

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการวิจัย ในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดสิทธิผู้ป่วย

1.1 ความหมายของสิทธิผู้ป่วย

1.2 ประเภทของสิทธิผู้ป่วย

1.3 ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

2. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์/ ความเป็นอิสระ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

1. แนวคิดสิทธิผู้ป่วย

1.1 ความหมายของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อำนาจโดยชอบธรรมของผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับจากบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเรื่องของการรักษาพยาบาลและสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต โดยมีสิทธิที่จะสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงได้ของตนเอง และต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น (ชุมศักดิ์, 2541 ก; ดาราพร, 2541; ประภัสสร, 2545; แสง, 2545; สกุลรัตน์, 2539; วิฑูรย์, 2537; อกนิษฐ์ และ สุลี, 2542)

1.2 ประเภทของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ สิทธิทางจริยธรรม (moral right) และสิทธิทางกฎหมาย (legal right) (เพ็ญจันทร์, 2529; วิฑูรย์, 2537; วิสูตร, 2544 ก; สิริยา, 2540; อกนิษฐ์ และ

สุลีส, 2542; อรรถจินดา, 2540; Annas, 1992)

1.2.1 สิทธิทางจริยธรรม (moral right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกันในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (วิฑูรย์, 2538; วิสูตร, 2544 ก; แสง, 2538; อรรถจินดา, 2536) เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยไม่ต้องมีผู้ใดกำหนด และไม่สามารถเปลี่ยนสิทธิจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ (วิฑูรย์, 2537; อกนิษฐ และ สุลีส, 2542; อรรถจินดา, 2540) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความคิดเห็นที่ถูกต้องดีงาม ความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของมนุษย์ (เพ็ญจันทร์, 2529; อกนิษฐ และ สุลีส, 2542)

1.2.2 สิทธิทางกฎหมาย (legal right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์พึงได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย (วิฑูรย์, 2537; ลีระยา, 2540; อรรถจินดา, 2540) โดยมีบัญญัติไว้ในธรรมนูญการปกครองและกฎหมายของสังคม เป็นการรับรองและบังคับให้ทุกคนเคารพต่อสิทธิเหล่านั้น ซึ่งบุคคลมีสิทธิที่จะพิทักษ์สิทธิของตน พร้อมทั้งมีการกำหนดโทษของการฝ่าฝืนหรือล่วงละเมิดโดยผู้อื่น (เพ็ญจันทร์, 2529; อกนิษฐ และ สุลีส, 2542; Annas, 1992)

1.3 ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยว่าจะเป็สิทธิด้านใดนั้น ขึ้นอยู่กับบัญญัติรัฐธรรมนูญของแต่ละประเทศนั้นเป็สำคัญ สิทธิทางด้านกฎหมายของผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศต่างๆ และประเทศไทยอาจไม่เหมือนกัน แต่สิทธิทางด้านจริยธรรมควรมีแนวทางที่คล้ายกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากความเสมอภาคในสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวมาตามธรรมชาติโดยไม่มีใครกำหนด และไม่สามารถเปลี่ยนสิทธิจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ (ศรีวรรณ, 2539)

สิทธิผู้ป่วยมีแนวคิดมาจากสิทธิมนุษยชน (human right) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (กฤษดา และ ธีรพร, 2541; สุดารัตน์, 2543; อรรถจินดา, 2536) โดยยอมรับสิทธิการตัดสินใจในเรื่องต่างๆของบุคคล (self determination) ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (ชินจิตต์, 2540; เพ็ญจันทร์, 2529; วิฑูรย์, 2536; สุกัญญา, 2542) ซึ่งแสดงถึงความเป็นเอกลิทธิของมนุษย์ (human autonomy) (กฤษดา และ ธีรพร, 2541; วิฑูรย์, 2537)

สิทธิผู้ป่วยมีความเป็นมายาวนานวิวัฒนาการควบคู่กับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ (วิฑูรย์, 2537) ดังจะเห็นได้จากประมวลกฎหมายของพระเจ้าฮัมมูราบี (The Code of Hammurabi) ที่นับได้ว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของโลกที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และจากคำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ที่ได้แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็นรากฐานของกฎหมายควบคุมวิชาชีพทางการแพทย์สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (วิฑูรย์, 2537) ต่อมาได้มีการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เมื่อ ค.ศ. 1948 (The Universal Declaration of Human

Right 1948) อันเป็นการยอมรับในศักดิ์ศรีและความเท่าเทียมกันของมนุษย์โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การเกิดเสรีภาพ ความเสมอภาค และสันติสุขของโลก (นพนธิ, 2537) นอกจากนี้ในหลักการที่ถือปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยโดยเห็นว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (the right to health care) อันถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับรวมถึงสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา (the right to information) เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) และมีสิทธิส่วนบุคคล (privacy right) ในการที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (ประภัสสร, 2545; แสง, 2540)

ในต่างประเทศประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายและได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยดังจะเห็นได้จากสิทธิผู้ป่วยซึ่งถูกร่างเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The National League of Nursing) (Ellis & Nowlis, 1985 อ้างตาม กัลยาณี, 2543) และต่อมาเมื่อ ค.ศ.1975 สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางสุขภาพที่ดี สร้างความพึงพอใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย (Annas, 1992) นอกจากนี้ยังได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้นทั้งในรูปกฎหมายและคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในองค์กรระหว่างประเทศ ดังเช่น การกำหนดสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Rights and Responsibilities of Patient) โดยองค์การควบคุมมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ (The Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization, J.C.A.H.) ของประเทศสหรัฐอเมริกา (อกนิษฐ์ และ สุลี, 2542) ร่างกฎหมายสำหรับสิทธิผู้ป่วยของประเทศฟินแลนด์ คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย (The World Medical Association's Declaration on the Right of the Patient) กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี 1979 (European Charter on Right of Patient in Hospitals) ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการว่าด้วยโรงพยาบาลของกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The EEC Hospitals Committee) (วิฑูรย์, 2537)

แต่ในสังคมไทยประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยยังถือว่าเป็นเรื่องใหม่ และกำลังเป็นที่สนใจในปัจจุบัน เนื่องจากลักษณะการให้บริการทางด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเมื่อเทียบกับในอดีต ซึ่งเดิมเป็นการให้บริการในลักษณะเอื้อเพื่อเกื้อกูล ทำนองพ่อรักษาลูก เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว (ลักขณา, 2543) แต่ในปัจจุบันจากสภาพสังคม และข้อมูลข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น (ศุภชัย, 2544) การดูแลรักษาผู้ป่วยได้มีเรื่องของธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยมีการเรียกร้องสิทธิของตนเองมากขึ้น

เนื่องจากถูกละเมิดหรือดเว้นการกระทำต่อสิทธิอันพึงมีพึงได้ (มณี, 2541; สิริยา, 2540) องค์กรวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้นเป็นคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 (สภาการพยาบาล, 2541) เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ อันดีและเป็นที่น่าไว้วางใจกัน

2. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทยที่ห้าองค์กรวิชาชีพได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้น เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 นั้น มีสาระสำคัญดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2541)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือชีวิตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

จากคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยดังกล่าว สามารถวิเคราะห์สาระสำคัญของสิทธิผู้ป่วยในแต่ละข้อได้ดังต่อไปนี้

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 1 “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ” ซึ่งหากวิเคราะห์สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 1 พบว่า มีเนื้อหาสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในหมวดที่ 3 มาตรา 52 และหมวดที่ 5 มาตรา 82 ดังนี้ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540)

หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

“มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่อที่เป็นอันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์”

หมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

“มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

จะเห็นได้ว่าในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชนทุกคน ในด้านการป้องกันและขจัดโรคติดต่อที่เป็นอันตราย รวมไปถึงการจัดบริการด้านสาธารณสุข และสนับสนุนให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่เพียงพอแก่ประชาชน นอกจากนี้ได้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่จะได้รับการทางสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ (ประกัสสร, 2545)

สุขภาพนับเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตของมนุษย์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพจึงถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่พึงได้รับการปฏิบัติและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย (แสวง, 2540) ดังนั้นจึงทำให้เกิดหน้าที่ของรัฐที่จะ

จัดบริการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งประชาชน โดยรัฐจะต้องวางนโยบายด้านบริการสาธารณสุข (health policy) ให้ชัดเจน และควบคุมการใช้ทรัพยากรอย่างยุติธรรม โดยให้ได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกันในแง่ของคุณภาพการบริการ (equal quality) และควรเสียค่าบริการอย่างเหมาะสม (reasonable price) ตามฐานะอย่างยุติธรรม (วิฑูรย์, 2537) ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีรายได้มากควรเสียค่าบริการมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาจเลือกใช้บริการได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน ตามแต่ความสามารถทางการเงินและความต้องการของตนเอง (ซุมศักดิ์, 2541 ก; วิฑูรย์, 2537) ส่วนคนยากจนที่ไม่มีเงินหรือผู้ที่มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้สูงอายุ และผู้ยากไร้ มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐ (กฤษฏา และ ชีรพร, 2541; วิฑูรย์, 2537)

นอกจากนี้ยังถือได้ว่าเป็นหน้าที่สำคัญของแพทย์และพยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยต้องให้การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามวิชาชีพ กล่าวคือ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดี ตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ด้วยวิจรรณญาณและความรู้ในวิชาชีพ รวมทั้งต้องรู้สิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย (แสง, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) พบว่า แพทย์และพยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากสิทธิดังกล่าวมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์และพยาบาล จึงทำให้แพทย์และพยาบาลมีความเข้าใจและปฏิบัติตามสิทธิในด้านนี้มากที่สุด ดังนั้นการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่พึงได้รับการปฏิบัติและได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย (ซุมศักดิ์, 2538) นอกจากนี้สิทธิดังกล่าวยังสอดคล้องกับบทความของ ดร. ป่วย อึ้งภากรณ์ (อ้างในทัศนีย์, 2544) เรื่อง คุณภาพแห่งชีวิตปฏิทินแห่งความหลังจากกรรมมารดาถึงเชิงตะกอนว่า "ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี กับบริการทางการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใด หามอพยาบาลได้สะดวก" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างดีทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ ด้วยความสะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาของนิภาวรรณ และ จันทร์พร (2541) ในเรื่องความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยตลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย และต้องการการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด นอกจากนี้การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อสิทธิที่พึงได้รับ พบว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นและมีความคาดหวังต่อสิทธิที่จะได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

การได้รับการต้อนรับจากผู้ให้บริการด้วยอัธยาศัยและมรรยาทอันดี การได้รับความเอาใจใส่จากผู้ให้บริการต้องอยู่ในระดับสูง (กัลยาณี, 2543; จินตา, 2543; เตยหอม, 2539; มาลี, 2527; วรรณภา, 2540; สุกัญญา และ คณະ, 2536) และยังคงคล้องกับการศึกษาของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสิทธิในการได้รับการทางสุขภาพมากที่สุด โดยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการอย่างเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาล

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย”

จากหลักการของสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ แพทย์และพยาบาลควรปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วย ทุกอย่างอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยความเอื้ออาทร มีน้ำใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง บนพื้นฐานของความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา และควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายด้วยความสุภาพ อ่อนโยน ปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ล่วงเกิน ดุหมั่น ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ การใช้อำนาจหน้าที่ และข้อได้เปรียบเพื่อประโยชน์ส่วนตัว เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาหรือพิธีกรรมของผู้ป่วย (กฤษฏา และ ธีรพร, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิบัติกิจกรรม และรับการรักษาพยาบาลที่ไม่ขัดต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ซึ่งเป็นสิทธิที่แสดงถึงความมีอิสระ ความมีเหตุผลของมนุษย์ เนื่องจากศาสนาเป็นสิ่งที่กำหนดความเชื่อ ค่านิยม และบรรทัดฐานของสังคม (จินตา, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสิทธิในการได้รับการทางสุขภาพ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสิทธิในการได้รับการทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย (นาถฤดี และ คณະ, 2544; นันทิยา, 2543; สกุลรัตน์, 2539) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของถนอม (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างดี โดยไม่มีความแตกต่างทั้งทางด้านฐานะ ศาสนา เพศ วัย โรค หรือการมีสิทธิพิเศษต่างๆในการรักษาหรืออื่นๆ และจากการศึกษาของปัญญาจค์ (2524) และ วิลาวัฒน์ (2545) พบว่าผู้ให้บริการได้ให้การยอมรับสิทธิของผู้ป่วยในด้านการนับถือศาสนาและให้ความสะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาอิสลามของผู้ป่วย

ซึ่งหากวิเคราะห์สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 พบว่า มีเนื้อหาสอดคล้องกับข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวดที่ 1 ข้อ 3 และหมวดที่ 3 ข้อ 1(ศุภชัย, 2544) ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530

หมวด 1 ข้อ 2 (มัญญา, 2541) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 30 ดังนี้ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540)

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526

หมวดที่ 1 ข้อ 3 ระบุว่า "ผู้ให้บริการเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึง ฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม และลัทธิการเมือง"

หมวดที่ 3 ข้อ 1 ระบุว่า "ผู้ให้บริการเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด"

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530

หมวด 1 ข้อ 2 ระบุว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึง ฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง"

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) มาตรา 30 ระบุว่า "บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิง มีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้"

ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ได้รวมถึงสิทธิอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือบทบัญญัติของกฎหมาย เช่น การไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาล การพักในห้องพักพิเศษต่างๆ และบริการพิเศษอื่นๆ เป็นต้น (ดาราพร, 2541)

สิทธิผู้ป่วยข้อ 3 "ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น"

เนื่องจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการและการรักษาพยาบาล เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจึงมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง อาการของโรค วิธีการรักษา ผลดี ผลเสีย ที่อาจจะมีขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา จะส่งผลให้สามารถตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

พยาบาลได้ (ซุมส์คัตตี, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของความยินยอม ก่อนที่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ถึงสาระสำคัญในการกระทำของแพทย์ พยาบาลให้เข้าใจเสียก่อน (วิฑูรย์, 2537; วิสูตร, 2544; วิสูตร และ จันทรพิมพ์, 2541) ซึ่งการแสดงออกถึงความยินยอมอาจพิจารณาจากกริยา ท่าทาง วาจา หรือการกระทำที่เป็นลายลักษณ์อักษร (สภาการพยาบาล, 2542) ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (inform consent) (วิฑูรย์, 2537; แสงวง, 2540; สุดารัตน์, 2543; Annas, 1992; Kanawa, Suominen, & Leio-Kilpi, 1999) การยอมรับเรื่องความยินยอมจากผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีเสรีภาพ มีอิสระ และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล แทนที่ผู้ป่วยจะมีความคิดว่าตัวเองเป็นเพียงผู้รับบริการและต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536) ซึ่งการยอมรับดังกล่าวเท่ากับเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วย 2 ประการ (แสงวง, 2540) คือ

