นคนไข้ที่ติดต่อกันเรื่อยๆ เนี่ยก็จะเริ่มมีความเป็นเพื่อนกันหรือว่านานๆไปก็เป็นญาติถ้ามีความสนิทสนมกันมากขึ้น มีการพูดคุยเรื่องอื่นนอกจากเรื่องความเจ็บป่วย อาจจะเป็นเรื่องส่วนตัว ที่มีปัญหาที่บ้านผู้ป่วย เรื่องที่เราพอช่วยได้เราก็จะแนะนำเพิ่ม.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“.....คือเหมือนกับมันไม่ได้ fix ว่าเป็นครูกับนักเรียน มันเหมือนเป็นญาติไปแล้ว เพราะสนิทกันกับคนที่บ้านด้วย เพราะเวลาไปหา ก็ไปหาทั้งบ้าน เวลาที่บ้านป่วยก็ไปหาหมอคนนี้อย่างนี้ที่รู้จักหมอ หมอก็รู้จักทางนี้.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

#### รูปแบบที่ 4 ระยะสิ้นสุดความสัมพันธ์

ระยะดังกล่าวอาจเกิดตรงส่วนใดของความสัมพันธ์ก็ได้ โดยความสัมพันธ์จะสิ้นสุดลงใน 2 กรณีคือ สามารถรักษาจนหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ได้แล้ว หรือเกิดความขัดแย้ง การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน หรือความไม่พอใจในตัวแพทย์ของผู้ป่วย หรือพบแพทย์ท่านอื่นที่พึงพอใจมากกว่า ผู้ป่วยก็จะป็นฝ่ายตัดขาดความสัมพันธ์ด้วยตนเอง

“.....กรณีที่เราได้รักษาในแนวทางของเราเรียบร้อยแล้วแต่ผู้ป่วยอาจจะยังมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นอยู่ เพราะก็จะให้รักษากับคุณหมอท่านอื่นต่อเนื่องจากโรคของเราจบแล้ว หายแล้วหรือไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพิ่มเติมแล้วแต่ประเทษุติความสัมพันธ์ด้วยไม่ดี ด้วยความไม่เข้าใจกันแทบไม่ค่อยเกิดจะพบลักษณะที่ญาติไม่เข้าใจสิ่งที่หมอบอกเลย แสดงให้เห็นชัดเจนว่าสื่อสารกันไม่เข้าใจ ดังนั้นก่อนจะเกิดปัญหาใดๆควรจะยุติไปก่อนไม่อย่างนั้นความไม่เข้าใจจะนำไปสู่ความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้น เพราะในปัจจุบันผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะเลือกแพทย์ที่จะให้บริการ ถ้าสื่อสารกันไม่เข้าใจต้องคุยกับเค้าว่าต่อจากนี้การรักษาอาจจะทำได้ยาก ที่แสดงออกชัดเจนคือมีการสื่อสารที่ไม่ตรงกันเลยอันนี้จะไม่สามารถทำงานต่อได้.....”

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“.....: ก็เหมือนกับที่เขาไม่เอาใจใส่ อย่างเช่นว่า เคยไปที่นี้ เขาเซทอยู่ แล้วหมอก็ทำแบบนี้ ถ้ามเราแต่หน้าก็ยังอยู่ที่หน้าจอ เขาไม่มี eye contact เขารักษาเราอย่างนี้ พอตอนรักษาที่ไม่ได้รู้สึกอะไร แต่พอไปหาอีกที่ อ้อที่จริงก็ทำอะไรได้มากกว่ามองแล้วสั่งยา เจอหมอกคนอื่นที่รักษาดีกว่า ใส่ใจมากกว่า เลยยุติคนเก่าไป.....”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่องรูปแบบ ปัจจัย และ ขั้นตอนที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ได้แบ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 สรุปรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าคนไทยไม่ได้มีการกล่าวถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแค่ในมุมมองของการใช้อำนาจระหว่างกันเท่านั้น แต่จะมีการกล่าวถึงส่วนใหญ่ในแง่ของความสนิทใกล้ชิดเป็นส่วนมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่สังคมไทยเป็นสังคมที่มีลักษณะของ collectivism ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่อ้างอิงจากข้อมูลที่ศึกษาจากชาวตะวันตกที่มีความเป็น Individualism สูงก็จะมีการคำนึงถึงการใช้อำนาจระหว่างกันเพียงอย่างเดียว

##### 5.1.1.1 รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตามการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5.1 ดังนี้

**ตาราง 5.1** เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยกล่าวถึง	รูปแบบความสัมพันธ์ที่แพทย์กล่าวถึง	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ (5/15 คน)	ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ (แพทย์ 8/16 คน)	Default
คนรู้จักหรือเพื่อน (5/15 คน)	รูปแบบคนรู้จักหรือเพื่อน (แพทย์ 7/16 คน)	Informative

**ตาราง 5.1 เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)**

รูปแบบญาติ (3/15 คน)	รูปแบบญาติ (แพทย์ 4/16 คน)	Deliberative
รูปแบบครูกับนักเรียน (2/15 คน)	รูปแบบครูกับนักเรียน (แพทย์ 3/16 คน)	Interpretative

