

กระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้

ยุพดี โสทธิพันธุ์¹

วิลาวัณย์ จอมทอง²

นงนุช บุญยัง³

Process of collaboration within surgery health teams in general hospitals, southern Thailand

Sotthibandh Y, Chomthong W, Boonyoung N.

Department of Administration in Nursing Education and Nursing Service, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Operating Room, Songklanagarind Hospital, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2006;24(6):483-491

Abstract:

This descriptive research aimed to study process and problems/barriers of collaboration within surgery health teams. Subjects comprised up to 6 members of the surgical team in each of 15 general hospitals in southern Thailand. Simple random sampling was used to recruit members of each surgery health team from surgeon, anesthetist, operating nurse and nurses from male and female surgical wards. A total of 75 subjects participated.

The instruments used in this study were (1) the demographic data form and (2) the process and problems/barriers of collaboration development questionnaire, which was developed based on the process of developing collaboration proposed by

¹M.N.S. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ³Ph.D. (Nursing) อาจารย์
ภาควิชาการบริหารการศึกษาและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

²M.N.S. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 21 ตุลาคม 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 มิถุนายน 2549

Sullivan (1998). Data were collected by self-completed questionnaire mailed to the selected members of the surgery health teams. The data were analyzed using frequency, mean and standard deviation. The theoretical range of each score was 1-5.

The mean score of the overall process of collaboration development was at a moderate level ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.27$). When considering each dimension, the mean scores of three among five dimensions were at high levels: (1) commitment to collaboration ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.13$); (2) preparation of collaboration ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.15$); and (3) presence of supportive leadership ($\bar{X}=3.76$, $SD=0.13$). The remaining two dimensions were at a moderate level: (1) sufficient investment of material and human resources ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.26$); (2) collaborator designing practice and relations ($\bar{X}=3.22$, $SD=0.43$).

The mean score of the overall problems/barriers of collaboration development was at a moderate level ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.13$). When considering each dimension, the mean scores of five dimensions were at a moderate level: (1) presence of supportive leadership ($\bar{X}=2.65$, $SD=0.13$); (2) sufficient investment of material and human resources ($\bar{X}=2.64$, $SD=0.18$); (3) preparation of collaboration ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.12$); (4) commitment to collaboration ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.12$); and (5) the collaborator designing practice and relations ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.06$).

The findings of this study should be useful in developing collaboration within surgery health teams, improving their work and promoting patient satisfaction.

Key word: process of collaboration

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายจากคลังแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาล หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงตามคุณสมบัติที่กำหนดโรงพยาบาลละ 6 คน จาก 15 โรงพยาบาลรวม 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษากระบวนการความร่วมมือตามแนวคิดของ Sullivan¹ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ 75 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.27$) อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน โดยด้านการสร้างพันธะสัญญามุ่งมั่นต่อความร่วมมือ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.13$) รองลงมา คือด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือ ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.15$) และด้านการมีผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ($\bar{X}=3.76$, $SD=0.13$) ส่วนด้านการจัดให้มีทรัพยากรบุคลากรที่มีคุณภาพ และด้านการปฏิบัติและส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.26$ และ $\bar{X}=3.22$, $SD=0.43$ ตามลำดับ) ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.13$) โดยด้านการมีผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.65$, $SD=0.13$) รองลงมา คือ ด้านการจัดให้มีทรัพยากร บุคลากรที่มีคุณภาพ ($\bar{X}=2.64$, $SD=0.18$) ส่วนด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือ ด้านการสร้างพันธะสัญญามุ่งมั่นต่อความร่วมมือ และด้านการปฏิบัติและส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.12$), ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.12$) และ ($\bar{X}=2.57$, $SD=0.06$) ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีและผู้ใช้บริการพึงพอใจ

คำสำคัญ: กระบวนการความร่วมมือ

บทนำ

ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (collaboration) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ โดยสมาชิกทุกคนในทีมรับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันสามารถบริหารจัดการโดยใช้ความรู้ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพ และแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมได้อย่างสมศักดิ์ศรี มีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล วางแผน ตัดสินใจแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ¹ ปัจจุบันการบริการด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยลำพังเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่สามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ได้ บุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องรวมในกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งมีความต่อเนื่องของการบริการ ความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างทีมสุขภาพมีผลต่อการรักษาพยาบาล ช่วยลดความรุนแรงของโรค อัตราตายและการกลับมารักษาซ้ำ² ลดค่าใช้จ่าย ความเสี่ยงและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย พัฒนาคุณภาพการบริการ บุคลากรพึงพอใจในการปฏิบัติงาน อัตราการคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น และส่งเสริมความภาคภูมิใจในวิชาชีพ³ รวมถึงความมั่นคงอยู่รอดขององค์กร⁴

ความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ (1) การมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ (2) การเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือ (3) การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากรที่เพียงพอ (4) การสร้างความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน และ (5) การกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนเพื่อสร้างความร่วมมือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม กำหนดมาตรฐานองค์กรแพทย์ ให้แพทย์ทุกคนดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยจะต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในระหว่างแพทย์กันเอง และสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องบนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพ ความรู้ที่ทันสมัยและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานองค์กรพยาบาลด้านระบบงานและกระบวนการบริการพยาบาล กำหนดให้พยาบาลมีกระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพหรือทีมผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นในงานบริการผู้ป่วยผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาที่มีความเสี่ยงและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าการรักษาทางอายุรกรรม⁵ มีแบบแผนและขั้นตอนที่เคร่งครัด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม

ของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมพร้อมของเครื่องมือ และที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมของทีมผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งส่งเครื่องมือหรือช่วยรอบนอกรวมถึงพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมเหล่านี้ต้องมีความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นอย่างดี จึงจะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการได้รับการบริการผ่าตัดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ในทางปฏิบัติพบว่า สถานบริการสุขภาพหลายแห่งมีความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ด้อยประสิทธิภาพ สาเหตุของปัญหามีอยู่หลากหลาย ทั้งปัจจัยองค์กรที่ไม่มั่นคงนโยบายที่ชัดเจนและระบบบริหารจัดการไม่ดี ปัจจัยด้านบุคลากรซึ่งยังคงมีทัศนคติแบบเดิมคือ แพทย์เป็นหัวหน้าทีมผู้สั่งการโดยพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เป็นผู้รับคำสั่งปฏิบัติ ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น รวมทั้งปัญหาจากบุคลากรขาดทักษะความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือข้อเสนอแนะขาดความน่าเชื่อถือและยอมรับจากบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ ที่สาเหตุของปัญหาเหล่านี้สามารถร่วมมือกันป้องกันได้⁶ อาจทำให้งานเกิดความผิดพลาดเสียหาย ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และอาจเกิดปัญหาจริยธรรมได้⁷ จากการศึกษาในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยองค์กรและปัจจัยวิชาชีพ พบว่าปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิสัมพันธ์ในการรักษาพยาบาล มีการวางแผนร่วมกัน ความพึงพอใจในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาในทีมสุขภาพดีขึ้น⁸ นอกจากนี้นโยบายขององค์กรที่ส่งเสริมความร่วมมือจะมีผลกระทบต่อระดับความร่วมมือในการปฏิบัติงานของบุคลากรสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้คุณค่าของความร่วมมือในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน⁹

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ระดับกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงาน 5 องค์ประกอบของ Sullivan เป็นกรอบแนวคิด เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการและส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของที่มีสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดของแต่ละโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไปทั้ง 15 แห่งซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลละ 1 ทีม มีจำนวน 6 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนดจากโรงพยาบาลทั้ง 15 แห่ง จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยวิเคราะห์สังเคราะห์ขึ้น จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องกระบวนการพัฒนาความร่วมมือตามแนวคิดของของ Sullivan ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงาน 5 องค์ประกอบ และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับแต่ละองค์ประกอบคือ (1) การมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน จำนวน 9 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-9 (2) การเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงานจำนวน 8 ข้อตั้งแต่ข้อ 10-17 (3) การจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากรที่มีคุณภาพจำนวน 9 ข้อตั้งแต่ข้อ 18-26 (4) การสร้างพันธะสัญญาอย่างมั่นคงต่อความร่วมมือ จำนวน 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 27-32 (5) การปฏิบัติและส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงานจำนวน 9 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 33-41