1. เป็นการรับรองสิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย
2. เป็นการรับรองสิทธิในการตัดสินใจ (right to self-determination) ของผู้ป่วย

ทั้งนี้ความยินยอมของผู้ป่วยนอกจากมีผลทางกฎหมายแล้ว ยังทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดี และมีความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวนี้ถือเป็นหลักสำคัญในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เว้นแต่จะเป็นกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนที่จะต้องกระทำการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย (วิสูตร, 2545; แสงวง, 2540)

การรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล (ประภัสสร, 2545) โดยข้อมูล que ผู้ป่วยควรทราบมีดังต่อไปนี้ คือ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาพยาบาล ทางเลือกในการรักษาพยาบาล ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดจากการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษา ผลการตรวจรักษา การพยากรณ์โรค การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การรู้จักชื้อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาที่ใช้ในการรักษาโรค ค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาล (กฤษฎา และ อีรพร, 2541; นิภรณ์, 2541; วัลภา, 2537; วิฑูรย์, 2537; สภาการพยาบาล, 2542; สุดารัตน์, 2543; แสงวง, 2540; Annas, 1992; Kanawa, Suominen & Leio-Kilpi, 1999) ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (จิรนนท์, 2542; วิเชียร, 2540; สภาการพยาบาล, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัด / ทำหัตถการ และข้อมูลก่อนการลงชื่อยินยอมผ่าตัด/ทำหัตถการ (สมาน, 2539) รวมไปถึงระยะเวลาที่คาดว่าจะหายจากโรค (จิรนนท์, 2542)

มีการศึกษาในประเด็นนี้อยู่มาก เช่น การศึกษาเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ข้อมูลในผู้ป่วย ที่พบว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าแพทย์และพยาบาล ควรจะบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อมูลดังที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องการให้แพทย์และพยาบาล เคารพสิทธิดังกล่าว (จิรนนท์, 2542; เพชรรัตน์ และ คณะ, 2544; ชนุตรา และ คณะ, 2539; ไชยา และ วชิระ, 2542; ถนอม, 2544; ปัญจางค์, 2524; มาลี, 2527; วิเชียร, 2540; วิลาวรรณ, 2545; วีรวรรณ, 2540; สมาน, 2540; อรพรรณ, 2545) และตรงกับการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ในส่วนของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ข้อมูลดังกล่าวเช่นเดียวกัน (ชนุตรา และ คณะ, 2539; สมลักษณ์ และ บุญนำ, 2541; สมาน, 2539; สกุลรัตน์, 2541) แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือได้รับคำอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ (มาลี, 2527; ศีรวรรณ, 2539) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของนิภรณ์ (2541) ในเรื่องการได้รับและการใช้สิทธิผู้ป่วยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่ครบถ้วน โดยผู้ให้บริการไม่ได้อธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ค่าใช้จ่าย ข้อเสีย หรือผลที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัว และจากการศึกษาของ สุกัญญา และ คณะ (2536) พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนการตรวจรักษา การชี้แจงถึงกฎระเบียบของโรงพยาบาล และผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ถึงความจำเป็น และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อนการเซ็นชื่อยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมรับการรักษา เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอรพรรณ (2545) ในเรื่องประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของจังหวัดสงขลา ในการได้รับสิทธิตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการได้รับสิทธิในการได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับคำชี้แจง/ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของตนเอง แต่พบว่า มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย วิธีการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว รวมทั้งอาคารสถานที่ กฎระเบียบ และ ค่าใช้จ่าย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนในทุกเรื่อง

นอกจากสิทธิในการรับทราบข้อมูลข่าวสารแล้ว เนื้อหาสาระของสิทธิผู้ป่วยในข้อที่ 3 ยังรวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วย โดยที่สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) มาตรา 31 วรรคแรก ระบุว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย" และในวรรค 3 ระบุว่า "การจับ คุมขัง ตรวจค้น ตัวบุคคล หรือการกระทำอันกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดย

อาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย” โดยธรรมชาติของการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การกระทำต่อร่างกายและชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจยินยอมให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพกระทำต่อตนหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงมีความจำเป็นที่จะต้องอธิบายและให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของ ผู้ป่วย วิธีการรักษาพยาบาล ผลการตรวจ การพยากรณ์โรค และค่าใช้จ่ายต่างๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจยินยอมให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพกระทำต่อตน ซึ่งก็คือ การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) (สภาการพยาบาล, 2542; แสวง และ เอนก, 2540)

นอกจากนี้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสอดคล้องกับหลักจริยศาสตร์ในเรื่องการเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) โดยมีแนวคิดว่าคุณคนทุกคนมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจทำการใดๆด้วยตัวของตัวเอง และช่วยให้บุคคลตัดสินใจตามแนวคิด ความเชื่อของตัวเอง ทั้งนี้การเคารพความเป็นอิสระนั้นต้องไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 1994; Veatch & Fry, 1995 อ้างตาม อรรถญา และ วันดี, 2544) และจากแนวคิดของพระพุทธศาสนาที่ยอมรับว่า ทุกคนมีสิทธิในชีวิตของตนเอง มีสิทธิที่จะตัดสินใจได้อย่างอิสระ โดยใช้สติปัญญาพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง (พระเทพเวที (ประยุทธ ปยุตโต), 2542) และสอดคล้องกับคิง (King, 1981) ที่เชื่อว่าบุคคลมีสิทธิที่จะเรียนรู้เรื่องราวของตนเอง รวมทั้งมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ให้บริการจึงมีหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังตรงกับหลักการปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ที่คิดว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับรู้ ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษา (the right to information) เพื่อมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง (แสวง, 2545) ทั้งนี้ผู้ให้บริการควรให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายและชีวิตของตนเอง (สิริรัตน์, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความต้องการที่จะได้รับการบอกกล่าวของอเวยาร์ด (Aveyard, 2002) ที่เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวข้อมูลก่อนที่พยาบาลจะให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถตัดสินใจให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลแก่ตนเองได้อย่างอิสระด้วยตัวของผู้ป่วยเอง โดยอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากพยาบาล

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 4 “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่”

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงแก่ชีวิต ถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ขั้นพื้นฐาน (ศุภชัย, 2544) รวมถึงความเชื่อในความมีคุณค่าของมนุษย์ ยอมรับว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล และมนุษย์ทุกคนต้องการมีชีวิตที่ดี (กฤษฎา และ อีรพร, 2541) ซึ่งแพทย์และพยาบาลต้องริบดำเนิการให้ความช่วยเหลือโดยทันทีเมื่อตนอยู่ในฐานะที่พอจะช่วยเหลือได้ การช่วยเหลือในลักษณะนี้นับเป็นความจำเป็นในการช่วยชีวิต ถึงแม้ว่าไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพไม่มีสติพอที่จะร้องขอได้ โดยถือว่าเป็นการกระทำโดยจำเป็นไม่มีความผิด (กฤษฎา และ อีรพร, 2541; ชุมศักดิ์, 2541 ก; ศุภชัย, 2544; สภาการพยาบาล, 2542) การปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือนับว่าเป็นการละเมิดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ. ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 10 (แสง และ เอนก, 2540) “ผู้ให้บริการเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการขอหรือร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยเหลือ” และสอดคล้องกับข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ในหมวดที่ 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ดาราทพร, 2541; มัญชุกา, 2541) ข้อ 13 “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอหรือร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยเหลือ” ทั้งนี้อาจผิดกฎหมายอาญา มาตรา 374 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (ประภัสสร, 2545; ศุภชัย, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังในการได้รับการรักษาพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล และการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้การรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด ความไม่สบาย และ การได้รับความสนใจในความเป็นอยู่สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติจริง (เตยหอม, 2539; มาลี, 2527; วรรณภา, 2540; สุกัญญา และ คณะ, 2536)