จากการสัมภาษณ์พบว่าทั้งผู้ป่วยและแพทย์และผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลที่มีแนวโน้มไปในทางเดียวกันคือ ได้กล่าวถึงรูปแบบผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยมากที่สุด ตามมาด้วยคนรู้จักหรือเพื่อน แบบญาติ และรูปแบบครูกับนักเรียน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับความสัมพันธ์แบบ Default, Informative, Deliberative และ Interpretative ตามลำดับ โดยในการทบทวนวรรณกรรมไม่ได้ระบุว่าพบรูปแบบใดมากที่สุด แต่ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคนในเมืองกรุงเทพมหานครที่มีความรีบร้อน เมื่อมีการเจ็บป่วยก็จะเข้าไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาเท่านั้น เมื่อรักษาจนเสร็จสิ้นก็ไม่ได้คำนึงว่าจะต้องสร้างความสัมพันธ์แบบต่อเนื่องอะไร เนื่องจากเป็นเพียงการรับการรักษา-การให้การรักษาแบบตามบทบาทหน้าที่เท่านั้น จึงเห็นได้ว่าการพบความสัมพันธ์แบบผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยมากที่สุด

5.1.1.2 การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ พบว่าการใช้อำนาจในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทยแพทย์ครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5.2 ดังนี้

**ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบการใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม**

การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
แพทย์ทำการรักษาโดยให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (13/16)	Informative

**ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบการใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ กับรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)**

การใช้อำนาจตัดสินใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงปฏิบัติ	รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
แพทย์ทำการรักษาโดยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็น และผู้ป่วยเสนอวิธีการรักษาที่แพทย์คิดไม่ถึง (7/16)	Interpretative
การรักษาโดยแพทย์และผู้ป่วยมีความสนิทสนมกันมากจนเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว ทั้งที่เกี่ยวข้องและที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (5/16)	Deliberative
แพทย์ทำการรักษาโดยใช้ทางเลือกที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมให้กับผู้ป่วย (5/16)	Guidance-cooperation
ไม่มีวิธีการใดเหมาะสมที่สุด ต้อง พิจารณาในแต่ละกรณีรักษา (3/16)	ไม่พบในการทบทวนวรรณกรรม

แพทย์ส่วนมากเห็นด้วยกับ **รูปแบบที่ 1** แพทย์ทำการรักษาโดยให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง เป็นวิธีใช้อำนาจในการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในกรณีทั่วไป ซึ่งตรงกับรูปแบบ Informative โดย Emanuel (1992) ซึ่งระบุถึงการใช้อำนาจดังกล่าวในรูปแบบนี้ การที่ได้รูปแบบการใช้อำนาจดังกล่าวเป็นหลักน่าจะเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการสัมภาษณ์มาจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีทางเลือกในการให้การรักษาที่มากขึ้นกับฐานะทางการเงินของผู้ป่วย รองลงมาคือ **รูปแบบที่ 2** แพทย์ทำการรักษาโดยกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยสนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็น และผู้ป่วยอาจเสนอวิธีการรักษาที่แพทย์คิดไม่ถึง ซึ่งตรงกันกับที่ Emanuel (1992) เรียกว่า Interpretative ที่มีการร่วมมือกันและการอภิปรายประเด็นต่างๆด้วยกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

**5.1.2 สรุปปัจจัยที่มีก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย**

ปัจจัยที่มีก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 5.1 ดังนี้ โดยพบว่าปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมโดยมีปัจจัยหลักได้แก่ ความเชื่อใจ (Trust) ความเคารพนับถือ (Regard)

ความรู้ของแพทย์ (Knowledge) และ ความจงรักภักดี (Loyalty) ตามลำดับโดยแผนภาพที่ 5.1 ได้แสดงปัจจัยย่อยที่มีการกล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้ โดยปัจจัยที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดคือ เวลา ซึ่งเป็นการรวมกันระหว่างเวลาที่ใช้ในการสื่อสาร และความถี่ในการพบกันของแพทย์และผู้ป่วย ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาคือ ความใส่ใจของแพทย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์จริงใจกับผู้ป่วย และทำให้เกิดความเคารพนับถือ (Regard) อีกด้วย ความเชื่อใจจะเกิดจากผลการรักษาที่ดีของแพทย์ และความจริงใจซึ่งวัดจากความใส่ใจของแพทย์และการที่แพทย์ช่วยควบคุมค่ารักษาให้น้อยที่สุด ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยที่ถูกกล่าวถึงน้อยที่สุดโดยจะวัดว่ามีความรู้จากตัวแพทย์เอง สถาบันที่สังกัด และความรู้ที่แพทย์มีเกี่ยวกับตัวคนไข้คนนั้นๆ