แปลผลคะแนนใช้เกณฑ์เฉลี่ย 3 ระดับ โดยการแบ่งระดับจากค่าพิสัย (range score) ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับปานกลาง และมากมีคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 ตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 15 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับของกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพ

ในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดเท่ากับ 0.89 และปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดเท่ากับ 0.97

ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปที่กำหนดทั้ง 15 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งแบบสอบถามพร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ผ่านไปรษณีย์ถึงหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลพร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ประสานงานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนั้นๆ ช่วยติดตามแบบสอบถามคืน แบบสอบถามที่ได้รับคืนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมดจำนวน 75 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.3

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science for Windows/Personal Computer) ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่จำนวน และร้อยละ ข้อมูลกระบวนการพัฒนาความร่วมมือและปัญหาอุปสรรคของกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงาน นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายชื่อ รายงานและโดยรวม

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.7 กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.3 รองลงมาอายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.3 รองลงมาระดับวุฒิปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.3 รองลงมาคือ ปฏิบัติหน้าที่ ตำแหน่งศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.0 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.0 รองลงมา คือ 1-5 ปี และ 21 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ 20.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือ และปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ กระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานและปัญหา อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=75)

ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน	ความร่วมมือ			ปัญหาอุปสรรค		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ	3.76	0.13	มาก	2.65	0.13	ปานกลาง
2. ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือ	3.77	0.15	มาก	2.57	0.12	ปานกลาง
3. ด้านการจัดให้มีทรัพยากร บุคลากรที่เพียงพอ	3.55	0.26	ปานกลาง	2.64	0.18	ปานกลาง
4. ด้านความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน	3.85	0.13	มาก	2.57	0.12	ปานกลาง
5. ด้านการกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่แสดงถึงความร่วมมือ	3.22	0.43	ปานกลาง	2.57	0.06	ปานกลาง
โดยรวมทุกด้าน	3.63	0.27	ปานกลาง	2.60	0.13	ปานกลาง

1. กระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน โดยด้านความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=3.85$, $SD=0.13$) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.15$) และด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ($\bar{X}=3.76$, $SD=0.13$) ส่วนด้านการจัดให้มีทรัพยากรบุคลากรที่เพียงพอ และด้านการกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่แสดงความร่วมมืออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.26$) และ ($\bar{X}=3.22$, $SD=0.43$) ตามลำดับ

2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.13$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัญหาอุปสรรคกระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการมีผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.65$, $SD=0.13$) รองลงมาคือด้านการจัดให้มีทรัพยากร บุคลากรที่มีคุณภาพ ($\bar{X}=2.64$, $SD=0.18$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน โดยด้านความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ส่วนด้านการจัดให้มีทรัพยากร บุคลากรที่เพียงพอ และด้านการกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่แสดงความร่วมมือกันอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) อภิปรายได้ว่าการปฏิบัติภารกิจให้สำเร็จนอกจากความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือ การเตรียมความพร้อม และการมีผู้นำให้การสนับสนุนแล้ว ขั้นตอนที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ คือ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ยืนยันว่าความร่วมมือในการปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลาและเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการร่วมคิด ร่วมพัฒนา โดยเฉพาะความร่วมมือในการทำงานที่มีบุคลากรหลายฝ่าย เช่น ทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น

ความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ วัสดุพยาธิวิทยา พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการให้บริการผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยทีมสุขภาพที่

หลากหลายบุคลากรเหล่านี้มีความแตกต่างทางวิชาชีพตำแหน่งและบทบาท การจะดำเนินการให้คนจำนวนมากและหลายกลุ่มสร้างความร่วมมือที่ดีต่อกันในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ง่าย แต่จำเป็นในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่าความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรมีความสำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้นำจึงต้องสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาความร่วมมือที่ดีของบุคลากรให้เกิดขึ้นในองค์กร¹⁰ ผู้นำควรมีลักษณะของผู้สนับสนุนให้บุคลากรมีความร่วมมือที่ดีด้วยการส่งเสริมบรรยากาศการทำงานร่วมกันสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการกำหนดนโยบายเป้าหมายส่งเสริมความร่วมมือที่ชัดเจน¹¹ พร้อมใช้แนวทางการบริหารความขัดแย้งที่เหมาะสมและแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทภาระงานบุคลากรและองค์กร¹² ผู้นำเปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีอิสระในการทำงาน ซึ่งลักษณะดังกล่าวสามารถช่วยให้บุคลากรเกิดความร่วมมือที่ดีพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานดีขึ้น¹³