สิทธิผู้ป่วยข้อ 5 “ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน”

ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ สกุล คุณวุฒิ และตำแหน่งของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นข้อมูลที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (เพ็ญฉาย, 2542) ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลจะกำหนดให้แพทย์และพยาบาล ติดป้ายชื่อหรือสัญลักษณ์ที่บ่งชี้ถึง ชื่อ สกุลและตำแหน่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นผู้ป่วยอาจ อ่านชื่อ สกุลไม่ชัดเจนเนื่องจาก

อักษรมีขนาดเล็ก (กฤษฎา และ วีรพร, 2541; ชุมศักดิ์, 2541 ก; สภาการพยาบาล, 2542) ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการสอบถามข้อมูล เนื่องจากในสถานพยาบาลต่างๆ มีผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลายสาขาปฏิบัติงานร่วมกัน ในการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรคนอื่นๆ หลายประเภท ซึ่งบุคลากรหรือผู้ให้บริการเหล่านั้น มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้และความสามารถ (ประภัสสร, 2545) ดังนั้นการให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะสอบถามชื่อ สกุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทของผู้ให้บริการที่ให้บริการแก่ตน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามข้อมูล ที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการ และทำให้สามารถตัดสินใจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในกรณีที่ได้รับการบริการจากผู้ให้บริการซึ่งไม่มีคุณภาพเพียงพอ (ชุมศักดิ์, 2541 ก; สภาการพยาบาล, 2542) แต่จากการศึกษาของอรพรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 ได้รับสิทธิในการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ สกุล และตำแหน่งของแพทย์ที่ให้การดูแลตน และผู้ป่วยร้อยละ 95 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ สกุลและตำแหน่งของพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ให้การดูแลตน

สิทธิผู้ป่วย ข้อ 6 "ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้"

หลักการของสิทธิในข้อนี้ คือ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (the right to safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (the right to be informed) สิทธิที่จะเลือก (the right to choose) ซึ่งเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภคที่มีต่อสินค้าใดๆ รวมทั้งสินค้าสุขภาพ (ชุมศักดิ์, 2541 ก; ศุภชัย, 2544) โดยที่การรับรองสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้เป็นการรับรองความเป็นอิสระของผู้ป่วย ในการเลือกหรือการปฏิเสธการรับบริการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 (ประภัสสร, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการจึงมีสิทธิที่จะหาข้อมูลข่าวสารจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพคนอื่นๆ ที่มีความรู้ในด้านนั้นๆ เพื่อเป็นการยืนยันให้ตนเองเกิดความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพที่ตนจะได้รับ หรือเพื่อเลือกใช้บริการจากบุคคลหรือสถานบริการที่ตนไว้วางใจ (สภาการพยาบาล, 2542) จากหลักการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่ในวัฒนธรรมปัจจุบันผู้ป่วยยังมีความเกรงใจและไม่ตระหนักถึงสิทธินี้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้งในขณะเดียวกัน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำนวนมากก็ยังไม่มีความรู้สึกไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยขอความคิดเห็นจากผู้ให้บริการสุขภาพอื่น หรือไม่ให้ความร่วมมือในการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ (ดาราวพร, 2541; ศุภชัย, 2544)

ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจเกิดความสงสัยในวิถี กระบวนการ ประเภทของการดำเนินการ

ทางการแพทย์ และต้องการทราบความคิดเห็นจากบุคคลอื่นที่มีความรู้ในด้านนั้นประกอบด้วย เพื่อเป็นการยืนยันในสิ่งที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพคนแรกได้ให้ความเห็นไว้ ทำให้มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล และการให้ผู้ป่วยมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ เป็นการแสดงถึงการมีสิทธิในชีวิตและร่างกาย ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของตนเอง อีกทั้งยังช่วยให้ตนเองมีความมั่นใจในคุณภาพการบริการ

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 7 “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย”

การปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ (secrecy) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ จริยธรรมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และยังเป็นสิทธิส่วนบุคคล (privacy right) ของผู้ป่วย (ขนุตรา, 2541) ซึ่งได้มีการรับรองมาตั้งแต่คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocrates) ประเทศต่างๆและสมาคมโลกได้ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ สำหรับในประเทศไทยได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ ดังเช่น ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 9 และในข้อบังคับของสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 เป็นต้น (ชุมศักดิ์, 2541 ก; ศุภชัย, 2544; สภาการพยาบาล, 2542) การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยไม่มีเหตุผลสมควรถือว่าเป็นความผิดทางอาญาฐานเปิดเผยความลับและผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (แสงวง, 2545)

อย่างไรก็ตามมีข้อยกเว้นให้ผู้ให้บริการเวชกรรมและผู้ให้บริการการพยาบาลปฏิบัติได้ โดยไม่ถือว่าเป็นการประทุษร้ายผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพในกรณีที่มีเหตุผลและความจำเป็น 3 ประการ ดังนี้คือ (จิฑูรย์, 2537)

1. เมื่อผู้ป่วยเจ้าของความลับยินยอม เช่น กรณีผู้ป่วยมีการทำประกันชีวิต
2. เมื่อเป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น การเป็นพยานต่อศาล
3. เมื่อเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ เช่น การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยต่อบุคคลที่ตามมา เพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะและความสงบเรียบร้อยของสังคม

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนี้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในความเป็นส่วนตัว เป็นเรื่องที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก ดังเช่น ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์เมื่อถูกเปิดเผยความลับจะโดยจงใจหรือไม่จงใจก็ตามทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (ชูชัย, 2537) ดังนั้น

ผู้ให้บริการควรให้การรักษายาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อยกเว้นในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ให้บริการต้องเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น

สิทธิผู้ป่วยข้อ 8 “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”

ในปัจจุบันการพัฒนาความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการค้นคว้าและพิสูจน์ความรู้ใหม่ๆ ทั้งทางด้านห้องปฏิบัติการและการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งนอกจากจะต้องคำนึงถึงเหตุผลและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการทำวิจัยแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ถูกทดลอง (ประภัสสร, 2545; อรณี, 2544) ดังนั้นในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงจริยธรรมทั้งในด้านจริยธรรมการประกอบวิชาชีพโดยทั่วไปและจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ (อรณี, 2544) ซึ่งหลักการสำคัญของการวิจัยในมนุษย์จะต้องกระทำอยู่บนพื้นฐานของหลักการทั่วไป 3 ประการ คือ หลักการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for persons) หลักผลประโยชน์ (Beneficence) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence do not harm) และหลักความยุติธรรม (Justice) (วิชัย, 2541) เพื่อให้บรรลุหลักสามประการดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของสภาวิจัยแห่งชาติอย่างถูกต้องและเคร่งครัด เพราะการวิจัยในมนุษย์เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติตามจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ นอกจากนี้ยังได้มีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในหลักเกณฑ์ของความยินยอม กล่าวคือ ผู้วิจัยต้องอธิบายหรือบอกให้ผู้ถูกทดลองรู้และเข้าใจถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เป็นจริงที่จะต้องกระทำต่อผู้ถูกทดลอง และประโยชน์ที่พึงจะได้รับ พร้อมทั้งอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจแก่ผู้ถูกทดลอง ทั้งนี้ผู้ถูกทดลองหรืออาสาสมัครจะต้องยินยอมโดยสมัครใจปราศจากการบังคับขู่เข็ญทุกรูปแบบ เพราะในหลักการของความยินยอมประกอบด้วยสิทธิพื้นฐานสองประการ คือ สิทธิที่จะรู้ (right to know) และสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (right to self determination) (ชนุตตรา, 2543)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองเป็นสิ่งจำเป็น อีกทั้งยังมีความสำคัญเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย และตรงกับหลักการของความยินยอมอันเป็นการแสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในข้อนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2545) และ วิลาวัลย์ (2545)

เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีเหตุการณ์ไม่ทราบว่ามีเหตุการณ์เกี่ยวกับ การมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนตัดสินใจ เข้าร่วมในการวิจัย/ทดลอง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิและผู้ป่วยที่ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ความเห็นตรงกันว่า การรับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนเข้าร่วมวิจัยหรือทดลองเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากจะนำข้อมูลที่ได้รับไปประกอบการตัดสินใจ ทำให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพราะทราบถึงประโยชน์ต่อตนเอง แต่ในการศึกษาของขึ้นชีวิต และ คณะ (2545) เกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมกาปฏิบัติ การพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลชลประทาน พบว่า พยาบาลยังมีการปฏิบัติกาพยาบาลเกี่ยวกับการให้สิทธิผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะได้มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วย หรือจริยธรรมวิจัยในคนรวมทั้งได้มีกฎหมายออกมารับรองสิทธิในข้อนี้ แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยยังได้รับสิทธิในข้อนี้น้อย

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 9 “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น”

สิทธิผู้ป่วยในข้อนี้เป็นเรื่องการขอรับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการรักษาเฉพาะตัวของผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนบางส่วนเป็นการแสดงความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลในการรักษาพยาบาล จึงอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นได้ ดังนั้นการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น (วิสูตร, 2544 ข) ซึ่งวิธีการรับทราบข้อมูลจากเวชระเบียนนี้ ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการอ่านหรือตรวจดูได้โดยตรง (สภาการพยาบาล, 2542) และสามารถขอสำเนาข้อมูลได้ด้วยการทำเป็นหนังสือตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยสามารถเป็นหลักฐานได้ตามกฎหมาย และยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ (ศุภชัย, 2544; สภาการพยาบาล, 2542) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ที่มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล คือ ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของประวัติหรืออาจเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้ป่วย (วิสูตร, 2544 ข) ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่สามเช่น ในกรณีของการทำประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสิทธินี้ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 (ศุภชัย, 2544; สภาการพยาบาล, 2542)

สิทธิผู้ป่วยข้อที่ 10 “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

โดยหลักการแล้วผู้ที่มีสิทธิตามคำประกาศในข้อนี้ ย่อมหมายถึง ตัวของผู้ป่วยเอง การใช้สิทธิแทนผู้ป่วยต้องปรากฏข้อเท็จจริง คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องหรือหย่อนความสามารถตามกฎหมายเท่านั้น สิทธิของผู้ป่วยในข้อนี้จึงกำหนดให้ บิดา มารดา ใช้สิทธิผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปี (ประกาศสร, 2545) เนื่องจากความเป็นผู้เยาว์ในอนุสัญญาเด็กได้กำหนดไว้ว่า เด็ก หมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้นจึงให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทน และให้ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้มีอำนาจปกครองผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง อาจเป็นญาติ ที่ น้อง สามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่บกพร่องทางกายหรือทางจิตที่ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผัก (persistent vegetative state) วิกฤต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ (ชุมศักดิ์, 2541 ก; ดาราพร, 2541: ศุภชัย, 2544)

ความรู้ความเข้าใจในสิทธิข้อนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลได้ กรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก หรืออยู่ในภาวะมีความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ทำให้ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ให้บริการควรมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิข้อนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิของตนเอง และช่วยให้ทราบว่าบุคคลใดบ้างที่สามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้ อันเป็นการแสดงถึงการเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลิทธิ/ความเป็นอิสระ

การเคารพความเป็นอิสระ (Respect for Autonomy) หมายถึง การให้อิสระแก่บุคคล ในการกำหนดการกระทำของตนเองด้วยตนเอง และบุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจได้อย่างอิสระตามที่ตนเองเลือกโดยปราศจากการบังคับ (Beauchamp & Childress, 1994; Veatch & Fry, 1987) ตามหลักการ ค่านิยม และความเชื่อส่วนตัว (มัณฑุภา, 2541; อรัญญา, 2544) ซึ่งการตัดสินใจได้อย่างอิสระของบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อของแต่ละบุคคล ปราศจากการบังคับ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ และการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและการพิจารณาอย่างรอบคอบ (อรัญญา, 2544)

การเคารพความเป็นอิสระของบุคคล เป็นหลักจริยศาสตร์ข้อหนึ่ง และถือเป็นเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งยอมรับการตัดสินใจได้อย่างอิสระของบุคคล และได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย อีกทั้งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการเคารพในสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ จากบุคลากรทางสุขภาพอีกด้วย (Hyland, 2002) โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เสียสิทธิในการตัดสินใจเพียงเพราะว่ากลายมาเป็นผู้ป่วย (อรรถญา, 2544) และในปัจจุบันสิทธิดังกล่าวเป็นสิ่งที่สำคัญในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและแพทย์ โดยแพทย์จะเป็น ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริงและจากประสบการณ์ที่มีอยู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลตามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (Quill & Brody, 1996)

ดังนั้นหากผู้ให้บริการมีความเคารพในหลักการดังกล่าวย่อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของสิวลี (2544) ที่ว่ามนุษย์แต่ละคนย่อมเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง มีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง และยังคงสอดคล้องกับแบนด์แมนและแบนด์แมน (Bandman & Bandman, 1995) ที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเคารพความเป็นอิสระว่าเป็นค่านิยมที่สำคัญที่ควรได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระ ของผู้รับบริการ คือ การที่ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง (มัญชุษา, 2541; ปรียา, 2546) ซึ่งมีความสอดคล้องกับเป้าหมายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทยที่ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ (สงวน, 2541) และยังคงสอดคล้องกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่มุ่งไปถึงความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมในที่นี้หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ตนเองจะรับบริการ และยังรวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ประวิทย์, 2547)

ซึ่งหากวิเคราะห์จากหลักจริยศาสตร์ข้อนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับสิทธิผู้ป่วยในเรื่องสิทธิที่จะรู้ (right to know) และสิทธิในการตัดสินใจ (right to self - determination) ซึ่งตรงกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในข้อที่ 3 คือ “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น”