### 5.1.3 สรุปขั้นตอนของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

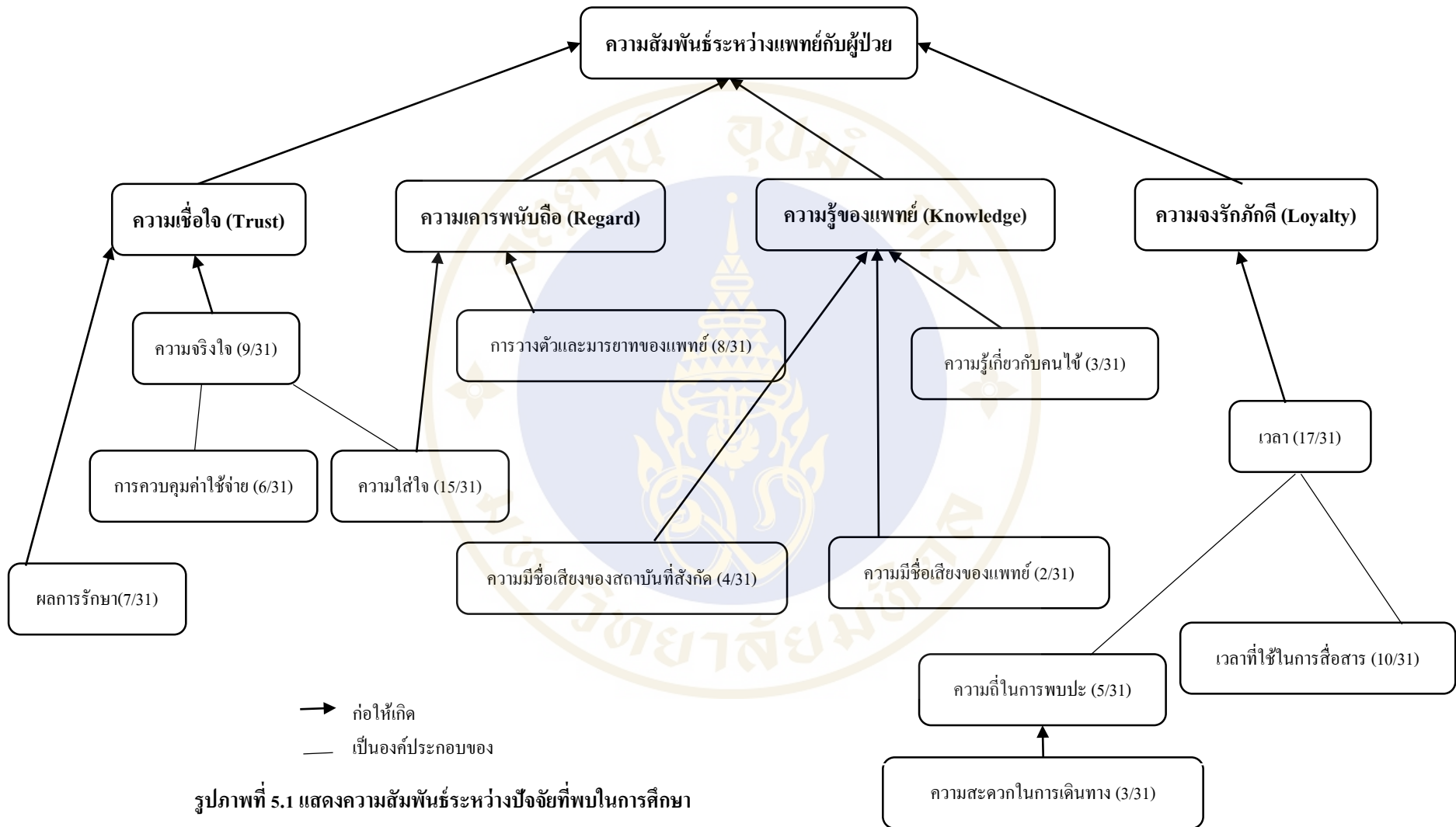
ขั้นตอนของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 5.2 โดยเมื่อเทียบกับบทบทวนวรรณกรรม จะสามารถระบุได้ว่าขั้นของการเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยอยู่ในขั้นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพ (Introduction Phase) ในขั้นต่อมาที่ถูกกล่าวถึงว่าเป็นความสัมพันธ์แบบเพื่อนหรือคนรู้จักไม่สามารถสรุปได้ว่าอยู่ในระยะการได้รับการยอมรับ (Recognition Stage) หรือ ระยะขยายขอบเขตความสัมพันธ์ (Relationship Expansion) เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับมีความคาบเกี่ยวกับระหว่างระยะทั้งสองระยะนี้เป็นอย่างมาก แต่ในขั้นต่อมาที่ถูกกล่าวถึงว่าเป็นความสัมพันธ์แบบญาติจะเปรียบเทียบกับได้กับระยะผูกมัด (Commitment to the Collaborative Working Relationship; Stabilize relationship) ซึ่งเมื่อจบสิ้นความสัมพันธ์ไม่ว่าเกิดมาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก็จะเข้าสู่ระยะสรุปผล (Resolution or Terminal Phase)

