

อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ดวงกมล ศรีประเสริฐ

คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

s.duangkamon@hotmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2018.5

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอในประเด็นของความเป็นมาของวิชาชีพแพทย์ที่นำไปสู่การมีอำนาจของแพทย์และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยการศึกษาจากหนังสือ บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า การเกิดขึ้นของวิชาชีพแพทย์ และอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ มีที่มาจากหน้าที่ประชาชนมีความศรัทธาต่อความรู้ของแพทย์และประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก แพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแต่เพียงฝ่ายเดียว ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงทำตามแพทย์สั่งเท่านั้น แต่ต่อมาเมื่อโครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลง การแพทย์เริ่มแปรเปลี่ยนเป็นธุรกิจ ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้นและสิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้าถึงประชาชนทุกคน ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่จากเดิมมีสถานะตั้งรับกลายเป็นผู้ป่วยที่มีความอิสระ ไม่ต้องเชื่อฟังคำสั่งของแพทย์อีกต่อไป ดังนั้น รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จึงมีความเปลี่ยนแปลงตามบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป แพทย์อาจไม่ใช่ผู้กุมอำนาจในการรักษาพยาบาลอีกต่อไป

[วารสารธรรมศาสตร์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.2561]

คำสำคัญ: แพทย์, ผู้ป่วย, ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย, อำนาจแพทย์

Medical Dominance and the Doctor-Patient Relationship

Duangkamon Sriprasert

Faculty of Sociology and Anthropology

Thammasat University

s.duangkamon@hotmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2018.5

Abstract

The purpose of this article is to find the origins of medical dominance (MD) in the doctor-patient relationship. Data was derived from books, articles, research and theses on related educational issues. Results showed that patient trust in medical expertise and treatment effectiveness was the origin of medical dominance, creating a formerly paternalistic relationship. Since doctors were trained to make treatment decisions, patients needed only to follow instructions.

With a changing social structure and advancing technology, medicine has been changed into a business. Patients have access to more medical information about different treatment options. No longer passive, patients have become independent, sometimes disregarding medical advice. As the social context changed, doctors have become less dominant in health service system.

[Thammasat Journal, Volume 37 No.1, 2018]

Keyword: Medical Doctor, Patient, Doctor- patient relationship, Medical dominance

บทนำ

ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์จะแสวงหาวิธีการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยนั้นตามพื้นฐานของความรู้ ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่สั่งสมถ่ายทอดกันมา โดยที่ในแต่ละวัฒนธรรมอาจมีมุมมองและการให้นิยามเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปทำให้วิธีการรักษาความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไปด้วย เมื่อศึกษาวัฒนธรรมของการเยียวยาความเจ็บป่วยในอดีต พบว่า เดิมทีมนุษย์มองว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น จาก ภูตผี ปีศาจ วิญญาณร้าย ดังนั้น เรื่องความเจ็บป่วย จึงถูกเชื่อมโยงเข้ากับความเชื่อเรื่องศาสนา ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่เยียวยารักษาความเจ็บป่วย จึงมักเป็นพระ หรือนักบวช ของศาสนานั้น ๆ รวมไปถึง หมอผี คนทรงเจ้า บ้างเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพระเจ้าลงโทษ ดังนั้นการรักษาความเจ็บป่วยจึงถูกเชื่อมโยงเข้ากับพิธีกรรมที่เกี่ยวกับการขอขมาต่อพระเจ้าที่ตนนับถือ ต่อมาเมื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้น การให้นิยามของความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่าการแพทย์เกิดการพัฒนาขึ้น จากการที่มองว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือการลงโทษจากพระเจ้าจึงปรับเปลี่ยนมาเป็นการมองว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียดุลของธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต ดังนั้น วิธีการเยียวยาความเจ็บป่วย คือต้องหาทางปรับสมดุลของธาตุให้กลับคืนมา ซึ่งทำได้โดยวิธีการปรับอาหารการกิน วิธีชีวิตความเป็นอยู่ และรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งในการรักษาความเจ็บป่วยตามแนวคิดนี้มักถ่ายทอดความรู้กันเองภายในครอบครัวหรือหากเกินความสามารถที่จะรักษาได้จะไปหาผู้อื่นที่มีความรู้ทางการรักษาความเจ็บป่วยนั้น ๆ (โกมาต, 2551)

ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้น เราอาจกล่าวได้ว่า มนุษย์รู้จักความหมายของคำว่าแพทย์ในฐานะของบุคคลที่เป็นผู้เยียวยารักษาความเจ็บป่วยมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ความหมายและอำนาจหน้าที่ของแพทย์ในอดีตนั้นไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงแฉกเช่นทุกวันนี้ โดยในอดีตแพทย์อาจหมายถึง พระสงฆ์ นักบวช คนทรงเจ้า แพทย์สมุนไพร หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยที่มีอยู่ทั่วไปในสังคม การแพทย์มีหลายแบบและบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นแพทย์ก็แบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม แต่ความเป็นวิชาชีพแพทย์นั้นเพิ่งปรากฏให้เห็นเด่นชัดและเป็นที่ยอมรับของสังคมในราวต้นศตวรรษที่ 20 นี้เอง ซึ่งในช่วงยุคศตวรรษที่ 19 การแพทย์ในยุโรปเองยังไม่ได้มีลักษณะของการให้บริการที่โรงพยาบาล องค์ความรู้ด้านการแพทย์ยังมีความหลากหลาย ผู้ทำหน้าที่แพทย์ แบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม เช่น การแพทย์แบบ อัลโลพาตี (Allopathic medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์ที่รักษาโดยการส่งยาที่มีฤทธิ์ตรงข้ามกับอาการที่เป็น การแพทย์แบบโฮมีโอพาตี (Homeopathy medicine) ที่แพทย์จะส่งยาที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับอาการที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยแพทย์จัดกระดูก (Bonesetters) และแพทย์สมุนไพร (Herbalists) เป็นต้น ในยุคนั้นประชาชนมีความศรัทธาในการแพทย์น้อยมาก เหตุเพราะการเรียนการสอนแพทย์ยังไม่เป็นระบบ และมาตรฐานในการรักษาค่อนข้างต่ำ แม้ว่าการแพทย์สมัยใหม่จะไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน แต่การแพทย์ได้พัฒนาความเป็นวิชาชีพเรื่อยมา โดยมีการจัดตั้งสมาคมทางการแพทย์ขึ้นเพื่อจัดระบบการศึกษาทางการแพทย์ให้เป็นระบบมากขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกัน ลดบทบาทของวิธีการรักษาที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานลง โดยในระยะแรกความพยายามของสมาคมยังไม่เป็นผลนักเนื่องจากประชาชนยังคงมองว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคลซึ่งสามารถจัดการกันเองได้ แต่ต่อมาเมื่อเกิดการค้นพบเชื้อโรค

ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และนำไปสู่การอธิบายการเกิดโรคด้วย ทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการอธิบายโรคด้วยแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ ประกอบกับวิทยาศาสตร์มีความเจริญก้าวหน้า สังคมจึงเริ่มสนใจการแสวงหาความรู้ด้วยวิทยาศาสตร์ และศรัทธาในการพิสูจน์ให้เห็นจริง ทำให้ประชาชนเห็นว่า สุขภาพ และความเจ็บป่วย เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน ยากเกินกว่าที่จะทำความเข้าใจได้โดยง่าย และไม่ใช่เป็นเรื่องที่จะสามารถกระทำกันเองได้ภายในครอบครัวอีกต่อไป ประชาชนจึงหันมาให้ความสนใจและยอมรับในการแพทย์สมัยใหม่มากยิ่งขึ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของสมาคมทางการแพทย์ทำให้จากเดิมที่การแพทย์มีหลายแบบเริ่มทำให้มีรูปแบบเดียวกัน มีการปรับมาตรฐานความรู้ การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ และปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการรักษา ทำให้การแพทย์สมัยใหม่ได้รับการยอมรับและความศรัทธาจากประชาชนว่าเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งในการพัฒนามาตรฐานโรงเรียนแพทย์ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันจากเดิมที่มีหลายหลายแบบ หลายวิธี และหลายคำอธิบายทางการเจ็บป่วยถูกทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน โรงเรียนแพทย์เริ่มมีการกำหนดกฎเกณฑ์การรับเข้าเรียน ระบบการเรียนการสอนแพทย์ เน้นความสามารถทางด้านวิทยาศาสตร์ส่งผลให้คนบางกลุ่ม เช่น คนกลุ่มน้อย ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ หรือแม้แต่สตรี มีโอกาสน้อยมากที่จะได้เข้ารับการศึกษา ทำให้โดยส่วนใหญ่ในยุคนั้น แพทย์มักมาจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการเป็นแพทย์ได้ส่งเสริมให้คนเหล่านั้นที่มีสถานะทางสังคมที่สูงอยู่แล้วให้สูงขึ้นไปอีก และในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 อาชีพแพทย์ได้มีการพัฒนาไปสู่ความเป็นวิชาชีพ ด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1.วิชาชีพแพทย์มีความเป็นอิสระในการกำหนดการเรียนการสอน มาตรฐานทางวิชาชีพ และตรวจสอบการทำงานที่ไม่ได้มาตรฐานของแพทย์ด้วยกันเอง กล่าวคือ บุคคลทั่วไปที่เข้ารับบริการทางการแพทย์นั้นไม่อาจบอกได้ว่าบริการที่ได้รับมีมาตรฐานหรือไม่ 2.วิชาชีพแพทย์ เป็นวิชาชีพที่มีความชำนาญเป็นพิเศษต้องใช้เทคนิคความรู้ขั้นสูงต้องผ่านการฝึกฝนอย่างหนักและต้องมียศความรู้ที่ซับซ้อนกว่าวิชาชีพอื่น 3.การสร้างการศรัทธาจากสังคมว่า วิชาชีพแพทย์เป็นการให้บริการโดยยึดหลักคุณธรรมเพื่อช่วยเหลือมนุษย์มากกว่าจะเป็นการให้บริการเพื่อผลกำไรและทำงานภายใต้กรอบของจรรยาบรรณแพทย์ (เทพินทร์, 2548)

ด้วยเหตุนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า การเกิดขึ้นของวิชาชีพแพทย์และอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพมีที่มาจากกรณีที่ประชาชนมีความศรัทธาต่อความรู้ของแพทย์และประสิทธิภาพในการรักษาประกอบกับการเคลื่อนไหวทางการเมืองที่มีส่วนขับเคลื่อนให้เกิดอำนาจของวิชาชีพแพทย์ขึ้น แพทย์มีอำนาจในการควบคุมการบริการสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่น แพทย์มีสิทธิในการตรวจและวินิจฉัยโรค การรับรองการเกิด การตาย ตลอดจนรับรองให้ประชาชนมีสิทธิในการได้รับบริการ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ได้ เช่น รับรองเป็นผู้พิการ รับรองใบลาป่วย นอกจากนั้นแพทย์ยังมีสิทธิและอำนาจในการควบคุมวิธีการรักษาและการวินิจฉัยโรค

ดังนั้น ระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่วางอยู่บนฐานความคิดทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เรื่องอำนาจ ทำให้แพทย์มีอิทธิพลครอบงำผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นไปในรูปแบบการ บัญชาการ หรือการใช้อำนาจ ผู้ป่วยต้องยอมรับอำนาจนั้นและปฏิบัติตามคำสั่ง (ทวิทอง, 2528 อ้าง ใน โกมาทร, 2551) ความสัมพันธ์ในลักษณะเช่นนี้เปรียบเหมือนความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก คือ การที่แพทย์มีสิทธิ์ผูกขาดการตัดสินใจจากผู้ป่วย ผู้ป่วยมีหน้าที่เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ การรักษาที่ดีจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ ดังกล่าวเกิดจากความไม่สมมาตรด้านข้อมูลระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การเข้าถึงข้อมูลอย่าง ยากลำบากของผู้ป่วย ความซับซ้อนของความรู้ด้านการแพทย์ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ แบบเก่าจึงวางอยู่บนความไม่เสมอภาค โดยที่ผู้ป่วยได้สูญเสียอธิปไตยในการตัดสินใจไปให้กับแพทย์ และอยู่ในรูปแบบของการมอบอำนาจให้แพทย์ตัดสินใจ (ภาคภูมิ, 2555)

ถึงแม้ว่าแพทย์จะเป็นวิชาชีพที่มีอำนาจในควบคุมกระบวนการรักษาและเป็นอาชีพที่คนใน สังคมให้การยกย่องนับถือ แต่เมื่อโครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ วิถีชีวิตของคนเริ่มเปลี่ยนไป คนเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและโรคเรื้อรังที่ เกิดจากการใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และเกิดการอุบัติของโรคใหม่ ๆ ขึ้นมา จึงให้ระบบการแพทย์ต้องมีการพัฒนา ทั้งยารักษาโรค เครื่องมือ รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้ระบบการแพทย์ถูกแปรเปลี่ยนเป็นธุรกิจ ภาพลักษณ์ของแพทย์ที่ใครหลาย ๆ คนมองเป็นพ่อ พระผู้เสียสละ เริ่มแปรเปลี่ยนเป็นผู้ให้บริการ แพทย์บางคนที่ขาดจริยธรรมมีโอกาสหากำไรจากการ รักษาและด้วยผลดีของเทคโนโลยีปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถหา ข้อมูลที่มีความสลับซับซ้อนได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น และ สิทธิการรักษาพยาบาลที่เข้าถึงประชาชนทุกคน จึงทำให้ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เริ่มเปลี่ยนไป “ประชาชนที่เคยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจได้กลับกลายเป็นความรู้สึก ที่ว่ามาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ ความสัมพันธ์จึงเป็นไปในเชิงสัญญาโมฆะความนับถือส่วนบุคคล เมื่อเขาไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง หรือตามที่โรงพยาบาลโฆษณาไว้ การฟ้องร้องจึงเกิดขึ้น ” (แสวง, 2551) เมื่อเกิดมีคดีฟ้องร้องแพทย์ขึ้นบ่อยครั้ง ย่อมกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเริ่มหมกครีธาต่อแพทย์ ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นเริ่มเสื่อมถอยลง ในขณะที่ แพทย์เองต้องทำการรักษาผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วยขึ้น การที่ผู้ป่วยมีอำนาจทางข้อมูลมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอำนาจต่อรองกับแพทย์และ ดึงอำนาจตัดสินใจจากแพทย์มาสู่ตนเอง ผู้ป่วยจากเดิมที่มีลักษณะตั้งรับ (passive) กลายมาเป็น ผู้ป่วยที่มีความอิสระ (autonomy) ไม่ต้องเชื่อฟังคำสั่งทุกอย่างจากแพทย์โดยไม่รู้ว่าจะทำอะไรที่ ดีหรือแยกับตน แต่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ เรียนรู้ได้ ว่าการรักษาใดที่ดีสำหรับตน ตัดสินใจได้ด้วย ตัวเองและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถึงแม้ตนเองจะป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งแนวโน้มของความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยทั่วโลกค่อนข้างจะเปลี่ยนจากระบบพ่อปกครองลูกเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ ในลักษณะผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ (ภาคภูมิ, 2555)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญต่อการวินิจฉัย และการตัดสินใจในการรักษาโรคของแพทย์ เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษา ต้องมีรากฐานมาจากการหาข้อเท็จจริงในความผิดปกติของผู้ป่วย แต่เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเริ่มมีความแตกต่างกันตามบริบทต่าง ๆ การทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่นำไปสู่ความแตกต่างกันในรูปแบบความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญกับกระบวนการรักษาผู้ป่วย และด้วยสถานการณ์ที่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นคงปฏิเสธไม่ได้ว่าความสำเร็จของการจัดการกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การควบคุมตัวเอง ความสม่ำเสมอในการทานยา ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวนี้ ย่อมจะต้องมาจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้ มีงานศึกษาหลายชิ้น ที่ทำการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในแง่ของ ผลลัพธ์ของการรักษา การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ สุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมไปถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์และการรักษา ซึ่งหากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วย ดังนั้น การให้ความสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษา

จากความสำคัญดังกล่าว บทความชิ้นนี้จึงได้มุ่งเน้นนำเสนอประเด็นเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมประเภทต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในหลาย ๆ แ่งมุม ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูล พบว่า ประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นประเด็นที่มีคนพูดถึงในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง แต่กลับมีงานวิจัยที่ทำการศึกษาแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยน้อยมาก ซึ่งงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในประเด็นเรื่องความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเสียมากกว่า ดังนั้น หากมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทย ว่ามีเหตุและปัจจัยใดบ้างที่ทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในสังคมไทยมีความแตกต่างกันออกไปจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบัน ปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อมีเพิ่มมากขึ้น การรักษาต้องทำโดยการร่วมมือกันทั้งจากแพทย์และผู้ป่วยทั้งสองฝ่ายจึงจะทำให้การรักษาโรคเหล่านี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย: แนวคิดและรูปแบบ

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการติดต่อกันในการที่แพทย์ให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการสื่อสาร อันก่อให้เกิดการรับรู้ ทศนคติ และการโต้ตอบของผู้ป่วยต่อการรักษาของแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์ภาพดังกล่าวประเมินได้จากอัตราและลักษณะของการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย คุณภาพของความสัมพันธ์ ความคาดหวังที่ผู้ป่วยมีต่อบริการของแพทย์ การประเมินคุณลักษณะของแพทย์ การรับรู้ตนเองของผู้ป่วยในการดำเนินความสัมพันธ์กับแพทย์ และแนวโน้มในการปฏิบัติของผู้ป่วยต่อการตรวจรักษาของแพทย์ (ศากุน, 2524)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบพิเศษที่ไม่ได้มีพื้นฐานมาจากความชอบพอหรือความคุ้นเคยเช่นความสัมพันธ์โดยทั่วไป แต่ทั้งสองฝ่ายเข้ามามีความสัมพันธ์ต่อกันด้วยเงื่อนไขทางสังคม โดยผู้ป่วยมีความต้องการหายจากโรค ส่วนแพทย์ต้องการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ทางสังคม ซึ่งแพทย์และผู้ป่วยต่างมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การหายจากโรคของผู้ป่วย ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้จะต้องกระทำการผ่านกระบวนการสื่อสาร ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้และทัศนคติต่อการรักษาถือเป็นรากฐานสำคัญของความสัมพันธ์ (ศาคุน, 2524)

บทความชิ้นนี้ได้ทำการศึกษาแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และรูปแบบของความสัมพันธ์ที่แตกต่างไปตามสถานการณ์และบริบทที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งจากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีถูกทำมาใช้ในการศึกษาเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ของนักจิตทฤษฎี ดังต่อไปนี้

The Parsons Model

Talcott Parsons นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ด้วยทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ (Structural – Functional Theory) โดยอธิบายว่า บทบาทของแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่สังคมกำหนดบทบาทให้แพทย์มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ส่วนผู้ป่วยคือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยแพทย์มีหน้าที่ในการควบคุมองค์ความรู้ในการรักษา ขณะที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ เป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรมและเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยความเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ผิดปกติของสังคม (dysfunction) กระบวนการรักษาจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลไม่ให้อัตลักษณ์ของสมาชิกในสังคมต่ำเกินไป หรือระดับความเจ็บป่วยสูงเกินไป จนเกิดภาวะผิดปกติ (มัลลิกา, 2542) ซึ่งพาร์สัน ได้สร้างรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีหลักการดังนี้

1. ปัญหาเรื่องสุขภาพคือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเป็นระบบสังคมขึ้น มีกฎเกณฑ์และระดับในเรื่องของการดูแลสุขภาพ
2. การเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญและก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้น
3. การดูแลสุขภาพถือเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา
4. กฎเกณฑ์ทางสังคมในเรื่องความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพถือเป็นรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรมและการเรียนรู้ทางพฤติกรรมด้วย

จากหลักการดังกล่าว พาร์สันได้อธิบายว่า ความเจ็บป่วยคือสิ่งที่ทำให้ระบบสังคมเกิดการเบี่ยงเบน ผู้ป่วยจะถูกกำหนดบทบาทขึ้นจากสังคมว่าจะต้องแสวงหาผู้มีความรู้ ความสามารถ ที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเป็นปกติ และมีหน้าที่เชื่อในการรักษาและยอมรับในความสามารถของแพทย์ ในขณะที่บทบาทของแพทย์ คือผู้ที่กระทำการรักษาตามความรู้ความสามารถของตนมี อาจกล่าวได้ว่า แพทย์คือผู้ที่กุมอำนาจในการกระทำการต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย (รุ่งกมล, 2553) พาร์สันมีความเห็นว่า ความสัมพันธ์เชิงบทบาทคู่นี้ เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่เสมอภาคกัน (asymmetry relationship) ทั้งนี้ พาร์สันย้ำว่า ความไม่เสมอภาคกันนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการรักษา เนื่องจากแพทย์ต้องรับผิดชอบต่อการทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว แพทย์จึงต้องมี “อำนาจ” ควบคุมความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยจะทำตามคำแนะนำและวิธีการรักษาตามที่แพทย์สั่ง ทั้งนี้การที่แพทย์มีอำนาจที่มากกว่าผู้ป่วย มีรากฐานมาจากปัจจัย 3 ประการคือ

1. ความมีเกียรติทางวิชาชีพของแพทย์ คือ การยอมรับจากสังคมว่าแพทย์ คือ บุคคลที่มีเกียรติ โดยเกิดจากทักษะ ความรู้เฉพาะ ที่ได้รับการศึกษา การฝึกอบรม ดังนั้นแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ และมีอำนาจสูงสุดในเรื่องสุขภาพ และการบังคับสั่งการผู้ป่วย
2. สถานการณ์ที่เอื้อต่อการมีอำนาจทางด้านสุขภาพของแพทย์เนื่องจากในภาวะจำเป็นทางด้านสุขภาพ แพทย์ย่อมมีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่อ่อนแอกว่า
3. สถานการณ์การพึ่งพิงการรักษา เนื่องด้วยผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาแพทย์ในสถานการณ์ที่ความเจ็บป่วยบีบบังคับ

ตามทัศนะของพาร์สัน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงแบบแผนพฤติกรรมทางวัฒนธรรมของทั้งแพทย์และผู้ป่วย ในลักษณะของการโต้ตอบช่วยเหลือกันและกัน โดยพาร์สันได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยว่ามีความคล้ายคลึงกับความสัมพันธ์ของพ่อแม่กับลูกอยู่ 3 ประการ คือ

1. ในแบบแผนความสัมพันธ์จะประกอบด้วยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ควบคุม ขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกควบคุม และยอมรับการมีอำนาจเหนือกว่าของอีกฝ่าย
2. เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก อารมณ์ แม้ว่าทั้งพ่อแม่หรือแพทย์ จำเป็นต้องแสดงความเป็นกลางในบางระดับเพื่อรักษาความแตกต่างของสถานภาพทางบทบาทของตนไว้ ทั้งที่พ่อกับแม่และแพทย์มีความเหมือนกันตรงที่มีความรักและความหวังดีกับลูกของตน
3. เป็นความสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ การรอคอย ให้ผู้ป่วย หรือลูก เติบโต แข็งแรง และกลายเป็นสมาชิกของสังคมที่ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ (รุ่งกมล, 2553)

ในทำนองเดียวกัน พาร์สันและฟ็อกซ์ (Parson, Fox, 1952., อ้างใน มัลลิกา, 2542) ได้เสนอรูปแบบการวิเคราะห์การรักษาทาจิตของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยว่ามีลักษณะเหมือนความสัมพันธ์ของเด็กกับพ่อแม่ ซึ่งมี 4 ลักษณะ คือ 1) ให้การสนับสนุนด้านการรักษาในฐานะที่ผู้ป่วยเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยและยอมรับว่าบทบาทผู้ป่วย คือบทบาทชั่วคราวเท่านั้น 2) ให้การยินยอมหรือตามใจในบางโอกาส เช่น การพูดระบายความรู้สึก หรือการส่งเสียงดัง 3) การให้รางวัล เช่น กล่าวชมเชย อนุญาตให้กลับบ้านได้ 4) ปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือที่นอกเหนือจากขอบข่ายทางการแพทย์ โดยต้องมีความเป็นกลางและไม่ใช้อารมณ์

อย่างไรก็ตาม แนวคิดของพาร์สันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเชิงที่แพทย์เป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วยนี้ ต่อมาได้ถูกวิพากษ์โดยนักคิดทฤษฎีหลายท่าน เช่น Elliot Friedson ได้วิพากษ์แนวคิดดังกล่าวว่า บุคคลจะสวมบทบาทผู้ป่วย (sick role) และยอมรับความช่วยเหลือจากแพทย์เฉพาะกับการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง แสดงอาการชัดเจน รักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรค หรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วย เข้ามาเกี่ยวข้องในการเยียวยาด้วย เช่น ครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น (โกมาตฺร, 2550)

จากข้อวิพากษ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ตามแนวคิดของพาร์สันยังมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถอธิบายได้กับความเจ็บป่วยในบางบริบท เนื่องจากรูปแบบของความเจ็บป่วย คุณลักษณะของแพทย์และผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพ และโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมาก ซึ่งในการจะศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนี้ จึงต้องพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย คือ

1. รูปแบบของความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามประเภทของโรค โดยในโรคฉับพลันมักพบความสัมพันธ์ที่ราบรื่นเพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว แพทย์จึงมีอำนาจควบคุมการสั่งการทั้งหมด ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักไม่คาดหวังว่าโรคที่เป็นนั้นจะหายได้ในทันที การรักษาต้องใช้เวลายาวนานและต่อเนื่อง แพทย์จึงมีอำนาจในการควบคุมน้อยกว่า โดยอาจทำหน้าที่เพียงให้คำแนะนำหรือโน้มน้าวให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ

2. คุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางสังคมแตกต่างกัน เช่น การศึกษา อาชีพ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ เชื้อชาติ และความเข้าใจต่อโรค ตัวกำหนดดังกล่าวย่อมเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

3. คุณลักษณะของแพทย์ ได้แก่ บุคลิกลักษณะ วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบความสัมพันธ์เช่นกัน

จากข้อวิพากษ์ดังกล่าว ทำให้ต่อมามีนักคิดทฤษฎีได้อธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่แตกต่างไปจากแนวคิดของพาร์สัน

The Szasz and Hollender Model

รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดย Thomas S. Szasz และ Marc H. Hollender เป็นการขยายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากแนวคิดของพาร์สัน โดย ซาซ และ ฮอลเลนเดอร์ เชื่อว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่ง ซาซ และ ฮอลเลนเดอร์ อธิบายว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมี 3 รูปแบบ ได้แก่

1. Active-Passive รูปแบบที่แพทย์เป็นฝ่ายกระทำ (Active) และผู้ป่วยเป็นฝ่ายถูกระกระทำ (Passive) รูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่เก่าแก่ที่สุดใน 3 รูปแบบ โดยเป็นรูปแบบที่ แพทย์เป็นผู้กระทำกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยถูกปฏิบัติเช่นวัตถุที่ไม่มีชีวิต ซึ่งรูปแบบนี้ เกิดขึ้นในกรณีที่ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ไม่ได้สติ ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอันตราย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเฉียบพลัน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น การตกเลือด การมีบาดแผลสาหัส ช็อกหมดสติ หรืออยู่ในขั้นโคม่า ซึ่งทำให้ในกระบวนการรักษา ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ หรือให้ความยินยอม (Fallon et al., 2015) แพทย์จะทำการรักษา โดยไม่ได้คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการปฏิบัตินั้นๆ เพื่อการแก้ไขสถานการณ์ที่วิกฤตให้ผ่านพ้นไป ซึ่งเปรียบได้กับความสัมพันธ์ระหว่าง พ่อ แม่ กับลูกที่อยู่ในวัยทารกที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เป็นความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวที่แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจด้านการรักษาตามลำพังโดยไม่สนใจว่าผู้ป่วยจะพอใจหรือไม่ (มัลลิกา, 2542)

รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่อาจกล่าวได้ว่า แพทย์กับผู้ป่วยไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน หากแต่เป็นการกระทำของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง ภายใต้สถานการณ์ที่ผู้ถูกระกระทำไร้ซึ่งความสามารถในการกระทำสิ่งใดเปรียบเหมือนไม่มีชีวิต แพทย์กระทำการบางอย่างกับผู้ป่วยด้วยวิธีการทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น การผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะ แพทย์เป็นผู้กระทำ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายตั้งรับ โดยแพทย์เป็นผู้เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอการสนับสนุนจากผู้ป่วย ซึ่งความสัมพันธ์รูปแบบนี้ ผู้ป่วยเปรียบเสมือนทารกที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และแพทย์เปรียบเหมือนผู้ปกครองที่ให้การดูแลช่วยเหลือ (Szasz, Marc, 1956)

2. Guidance-Cooperation รูปแบบที่แพทย์ให้คำแนะนำและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รูปแบบนี้แพทย์ยังถูกจัดวางในตำแหน่งที่มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย เนื่องจากมีความรู้ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยไม่มี ผู้ป่วยคาดหวังคำแนะนำและการตัดสินใจจากแพทย์ ในขณะที่แพทย์คาดหวังให้ผู้ป่วยเห็นด้วยและทำตามคำแนะนำเหล่านั้น (Fallon E. Chipidza et al., 2015)

รูปแบบนี้ เป็นหลักพื้นฐานของเวชปฏิบัติ โดยเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่อาการของผู้ป่วย มีความรุนแรงน้อยกว่ารูปแบบที่ผ่านมาเกิดขึ้นได้ในภาวะของความเจ็บป่วยทั่วไป เช่น เป็นไข้หวัด ปวดท้อง ภาวะติดเชื้ เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะมีความรู้สึกนึกคิดของตนเองอยู่ เมื่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมองหาความช่วยเหลือเพื่อต้องการรักษาให้หายโดยเร็วและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือกับแพทย์อย่างเต็มใจ เนื่องจากแพทย์มีอำนาจเหนือกว่าด้วยความรู้ความสามารถเกี่ยวกับร่างกายที่ผู้ป่วยไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์นี้ แตกต่างจากความสัมพันธ์แบบแรก คือ ทั้งแพทย์และผู้ป่วย กระทำการซึ่งกันและกัน โดยแพทย์จะแสดงบทบาทในการวินิจฉัยโรคหรืออาการ และทำการรักษาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำและไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้เถียงหรือไม่ยอมรับคำสั่งของเขา เปรียบได้กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับลูก (ในวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้) (มัลลิกา, 2542, Szasz and Marc, 1956)

3. Mutual Participation รูปแบบที่แพทย์และผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รูปแบบนี้มีพื้นฐานมาจากความเป็นพันธมิตรที่เท่าเทียมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมองหาแพทย์ที่เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกระบวนการวางแผนการรักษา บทบาทของแพทย์คือการสร้างเป้าหมายให้กับผู้ป่วยและมีส่วนช่วยให้เป้าหมายเหล่านั้นสำเร็จ รูปแบบนี้ แพทย์และผู้ป่วยมีอำนาจเท่าเทียมกันมีการช่วยเหลือพึ่งพาค้ำค้ำกันและกระทำการบนพื้นฐานของความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย (Fallon E. Chipidza et al., 2015)

รูปแบบนี้มีแนวคิดมาจากเรื่องความเท่าเทียมกันของมนุษย์ ซึ่งมีรากฐานมาจากโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมประชาธิปไตยตามอารยธรรมของตะวันตก ซึ่งความสัมพันธ์นี้แพทย์กับผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการรักษา โดยมีหลักการคือ 1) แพทย์และผู้ป่วย มีอำนาจเท่าเทียมกัน 2) แพทย์กับผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกัน พึ่งพาซึ่งกันและกัน 3) การกระทำสิ่งใด ๆ ร่วมกัน ต้องอยู่บนความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้ ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดูแลตัวเองและจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ดังนั้น ลักษณะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลตัวเองโดยมีแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้มีความก้าวหน้ามากกว่าสองรูปแบบที่ผ่านมาแต่ความสัมพันธ์รูปแบบนี้ ผู้ป่วยควรมีความรู้การศึกษาหรือประสบการณ์ในการดูแลตัวเองพอสมควรจึงจะเหมาะสมกับรูปแบบนี้ (Szasz and Marc, 1956) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายกระทำ เช่น การขอคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ และแพทย์จะสวมบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สามารถช่วยตนเอง คู่ความสัมพันธ์นี้ลักษณะนี้เป็นแบบของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย จึงเปรียบได้กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยฝ่ายหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ ขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งมีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นในกระบวนการป้องกันโรคด้วย (มัลลิกา, 2542)

จากรูปแบบที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า แพทย์ยังเป็นผู้มีอำนาจในการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยมีอิสระ ในการที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาน้อยมาก ทั้งที่โครงสร้างทางสังคมได้เปลี่ยนไป ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเข้าถึงเทคโนโลยีทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์มากขึ้น ดังนั้น จึงมีแนวคิดว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ควรเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีอิสระมากขึ้น

The Emanuel and Emanuel Model

Ezekiel J. Emanuel และ Linda L. Emanuel ได้ศึกษาแนวคิดเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในประเด็นเรื่องอำนาจของแพทย์และการมีอิสระในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Emanuel และ Emanuel พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีความแตกต่างกันออกไปตามความเป็นอิสระของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาของแพทย์ ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยตามทัศนะของ Emanuel และ Emanuel มี 4 รูปแบบ คือ

1. Paternalistic Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีลักษณะเหมือนผู้ปกครองผูกขาดการตัดสินใจเพียงผู้เดียว ในการเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไม่รู้อะไรเลยในการรักษา แพทย์เป็นผู้รู้ดีและเต็มไปด้วยความปรารถนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากการป่วยและจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องทำตามที่แพทย์สั่งโดยห้ามขัดขืน รูปแบบนี้ผู้ป่วยไม่มีอิสระในการตัดสินใจ ทำได้เพียงยอมรับว่าการตัดสินใจของแพทย์เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตน (ภาคภูมิ, 2555)

2. Informative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีลักษณะเป็นช่างเทคนิคที่เชี่ยวชาญการรักษาและมีหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารทุกอย่างทั้งข้อดี ข้อเสียของการรักษาทุกชนิดและสร้างตัวเลือกต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสถานะผู้บริโภค เมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถไตร่ตรองได้เองว่าจะเลือกการรักษาในฐานะเป็นสินค้าชนิดหนึ่งที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตัวเองดีที่สุด รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตน จากข้อมูลที่แพทย์แนะนำ (ภาคภูมิ, 2555)

3. Interpretative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบการแปลเป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์เปรียบเสมือนเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นผู้มีความรู้และสามารถเรียนรู้อุตสาหกรรม การแพทย์และข้อมูลที่ซับซ้อนได้ เพียงแต่ต้องอาศัยการอธิบายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อแปลสารที่ เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายให้แก่ผู้ป่วย รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการทำความเข้าใจตัวเองว่า วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน วิธีใดมีความเหมาะสมกับตนมากที่สุด (ภาคภูมิ, 2555)

4. Deliberative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบเจรจาหารือ เป็นความสัมพันธ์ที่ แพทย์เสมือนครูหรือเพื่อนที่หวังดีกับผู้ป่วยแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารและชักชวนให้ผู้ป่วยเลือก การรักษาที่แพทย์คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดของผู้ป่วย รูปแบบนี้แพทย์ไม่เพียงแต่ชี้แนะผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติ อย่างไร แต่แพทย์รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดีว่าการรักษาแบบใดที่เหมาะสมและดีที่สุดกับผู้ป่วย รูปแบบนี้ ผู้ป่วยจะมีอิสระในการอภิปรายกับแพทย์ในเรื่องของทางเลือกในการรักษา รวมไปถึงผลลัพธ์ทั้งข้อดี

ข้อเสียของการรักษานั้น ๆ ซึ่งรูปแบบนี้ผู้ป่วยมีอำนาจในการต่อรองกับแพทย์มากที่สุด (ภาคภูมิ, 2555)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น Debra L. Roter และ Judith A. Hall ได้นำมาขยายในประเด็นที่ว่า ในการรักษาครั้งนั้น แพทย์หรือผู้ป่วยที่เป็นผู้ควบคุมอำนาจในการกระบวนการรักษา ซึ่งวัดได้จากการกำหนดประเด็นและเป้าหมายของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ทางการแพทย์ในปัจจุบันที่มีความเป็นธุรกิจมากขึ้น

The Roter and Hall Model

Debra L. Roter และ Judith A. Hall ได้เสนอว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้น มีความแตกต่างกันไป ตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) ใครเป็นผู้กำหนดประเด็น และเป้าหมายของการรักษา (แพทย์เป็นผู้กำหนด หรือผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด หรือทั้งแพทย์และผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด) 2) บทบาทและคุณค่าในตัวผู้ป่วย (ความคิดเห็นของผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากแพทย์ หรือแพทย์กับผู้ป่วยร่วมมือกันในการหาวิธีการรักษา) 3) บทบาทสมมุติของแพทย์ (แพทย์เปรียบเหมือนผู้ปกครอง หรือแพทย์เปรียบเหมือนผู้ให้คำแนะนำหรือแพทย์เปรียบเหมือนผู้ให้คำปรึกษา) นอกจากนี้ ความพึงพอใจในอำนาจและพลวัติของการเจรจาต่อรองยังส่งผลให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความหลากหลาย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทัศนะของ Roter และ Hall แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

Patient Control	Doctor Control	
	Low	High
Low	Default	Paternalism
High	Consumerism	Mutuality

จากตารางดังกล่าว ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมี 4 รูปแบบ คือ Paternalism, Consumerism, Mutuality และ Default ซึ่งแต่ละรูปแบบ มีความแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. Paternalism เป็นรูปแบบที่แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้กำหนด ประเด็นและเป้าหมายในการรักษาและมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา โดยใช้วิชาความรู้ทางการแพทย์ โดยไม่สนใจฟังเสียงของผู้ป่วย โดยคิดว่า ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในการรักษาของตน และคิดว่าสิ่งที่ตนเลือกนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแล้ว ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้ แพทย์มีบทบาทเหมือนเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงให้ความร่วมมือ และทำตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ว่าแพทย์จะสั่งอะไรก็ตาม

2. Consumerism เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่สวนทางกับรูปแบบแรก คือ ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและประเด็นของการรักษา และทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง แพทย์มีหน้าที่เพียงจัดหาข้อมูลและเทคนิคการรักษาให้กับผู้ป่วยตามที่ต้องการ คุณค่าของผู้ป่วยถูกกำหนดด้วยตัวผู้ป่วยเองไม่ใช่จากแพทย์ รูปแบบความสัมพันธ์นี้อาจนิยามได้ว่า การที่ผู้ป่วยมารับบริการทางแพทย์เปรียบได้กับการมาเลือกซื้อสินค้า ซึ่งตามกฎหมายของการค้าขาย อำนาจจะอยู่ในมือของผู้ซื้อ ซึ่งในที่นี้ก็คือผู้ป่วยนั่นเอง ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองโดยอาจเลือกจากการคำนึงถึงค่ารักษาตามฐานะทางเศรษฐกิจของตนหรือเลือกตามความรู้ที่ตนมี หรือจากข้อมูลที่เสาะแสวงหาความรู้มาประกอบกับที่ได้ข้อมูลจากแพทย์ หน้าที่ของแพทย์ถูกจำกัดเพียงเป็นผู้ให้คำแนะนำข้อมูลและให้บริการโดยการรักษา ซึ่งแพทย์มีหน้าที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษา

3. Mutuality เป็นรูปแบบที่อยู่ตรงกลางระหว่างรูปแบบแรกกับรูปแบบที่สอง คือ แพทย์และผู้ป่วย มีอำนาจเท่าเทียมกัน โดยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นในการรักษา รวมไปถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เป็นการทำร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยผ่านขั้นตอนของการเจรจาต่อรอง เช่น หากผู้ป่วยคิดว่าแนวทางการรักษาที่แพทย์แนะนำมีความเสี่ยง ผู้ป่วยสามารถทำการปรึกษาแพทย์เพื่อหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ซึ่งการเจรจาดังกล่าวเป็นลักษณะของความเป็นพันธมิตรกัน แพทย์กับผู้ป่วยทำงานร่วมกันโดยแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ

4. Default เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ลงรอยกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย คือ แพทย์และผู้ป่วยต่างมีความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน และไม่สามารถทำการเจรจาต่อรองกันได้ ทำให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างไม่สามารถควบคุมกันและกันได้ ที่สุดแล้ว รูปแบบความสัมพันธ์นี้อาจจบลงที่ผู้ป่วยล้มเลิกการรักษากลางคันหรือแพทย์ปฏิเสธที่จะรักษาผู้ป่วย

บทสรุป

จากการศึกษาแนวคิดเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จากแนวคิดของนักคิดทฤษฎี ทั้ง 4 แนวคิด พบว่า แต่ละแนวคิดมีการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม โดยแนวคิดของ พาร์สัน (The Parsons Model) อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย และเป็นผู้ควบคุมกระบวนการรักษาทั้งหมด ตามทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural-Functional Theory) ที่แพทย์ถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ช่วยเหลือและผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้ พาร์สัน เน้นย้ำว่า ความไม่เสมอภาคกันในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว แพทย์ต้องมีอำนาจในการควบคุมให้ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำที่แพทย์สั่ง ต่อมาแนวคิดของพาร์สันได้ถูกวิพากษ์โดยนักคิดหลาย ๆ ท่านว่า การจะศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นจะต้องพิจารณาเรื่องรูปแบบความเจ็บป่วยด้วย ดังแนวคิดของ ซาซ และ ฮอลเลนเดอร์ (The Szasz and Hollender Model) ที่เชื่อว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะหมดสติ บาดเจ็บสาหัส ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แพทย์จะต้องดำเนินการช่วยเหลือโดยทันที โดยไม่เอาใจรอให้ผู้ป่วยให้ความยินยอมหรือให้ความคิดเห็นได้ ความสัมพันธ์รูปแบบนี้คือความสัมพันธ์แบบ Active-Passive คือแพทย์เป็นฝ่ายกระทำ และผู้ป่วยเป็นฝ่ายถูกกระทำ แต่หากผู้ป่วยที่มาด้วยความเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป เช่น ไข้หวัด ปวดท้อง ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย แต่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ ผู้ป่วยจะมองหาความช่วยเหลือจากแพทย์ และยินยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ แพทย์มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและทำการรักษา โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตาม ความสัมพันธ์แบบนี้ คือความสัมพันธ์แบบ Guidance-Cooperation คือแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยมีหน้าที่เชื่อฟัง และปฏิบัติตาม และหากผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมกับแพทย์ในกระบวนการรักษาเพราะในการรักษาโรคเบาหวานนั้น นอกจากจะต้องอาศัยการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์แล้ว ผู้ป่วยยังต้องมีวินัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ทั้งในเรื่องของพฤติกรรมรับประทาน อาหาร ความสม่ำเสมอในการทานยา เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย ซึ่งความสัมพันธ์รูปแบบนี้คือความสัมพันธ์แบบ Mutual Participation ซึ่งเป็นรูปแบบที่

แพทย์กับผู้ป่วยมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกันในกระบวนการรักษา ในรูปแบบพันธมิตรกัน ซึ่งนอกจากการอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ด้วยรูปแบบความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันแล้ว ยังมีแนวคิดที่จำแนกรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ออกตามความเป็นอิสระของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาด้วย ดังแนวคิดเอ็มมานูเอล และ เอ็มมานูเอล (The Emanuel and Emanuel Model) ที่อธิบายว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีความแตกต่างกันออกไปตามความเป็นอิสระของผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา โดยจำแนกได้ดังนี้ รูปแบบ Parternalistic Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีลักษณะเหมือนผู้ปกครองผูกขาดการตัดสินใจเพียงผู้เดียวในการเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีอิสระในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา รูปแบบ

Informative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มีลักษณะเป็นช่างเทคนิคที่เชี่ยวชาญการรักษาและมีหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารทุกอย่างทั้งข้อดีข้อเสียของการรักษาทุกชนิด รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตน จากข้อมูลที่แพทย์แนะนำ รูปแบบ Interpretative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบการแปล เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์เปรียบเสมือนเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้อธิบายความรู้ทางการแพทย์ที่ให้แก่ผู้ป่วย รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการทำความเข้าใจตัวเองว่า วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน วิธีใดมีความเหมาะสมกับตนมากที่สุด และรูปแบบ Deliberative Model หรือรูปแบบความสัมพันธ์แบบเจรจาหารือ เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์เสมือนครูหรือเพื่อนที่หวังดีกับผู้ป่วยแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารและชักชวนให้ผู้ป่วยเลือกการรักษาที่แพทย์คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดของผู้ป่วย รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะมีอิสระในการอภิปรายกับแพทย์ในเรื่องของทางเลือกในการรักษา รวมไปถึงผลลัพธ์ทั้งข้อดีข้อเสียของการรักษานั้น ๆ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว โรเตอร์ และ ฮอลล์ (The Roter and Hall Model) ได้นำมาขยายต่อในประเด็นที่ว่า ในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในครั้งนั้น ๆ ใครเป็นผู้ที่มีอำนาจในการรักษา โดยอธิบายได้ว่า หากในความสัมพันธ์ครั้งนั้นแพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย ความสัมพันธ์เช่นนี้เรียกว่า Paternalism เป็นรูปแบบที่ แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้กำหนด ประเด็น และเป้าหมายในการรักษา และมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา โดยใช้วิชาความรู้ทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงให้ความร่วมมือ และทำตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่หากความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีอำนาจในการควบคุมกระบวนการรักษา ความสัมพันธ์เช่นนี้ เรียกว่าความสัมพันธ์แบบ Consumerism คือ เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ ที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและประเด็นของการรักษา และทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง แพทย์มีหน้าที่เพียงจัดหาข้อมูล และเทคนิคการรักษา ให้กับผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยต้องการ และหากในความสัมพันธ์ครั้งนั้น แพทย์และผู้ป่วยมีอำนาจเท่าเทียมกันในกระบวนการรักษา จะเรียกความสัมพันธ์เช่นนี้ว่า Mutuality เป็นรูปแบบที่แพทย์และผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายและประเด็นในการรักษา รวมไปถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาร่วมกัน เช่น หากผู้ป่วยคิดว่าแนวทางการรักษาที่แพทย์แนะนำมีความเสี่ยง ผู้ป่วยสามารถทำการปรึกษาแพทย์เพื่อหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ซึ่งการเจรจาดังกล่าวเป็นลักษณะของความเป็นพันธมิตรกัน และหากในความสัมพันธ์ครั้งนั้นไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าแพทย์หรือผู้ป่วยที่มีอำนาจในกระบวนการรักษามากกว่ากัน จะเรียกความสัมพันธ์เช่นนี้ว่า Default เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ลงรอยกัน ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย คือ แพทย์ และ ผู้ป่วยต่างมีความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน และไม่สามารถทำการเจรจาต่อรองกันได้ ทำให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างไม่สามารถควบคุมกันและกันได้ ที่สุดแล้ว รูปแบบความสัมพันธ์นี้ อาจจบลงที่ผู้ป่วยล้มเลิกการรักษากลางคัน หรือแพทย์ปฏิเสธที่จะรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยของโรเตอร์ และ ฮอลล์ เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย ทั้งในการศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และผลลัพธ์ของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

จากการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในครั้งนีพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะของความเป็นพลวัต ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทต่าง ๆ อย่างไม่หยุดนิ่งและเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน นอกเหนือจากรูปแบบความเจ็บป่วย สภาพเศรษฐกิจและสังคม และการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ที่มีส่วนทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแตกต่างกันนั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีความแตกต่างกันไปด้วยเช่นกัน ดังนั้น ในการศึกษาเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยในครั้งนี ผู้วิจัยจะนำไปใช้เป็นกรอบในการศึกษาวิจัยรวมถึงเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการมองปรากฏการณ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2551). *วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เทพินทร์ พัชรานุกฤษ. (2548). *สังคมวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ภาคภูมิ แสงกนกกุล. (2555). *การรักษาเป็นสินค้าและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภค*. สืบค้น 21 มีนาคม 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content/2012/11/1660>
- มัลลิกา มัติโก. (2542). *สังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย*. โครงการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งกมล โพธิสมบัติ. (2553). *พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย: ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ศากุน แสงพานิช. (2524). *สัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคมบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). *ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข*. *วารสารจุลนิติ*. 8, 3: 47-54.

ภาษาอังกฤษ

- Debra L. Roter. (2000) . The Enduring and Evolving Nature of the Patient-Physician Relationship. *Patient Education and Counseling*, 39: 5–15.
- 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).
- 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.
- Thomas S. Szasz and Marc H. Hollender. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.