ด้านความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกันมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อธิบายได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหน่วยงานรับรู้และปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ นโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนขององค์กรในระดับมาก มีแนวปฏิบัติการทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดที่ชัดเจน สมาชิกในทีมเชื่อในปรัชญาที่ว่าความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงานจะทำให้งานราบรื่นและสมาชิกในทีมสุขภาพเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งการรับรู้ความเชื่อ และการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างรายงานจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) กำหนดแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพให้บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานร่วมกันภายใต้ความร่วมมือที่มีคุณภาพ มีการวางแผนร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary team)¹⁴ บุคลากรทุกคนตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนสอดคล้องกับจรรยาบรรณและมาตรฐานวิชาชีพ ทำหน้าที่ตามบทบาทวิชาชีพในลักษณะเพื่อนร่วมงานภายใต้สายการบังคับบัญชาที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ความร่วมมือต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างบุคลากร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน บริการผู้ป่วยผ่าตัดมากกว่า 5 ปี จากการทำงานร่วมกันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ความสัมพันธ์และความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน จะช่วยเสริมให้สมาชิกของทีมสุขภาพเข้าใจในลักษณะงานของตนเอง เห็นความเชื่อมโยงระหว่างงานของตนเองและงานของสมาชิกในทีมสุขภาพการบริการผ่าตัดผู้ป่วย ทำให้เกิดความพยายามที่จะ

ประสานการทำงานที่รับผิดชอบให้ดีที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกัน ความร่วมมือระหว่างสมาชิกในทีมจะเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้การบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ¹⁵⁻¹⁷

ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ลักษณะการบริการผู้ป่วยผ่าตัดประกอบด้วยสหวิชาชีพในสถานที่ที่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะเจาะจง และราคาต้นทุนสูงมากสำหรับการผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด การให้ความสำคัญต่อเขตปลอดเชื้อและมาตรการ วิธีการที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือคุณภาพของการผ่าตัด ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในทีมให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมเพื่อประสานการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากการรายงานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยพิจารณาจากการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ในระดับมาก ได้แก่ การปฐมนิเทศ เตรียมบุคลากรใหม่ทุกคนให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของงานการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย การรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตลอดจนการจัดประชุมปรึกษาวางแผนร่วมกันก่อนให้บริการเป็นต้น

ด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก อธิบายได้จากลักษณะสมาชิกในทีมสุขภาพประกอบด้วยศัลยแพทย์ วิทยุแพทย์ วิทยุพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งสมาชิกแต่ละตำแหน่ง มีหน้าที่แตกต่างกัน แต่ทุกหน้าที่มีความสำคัญและสัมพันธ์ต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด หัวหน้างานของฝ่ายที่เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย ต้องสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือประสานการทำงานให้ราบรื่น โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกของแต่ละฝ่ายมีอิสระที่จะตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยกัน หัวหน้าสามารถจัดการแก้ไขความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาที่ดีในการแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติงานได้

ด้านการจัดให้มีทรัพยากร บุคลากรที่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับทักษะพิเศษต่างๆ และการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยจำนวนมาก สมาชิกในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้องพัฒนาทักษะพิเศษต่างๆ หลายอย่าง เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานในหน้าที่อยู่ในระดับสูงกว่าและอาศัยเวลานานกว่าลักษณะการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เพื่อพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด อีกทั้งการจัดสรรอัตรากำลังตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ให้มีจำนวนเพียงพอ ต้องใช้เงินงบประมาณประจำปี โดยมีระเบียบการขออนุมัติเงินอย่างเคร่งครัด

และต้องได้รับการพิจารณาตามขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยเวลาซึ่งหากอุปสรรคทางการแพทย์และกำลังคนสามารถจัดสรรได้อย่างเพียงพอ ปัจจัยดังกล่าวสามารถช่วยสนับสนุนความร่วมมือในการทำงานให้ดีขึ้นได้ นอกจากนั้นการจัดสรรทรัพยากรครอบคลุมเรื่องการจัดระบบพี่เลี้ยงช่วยสอนงาน ระบบการประเมินผลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จะเห็นได้ว่าเรื่องการจัดให้มีทรัพยากรและบุคลากรที่เพียงพอเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จากหลายโรงพยาบาลอาจมีศักยภาพในด้านนี้แตกต่างกัน ทำให้การจัดเตรียมทรัพยากรและอุปสรรคมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง

ด้านการกำหนดความสัมพันธ์และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่แสดงความร่วมมือกันอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากด้านต่างๆ ที่แสดงถึงความร่วมมือ อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานในทีมสุขภาพขาดแกนนำหรือเจ้าภาพ ที่จะแสดงตัวเป็นผู้ประสานงานความร่วมมือที่แท้จริงในการปฏิบัติงานแต่ละวัน ความร่วมมือเกิดจากการพร้อมที่จะช่วยกันซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทยซึ่งสังเกตได้จากคำตอบในสามประเด็นย่อยต่อไปนี้อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหา บรรยากาศที่ทำงานผ่อนคลายเป็นกันเอง และสมาชิกของทีมสุขภาพมีการพึ่งพากันในระดับมาก แต่ลักษณะความสัมพันธ์ และขั้นตอนที่สะท้อนความร่วมมือ ขาดรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากนั้นอธิบายได้ว่าการกำหนดรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ไม่มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นสูตรสำเร็จตั้งแต่เริ่มแรก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรายงานค่าคะแนนความร่วมมือในด้านการกำหนดรูปแบบต่ำที่สุด

ปัญหาอุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในบริการผู้ป่วยผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งรายด้านและโดยรวมทุกด้าน (ตารางที่ 1) อภิปรายได้ว่าแม้แนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานได้รับการยอมรับว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ใช้บริการและองค์กร ซึ่งหลายองค์การกำลังอยู่ในระยะพัฒนาความร่วมมือเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมาย แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดการปฏิบัติหรือแสดงถึงการพัฒนาความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ โดยด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานมีปัญหาอุปสรรคมากกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากการที่ผู้นำจะสามารถสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างบุคลากรได้ต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนารูปแบบการบริหาร

ให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมมีการกระจายอำนาจไปสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้มีโอกาสในการตัดสินใจและร่วมงานทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติซึ่งในทางปฏิบัติ ผู้นำต้องใช้เวลาและความพยายามและทักษะการบริหารหลายรูปแบบร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีด้านการผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพชุดนี้จะต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับการนำหรือการสนับสนุนของหัวหน้าแต่ละฝ่ายในสถานะที่เสี่ยง (dilemma) คือรับรู้ว่าสำคัญแต่การบริหารจัดการหรือการให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นที่พอใจของแต่ละฝ่ายในทีมสุขภาพเป็นเรื่องไม่ง่าย หรือไม่สามารถสนองตอบความต้องการได้อย่างรวดเร็ว หากองค์การใดไม่มีการปรับโครงสร้างองค์การที่สอดคล้องก็จะเกิดปัญหาไม่สามารถปฏิบัติได้จริง¹⁸

นอกจากนั้นการกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ อยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารหน่วยงาน บุคลากรระดับปฏิบัติเป็นเพียงผู้รับคำสั่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในทีมมีความแตกต่างทั้งด้านอายุ ประสบการณ์ และตำแหน่งหน้าที่ แพทย์มักได้รับการยอมรับให้เป็นหัวหน้าทีมในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดการมีโอกาสเสนอความคิดเห็น และได้รับการยอมรับอาจมากกว่าพยาบาล ดังกล่าวที่ว่าความแตกต่างของความรู้ ประสบการณ์ บทบาทหน้าที่ที่เหนือกว่าจะมีอิทธิพลในการเสนอความคิดเห็นและการตัดสินใจที่มากกว่าซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้เป็นอุปสรรคของการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ¹⁹

จากการศึกษาเพิ่มเติม เปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน อายุ และการศึกษา จำแนกเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือ ($p < 0.05$) และด้านการจัดให้มีทรัพยากร ($p < 0.05$) การศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็น พยาบาลและเพศหญิง ซึ่งมี ทักษะ ความต้องการ ความตั้งใจและประสบการณ์เดิมแตกต่างจากเพศชาย²⁰ ประกอบกับเมื่อพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อในด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือและด้านการจัดให้มีทรัพยากร ด้วยลักษณะงานที่พยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ในการจัดเตรียมและดูแลรักษาให้พร้อมใช้งานมากกว่าเพศชาย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือเพศหญิงจึงสูงกว่าเพศชายใน 2 ด้านดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรที่มีสุขภาพ นำแนวคิดความร่วมมือไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งปัจจุบันจะเน้นการทำงานเป็นทีม ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จึงจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการบริการผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่าย สัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานให้ราบรื่นบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพ เช่น เปิดโอกาสให้หน่วยงานคัดเลือกบุคลากรที่มีการกำหนดความรู้ความสามารถและคุณลักษณะต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยเฉพาะ ประกอบด้วยทีมบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถทำหน้าที่บริหารจัดการร่วมกันส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสนับปะแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นในรูปของกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน จัดกิจกรรมให้บุคลากรได้พบปะสังสรรค์ ฉลองความสำเร็จของงานร่วมกันหรือจัดการแข่งขันกีฬาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาความร่วมมือที่ดี

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจใด เป็นความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ ร่วมคิด และร่วมปฏิบัติ ความร่วมมือในทางความคิด เช่น ความมุ่งมั่น ความพร้อมและการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ ส่วนความร่วมมือในการปฏิบัติสามารถสังเกตได้การร่วมกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน กำหนดกลไกหรือแผนปฏิบัติที่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง เตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือที่ดีระหว่างบุคลากรตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนและสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีทรัพยากรเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ มีการพัฒนาบุคลากรและสร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือรวมทั้งจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่ขัดขวางการพัฒนาความร่วมมือในส่วนของบุคลากรก็ต้องการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นวัฒนธรรมองค์กรแห่งความร่วมมือ อันเป็นพลังขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ สงวนสิน รัตนเลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธวัช ชาญชยานนท์ ดร.ปราโมทย์ ทองสุข คุณโกสุภภัก หมูจรรยาพันธ์ และคุณจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย รวมทั้งพี่น้องเพื่อนร่วมวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ทุกท่านที่ให้ความเมตตาช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งรวบรวมแบบสอบถามคืน และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละในการให้ข้อมูลที่มีค่าทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Sullivan TJ. Collaboration: a health care imperative. New York: McGraw-Hill; 1998.
2. Baggs JG. Collaboration between nurses and physician in the 21st century. 6th ed. St. Louis, M: C.V. Mosby; 2001.
3. Rice AH. Interdisciplinary collaboration in health care: education, practice, and research. Nat Acade Pract 2001;2:59-73.
4. Mizrahi T, Abramson JS. Collaboration between social workers and physicians: Perspectives on a share case. Social-Work-in Health-Care 2000;31:1-24.
5. เรณู อาจสาลี, อรพรรณ โตสิงห์. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที. เพรส; 2546.
6. สิริยา สัมมาวาจ. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี. รามาธิบดีสาร 2540;3:286-96.
7. Lason E. The impact of physician-nurse interaction on patient care. Holist Nurs Pract 1999;2:38-46.
8. Corser WD. The changing nature of organizational commitment in the acute care environment: implications for nursing leadership. J Nurs Adm 1998;28:32-36.

9. Parkin P. Policy and practice: Managing change in the community. *Bri J Com Nurs* 1999;4:188-95.
10. Wheelan S. The link between teamwork and patients outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care* 2003; 12: 527-34.
11. Snow LJ, Mulrooney CP. Effective top team: five strategies for success. *Health Care Exec* 2002;17:22-44.
12. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารพยาบาล. Tokyo: National College of Nursing Japan; 2544.
13. กัลยา เพียรแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การต่อการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2543.
14. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชด์จำกัด; 2544.
15. Arnold E, Boggs KU. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. 3rd ed. Pennsylvania: WB.Saunders; 1999.
16. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2543.
17. กัญญา ออประเสริฐ. การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย* 2542;4: 1-4.
18. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. *ซุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปรีณิตัง; 2546.
19. Ersser SJ. Medical hegemony in decision-making-a barrier to interdisciplinary working in intensive care. *J Adv Nurs* 2004;46:245-52.
20. วิภาพร มาพบสุข. *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2540.