เมื่อนำผลการวิจัยเรื่องพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รุ่งลาวัลย์ ดันดิวัฒนกุล (2562) พบว่าพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีขั้นตอนที่ใกล้เคียงกับพัฒนาการความสัมพันธ์ระหว่าง เภสัชกรกับผู้ป่วย โดยมีพัฒนาการทั้งสิ้น 4 ระยะเช่นเดียวกัน เพียงแต่มีการระบุชื่อของระยะของการวิจัยที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5.4

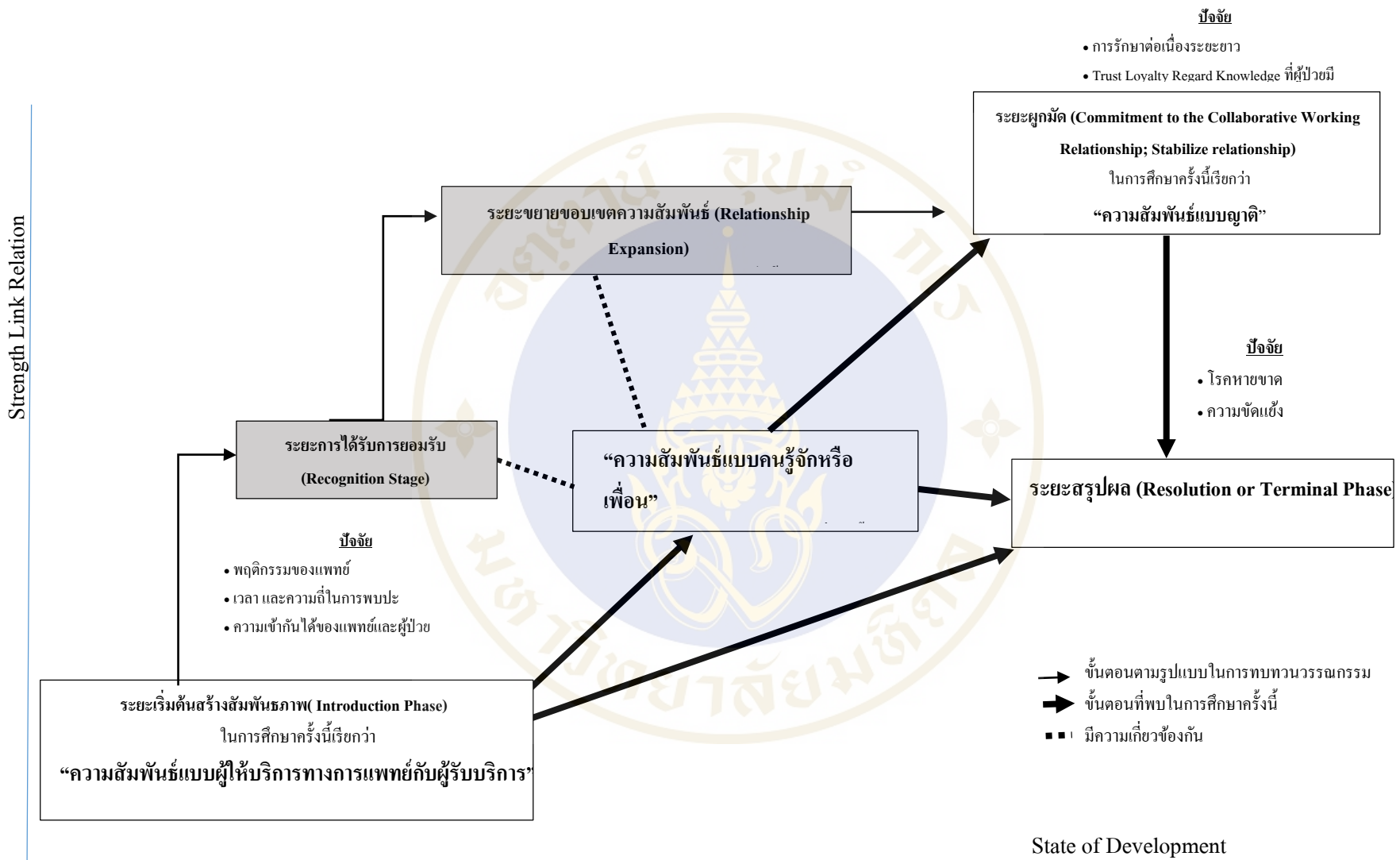
ตารางที่ 5.4 ตารางเปรียบเทียบแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เทียบกับความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย

	ความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรกับผู้ป่วย (รุ่งลาวัลย์ ต้นติววัฒนกุล, 2562)	ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (ธีรจุฑา เมฆทอง, 2562)
ระยะที่ 1	ซื้อ-ขายทั่วไป	ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ
ระยะที่ 2	ที่ปรึกษา หรือ ครู-นักเรียน	คนรู้จักหรือเพื่อน
ระยะที่ 3	เพื่อน-เพื่อน หรือญาติ	ญาติ
ระยะที่ 4	สิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ	ระยะสรุปผล





รูปภาพที่ 5.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่พบในการศึกษา



รูปภาพที่ 5.2 แสดงขั้นตอนของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นที่พบในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับกรอบทบทวนวรรณกรรม

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในเชิงธุรกิจสำหรับการพัฒนาและปรับ กลยุทธ์ทางการให้บริการของธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ และในเชิงการทำกรวิจัยในครั้งถัดไป ดังนี้

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและปรับกลยุทธ์การให้บริการทางการแพทย์ในเชิงธุรกิจ

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านเวลา และความใส่ใจของแพทย์เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะว่าในการให้บริการทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการใช้เวลากับผู้ป่วย เนื่องจากการให้เวลานำมาซึ่งการสื่อสารที่เข้าใจกันทั้งสองฝ่ายโดยคำนึงถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นๆ จะเป็นการสร้างความร่วมมือในการรักษาที่ดีต่อไปในอนาคต ซึ่งก็จะนำมาซึ่งผลการรักษาที่ดี ก็จะได้มาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่สุด

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากกรณีศึกษา เคสโรงพยาบาลธนบุรี พบว่าเพื่อให้การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.2.2.1 ผู้สนใจในการที่จะศึกษาในหัวข้อเรื่องนี้ สามารถทำการศึกษา และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างในกลุ่มโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เนื่องจากกรณีศึกษานี้สนใจแค่ใน โรงพยาบาลเอกชนเพียงแห่งเดียวเท่านั้น

5.2.2.2 ผู้สนใจในการที่จะศึกษาในหัวข้อเรื่องนี้ อาจจะต้องเจาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยระยะยาว เช่น กลุ่มเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวต้องมีการเข้าหาแพทย์บ่อยครั้ง จึงน่าจะเห็นถึงพัฒนาการของรูปแบบความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น



## บรรณานุกรม

- ดวงกมล ศรีประเสริฐ. (2561). อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. วารสารธรรมศาสตร์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.2561. คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล [ข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารพยาบาลกองทัพบก, 2557 (2), 84-91.
- เบนจา ยอดดำเนิน-เอ็ดดิกซ์, และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). “การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย”. สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัสดี อุณหเลขกะ (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการปฏิบัติงานตามการรับรู้ของตนเองและหัวหน้าหอผู้ป่วย. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิณทิรา ตันเถียร. (2552). อุปนิสัยการใช้ยาเองในคนไทย [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการ โลหิต 19 (4), 309-316.
- ภาคภูมิ แสงกนกกุล. (2555). การรักษาเป็นสินค้าและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภค. ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2562 จาก <https://www.hffocus.org/content/2012/11/1660>
- รุ่งกมล โปธิสมบัติ. (2553). พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย: ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยา มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุมิตร สุวรรณ. การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ. (2554). สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. เอกสารประกอบคำบรรยาย . ค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2562 จาก [http://www.priv.nrct.go.th/ewt\\_dl.php?nid=900](http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=900)
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (2527). (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง.

- แสงสุข พิทยานุกุล และ ศิริ ชะระอำ. (2560). การตัดสินใจเลือกใช้บริการร้านขายยาของผู้บริโภคไทย. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ. ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2562  
จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apheitvu/article/download/110960/86857/>
- สาจน แสงพานิช. (2524). สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- Arafat, Y., Kabir, R., & Andalib, A. (2017). A Narrative Review on Progression of Doctor-Patient Relationship Model in light of Time and Culture. *International Journal of Perceptions in Public Health*, 1(2), 102-107.
- Brown, J.B., Dickie, I., Brown, L., Biehn, J. (1997). Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patient's views. *Can Fam Physician*; 43: 901-906.
- Brock, K. A., & Doucette, W. R. (2004). Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *Journal of the American Pharmacists Association*, 44(3), 358-365.
- Bryman, A. (2012). *Social research method* (4th ed.). New York: Oxford University Press Inc.
- Buttle, F. (2004). *Customer relationship management*. Routledge.
- Cappuccio, A., Bugliaro, F., Caimmi, S. M. E., Caldarelli, V., Caminiti, L., Santamaria, F. (2019). Consensus communication strategies to improve doctor-patient relationship in paediatric severe asthma. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1).
- Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5)
- Coulter, K. S., & Coulter, R. A. (2002). Determinants of trust in a service provider: The moderating role of length of relationship. *Journal of Services Marketing*, 16(1), 35-50.
- Danaher, P.J., Conroy, D.M., McColl-Kennedy, J.R. (2008). Who Wants a Relationship Anyway?: Conditions When Consumers Expect a Relationship with Their Service Provider. *Journal of Service Research*, Vol.11 (1), pp. 43-62
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Emanuel, E. J. and Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician- Patient Relationship.

- Journal of the American Medical Association, 267: 2221–2226.
- Fallon, E., & Chipidza et al. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord.* 17(5)
- Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? *Fam Pract Res J* 1993; 13(2):133–147
- Gaur, S.S., Xu, Y., Quazi A., Nandi S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 21 Issue: 1, pp.67-87
- Goold, S.D., & Lipkin, M., Jr (1999). The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of general internal medicine*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S26–S33.
- Goold, S.D., Klipp, G. (2002). Managed care members talk about trust. *Soc Sci Med*; 54(6): 879–888.
- Gore, J; Ogden, J. (1998). Developing, validating and consolidating the doctor–patient relationship: the patients ‘views of a dynamic process. *Br J Gen Pract*; 48(432): 1391–1394.
- Heisler, M., Piette, J. D., Spencer, M., Kieffer, E., & Vijan, S. (2005). The Relationship Between Knowledge of Recent HbA1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-Management. *Diabetes Care*, 28(4), 816-822. doi:10.2337/diacare.28.4.816
- Hermansen, C. J., & Wiederholt, J. B. (2001). Pharmacist-Patient Relationship Development in an Ambulatory Clinic Setting. *Health Communication*, 13(3), 307–325.
- Inui TS, Carter WB, Kukull WA, et al. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. comparison of techniques. *Med Care*. 1982; 20(6):535–549.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65.
- Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. *Sci Am*. 1972; 227(2):66–74.
- Lings, P., Evans, P., Seamark, D., et al. (2003). The doctor–patient relationship in US primary care. *J R Soc Med*; 96(4): 180–184.
- McDonough, R., & Doucette, W. (2001). Developing collaborative working relationships between

- pharmacists and physicians. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41(5), 682-692.
- Pandhi N, Bowers B, Chen FP .A comfortable relationship: a patient derived dimension of ongoing care. *Fam Med* 2007; 39(4):266–273.
- Parsons, T., & Turner, B.S. (1991). *The social system* (2). Taylor & Francis e-Library, 2005. Retrieved January 3, 2019, from <http://home.ku.edu.tr/~mbaker/cshs503/talcottparsonssocialsystem.pdf>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative evaluation and research methods: Integrating theory and practice*. London; Newbury Park; New Delhi: Sage Publications.
- Perepelkin, J., Zhang, D.D. (2014). Quality Alone is Not Enough to be Trustworthy: The Mediating Role of Sincerity Perception. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 8(2): 226-242
- Ratanawongsa, N., Roter, D. Beach, M.C., Laird, S.L., Larson, S.M., Carson, K.A., and Cooper, L.A. (2008). Physician Burnout and Patient-Physician Communication During Primary Care Encounters. *J Gen Intern Med*. 2008 Oct; 23(10): 1581–1588.
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patient’s perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561).
- Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, et al. Loyalty to the regular care provider: patients and physician’s views. *Fam Pract* 2001; 18(1): 53–59.
- Rosenthal, E. (2018). *An American sickness: How healthcare became big business and how you can take it back*. New York: Penguin Books.
- Roter, D. L. and Hall, J. (2006). *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport, CT: Auburn House: 23-38.
- Shankar, P. (2015). Peer Review #1 of "Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor–patient relationship (v0.1)". doi:10.7287/peerj.1050v0.1/reviews/1
- Sleath, B. (1996). Pharmacist-patient relationships: authoritarian, participatory, or default? *Patient Education and Counseling*, 28(3), 253–263.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Arch Int Med*; 97:585-92.

- Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., et al. (2003). Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ*; 326: 1310.
- Von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, et al. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006; 23(2):210–219
- Wachira, J., Genberg, B., Kafu, C., Koech, B., Akinyi, J., Owino, R.K., Laws, M. B., Wilson, I.B. and Braitstein, P. (2018). The Perspective of HIV Providers in Western Kenya on Provider-Patient Relationships, *Journal of Health Communication*, 23:6, 591-596.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). Measurement in nursing and health research. (3<sup>rd</sup> edition.). New York: Springer Publishing Company.
- Worley, M. M., & Schommer, J. C. (dec 1 1999). Pharmacist-patient relationships: Factors influencing quality and commitment. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 16(3-4).
- ZASZ TS, HOLLENDER MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1956;97(5):585–592.

## ภาคผนวก ก

ตาราง แสดงระดับความคิดเห็นความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์สำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงาน  
ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				สรุป ความ คิดเห็น
		1	2	3	4	
<b>ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์</b>						
1	เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง			3		1
2	อายุ ..... ปี			3		1
3	สถานที่ทำงาน .....			3		1
4	ตำแหน่ง.....			3		1
5	สาขาที่เชี่ยวชาญ.....			3		1
6	ประสบการณ์ในการทำงาน .....ปี			3		1
<b>รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีการใช้รูปแบบความสัมพันธ์ใดในวาระโอกาสใด</b>						
7	ท่านคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบใด (เช่น ครู-นักเรียน, เพื่อน, คนรู้จัก, ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ )			1	2	1
8	<b>รูปแบบที่ 1</b> แพทย์: กระตุ้นให้เกิดการร่วมมือกันในการรักษา ให้คำปรึกษาและ ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ โดยร่วมมือกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ เหมาะสม ผู้ป่วย: ให้ร่วมมือในการรักษาและอาจแนะนำเพิ่มเติมในแนวทางรักษาอื่น ที่ แพทย์ไม่ได้คิดถึง			1	2	1

	ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง					
9	<p><b>รูปแบบที่ 2</b> แพทย์: ให้การรักษา โดยเสนอทางเลือกที่แพทย์คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด</p> <p>ผู้ป่วย: รับการรักษาในทางเลือกที่แพทย์ทำการเลือกให้โดยไม่โต้แย้ง</p> <p>ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง</p>			2	1	1
10	<p><b>รูปแบบที่ 3</b> แพทย์: ให้การรักษาตามวิธีที่ผู้ป่วยเลือกมา</p> <p>ผู้ป่วย: เป็นผู้เลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง</p> <p>ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง</p>			2	1	1
11	<p><b>รูปแบบที่ 4</b> แพทย์: เสนอวิธีการรักษาหลายๆแบบให้กับผู้ป่วย และระบุข้อดีข้อด้อยของแต่ละวิธีการนั้นๆ</p> <p>ผู้ป่วย: รับฟังข้อมูล สอบถามเพื่อเติมเมื่อไม่เข้าใจ และทำการเลือกวิธีที่ใช้รักษา</p> <p>ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง</p>			1	2	1
12	<p><b>รูปแบบที่ 5</b> แพทย์: มีการทำความรู้จักกับผู้ป่วยในเชิงลึก เข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น สภาพทางสังคม สถานการณ์เงิน และสามารถใช้อุ้มนั้นๆ ช่วยตัดสินใจวิธีการรักษาได้</p> <p>ผู้ป่วย: มีความสนิทกับแพทย์มาก มีการบอกข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ นอกจากข้อมูลจำเป็นที่ต้องใช้ในการรักษา</p> <p>ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง</p>			1	2	1
13	<p><b>รูปแบบที่ 6</b> แพทย์: ให้การรักษา โดยไม่มีการสนทนากับผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วย: รับการรักษาจากแพทย์เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสนทนากับแพทย์</p> <p>ท่านคิดว่าบทบาทดังกล่าวใช้ในกรณีใดบ้าง</p>			2	1	1

14	จากรูปแบบ1-6 ท่านคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์แบบใดเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด เพราะเหตุใด			2	1	1
15	จากรูปแบบ1-6 ท่านคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์แบบใดที่ท่านใช้ในการรักษาบ่อยที่สุด เพราะเหตุใด			1	2	1
<b>ปัจจัยที่ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย</b>						
16	ในมุมมองของท่านรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากปัจจัยใด			1	1	1
17	ท่านคิดว่ามีปัจจัยอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยหรือไม่ กรุณาบอกตัวอย่างเหตุการณ์			1	1	1
18	ท่านเคยมีประสบการณ์การยุติความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยหรือไม่ เพราะเหตุใด กรุณาบอกตัวอย่างเหตุการณ์				3	1
<b>พัฒนาการของรูปแบบความสัมพันธ์ว่ามีการเปลี่ยนไปหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยเดิมทำการรักษาด้วยแพทย์ในระยะยาว</b>						
19	ในวันแรกที่ท่านได้เริ่มทำความรู้จักกับผู้ป่วย ท่านเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร			1	2	1
20	รูปแบบของความสัมพันธ์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาในการเข้ารับบริการหรือไม่ อย่างไร			1	2	1
21	เมื่อทำการรักษาคนไข้ท่านใดท่านหนึ่งเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ท่านรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง(หรือพัฒนาการ)ของความสัมพันธ์นี้หรือไม่ เป็นอย่างไร				3	1

ดัชนีความตรงของเนื้อหา(CVI) =  $19/21 = 0.9048$



## ภาคผนวก ข

ตาราง แสดงระดับความคิดเห็นความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย (บริการที่เดิมมากกว่า 3 ครั้งต่อปี) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				สรุป ความ คิดเห็น
		1	2	3	4	
<b>ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์</b>						
1	เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง			3	1	
2	อายุ .....			3	1	
3	อาชีพ.....			3	1	
4	การศึกษา ( ) 1. ต่ำกว่า ม.ปลาย ( ) 2. ม.ปลาย/ปวช./ปวส. ( ) 3. ปริญญาตรี ( ) 4. ปริญญาโท ( ) 5. ปริญญาเอก			3	1	
<b>รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีการใช้รูปแบบความสัมพันธ์ได้ในวาระโอกาสใด</b>						
5	ท่านคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบใด (เช่น ครู-นักเรียน, เพื่อน, คนรู้จัก, ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ )			1	2	1
6	โดยปกติแล้วแพทย์ทำการรักษาท่านอย่างไรบ้าง			3		1
7	ท่านคาดหวังให้แพทย์ดูแลท่านอย่างไร				3	1
<b>ปัจจัยที่ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย</b>						
8	ในมุมมองของท่านรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากปัจจัยใด			1	2	1