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาล เลือกวิธีการรักษาพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาและประเมินผลการรักษาด้วยตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย โดยที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รู้ถึงบทบาทของผู้ให้บริการที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับตน และยินยอมให้การรักษาโดยสมัครใจ (ฟารีดา, 2541; ศรีวรรณ, 2539; Marcella & Davis, 1980 cited by Storch, 1982) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้อย่างอิสระ ตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วย ตลอดจนตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธในการนำข้อมูลความเจ็บป่วยของตนไปเปิดเผย การเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย และขอความคิดเห็นจากผู้ให้การรักษาพยาบาลที่มีได้เป็นผู้ที่ให้บริการแก่ตน หรือขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ อีกทั้งสามารถที่จะแสดงเจตจำนงหรือมอบหมายให้ผู้แทนโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนด้วยลายลักษณ์อักษรหรือวาจา และในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ บกพร่องทางกายหรือทางจิต ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และปัจจัยอื่นๆหลายประการดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ถนอม, 2544; นิภรณ์, 2541; วิสูตร, จันทรพิมพ์, และ อัจฉรา, 2545; วิลาวัณย์, 2545; สภาการพยาบาล, 2542; อรพรรณ, 2545) เนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (ศรีวรรณ, 2539) เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในเรื่องทางเลือกในการรักษาพยาบาล ผลดีผลเสียของการรักษาจากผู้ให้บริการ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ตรงกับความต้องการของตนเองโดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ (Aveyard, 2002; Peter, 2002; Storch, 1982) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยให้ความคิดเห็นว่าการได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนก่อนการปฏิบัติการพยาบาล และก่อนการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษาพยาบาล จะช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาด ทำให้เกิดความเข้าใจในการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเกิดผลดีต่อผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ (2540) ที่พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะพึงพอใจกับการรักษาและยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

นอกจากนี้การศึกษาของวิลาวด์นีย์ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการได้รับสิทธิตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77 ได้รับสิทธิในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับตนเองภายหลังจากการได้รับการอธิบายข้อมูลจากผู้ให้บริการ แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะไม่สามารถใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภรณ์ (2541) เกี่ยวกับการได้รับและการใช้สิทธิผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยได้รับสิทธิในการตัดสินใจค่อนข้างต่ำ โดยได้รับสิทธิเพียงร้อยละ 45.3 เนื่องจากถูกจำกัดข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา โดย ผู้ป่วย ร้อยละ 80 ได้รับการวินิจฉัยให้ผ่าตัด โดยที่แพทย์ไม่ได้ระบุทางเลือกอื่น และการบอกกล่าวข้อมูลของแพทย์มีลักษณะโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะทำการผ่าตัด เช่น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82 ได้รับการบอกกล่าวถึงข้อดีของการผ่าตัดก่อนที่จะตัดสินใจ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ได้รับการบอกกล่าวถึงข้อเสียของการผ่าตัด โดยที่แพทย์ไม่ได้อธิบายถึงแนวทางของการรักษาให้ ผู้ป่วยยอมรับ นอกจากระบุถึงผลเสียของการไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ไม่ครบถ้วนและเพียงพอ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้นั่นเอง แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ก็จะทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตยหอม (2539) สุกัญญา และ คณะ (2536) และ อาภรณ์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เรียกร้องที่จะใช้สิทธิ และไม่สามารถมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา และ คณะ (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยไม่รู้ถึงความจำเป็น และประโยชน์ที่จะได้รับก่อนที่จะเซ็นชื่อยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมรักษา และไม่รู้ว่าจะตนเองมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่รู้ว่าจะเมื่อให้การปฏิเสธแล้วยังจะได้รับการรักษาด้านอื่นๆหรือไม่ การได้รับสิทธิของผู้ป่วยจึงต่ำกว่าความคาดหวัง นอกจากนี้ปัญจางค์ (2524) พบว่า ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีสิทธิในเรื่องการนับถือศาสนา การปกปิดร่างกาย เนื่องจากเหตุผลที่ว่าอาจขัดขวางต่อการรักษา ทำให้แพทย์ พยาบาลไม่พอใจ อีกทั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามระเบียบในขั้นต้น ผู้ป่วยต้องลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษาทุกประการอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงสิทธิของตน

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาพยาบาล เนื่องจากการที่ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้เกิดความร่วมมือกันในการรักษาพยาบาล โดยมีการตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลร่วมกัน เพื่อหาแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยังหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความอบอุ่นใจ ความไว้วางใจ และความเอื้ออาทร (ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2534) โดยที่มีความไว้วางใจเป็นศูนย์กลางของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ซึ่งความไว้วางใจนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล เพราะความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ให้บริการนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังและมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อันจะทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้ในที่สุด (Frank, 1977 อ้างตาม ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2534)

นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อปัญหาสิทธิของผู้ป่วย โดยอาจทำให้ผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในรูปแบบบิดามารดากับบุตร (paternalism) เพราะผู้ให้บริการจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเอง โดยที่ไม่ได้ถามถึงความต้องการของผู้ป่วย และไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบ จะทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Hyland, 2002; Peter, 2002; Storch, 1982) นอกจากนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อ ค่านิยมของสังคมไทย มีความศรัทธา ไว้วางใจ ให้เกียรติ และยกย่องแพทย์รวมทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพมากที่สุด เป็นผู้ที่ดีเพราะให้การช่วยเหลือในยามทุกข์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ (วิฑูรย์, 2545; สิริระยา, 2545; สุจินต์ และ อุษณา, 2545; อัจฉรา, 2537) โดยผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการทางสุขภาพในลักษณะ ให้ความเกรงใจ ไม่กล้าซักถามในสิ่งที่ตนอยากรู้ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกตำหนิ ไม่กล้าแสดงความก้าวร้าว หรือแสดงความขัดแย้ง ซึ่งมีผลเสีย คือ จำต้องปฏิบัติตามเพื่อให้ผู้ให้บริการพึงพอใจ ทั้งที่มีความขัดแย้งและไม่เห็นด้วย ด้วยมุ่งหวังที่จะให้ตนได้รับการดูแลที่ดี (สุกัญญา และ คณะ, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมาน (2539) พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการปฏิบัติตามสิทธิที่จะรู้ของตน ได้แก่ เกรงถูกดู เกรงใจ ไม่มีโอกาสถาม อายและกลัวหมอ และเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของชูชัย (2537) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมักไม่กล้าซักถามในสิ่งที่ตนอยากรู้ เกรงว่าจะถูกตำหนิ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในลักษณะนี้ มักพบในชนบทของประเทศไทย (วิฑูรย์, 2545; สิริระยา, 2545; สุจินต์ และ อุษณา, 2545; อัจฉรา, 2537)

นอกจากนี้จากท่าทีของแพทย์ พยาบาล ก็อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วย (นิภรณ์, 2541; Storch, 1982) ดังเช่นการศึกษาของโยธิน และ คณะ, (2543) ที่พบว่า การที่แพทย์ไม่ใส่ใจในคำบอกเล่าของผู้ป่วย ให้เวลาในการซักถามน้อย / ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม การไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การใช้เวลาในการตรวจที่รวดเร็วของแพทย์ คำพูดกริยาท่าทางของแพทย์ที่บางครั้งไม่สุภาพเรียบร้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล ที่พบว่า ยังมีผู้ให้บริการที่ไม่เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับรู้ผลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพียงพอ อีกทั้งการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีน้อย แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าตนเองมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้รับบริการ และเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการในฐานะที่เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยที่ไม่ได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (ประคิด และ คณะ, 2545) แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้การพยาบาลด้วยกริยา วาจาและความรู้สึกที่ดี มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ มีความศรัทธา และเข้าใจในการรักษาพยาบาล (กุลยา, 2544) ย่อมหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั่นเอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สกุลรัตน์ (2539) ที่พบว่า ผู้ให้บริการที่เป็นคนหูตึงได้ง่าย ใจร้อน มีการควบคุมอารมณ์ได้น้อย จะให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลน้อยกว่า ผู้รับบริการที่ดูเป็นคนใจเย็น ซึ่งมักเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดแสดงความคิดเห็น ตอรอง มีท่าทียินดีรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างเป็นกลางมากกว่า ผู้ให้บริการที่เป็นคนหูตึงได้ง่าย ใจร้อน ที่ถึงแม้จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็น แต่มีท่าทีการรับฟังไม่ค่อยเต็มใจนัก บางคนแสดงท่าทีไม่เชื่อหรือไม่ไว้วางใจผู้ป่วย เช่น มองด้วยหางตา แสดงสีหน้าสงสัย และอาจแสดงออกมาทางคำพูด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