9	ท่านคิดว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยหรือไม่ กรุณายกตัวอย่างเหตุการณ์			2	1	1
10	ถ้าแพทย์ประจำของท่านทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ท่านจะกลับไปปรึกษากับแพทย์ท่านนั้นต่อหรือไม่			1	2	1
11	ท่านเคยมีประสบการณ์การยุติความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับแพทย์หรือไม่ เพราะเหตุใด			1	2	1
<b>พัฒนาการของรูปแบบความสัมพันธ์ว่ามีการเปลี่ยนไปหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยเดิมทำการรักษากับแพทย์ในระยะยาว</b>						
12	ท่านรู้สึกต่างแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างแพทย์ที่พบประจำกับแพทย์ที่เพิ่งเคยเจอกันครั้งแรก			1	2	1
13	ท่านจะเกิดความเชื่อใจหรือไว้วางใจแพทย์ท่านนั้นเมื่อใด			2	1	1
14	รูปแบบของความสัมพันธ์จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาในการเข้ารับบริการหรือไม่ อย่างไร			1	2	1
15	เมื่อทำการรักษาแพทย์ท่านใดท่านหนึ่งเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ท่านรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง(หรือพัฒนาการ)ของความสัมพันธ์นี้หรือไม่ เป็นอย่างไร			1	2	1

ดัชนีความตรงของเนื้อหา(CVI) =  $15/15 = 1$

## ภาคผนวก ค



IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB)

Established 1985

COA. No. 2019/04-141

## Certificate of Ethical Approval

Title of Project: *Healthcare Service Provider-Patient Relationship in the Thai Context*Duration of Project: *8 months (May - December 2019)*Principal Investigator (PI): *Assistant Professor Dr. Phallapa Petison*PI's Institutional Affiliation: *College of Management, Mahidol University*

Approval includes:

- 1) *Submission form*
- 2) *Research proposal*
- 3) *Interview guideline*
- 4) *Participant information sheet*
- 5) *Informed consent document*

IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB) met on 25<sup>th</sup> April 2019 and decided to issue the COA to the above project.



Signature

(Professor Emeritus Pramote Prasartkul)

Chairman, IPSR-IRB

Valid from June 21, 2019 to June 20, 2020

## Remarks

- 1) Upon the completion of this project, the PI should inform the IPSR-IRB of such progress.
- 2) The PI is obliged to notify any modification of the research project to the IPSR-IRB.
- 3) For verifying this document, please use QR code above.

IORG Number: IORG0002101; FWA Number: FWA00002882; IRB Number: IRB0001007

Office of the IPSR-IRB, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon district, Nakhon Pathom 73170. Tel (662) 441-0201-4 ext. 223

## ภาคผนวก ง

### เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

โครงการเรื่อง: .....ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์  
ในบริบทของสังคมไทย .....

ผู้วิจัยหลัก: ..... ผศ.ดร.พัลลภา ปีติสันต์  
.....

สถานที่ทำงาน และที่อยู่: .....วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อยู่ 69 ถนนวิภาวดี  
รังสิต แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 .....

เบอร์โทรศัพท์: ..... 02-206-2000.....

Email: ..... PHALLAPA.PET@MAHIDOL.AC.TH .....

ผู้วิจัยร่วม: 1. นายธีร์จุฑา เมฆทอง รหัสนักศึกษา 5950215

ที่อยู่: 549/270 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 37 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย  
กรุงเทพมหานคร 10700

เบอร์โทรศัพท์: 064-267-7778 Email: THEEJUTAR.MAKE@GMAIL.COM

2. นางสาวรุ่งลาวัลย์ ต้นดิวัฒน์กุล รหัสนักศึกษา 5950427

ที่อยู่: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 447 ถ.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร 10400

เบอร์โทรศัพท์: 089-795-5700 Email: RUNGLAWAN116@MAHIDOL.AC.TH

ผู้ให้ทุน: .....ไม่มี.....

#### วัตถุประสงค์โครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์  
แพทย์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและร้านขายยาในบริบทของสังคมไทย

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและร้านขายยาในบริบทของสังคมไทย

3. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและร้านขายยาในบริบทของสังคมไทย

**ประโยชน์ที่ท่าน/ชุมชนจะได้รับ:**

1. ให้ทราบและเข้าใจถึงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและร้านขายยาในบริบทของสังคมไทย ปัจจัยที่ก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ และขั้นตอนการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าว

2. ให้โรงพยาบาลและร้านขายยาทั่วไป นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในเชิงธุรกิจได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ:

ท่านเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือร้านขายยาในเขต

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะถูกสัมภาษณ์ด้วยวิธี: .....การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview).....

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ: ..... ไม่มี

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อหน้าที่การทำงาน การเรียน หรือการเข้าถึงบริการใดๆ ท่านมีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจว่าจะให้ความร่วมมือหรือไม่

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย เรายินดีตอบคำถามหรือข้อสงสัยของท่านทุกข้อ หากท่านมีข้อคิดเห็น ข้อข้องใจ หรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อนักวิจัย ตามที่อยู่ที่ได้ไว้ด้านบน

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ: ..... ไม่มี.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง: ..... ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน องค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน การเรียน หรือการเข้าถึงบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 02-441-0201-4 โทรสาร 02-441-9333 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัยหลัก

(ผศ.ดร.พัลลภา ปีติสันต์)

วันที่.....