นอกจากนี้การศึกษาของบาร์นสเลย์, คอคเคอร์ริล, และ ทานเนอร์ (Barnsley, Williams, Cockerill, & Tanner, 1999) เกี่ยวกับผลกระทบของเพศ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความชำนาญเฉพาะทาง และลักษณะนิสัยของแพทย์ ต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ยังพบว่าแพทย์ที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเอาใจใส่ มีพฤติกรรมการสื่อสารที่มีความรู้สึกร่วมกับผู้ป่วย มีทัศนคติที่สนับสนุนสิทธิในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการ

ของบุคคลนั่นเอง (A.deLeon, 1991 อ้างตาม วารุณี, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของ ทัศนวิทยาการบำบัดประจักษ์ของคิงในข้อที่ 5 เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ที่ว่า บุคลากรในทัศนวิทยาการบำบัดหน้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ทัศนวิทยาของผู้ป่วย (ดาร์สัน, 2542; King, 1981)

ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ (Watson, 1985)

1. ความสอดคล้องกันหรือความจริงใจอย่างแท้จริง (congruence or genuineness) เป็นตัวแปรสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจ และต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญในการสร้างความจริงใจ นอกจากนี้ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความจริงใจ โดยการเปิดเผยความรู้สึก และเจตคติภายในที่แท้จริงของตนเองออกมา โดยปราศจากการเสแสร้ง มีความซื่อสัตย์ และเชื่อถือได้

2. การมีความรู้สึกร่วม (empathy) เป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งสำหรับการพัฒนาไปสู่ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจ การมีความรู้สึกร่วม หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ความรู้สึกส่วนตัวของตนเองและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และสามารถตอบสนองต่อความรู้สึก ของผู้อื่น โดยใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับบุคคล ซึ่งความสามารถในการตอบสนองต่อความรู้สึก ของผู้อื่นนี้เป็นพื้นฐานของการมีความรู้สึกร่วม บุคคลที่มีลักษณะของการมีความรู้สึกร่วมนี้ จะ ตระหนักและยอมรับความรู้สึกของผู้อื่นด้วยความสบายใจ โดยที่ไม่มีความกลัว ความโกรธ หรือ ความขัดแย้ง

3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (non possessive warmth) เป็นเงื่อนไขระหว่างบุคคล ใน ด้านความสัมพันธ์ของการช่วยเหลือที่ส่งเสริมการเติบโตพร้อมไปกับความจริงใจอย่างแท้จริงและ การมีความรู้สึกร่วม ความอบอุ่นช่วยประสานให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความอบอุ่นในตัวบุคคลจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ ให้ความเชื่อถือ เกิดความไว้วางใจ ปลอดภัย มีความผ่อนคลาย และเกิดความสุข พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความ อบอุ่น เช่น การพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลเป็นธรรมชาติ ระดับของเสียงไม่ดังเกินไป เว้นช่วงจังหวะ การพูดที่เหมาะสม การสัมผัส หรืออาจจะแสดงออกด้วยภาษาท่าทาง ได้แก่ มีการสบตาผู้ฟัง สีหน้า ผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม ไม่ขมวดคิ้วหรือทำหน้าผากย่น และไม่แสดงท่าทางหงุดหงิดเป็นกังวล เป็นต้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพใน เชิงช่วยเหลือและไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดทัศนวิทยาการดูแลของวัตสัน (Watson, 1985) มีเพียงแต่การศึกษาสัมพันธภาพในเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจระหว่างอาจารย์ พยาบาล พยาบาลกับนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก ดังเช่น การศึกษา

ของจิรวรรณ และ วรณดี (2539), นุชมาศ (2539) ศรสวาท (2537) และ วารุณี (2542) เป็นต้น จากการศึกษาของวารุณี (2542) เกี่ยวกับสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจกับความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจ ของพยาบาลวิชาชีพต่อนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าสัมพันธภาพในเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจ ของพยาบาลวิชาชีพต่อนักศึกษาพยาบาลมีผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กล่าวคือ ถ้าสัมพันธภาพในเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจของพยาบาลวิชาชีพต่อนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลด้านคุกคามและมีอันตรายจะอยู่ในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าสัมพันธภาพในเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจของพยาบาลวิชาชีพต่อนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ด้านคุกคามและมีอันตรายจะอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า รูปแบบการมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดของวัตสันสามารถส่งผลต่อความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้นในการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson, 1985)

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 การศึกษา เนื่องจากการศึกษาสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์ และแสวงหาความรู้ อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาสูง ย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด และความสามารถมากกว่า (ชื่นจิตต์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจเลือกการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นแตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของของวีรวรรณ (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะมีความคิดเห็นในระดับที่เห็นด้วยสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า สำหรับในด้านวิธีการในการรักษาโรค ผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จะมีความคิดเห็นในระดับที่เห็นด้วยสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2527) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา

แสดงความคิดเห็นต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตและมีรายได้ดี ตลอดจนได้รับการยกย่องจากสังคมมากกว่า และมักจะมีความรู้ทางด้านการแพทย์ดีกว่า จึงทำให้มีโอกาสที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาล หรือเลือกใช้แหล่งบริการได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

3.2 รายได้ ซึ่งวิวรรธ (2540) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ด้านชื่อยา วิธีการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 5,000 - 10,000 บาท จะมีความคิดเห็นในระดับที่เห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ มักมีการศึกษาต่ำ และประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรมหรือลูกจ้าง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในการรักษา รัฐต้องเข้ามาช่วยสงเคราะห์จึงอาจทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุญคุณ และไม่ต้องการเรียกร้องหรือแสดงความคิดเห็นใดๆ อีก และคิดว่าการปฏิบัติที่ตนได้รับนั้นเพียงพอแล้ว

3.3 เพศ จากการศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามธิบดีของ มาลี (2527) พบว่า ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายแสดงความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ของตนในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่ในรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของตนมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ค่านิยมของสังคมไทยได้กำหนดบทบาทให้เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในบ้าน ทำให้ผู้หญิงต้องตื่นตัวและสนใจต่ออาการเจ็บป่วย

3.5 ผู้ให้บริการ การที่แพทย์และพยาบาลให้การรักษาพยาบาลโดยเคารพสิทธิผู้ป่วย ยึดหลักจริยศาสตร์ที่ว่าด้วย การเคารพความเป็นอิสระของบุคคล (Respect for autonomy) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนทุกคนมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจและกระทำการใดๆ ด้วยตัวของตัวเองและช่วยให้บุคคลตัดสินใจตามแนวคิด ความเชื่อของตนเอง โดยที่ไม่ทำความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 1994; Veatch & Fry, 1995 อ้างตาม อรัญญา และ วันดี, 2544) พยาบาลพึงคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายและชีวิตของตน (สิริรัตน์, 2538) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ในทางตรงกันข้ามหากแพทย์ พยาบาล มีความคิดเห็นว่า ผู้ที่มีสิทธิในการตัดสินใจ คือแพทย์ผู้ทำการรักษา ไม่ใช่ผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว (สุจิตรา, 2537)

ทั้งนี้การศึกษาของอรพรรณ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของจังหวัดสงขลา ในการได้รับสิทธิตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 45 ไม่ได้มีโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เนื่องจากผู้ให้บริการมีความคิดว่าผู้ป่วยมีความรู้น้อยกว่าผู้ให้บริการ ไม่สามารถทำความเข้าใจใน

เรื่องทางการแพทย์ได้ ไม่สามารถตัดสินใจอะไร จึงละเลยความสำคัญในการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้ป่วยหรือการไม่บอกผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกอื่นในการรักษา รวมทั้งจากการที่ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับแนวความคิดว่าการรักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ จึงทำให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึก ไร้ค่า สูญเสียหมดความสำคัญ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเกรงใจต่อผู้ให้บริการ และยอมรับในสิ่งที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีโนคิลปี และ เคอริทตู (Leino-Kilpi & Kurittu, 1995) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยในโรงพยาบาลฟินแลนด์ พบว่า ผู้ให้บริการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา

3.6 ความเชื่อ ค่านิยม ส่วนบุคคล ต่อเรื่องสุขภาพและต่อผู้ให้บริการ (ถวิล, 2532, อ้างตาม สกุลรัตน์, 2539) เพราะปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการใช้สิทธิ ดังการศึกษาของมาลี (2527) นิภรณ์ (2541) สุกัญญา และ คณะ (2536) และ อรพรรณ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีความเกรงใจ ไม่กล้าปฏิเสธการรักษาที่ผู้ให้บริการแนะนำ เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทย ที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธา ไว้วางใจ เชื่อมั่นในความเป็นผู้รู้ของแพทย์และพยาบาล โดยมีความคิดเห็นว่าวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ให้บริการเลือกเป็นวิธีการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด และมีความเชื่อมั่นในเจตนาที่ดีของแพทย์และพยาบาล โดยเชื่อมั่นว่าแพทย์และพยาบาล จะให้การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนมากที่สุด ดังนั้นจึงมอบอำนาจให้สิทธิแก่แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเลือกหรือดำเนินวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่คิดที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบช่วยแพทย์ในการตัดสินใจ

3.7 แบบแผนการจัดองค์กรทางการบริหารของโรงพยาบาลที่ให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการรักษา เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย ได้ทำให้ผู้ให้บริการวิชาชีพอื่นๆ ไม่มีอำนาจและไม่กล้าตัดสินใจ เมื่อผู้ป่วยมีการต่อรองหรือเสนอความคิดเห็นใดๆที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาที่ได้กำหนดไว้ ฉะนั้นจึงอาจมีผลต่อการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของสกุลรัตน์ (2539) ในเรื่องการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของบุคลากรที่มจิตเวช พบว่า เมื่อพิจารณาระหว่างวิชาชีพแพทย์กับพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและ/หรือต่อรองกับพยาบาลมากกว่าแพทย์ พยาบาลจะรับฟังและส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแผนการบำบัดรักษา แต่หากเป็นกิจกรรมการบำบัดรักษาที่เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรง พยาบาลจะใช้วิจารณญาณประกอบกับหลักวิชาการ ตัดสินว่าควรให้ตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่และให้ได้มากน้อยเพียงใด

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่อาจมีผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งเมื่อผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยดังกล่าว แล้วเห็นว่าน่าจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย กับการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะปัจจัยทั้งสองเป็นตัวแปรที่ผู้ให้บริการมีส่วนอย่างมากในการช่วยปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมให้เกิดขึ้น ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ รายได้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และเป็นปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้พบว่า หลักการของความยินยอม การที่จะทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้นั้น ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ (วิสูตร และ จันทรพิมพ์, 2541) โดยที่ผู้ให้ความยินยอมจะต้องรู้ถึงสาระสำคัญของข้อมูลก่อน เพื่อที่จะสามารถนำมาใช้พิจารณาประกอบในการตัดสินใจ และให้การยินยอมโดยการสมัครใจ ความยินยอมนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย (วิฑูรย์, 2537; วิสูตร และ จันทรพิมพ์, 2541) ในทำนองเดียวกันกับหากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยย่อมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยไปใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้ สำหรับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากในการรักษาพยาบาลสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือเป็นสัมพันธภาพในเชิงช่วยเหลือ (Orem, 2001) โดยก่อให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้อย่างถูกต้อง (Barnsley, Williams, Cockerill & Tanner, 1999) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกเอาตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรหลักในการศึกษา แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาก็อาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแตกต่างกันได้ เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการใช้สิทธิในเรื่องดังกล่าวของผู้ป่วย แต่ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเหล่านี้ใกล้เคียงกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2545) จึงไม่น่าจะเกิดความแตกต่างในการใช้สิทธิดังกล่าว

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ในด้านการรักษาพยาบาลหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วยก็จะสามารถใช้สิทธิของตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งหากได้รับความรู้ (ชม, 2532 อ้างตาม แสงจันทร์, 2542) ก็จะมี ความเข้าใจ และเป็นพื้นฐานของการคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่อย่างไร

นั่นคือ ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ก็ไม่อาจใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ผู้ให้บริการก็มีส่วนที่สำคัญในการให้ความรู้ และใช้สิทธิดังกล่าว เช่นกัน แต่ในปัจจุบันยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วนครอบคลุมเนื่องจาก ขาดความรู้เรื่องกฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล (ปราณี, นงลักษณ์, และ รวงทอง, 2543) และอาจยังขาดความรู้และเจตคติต่อสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของธานี (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 2 พบว่า การได้รับความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยจากการศึกษาอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นจิตต์ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติต่อสิทธิผู้ป่วย กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยปานกลาง มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และการศึกษาอบรมเรื่องสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วย

และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาในประเด็นเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ที่จะส่งผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพราะโดยทั่วไปแล้วบุคคลต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยต้องการให้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ได้รับการยกย่อง ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจที่ได้มีส่วนร่วม ซึ่งความต้องการทางด้านจิตใจที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นับได้ว่ามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตรวมทั้งการทำงานของบุคคลเป็นอย่างมาก (วิไลรัตน์, 2539) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความร่วมมือ มีความศรัทธา มีความเข้าใจในการรักษาพยาบาล (กุลยา, 2544) และมีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ซึ่งย่อมหมายถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั่นเอง และหากผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้บริการ ประกอบกับการมีความรู้ในการใช้สิทธิของผู้ป่วยย่อมทำให้ผู้ป่วยได้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และการใช้สิทธิในการ

มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เพื่อหาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สิทธิของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในการให้บริการที่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เป็นสิทธิที่สำคัญ ที่ต้องอาศัยหลักการเข้าใจเรื่อง การเคารพความเป็นบุคคล จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย ในข้อที่ 3 ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย คือ “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนจำเป็น” และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย