

## บทที่ 4

## ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไปของภาคใต้ โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล

## 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $n = 175$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	94	53.7
หญิง	81	46.3
2. อายุ (ปี)		
18 - 30	51	29.1
30 - 50	57	32.6
51 - 70	48	27.4
> 70	19	10.9

( $\bar{X} = 44$ , S.D. = 18.52, Max = 82, Min = 18)

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	38	21.7
คู่	122	69.7
ม่าย/แยก/หย่าร้าง	15	8.6
4. ศาสนา		
พุทธ	121	69.1
อิสลาม	54	30.9
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	8.6
ประถมศึกษา	101	57.7
มัธยมศึกษา	46	26.3
อุดมศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี	8	4.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	2.9
6. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	43	24.6
เกษตรกรรม	46	26.3
รับจ้าง	52	29.7
ค้าขาย	19	10.9
นักเรียน/นักศึกษา	10	5.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1.7
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	2	1.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา		
อายุรกรรม	99	56.6
ศัลยกรรม	76	43.4

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.7 และมีอายุเฉลี่ย 44 ปี โดยกลุ่มอายุ 30 – 50 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 69.7 รองลงมา ร้อยละ 21.7 มีสถานภาพสมรสโสด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.1 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาอิสลาม มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 57.7 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.3 และมีอาชีพรับจ้างเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 29.7 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.3 และเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 56.6 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 43.4

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 175)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	10	5.7
หญิง	165	94.3
2. อายุ (ปี)		
23 - 30	86	49.1
30 - 40	72	41.1
41 - 50	16	9.1
51 - 60	1	0.6

( $\bar{X}$  = 32, S.D. = 6.33, Max = 52, Min = 23)

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	81	46.3
คู่	88	50.3
ม่าย/แยก/หย่าร้าง	6	3.4
4. ศาสนา		
พุทธ	145	82.9
อิสลาม	30	17.1
5. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	172	98.3
ปริญญาโท	3	1.7
6. ประสบการณ์การอบรมในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมกับการพยาบาล		
ไม่เคยเข้าอบรม	37	21.1
เคยเข้าอบรม	138	78.9
หัวข้อที่เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมกับการพยาบาล *		
สิทธิผู้ป่วย	106	60.6
กฎหมายวิชาชีพ	108	61.7
จริยธรรมทั่วไป	65	37.1
จริยธรรมกับการพยาบาล	77	44.0
การตัดสินใจเชิงจริยธรรม	20	11.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ปี)		
1 – 5	67	38.3
6 – 10	45	25.7
11 – 15	31	17.7
> 15	32	18.3
$(\bar{X} = 9, S.D. = 6.45, \text{Max} = 30, \text{Min} = 2)$		

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 มีอายุเฉลี่ย 32 ปี โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.1 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.3 รองลงมา ร้อยละ 46.3 มีสถานภาพสมรสโสด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.9 จบถือ ศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.3 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 9 ปี โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลา 1 – 5 ปี เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมกับการพยาบาล ร้อยละ 78.9 โดยได้รับการอบรมในเรื่องเกี่ยวกับกฎหมาย วิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 61.7 รองลงมา เรื่องสิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 60.6 ส่วนเรื่องการตัดสินใจเชิง จริยธรรมได้รับการอบรมน้อยที่สุด ร้อยละ 11.4

2. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรม ในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย	3.93	0.65	มาก
ด้านการเปิดเผยข้อมูล	3.75	0.65	มาก
ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	3.59	0.77	มาก
ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	3.82	0.64	มาก
โดยรวมทุกด้าน	3.76	0.56	มาก

จากตาราง 3 พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.76$ , S.D.=0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.93$ , S.D.=0.65) รองลงมาคือด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.82$ , S.D.=0.64)

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรม ในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย	การรับรู้ของพยาบาล		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย	4.05	0.67	มาก
ด้านการเปิดเผยข้อมูล	3.96	0.52	มาก
ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	3.50	0.59	มาก
ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	4.06	0.59	มาก
โดยรวมทุกด้าน	3.90	0.45	มาก

จากตาราง 4 พบว่าการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.90$ , S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.06$ , S.D.=0.59) รองลงมาคือด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.05$ , S.D.=0.67)

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาล ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลจำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการประเมิน ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย			การรับรู้ของพยาบาล		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การประเมินอายุของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจ	4.10	0.88	มาก	4.06	1.05	มาก
2. การประเมินสภาพอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจ	4.02	0.88	มาก	4.12	0.84	มาก
3. การประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย	3.53	1.22	มาก	3.73	1.19	มาก
4. การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	4.01	0.92	มาก	4.26	0.73	มาก
5. การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจ	3.97	0.81	มาก	4.07	0.84	มาก

จากตาราง 5 พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ( $\bar{X}$  = 3.53 – 4.10 และ  $\bar{X}$  = 3.73 – 4.26 ตามลำดับ) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การประเมินอายุของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจ ( $\bar{X}$  = 4.10, S.D. = 0.88) สำหรับการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ( $\bar{X}$  = 4.26, S.D. = 0.73)



ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาล ด้านการเปิดเผย  
ข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเปิดเผยข้อมูล	การรับรู้ของผู้ป่วย			การรับรู้ของพยาบาล		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	4.06	0.89	มาก	4.19	0.74	มาก
2. การให้ข้อมูลสื่อสารด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน และเต็มใจ	4.36	0.77	มาก	4.22	0.70	มาก
3. การใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และเหมาะสม	4.53	0.71	มาก	4.44	0.66	มาก
4. การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ภายใต้อบเขตหน้าที่ของพยาบาล	3.99	1.01	มาก	4.39	0.74	มาก
5. การให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ดีเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล	2.82	1.55	ปานกลาง	2.87	1.59	ปานกลาง
6. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาของผู้ป่วย	3.49	1.18	มาก	3.98	0.95	มาก
7. การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วน ก่อนการตรวจวินิจฉัย	3.25	1.27	ปานกลาง	3.68	0.88	มาก
8. การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ละวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ	3.45	1.04	มาก	3.77	0.90	มาก
9. การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ	3.61	1.15	มาก	3.76	0.94	มาก
10. การดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	3.58	1.16	มาก	3.77	1.03	มาก
11. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง/การลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการตัดสินใจ	4.07	1.15	มาก	4.46	0.85	มาก
12. ภายหลังให้ข้อมูลแล้ว พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายซ้ำเมื่อผู้ป่วยพร้อม จะรับฟัง	3.81	1.11	มาก	4.00	0.89	มาก

จากตาราง 6 พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเปิดเผยข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ( $\bar{X}=3.45 - 4.53$ ) ยกเว้น 2 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ดีเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล ( $\bar{X} = 2.82$ , S.D.=1.55) และการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วนก่อนการตรวจวินิจฉัย ( $\bar{X}=3.25$ , S.D.=1.27) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และเหมาะสม ( $\bar{X}=4.53$ , S.D.=0.71) สำหรับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ( $\bar{X} = 3.68 - 4.46$ ) มีเพียง 1 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ดีเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล ( $\bar{X}=2.87$ , S.D.=1.59) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง/การลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการตัดสินใจ ( $\bar{X}=4.46$ , S.D.=0.85)

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาล ด้านการเคารพ การตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพ การตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย			การรับรู้ของพยาบาล		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล	3.56	1.15	มาก	3.81	0.99	มาก
2. การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทาง เลือกอย่างอิสระ	3.54	1.20	มาก	4.11	0.96	มาก
3. การให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อต้องเปลี่ยน แปลงวิธีการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล หรือ ต้องเปลี่ยนแพทย์/เปลี่ยนโรงพยาบาลใหม่	3.35	1.21	มาก	3.87	1.21	มาก
4. การชักจูง/โน้มน้าวผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ	2.74	1.46	ปานกลาง	1.70	1.29	ปานกลาง
5. การดำเนินการให้ผู้ป่วยไปทำการตรวจพิเศษ/การเข้า ร่วมในการวิจัยเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว	3.91	1.12	มาก	3.10	1.69	ปานกลาง
6. การปฏิบัติกรพยาบาลโดยไม่ขัดกับค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย	4.13	0.86	มาก	4.09	0.93	มาก
7. ก่อนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ พยาบาลให้ ผู้ป่วยได้มอบอำนาจให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน	3.97	0.97	มาก	3.70	1.39	มาก

จากตาราง 7 พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ( $\bar{X}=3.35 - 4.13$ ) มีเพียง 1 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การชักจูง/โน้มน้าวผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ( $\bar{X}=2.74, S.D.=1.46$ ) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การปฏิบัติพยาบาลโดยไม่ขัดกับค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.13, S.D.=0.86$ ) สำหรับการรับรู้ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ( $\bar{X}=3.70 - 4.11$ ) ยกเว้น 2 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การชักจูง/โน้มน้าวผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ( $\bar{X}=1.70, S.D.=1.29$ ) และการดำเนินการให้ผู้ผู้ป่วยไปทำการตรวจพิเศษ/การเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว ( $\bar{X}=3.10, S.D.=1.69$ ) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกอย่างอิสระ ( $\bar{X}=4.11, S.D.=0.96$ )

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพยาบาล ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย			การรับรู้ของพยาบาล		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตาม ที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจโดยอิสระ	3.83	0.95	มาก	3.79	1.08	มาก
2. การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจตามความ เชื่อทางศาสนาได้	4.19	0.84	มาก	4.57	0.66	มาก
3. การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีการรักษาที่บ้านตาม ความเชื่อของผู้ป่วยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน	3.49	1.09	มาก	3.49	1.21	มาก
4. การยอมรับการปฏิบัติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่ง นั้นทำให้หายจากความเจ็บป่วย	3.40	0.88	มาก	3.22	1.32	ปานกลาง
5. หากผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล ที่เข้าใจในข้อมูลแล้ว อนุญาตให้ทำตามที่ได้ตัดสินใจ	3.73	0.96	มาก	4.35	0.99	มาก
6. การยินยอมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษา พยาบาลแม้ว่าได้เซ็นชื่อยินยอมแล้ว	3.95	1.01	มาก	4.20	1.13	มาก
7. แม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษา พยาบาล แต่พยาบาลก็ยังไม่ให้การดูแลตามปกติ	3.95	0.83	มาก	4.53	0.72	มาก
8. การให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพ แม้ว่า	4.05	1.01	มาก	4.32	0.87	มาก

จากตาราง 8 พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจ โดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ( $\bar{X}$ =3.40 – 4.19) สำหรับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ( $\bar{X}$ =3.49 – 4.57) มีเพียง 1 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การยอมรับการปฏิบัติของผู้ป่วยหากผู้ป่วยเชื่อว่า สิ่งนั้นทำให้หายจากความเจ็บป่วย ( $\bar{X}$ =3.22, S.D.=1.32) โดยการปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจตามความ เชื่อทางศาสนาได้ ( $\bar{X}$ =4.19, S.D.=0.84 และ  $\bar{X}$ =4.57, S.D.=0.66 ตามลำดับ)

### 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมใน การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรม ในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็น รายด้านและโดยรวมทุกด้าน

การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรม ในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ของผู้ป่วย	3.93	0.65	4.05	0.67	.082
ด้านการเปิดเผยข้อมูล	3.75	0.65	3.96	0.52	.001
ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของ ผู้ป่วย	3.59	0.77	3.50	0.59	.187
ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจ โดยอิสระของผู้ป่วย	3.82	0.64	4.06	0.59	.000
โดยรวมทุกด้าน	3.76	0.56	3.90	0.45	.012

จากตาราง 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการเปิดเผยข้อมูล ( $p < .01$ ) ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ( $p < .0001$ ) และโดยรวมทุกด้าน ( $p < .05$ ) ส่วนด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลจำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การประเมินอายุของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจ	4.10	0.88	4.06	1.05	.702
2. การประเมินสภาพอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจ	4.02	0.88	4.12	0.84	.264
3. การประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย	3.53	1.22	3.73	1.19	.122
4. การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	4.01	0.92	4.26	0.73	.004
5. การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจ	3.97	0.81	4.07	0.84	.273

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงข้อเดียว คือ การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ( $p < .01$ ) ส่วนข้ออื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเปิดเผยข้อมูลระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเปิดเผยข้อมูล	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	4.06	0.89	4.19	0.74	.134
2. การให้ข้อมูล/สื่อสารด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน และเต็มใจ	4.36	0.77	4.22	0.70	.070
3. การใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และเหมาะสม	4.53	0.71	4.44	0.66	.212
4. การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ภายใต้อบเขตหน้าที่ของพยาบาล	3.99	1.01	4.39	0.74	.000
5. การให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ดีเกี่ยวกับวิธีการวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล	2.82	1.55	2.87	1.59	.785
6. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาของผู้ป่วย	3.49	1.18	3.98	0.95	.000
7. การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วน ก่อนการตรวจวินิจฉัย	3.25	1.27	3.68	0.88	.000
8. การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ	3.45	1.04	3.77	0.90	.002
9. การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ	3.61	1.15	3.76	0.94	.170
10. การดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับความต้องการ	3.58	1.16	3.77	1.03	.119
11. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ/การลงนามในแบบ แสดงความยินยอมก่อนการตัดสินใจ	4.07	1.15	4.46	0.85	.000
12. ภายหลังจากให้ข้อมูลแล้ว พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และอธิบายซ้ำเมื่อพร้อมจะรับฟัง	3.81	1.11	4.00	0.89	.072

จากตาราง 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเปิดเผยข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ( $p < .0001$ ) การให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาของผู้ป่วย ( $p < .0001$ ) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วนก่อนการตรวจวินิจฉัย ( $p < .0001$ ) การให้ข้อมูลที่ สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ ( $p < .01$ ) และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ ที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ/การลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการตัดสินใจ ( $p < .0001$ )

ตาราง 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายชื่อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพ การตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล	3.56	1.15	3.81	0.99	.033
2. การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกอย่างอิสระ	3.54	1.20	4.11	0.96	.000
3. การให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล หรือ ต้องเปลี่ยนแพทย์/โรงพยาบาลใหม่	3.35	1.21	3.87	1.21	.000
4. การชักจูง/โน้มน้าวผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ	2.74	1.46	1.70	1.29	.000
5. การดำเนินการให้ไปทำการตรวจพิเศษ/การเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว	3.91	1.12	3.10	1.69	.000
6. การปฏิบัติกรพยาบาลโดยไม่ขัดกับค่านิยมคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย	4.13	0.86	4.09	0.93	.682
7. ก่อนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มอบอำนาจให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน	3.97	0.97	3.70	1.39	.037

จากตาราง 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการตัดสินใจ โดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ( $p < .05$ ) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกอย่างอิสระ ( $p < .0001$ ) การให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล หรือต้องเปลี่ยนแพทย์/โรงพยาบาลใหม่ ( $p < .0001$ ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการชักจูง/โน้มน้าวผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ( $p < .0001$ ) การดำเนินการให้ผู้ป่วยไปทำการตรวจพิเศษ/การเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว ( $p < .0001$ ) และก่อนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มอบอำนาจให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน ( $p < .05$ ) และมีเพียงข้อเดียวที่คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การปฏิบัติกรพยาบาลโดยไม่ขัดกับค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย

ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำ ตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจโดยอิสระ	3.83	0.95	3.79	1.08	.713
2. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจตาม ความเชื่อทางศาสนาได้	4.19	0.84	4.57	0.66	.000
3. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้วิธีการรักษาที่บ้าน ตามความเชื่อร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน	3.49	1.09	3.49	1.21	.945
4. การยอมรับการปฏิบัติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเชื่อว่า สิ่งนั้นทำให้หายจากความเจ็บป่วย	3.40	0.88	3.22	1.32	.135
5. หากผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล ที่เข้าใจในข้อมูลแล้ว อนุญาตให้ทำตามที่ได้ตัดสินใจ	3.73	0.96	4.35	0.99	.000



ตาราง 13 (ต่อ)

การปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำ ตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย	การรับรู้ของผู้ป่วย		การรับรู้ของพยาบาล		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
6. การยินยอมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/ การรักษาพยาบาล แม้จะได้เซ็นชื่อยินยอมแล้ว	3.95	1.01	4.20	1.13	.028
7. แม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษา พยาบาล แต่พยาบาลก็ยังให้การดูแลตามปกติ	3.95	0.83	4.53	0.72	.000
8. การให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพ แม้ว่าอาจจะขัดกับกฎระเบียบบางประการ	4.05	1.01	4.32	0.87	.007

จากตาราง 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาได้ ( $p < .0001$ ) หากผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล ที่เข้าใจในข้อมูลแล้ว อนุญาตให้ทำตามที่ได้ตัดสินใจ ( $p < .0001$ ) การยินยอมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาลแม้จะได้เซ็นชื่อยินยอมแล้ว ( $p < .05$ ) แม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธการตรวจวินิจฉัย/การรักษาพยาบาล แต่พยาบาลก็ยังให้การดูแลตามปกติ ( $p < .0001$ ) การให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพแม้ว่าอาจจะขัดกับกฎระเบียบบางประการ ( $p < .01$ )

### การอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปรายได้ดังนี้

#### 1. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวมทุกด้าน (ตาราง 3) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามการพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยมาก ซึ่งหมายถึง พยาบาลเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยได้ให้อิสระแก่ผู้ป่วยที่จะกระทำการใดตามความปรารถนาของตนเอง ให้อิสระในการคิด ตัดสินใจ จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือแทรกแซงจากผู้อื่น แต่เกิดจากการตัดสินใจที่มีการพิจารณาอย่างสุขุมรอบคอบแล้ว ภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตัวผู้ป่วยเอง ดังคำกล่าวของเดวิส (Davis, 2002) ที่ว่า การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยคือการเคารพในความสามารถของผู้ป่วยที่จะพิจารณาถึงการรักษาพยาบาลของตนเอง และหากผู้ป่วยเป็นบุคคลผู้ไร้ความสามารถก็ต้องเคารพการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ได้ระบุไว้ ซึ่งคานท์ (Kant) ก็ได้ให้ความเห็นว่า การเคารพเอกสิทธิ์ของบุคคลมีผลมาจากการยอมรับว่าทุกคนมีคุณค่า (value) และบุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการกำหนด โชคชะตาของตนเอง การละเมิดความเป็นอิสระของบุคคลถือเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง และเป็นความล้มเหลวในการเคารพเอกสิทธิ์ของบุคคล (Beauchamp & Childress, 1989; Edge & Groves, 1999) จะเห็นได้ว่าการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยนั้นเป็นหลักจริยธรรมที่สำคัญสำหรับผู้ประกอบการงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Rogers, 2002) โดยผู้ที่ให้การรักษา

พยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Hyum, 2002)

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของถนอม (2544) เรื่อง “พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” ซึ่งพบว่าพยาบาลแสดงพฤติกรรมการเคารพเอกลัทธิที่น้อยที่สุด คือร้อยละ 46.67 เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในด้านอื่นๆ แสดงว่าปัจจุบันพยาบาลให้ความสำคัญของการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของตนเองมากขึ้น (สุนีย์, 2543) ประกอบกับปัจจุบันโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนาตนเองเพื่อมุ่งสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ได้กำหนดมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประเด็นสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรได้บรรจุไว้ในหมวดที่ 5 เพื่อให้ทีมสุขภาพได้ปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นที่ผู้ให้บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล ถือเป็นกาให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตัวของตัวเองซึ่งเป็นการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย (Aveyard, 2000) เช่นเดียวกับในต่างประเทศได้แก่ประเทศอิสราเอลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจากความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก (paternalism) เป็นการให้อิสระในการปกครองดูแลตนเอง (autonomy) (Shaley & Freiman, 2002) ส่วนในประเทศญี่ปุ่นก็พบว่าการดูแลแบบพ่อปกครองลูก (paternalism) ก็ค่อยๆเปลี่ยนแปลงไปเป็นการให้อิสระในการปกครองดูแลตนเอง (autonomy) เช่นกัน (Hayashi et al., 2000)

สำหรับในประเทศไทยในอดีตผู้ให้บริการให้เกียรติ ยกย่อง ให้ความนับถือไว้ว่างใจในตัวผู้ให้บริการทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล จึงได้มอบอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนแก่ผู้ให้บริการแต่เพียงผู้เดียว (สิระยา, 2540; สุพัตรา, 2542) ประกอบกับบุคลิกลักษณะของคนไทยส่วนใหญ่ให้ความเกรงใจกับผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า โดยเฉพาะกับแพทย์และพยาบาล (เกสรา, 2540) จึงทำให้ผู้ให้บริการคิดว่าตนมีอำนาจการตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลแต่เพียงผู้เดียว จึงได้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลแทน โดยคิดว่าสิ่งที่ตนเองได้ตัดสินใจลงไปเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ให้บริการ (สิวลี, 2542) โดยไม่ให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาตามคุณค่าความเชื่อ และความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่ปัจจุบันผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลแบบเดิม

ได้อีก เนื่องจากสภาพแวดล้อมและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ปัจจุบันได้กลายเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร มีการสื่อสารถึงกันมากขึ้น ข้อมูลข่าวสารทั้งหลายได้มีการเผยแพร่เพิ่มขึ้น ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร และสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ แม้กระทั่งทางอินเทอร์เน็ต และในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีการศึกษากันมากขึ้น (ปรางค์ทิพย์ และฉวีวรรณ, 2545) จึงทำให้มีความต้องการที่จะตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง (กัญญารัตน์, ประไพ, และหทัยรัตน์, 2543; อธิยา และ นงนุช, 2542) ต้องการความเป็นอิสระในการเลือกตัดสินใจที่มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ แล้วภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตนเกี่ยวกับทางเลือกของแผนการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สำหรับตน จึงทำให้ผู้ใช้บริการมีการพิทักษ์สิทธิของตัวเองในความเป็นอิสระที่จะบริหารจัดการกับตนเองมากขึ้น (สิระยา, 2540; แสง และเอนก, 2540) ซึ่งจากการศึกษาของถนอม (2544) พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 ที่มีความต้องการให้พยาบาลแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในด้านการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย

จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติการพยาบาลในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามที่ได้รับรู้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาการละเมิดเอกสิทธิ์ และปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยมาก ซึ่งจากผลการศึกษาคั้งนี้สามารถอภิปรายเป็นดังนี้

#### 1. ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย

ในด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยบ่อยครั้งก่อนที่จะให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสิ่งสำคัญในการเคารพเอกสิทธิ์ของบุคคล คือบุคคลผู้ที่จะได้รับการเคารพเอกสิทธิ์จะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจ (Lupton, 2003) ซึ่งหมายถึงจะต้องเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะทางอายุ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถให้เหตุผลในการพิจารณาทางเลือก เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเหตุการณ์ที่คล้ายกันได้ถูกต้อง เข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ สามารถให้เหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ได้เมื่อมีข้อมูลสนับสนุน และสามารถเข้าใจถึงเหตุผลที่แท้จริงในการตัดสินใจ การที่ความสามารถในการตัดสินใจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่จะให้อำนาจตัดสินใจอย่างอิสระแก่ผู้ป่วย เนื่องจาก การตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่า และความเชื่อจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการคิด และตัดสินใจที่มีเหตุผล มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ หากพยาบาลประเมินได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ก็สามารถยกเว้นการเคารพเอกสิทธิ์แก่ผู้ป่วยนั้นๆได้ เนื่องจากการให้

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องในการเคารพเอกสิทธิ์ ได้แก่ ผู้เยาว์ เด็กเล็กที่ไม่สามารถจะตัดสินใจโดยใช้เหตุผลได้ ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่เข้าใจเหตุการณ์ ไม่มีเหตุผล มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยผู้อื่น ถูกข่มขู่บังคับ และผู้ป่วยที่มีอาการวิกลจริต หรืออาการทางระบบประสาทที่อยู่ระหว่างรับการรักษา หรือใช้ยากล่อมประสาท ต้องอาศัยผู้ปกครองหรือผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายช่วยในการตัดสินใจแทน (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) ดังนั้นในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เพื่อที่จะได้ให้อำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากเหตุผลข้างต้นทำให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติการพยาบาลในด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ายามีการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยมาก

เมื่อพิจารณาในด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือการประเมินอายุของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องตามที่กฎหมายกำหนด (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่า ก่อนที่พยาบาลจะให้อำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย เพราะอายุเป็นสิ่งที่ประเมินได้ง่าย ทุกคนเมื่อเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลจะได้รับการซักประวัติความเจ็บป่วย และในการซักประวัติผู้ป่วยทุกครั้งพยาบาลก็จะถามถึงอายุของผู้ป่วย ซึ่งเหตุผลประการหนึ่งที่จะต้องซักประวัติเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยเนื่องจากอายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจตามที่กฎหมายกำหนด หากผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี พยาบาลจะต้องให้ผู้ปกครองหรือผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาดังในโรงพยาบาลเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อต้องรับการรักษาดังด้วยการผ่าตัด ทำหัตถการต่างๆ หรือตัดสินใจแทนผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากข้อกำหนดในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 10 ที่ว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตัวเองได้” (สภาการพยาบาล, 2541) และในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้กำหนดไว้ว่า เด็กหมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้นจึงกำหนดไว้ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (ศุภชัย, 2544) จากการศึกษาของอุมาสมร (2540) ซึ่งสำรวจความคิดเห็นและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวช

ศาสตร์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 399 คนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยเด็ก พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 85 เห็นด้วยมากกว่าเด็กที่ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ปกครองเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเนื่องจากเด็กยังเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอในการตัดสินใจ ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต้องได้รับการเห็นชอบหรือการตัดสินใจโดย บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง

จากการที่พยาบาลซักประวัติเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลปฏิบัติในระดับมากในการประเมินอายุของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย

สำหรับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติของตนในด้านการประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การประเมินความสามารถในการเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ปฏิบัติในการประเมินความสามารถในการเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับบ่อยครั้ง เพราะการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ แสดงว่าผู้ป่วยสามารถที่จะนำเอาข้อมูลนั้นมาใช้ประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างอิสระ และสอดคล้องกับคุณค่า และความเชื่อของตน เช่นเดียวกับไฮแลนด์ (Hyland, 2002) ที่กล่าวว่า พยาบาลจะต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงชนิดและวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาพยาบาลที่เขาได้รับอย่างถ่องแท้ นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความคิดเห็นว่า ความเข้าใจในข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาพยาบาล หรือทำหัตถการต่างๆภายหลังได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการ เพราะความยินยอมรับการรักษาพยาบาลนั้นไม่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายได้หากบุคคลที่ให้คามยินยอมนั้นไม่มีความเข้าใจในข้อมูลที่ตนได้รับอย่างแท้จริง (Barnes, Davis, Moran, Portillo, and Koenig, 1998) เช่นเดียวกับประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทย มาตรา 156 ที่ว่า “ก่อนที่ผู้ป่วยจะยินยอมรับการบริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องรู้สาระสำคัญในการรักษาที่กระทำต่อผู้ป่วยให้เข้าใจก่อน ความยินยอมของผู้ป่วยจึงจะมีผลทางกฎหมาย” (วิฑูรย์, 2537ข) จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้และมีการปฏิบัติกรพยาบาลในเรื่องนี้สูงสุด

## 2. ด้านการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย

การปฏิบัติของพยาบาลในด้านการเปิดเผยข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ (ตาราง 5) เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน (Schattner & Tal, 2002) ก่อนที่จะนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกที่จะให้ความยินยอม หรือปฏิเสธแผนการ

รักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับจากทีมสุขภาพ (Williamson & Livingston, 1992) การเคารพเอกลัทธิในด้านการเปิดเผยข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอ ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เป็นจริงไม่บิดเบือนข้อมูลหรือปกปิดข้อมูลเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ไม่เลือกให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่สอดคล้องกับคุณค่า และความเชื่อของตน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลตามความต้องการที่แท้จริงของตน การให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเป็นจริง หรือมีการบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการนั้นถือว่าเป็นการไม่เคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอจนเป็นที่เข้าใจแล้วนั้น นอกจากจะเป็นการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยแล้วยังเป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งพยาบาลในปัจจุบันมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายมากขึ้น จากการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีการรับรู้และมีการปฏิบัติกรพยาบาลในการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้จากคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น” (สภาการพยาบาล, 2541) ทำให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทของตนเองมากขึ้น ในการที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูล ส่วนใหญ่พบว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากทีมสุขภาพ (กัลยาณี, 2543; จินตา, 2543; จีรนนท์, 2542; ชนุตตรา และคณะ, 2540ก; 2540ข; ชื่นจิตต์, 2540; ทศนีย์ และคณะ, 2545; นาถฤดี และคณะ, 2544; เพชรรัตน์ และคณะ, 2544; วิไล, 2544; วีรวรรณ, 2540) และจากการศึกษาของไซยา และวชิระ (2542) เรื่อง "ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาล" พบว่า ผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 - 97 มีความต้องการให้แพทย์บอกกล่าวข้อมูลข่าวสารเพื่อขอคำยินยอมให้การรักษา ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในต่างประเทศของแซทเนอร์ และทาล (Schattner & Tal, 2002) เรื่อง “การบอกความจริงและเอกลัทธิของผู้ป่วย” ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุจำนวน 104 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86 ต้องการที่จะได้รับการบอกความจริงทั้งหมดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ถ้าหากตนเป็นมะเร็งหรือมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้น และจากการศึกษาของเอลเกอร์ (Elger, 2002) ในเรื่องกรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์

โรคของตนเอง ขณะที่แพทย์บอกความจริงเพียงเล็กน้อย โดยอ้างว่าปฏิบัติตามหลักจริยธรรมเกี่ยวกับการไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตราย (nonmaleficence) และทำในสิ่งที่ดีหรือเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย (beneficence) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาดังกล่าวยังพบว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย ไม่มีผลในทางลบ แต่กลับจะให้ผลในทางบวกต่อสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นที่มสุขภาพจึงควรบอกความจริงทั้งหมดแก่ผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยต้องการที่จะทราบความจริง เพราะการบอกความจริง เป็นการให้ข้อมูลที่แท้จริง ไม่โกหก หลอกลวง ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเนื่องจากเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกของบุคคล (Aiken & Catalano, 1994) และเป็นการแสดงถึงการเคารพในความเป็นบุคคล (Fry, 1994)

ในประเทศไทยยังมีกฎหมายที่ได้บัญญัติถึงการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 59 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพ สิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตนหรือชุมชน ท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ตามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่กฎหมายบัญญัติ” (พรจันทร, 2541) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ได้บัญญัติสิทธิผู้บริโภคไว้ว่า “ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ มีอิสระในการเลือกสินค้าและบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย” (วิสูตร, จันทรพิมพ์, และอัจฉรา, 2545; สิริยา, 2540; เอนก, 2541ก) นอกจากนี้ยังมีประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 156 ที่ว่า “ก่อนที่ผู้ป่วยจะยินยอมรับบริการการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องรู้สาระสำคัญในการรักษาที่กระทำต่อผู้ป่วยให้เข้าใจก่อน ซึ่งความยินยอมของผู้ป่วยนี้จะมีผลทางกฎหมาย” (วิฑูรย์, 2537ข) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พยาบาลยังมีความตระหนักในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นจริงแก่ผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมาย ดังเช่นจากการศึกษาของวีรวรรณ (2540) เรื่อง “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรับรู้ของผู้ป่วย: กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามธิบดี” ซึ่งพบว่า ถ้าหากผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจะรู้สึกพึงพอใจต่อการรักษาและยินดีรับการรักษา และถ้าหากผลการรักษาโรคมียุติผลมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลตามสิทธิที่จะรู้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวล



กับการรักษาและโรคที่เป็นอยู่และถ้าการรักษาผิดพลาดขึ้น โดยผู้ป่วยไม่ได้รับรู้กระบวนการรักษา มาก่อนพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเรียกร้องค่าเสียหาย จากการรักษาที่ผิดพลาดได้

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่า การเปิดเผยข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย อย่างเช่นงานวิจัยของเคลฟเฟนส์, บาร์เสน, และเลียวเวน (Kleffens, Baarsen, and Leeuwen, 2003) เรื่อง “การปฏิบัติทางการแพทย์ในเรื่องเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยและการปฏิเสธการรักษา มะเร็งในมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิเสธการรักษา มะเร็ง 30 คน และแพทย์ 16 คน ผลการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคและทางเลือกของการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นจริง จะทำให้มีการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา มะเร็งของผู้ป่วยน้อยลง และจากการศึกษาของ พรูท, อะบู-แสด, ออร์ซาว, และสตีเวนส์ (Proot, Abu-Saad, Oorsouw, and Stevens, 2002) ในที่มศึกษาจำนวน 27 คน เรื่อง “เอกสิทธิ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟู ตามการรับรู้ของที่มศึกษาในบ้านพักคนชรา” พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งระยะเริ่มเข้ารับการรักษาและระยะฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล เพราะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้าของโรคที่ตนเป็นอยู่ จึงได้มีความพยายามที่จะวางแผนด้วยตนเองว่าจะจัดการกับชีวิตต่อไปอย่างไรที่จะให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติของพยาบาลในด้านการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และเหมาะสม (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้คำนึงถึงความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับของผู้ป่วยมาก เพราะข้อมูลด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ทำให้เข้าใจได้ยาก พยาบาลจึงต้องใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูล และสามารถนำไปใช้ประกอบในการพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดต่อตนเอง ดังเช่นการศึกษาของทัสกี, ฟิสเชอร์, โรส, และอาร์โนด (Tulsky, Fischer, Rose, and Arnold, 1998) เกี่ยวกับการสื่อสารของแพทย์ในการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งพบว่า การใช้ภาษาที่คลุมเครือ หรือใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ มีผลทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการได้ (Azoulay et al., 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาของกัลยาณี (2543) พบว่า ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้คำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) เรื่อง “สิทธิผู้ป่วยที่ควร

ได้รับในทัศนะของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช” ซึ่งพบว่า มีพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยว่าพยาบาลควรมีการอธิบายแผนการรักษาพยาบาลด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจินตา (2543) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้สูงที่สุด เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับในด้านสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย จากการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้พยาบาลมีการรับรู้และมีการปฏิบัติการพยาบาลในข้อนี้มากจึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาลในข้อนี้มาก

สำหรับการปฏิบัติของพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง/การลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการตัดสินใจ (ตาราง 5) เพราะการที่ทีมสุขภาพจะกระทำการใดต่อผู้ป่วยได้นั้น ทีมสุขภาพจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน (Barnes et al., 1998; Beauchamp & Childress, 1989; Edge & Groves, 1999; Quinn & Smith, 1987; Thelan et al., 1994b) และความยินยอมของผู้ป่วยจะมีผลบังคับใช้ได้ตามกฎหมายก็ต่อเมื่อผู้ให้ความยินยอมจะต้องมีความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอแล้ว (Rudnick, 2002) เช่นเดียวกับที่ฮอลล์ (Hall, 1996) กล่าวว่า ความยินยอมจะไม่ใช่ยอมรับอย่างแท้จริงในการกระทำถ้าไม่มีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอในการกระทำนั้นๆ ดังนั้นความยินยอมจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ควบคู่ไปกับการให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยจะต้องมีความเพียงพอ ถูกต้อง ครบถ้วน และต้องมีการพูดคุย อธิบายให้เข้าใจโดยใช้หลักการบอกความจริง (veracity) (Barnes et al., 1998; Coy, 1989) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ประกอบในการตัดสินใจที่จะให้ความยินยอมหรือไม่ให้ความยินยอมในการกระทำการใดต่อร่างกายของตน (Coy, 1989; Rudnick, 2002)

การให้ข้อมูลที่เป็นจริง ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และเพียงพอที่ผู้ป่วยสามารถจะเข้าใจในข้อมูลนั้นเป็นอย่างดี และได้ให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับภายหลังได้รับข้อมูลเหล่านั้น เรียกว่า ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (informed consent) (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) แต่การได้มาซึ่งความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ เป็นกระบวนการที่ทีมสุขภาพจะต้องมีการอธิบายกับผู้ป่วยว่าจะทำอะไรให้กับพวกเขา โดยจะต้องให้ข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ของกระบวนการรักษาพยาบาลนั้นๆ และบอกถึงทางเลือกอื่นๆที่อาจจะเป็นประโยชน์ ดังนั้นการแสดงความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย และช่วยป้องกันความผิดทางกฎหมายแก่ทีมสุขภาพ (Mayer, 2002) และจากการศึกษาของคาสารี และ มาสสิโม (Casari & Massimo, 2002) ถึงการพัฒนากระบวนการของความยินยอมภายหลังได้รับ

การบอกกล่าว พบว่า แพทย์จะต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอ ถูกต้อง เป็นจริงแก่ผู้ป่วย และมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในข้อมูลอย่างแท้จริง และยังพบว่า การให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว สามารถช่วยลดความสับสนของผู้ป่วยและครอบครัวลงได้ และยังเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสแกนแลน, สิดดีกี, เพอร์รี่, และฮัทนิก (Scanlan, Siddigui, Perry, and Hutnik, 2003) เรื่อง “ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก” พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดว่าเอกสิทธิ์ของพวกเขาจะถูกละเมิดได้ จากการเห็นยินยอมรับการรักษาในแบบฟอร์ม หากพวกเขายังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอ เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าหากพวกเขาได้เห็นยินยอมรับการรักษาแล้วพวกเขาจะไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้อีกแล้ว แต่หลังจากผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างมีมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการอธิบายและให้ข้อมูลอย่างมีมาตรฐานเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดจะมีความเข้าใจในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีมาตรฐาน และคะแนนความเข้าใจในเรื่องความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 61.2 เป็นร้อยละ 44 หากผู้ป่วยได้รับการอธิบายบอกกล่าวด้วยการพูดให้ฟังอย่างเดียว และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 ถ้าผู้ป่วยได้รับเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรคและการผ่าตัดของตนกลับไปอ่านต่อที่บ้าน

ผลจากการศึกษานี้พบว่า พยาบาลได้ปฏิบัติในระดับมากในการเปิดเผยข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่ผู้ป่วย ดังที่บอร์แชมป์และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) กล่าวว่า ในการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเคารพเอกสิทธิ์นั้น พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล บัญชีเสี่ยง ผลดีผลเสียของการรักษาพยาบาล แต่ละวิธี และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมถึงการได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหลังจากที่แพทย์ได้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประกอบในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตน ซึ่งจากการศึกษาของสมลักษณ์และบุญนำ (2541) เรื่อง “สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับในทัศนะของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช” พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวในฐานะผู้ป่วย คำอธิบายถึงความจำเป็นของการรักษาพยาบาลก่อนปฏิบัติกรพยาบาล คำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดในใบยินยอมรับการรักษาจนเข้าใจก่อนเซ็นชื่อ รวมทั้งต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับ

โรคที่เป็นพหุสมควรรแก่การดูแลตนเอง ต้องสามารถซักถามข้อสงสัยที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ทุกเรื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ต้องได้รับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และพยาบาลได้ ต้องได้รับทราบภาวะแทรกซ้อน และความก้าวหน้าของโรคเป็นระยะๆ และต้องได้รับคำแนะนำถึงยาที่ใช้รักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของลีโน-คิลปี และคูริททู (Leino-Kilpi & Kurittu, 1995) เรื่อง “สิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในประเทศฟินแลนด์” พบว่า ในเรื่องของสิทธิในการได้รับข้อมูล ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 51 - 91 ได้รับสิทธิข้อนี้ โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเอง ทางเลือกในการรักษา การรักษาทางยา การวินิจฉัยโรค อาการข้างเคียง และการดูแลตนเองหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ สาระเกี่ยวกับกฎหมายสำหรับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การตรวจวินิจฉัยต่างๆ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษาด้วยยา และจากการศึกษาของทอมคิน และฮานาฟิน (Tomkin & Hanafin, 1995 cited by Hyland, 2002) พบว่า ในประเทศไอร์แลนด์ กฎหมายกำหนดให้ทีมสุขภาพเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการรักษา และทางเลือกเกี่ยวกับวิธีการรักษาแบบอื่นแก่ผู้ป่วย บิดามารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษา วิธีการรักษาทุกๆวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ ประโยชน์/อันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา ชื่อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยา ที่ใช้ในการรักษาโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่คาดว่าจะหายจากโรค ค่าใช้จ่ายงบประมาณในการรักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล (จิรันนัท, 2542; ไชยา และวชิระ, 2542; นาถฤดี และคณะ, 2544; เพชรรัตน์ และคณะ, 2544; วิลาวัณย์, 2545; วีรวรรณ, 2540) การที่ผู้ป่วยได้ทราบถึงข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ พิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตน จากการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนี้สูงสุด

### 3. ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย

การปฏิบัติของพยาบาลในด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ (ตาราง 6) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลในการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยมาก ซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย จากการศึกษาของเคล์ฟเฟนส์

และคณะ (Kleffens et al., 2003) ที่พบว่า ทั้งผู้ป่วยและแพทย์ได้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ผู้ป่วยไว้ว่า คือการที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและพิจารณาทางเลือกของชีวิตได้อย่างอิสระ นอกจากนี้มีผู้กล่าวว่า การตัดสินใจอย่างอิสระ คือ การได้ตัดสินใจโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความเชื่อของแต่ละบุคคล และต้องได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างเพียงพอ และมีความเข้าใจในข้อมูลนั้นโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ แต่มีเหตุผล และมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วก่อนการตัดสินใจ (Wright, 1987 cited by Scott et al., 2003)

การที่ต้องเคารพการตัดสินใจทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความรู้ มีการศึกษามากขึ้น ร่วมกับระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลในปัจจุบันได้มุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการไม่ได้มองว่าผู้ใช้บริการเป็นฝ่ายรับอย่างเดียว (สิระยา, 2540; Ashworth et al., 1992; Avis, 1994) ไม่เหมือนในอดีตที่ผู้ใช้บริการไม่มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น (สิวลี, 2542) ปัจจุบันได้มีการเคารพและให้เกียรติในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมากขึ้น (Cahill, 1996) จึงทำให้มีการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจมาสู่ผู้ใช้บริการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) ซึ่งพบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 แสดงความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้เป้าหมายของการรักษาพยาบาล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาพยาบาลทุกครั้งยกเว้นกรณีฉุกเฉิน และพยาบาลร้อยละ 59.7 แสดงความคิดเห็นว่าผู้ป่วยต้องมีสิทธิเลือกที่จะรับการรักษาดังวิธีการต่างๆของแพทย์ได้ และจากการศึกษาของไชยา และวชิระ (2542) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85.7 มีความคิดเห็นว่าคุณป่วยน่าจะมีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ที่ให้การรักษาตน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีการรับรู้มาก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีสิทธิเลือกรับบริการจากโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับฐานะและสภาวะของโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิลาวัณย์ (2545) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 77 มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษาของตนเองภายหลังได้รับข้อมูลแล้ว และจากการศึกษาของชนุตรา และคณะ (2540ข) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็น และมีความคาดหวังที่จะได้รับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ได้แก่ การศึกษาในประเทศอเมริกา พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (N=340) ครอบครัวที่มีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว (N=332) และทีมสุขภาพ (N=790) มีความคิดเห็นว่าคุณป่วยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามที่ตน

ต้องการ (Steinhauser et al., 2000) ส่วนการศึกษาของเฟเบอร์-แลงเกนดอน (Faber-Langendoen, 1996) เรื่อง “การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายในโรงพยาบาล” โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย จำนวน 274 คน พบว่า มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายเป็นร้อยละ 84 จะได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตก่อนตาย แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 35 ที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่สะท้อนถึงการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยโดยตรง เกี่ยวกับความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ซึ่งกำหนดว่า การที่แพทย์และพยาบาลจะกระทำการใดต่อผู้ป่วยจะต้องให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อมูลที่ต้องการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอแล้ว (วิฑูรย์, 2545; Beauchamp & Childress, 1989; 2001) โดยผู้ป่วยอาจแสดงความยินยอมด้วยวาจา หรือเซ็นชื่อแสดงความยินยอมรับการรักษาพยาบาลไว้เป็นหลักฐานและเมื่อลงนามแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอิสระที่จะเปลี่ยนใจได้ และพยาบาลก็ต้องยอมรับและทำตามการตัดสินใจของผู้ป่วย (สุวิทย์, 2542; Hall, 1996; Thelan et al., 1994b) จากการศึกษาของ บาร์เนส และคณะ (Barnes et al., 1998) เรื่อง “ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว ในผู้ป่วยมะเร็งที่หลากหลายวัฒนธรรม” พบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ได้เลือกทางเลือกของการรักษาให้กับผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกทางเลือกของตนเอง ทีมสุขภาพจะไม่ค่อยบอกถึงทางเลือกของการรักษาอื่นๆให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการพิจารณาทางเลือก แต่จะแนะนำทางเลือกที่ตนเองคิดว่าดีแล้วให้แก่ผู้ป่วยเพียงทางเลือกเดียว จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทีมสุขภาพคิดว่าตนเองมีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ จึงได้ตัดสินใจในแผนการรักษาแทนผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ถือว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบบิดาดูแลบุตร (paternalism) ไม่ได้ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมพิจารณาทางเลือกด้วยตนเอง

การเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยนั้นในต่างประเทศยังมีกฎหมาย/บทบัญญัติที่แสดงถึงการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยอีกอย่างหนึ่งในประเทศไทยยังไม่มีใช้ คือ บทบัญญัติที่ว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง (Patient Self-determination Act-PSDA) เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ตนมีสิทธิที่จะยอมรับ/ปฏิเสธ หรือมีการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาของตนไว้ล่วงหน้า ว่าสิ่งใดที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการตามคุณค่าความเชื่อของตน (วิฑูรย์, 2545; Green, 1999; Milton, 2001; Nolan & Bruder, 1997) การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เป็นเอกสารทางกฎหมายที่แสดงถึงการมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพ เพื่อที่จะบอกถึงการปฏิเสธ หรือการยินยอมแผนการรักษาพยาบาลในอนาคต ในทางปฏิบัติการวางแผนแสดงเจตจำนง

ล่วงหน้า มักจะใช้ในการปฏิเสธการรักษาบางอย่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และจะมีผลบังคับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยได้กลายเป็นผู้ที่มีความสามารถ (Hall, 1996) การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เป็นบทบัญญัติในการติดต่อสื่อสารระหว่างที่มสุขภาพกับผู้ป่วยถึงคุณค่า เป้าหมาย ความต้องการที่ผู้ป่วยปรารถนาให้เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนส่วนใหญ่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าความต้องการของตนเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายจะได้รับการตอบสนอง โดยมีประมาณ 50 รัฐในอเมริกาที่ได้กำหนดเป็นกฎหมายให้ใช้การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าได้ (Ditto et al., 2001) และการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า สามารถช่วยให้ที่มสุขภาพมีแนวทางในการตัดสินใจได้เร็วขึ้นในการพิจารณาถึงเวลาที่ควรสิ้นสุดการรักษา และการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยที่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า มักจะต้องการให้มีคำสั่งการรักษาในการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า มีช่วงระยะเวลาในการอยู่ ไอ ซี ยู (หอผู้ป่วยหนัก) สั้นกว่า และใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Wallace, Martin, Shaw, and Price, 2001) ซึ่งจากการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยต่อการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถป้องกันพวกเขาจากการได้รับการรักษาที่พวกเขาไม่ต้องการ ร้อยละ 85 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้พวกเขาแน่ใจว่าพวกเขาจะได้รับการรักษาที่ต้องการ ร้อยละ 74 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และช่วยให้สามารถคาดการณ์ถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ และร้อยละ 78 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถป้องกันความรู้สึกผิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Nolan & Bruder, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมซีร์, ลิทแมน, มิทที, บอทเทรล, และแรมเซย์ (Mezey, Leitman, Mitty, Bottrell, and Ramsey, 2000) ที่ได้ศึกษาถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ร้อยละ 89 เชื่อว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าช่วยสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจถ้าได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ร้อยละ 85 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้พวกเขามีความสบายใจ และร้อยละ 81 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้ทุกคนรู้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการมีชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่มีอาการหนัก และการศึกษาของจอห์นสตัน, ไฟเฟอร์, และแมคนัท (Johnston, Pfeifer, and McNutt, 1995) เกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจต

จำนงล่วงหน้า พบว่า ควรมีการพูดคุยถึงการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยถือเป็นการแสดงความรับผิดชอบของแพทย์ที่จะเป็นผู้เริ่มต้นสนทนาในเรื่องนี้กับผู้ป่วย การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เป็นการดำเนินการเพื่อแสดงการกระทำที่เป็นอิสระของผู้ป่วย และเป็นการกำหนดเป้าหมายปลายทางชีวิตของผู้ซึ่งทราบว่าความตายกำลังเข้ามาถึง โดยได้มีการพูดคุยกับทีมสุขภาพว่าพวกเขาต้องการการรักษาอย่างไร

การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งที่ใช้บอกว่าจะอะไรคือสิ่งที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นกับร่างกายของตน ถ้าต้องกลายเป็นบุคคลผู้ไร้ความสามารถ เพราะผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกว่าตนจะตายอย่างไร วิธีแสดงเจตจำนงล่วงหน้าวิธีหนึ่ง คือ การเขียนพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่เขียนลงนามไว้เป็นหลักฐานที่จะอธิบายถึงความปรารถนาของผู้ป่วย เกี่ยวกับการยืดหรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นแนวทางในการที่ทีมสุขภาพใช้ในการตัดสินใจ โดยยึดถือตามความปรารถนาของผู้ป่วยและผู้ป่วยควรจะได้รับการยอมรับในพินัยกรรมชีวิตของเขาที่ได้ไตร่ตรองไว้แล้ว (Margaret & Alvita, 2002; McKEE, 1999; Nolan & Bruder, 1997; Rice, Beck & Stevenson, 1997; Robinson, 2001; Thelan et al., 1994b) ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยถึงทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต โดยได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 161 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากมีความเห็นว่าเป็นเรื่องสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก็สามารถที่จะแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับตนเองได้ โดยไม่ได้ทำการละเมิดสิทธิของผู้อื่น และไม่เป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานในเรื่องสิทธิมนุษยชน รวมทั้งไม่ขัดต่อเรื่องศีลธรรม และยังมีความคิดเห็นว่าควรมีกฎหมาย องค์กร หรือหน่วยงาน เป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อตรวจสอบ กำกับ ควบคุม ดูแล ให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และยุติธรรม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2541) ด้วยเหตุนี้ทำให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติ การพยาบาลในการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการพยาบาลมีการปฏิบัติพยาบาลในการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยมาก

เมื่อพิจารณาในด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย เป็นรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การปฏิบัติพยาบาลโดยไม่ขัดกับค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย (ตาราง 6) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลทุกคนมีสิทธิในการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของตนเอง (Davis & Aroskar, 1991) โดยพยาบาลมีหน้าที่ทางจริยธรรมในการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้การยอมรับในคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจตามคุณค่า ความเชื่อของตนเอง (Ford, Trygstant -



durland, and Nelms, 1979; Hyum, 2002) เพราะคุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วยหรือบุคคลที่ใกล้ซิดจะมีผลต่อการตัดสินใจยอมรับ/ปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Kleffens et al., 2003) ในกรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย และคุณค่า ความเชื่อของพยาบาลหรือคุณค่าเชิงวิชาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการเคารพเอกลัทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Thelan et al., 1994a) อย่างเช่นผู้ป่วยนิยายยะโฮวส์ วิตเนสส์ มีความเชื่อว่าการได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการตาย และเชื่อว่าถ้าใครได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดผู้นั้นจะถูกสาปแช่งไปตลอดชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยนิยายยะโฮวส์ วิตเนสส์ปฏิเสธการเปลี่ยนถ่ายเลือดถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เขาถึงแก่ชีวิตก็ตาม (Gyamfi, Gyamfi, and Berkowitz, 2003) แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะใกล้ตาย ทีมสุขภาพก็ควรเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยการยอมรับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยและยอมรับในการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายมักจะต้องการที่จะตายตามธรรมชาติมากกว่าที่จะยืดชีวิตให้ยาวขึ้น (Sullivan, 2002) ซึ่งจากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 69 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 46 ขอยุติการรักษา ร้อยละ 32 ให้ทำตามธรรมชาติ และร้อยละ 23 ให้แพทย์ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Silveira, DiPiero, Gerrity, and Feudtner, 2000) ดังนั้นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามคุณค่า ความเชื่อของตน โดยปราศจากการแทรกแซงจากบุคคลอื่น เป็นการแสดงถึงการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Atkins, 2000)

พยาบาลควรตระหนักในความเป็นบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคุณค่า เป้าหมายของชีวิต ศักดิ์ศรีและความเป็นเอกภาพของบุคคล รวมถึงการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล (Davis & Aroskar, 1991) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ตระหนักในความแตกต่างของค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของแต่ละบุคคล และเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Hyum, 2002) ดังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 1 มาตรา 4 ที่ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” (พรจันทร, 2541) จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติการพยาบาลตามค่านิยม คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาลในขั้นนี้สูงสุด

สำหรับการปฏิบัติของพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกอย่างอิสระเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ โดยไม่ขัดต่อกฎหมายหรือละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ตาราง 6) แสดงให้เห็นว่า พยาบาล

ได้ปฏิบัติการพยาบาลในการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการพิจารณาทางเลือก และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับหลังจากได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ปราศจากการควบคุม บังคับ หรือแทรกแซงจากผู้อื่น แต่เกิดจากการคิดพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างสุ่มรอบคอบแล้ว (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) เช่นเดียวกับลิปตัน (Lupton, 2003) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความสามารถในการตัดสินใจ ก็สามารถที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับได้ด้วยเหตุผลของเขาเอง และการที่แพทย์พยายามชักจูงให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจถือว่าการละเมิดเอกลัทธิของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันการรักษามีทางเลือกมากมายหลากหลายไม่เพียงแต่การรักษาแผนปัจจุบันเท่านั้น (Keegan, 2001) ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหาทางเลือกที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตน โดยไม่ขัดต่อกฎหมายหรือละเมิดสิทธิของผู้อื่น ดังเช่นการศึกษาของโรเจอร์ (Rogers, 2002) ที่ได้ศึกษาถึงทัศนคติของพยาบาลต่อการเคารพอเอกลัทธิของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวดหลัง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการใช้การรักษาแบบผสมผสานตามความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วย แต่ก็ยังใช้การควบคุมความปวดด้วยการรักษาแผนปัจจุบันคือการใช้ยาแก้ปวด และมีการศึกษาถึงความมีอิสระในการจัดการกับตนเอง และการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง หรือ ผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Cardol, De Jong, and Ward, 2002) พบว่า การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะทางยามาเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ความสำคัญให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการจัดการกับตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากการยับยั้งจากบุคคลอื่น และให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างอิสระตามความปรารถนาของตนเอง จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้และการปฏิบัติการพยาบาลต่อข้อนี้สูงสุด

#### 4. ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย

ในด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ (ตาราง 7) สำหรับการรับรู้ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ (ตาราง 7) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลในการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยมากขึ้น จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 3 มาตรา 30 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในร่างกาย” (พรจันท์, 2541) นั้น หมายความว่า ทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะกระทำการใดกับร่างกายของตนเองได้ เมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว ซึ่งการกระทำที่อิสระ หมายถึงสิทธิที่จะกระทำอย่างอิสระในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะเป็นการแสดงถึงทางเลือกของบุคคลที่ผ่านการ

ตระหนักรู้ภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตนเองในการกระทำตามทางเลือกนั้น เช่นสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Miller, 1981 cited by Mallik, 1997a) และการกระทำที่อิสระ เป็นผลมาจาก การที่ได้ตัดสินใจอย่างอิสระ (Wright, 1987 cited by Scott et al., 2003) ดังนั้นอีกองค์ประกอบหนึ่งของการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย คือ การให้ผู้ผู้ป่วยได้กระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระ หากผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจ แม้ที่มสุขภาพจะไม่เห็นด้วยก็ตาม เนื่องจากพยาบาลอาจมีความเชื่อที่แตกต่างจากผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อทางศาสนาซึ่งจะต้องให้ความสำคัญมาก อย่างเช่นในผู้ป่วยมุสลิมที่มีความเจ็บป่วย บางครั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่ยอมให้มีการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากเชื่อว่าความตายที่จะเกิดขึ้นเป็นพระประสงค์ของพระอัลลอห์ จึงพร้อมที่จะตายเพื่อที่จะได้มีชีวิตอยู่กับพระอัลลอห์บนสวรรค์ (นุรุดดิน, 2540; Ott, Al-Khadhuri, and Al-Junaibi, 2003) หรือผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ จะถูกสอนให้ยอมรับในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย มีการยอมรับในการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ไม่ยอมรับในการทำเมตตามรณะ (Northcott, 2002) เนื่องจากศาสนาพุทธได้สอนว่าการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายเป็นบาป เพราะการเกิดเป็นมนุษย์เป็นสมบัติที่ได้โดยยาก เมื่อได้แล้วก็ไม่ควรปล่อยให้เสียเปล่า (คณาจารย์แห่งโรงพยาบาลเชียงใหม่, 2538) ที่มสุขภาพที่มีความเชื่อทางศาสนาต่างจากความเชื่อของผู้ป่วย อาจนำไปสู่การละเมิดเอกลัทธิของผู้ป่วย หากที่มสุขภาพไม่ยินยอมให้ผู้ผู้ป่วยกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระ

มีการศึกษาวิจัยที่สะท้อนถึงความคิดเห็น และการปฏิบัติของที่มสุขภาพในการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยในเรื่องนี้ ดังเช่นการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) ซึ่งพบว่าพยาบาลร้อยละ 70.1 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยต้องสามารถผลัดผ่อนเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่รีบด่วนได้หากขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับการรักษา และร้อยละ 59.7 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้หากรู้สึกไม่แน่ใจต่อวิธีการรักษาพยาบาลนั้นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) ซึ่งพบว่า แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย โดยมีประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การยินยอมให้ผู้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนอยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นถึงการละเมิดเอกลัทธิในการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ได้แก่การศึกษาเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติของแพทย์และความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า แพทย์ร้อยละ 82 ยกเลิกการรักษาที่คิดว่าไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโดยแพทย์ตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียว และร้อยละ 34 ยังคงให้การรักษาที่ยืดชีวิตแม้ว่าผู้ป่วยหรือผู้แทนของผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการรักษา (Asch, Hansen-Flaschen, and Lanken, 1995)

เช่นเดียวกับการศึกษาของเพรินเดอร์กัส และลูซ (Prendergast & Luce, 1997) ที่พบว่า แพทย์จะปฏิเสธคำขอร้องในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยหมดหวัง และการศึกษาของเคล็ฟเฟนส์ และคณะ (Kleffens et al., 2003) พบว่า แพทย์ได้ใช้อำนาจในการชักจูงให้ผู้ป่วยทำการรักษาตามที่แพทย์เชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเคารพเอกสิทธิ์ในเรื่องนี้ อย่างเช่นการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ต่อสิทธิในการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น หากกลัวเกิดอันตรายต่อชีวิตตนเองโดยแสดงเจตจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อพิจารณาในด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย เป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาได้ (ตาราง 7) ซึ่งการให้บุคคลได้กระทำตามความเชื่อทางศาสนาถือเป็นหัวใจสำคัญของการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย เพราะในการรักษาพยาบาล นอกจากจะให้การดูแลทางด้านร่างกายและจิตสังคมแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยด้วย (Clark, 2000) ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาได้ก็ถือเป็นการดูแลทางด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพราะศาสนาเป็นแหล่งที่พึ่งทางใจของทุกคน (Hodges & Scofield, 2002) ยิ่งบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยย่อมต้องการที่พึ่งทางใจมากเป็นพิเศษ (Keegan, 2001) ดังนั้นเมื่อพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นซึ่งก็หมายถึงสุขภาพกายก็จะดีตามมาได้ ซึ่งจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา พบว่า ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสิทธิที่จะสามารถปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาได้อยู่ในระดับมาก (จินตา, 2543; นาถฤดี และคณะ, 2544; สมลักษณ์ และบุญนำ, 2541) และจากการศึกษาของเอทแมน, ออท, ซอตท์, แฮมปา, และแฮนเซน-ฟาสเชน (Ehman, Ott, Short, Ciampa, and Hansen-Flaschen, 1999) ที่ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการให้แพทย์ได้ถามถึงความเชื่อทางศาสนาของตน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงต้องการให้แพทย์ได้ถามถึงความเชื่อทางศาสนาของตน เพราะการได้พูดคุยถึงความเชื่อทางศาสนาจะเพิ่มความเข้าใจและมีการสื่อสารที่ดีขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยร้อยละ 94 บอกว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งที่แพทย์ควรจะถามถึงความเชื่อของตนถ้าตนต้องกลายเป็นบุคคลที่ป่วยหนัก และผู้ป่วยร้อยละ 45 บอกว่าความ

เชื่อทางศาสนาจะมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาถ้าตนได้กลายเป็นบุคคลที่ป่วยหนัก เช่นเดียวกับที่เมอร์ฟี, อัลเบิร์ต, เวเบอร์, เดลบีเน่, และโรล์แลนด์ (Murphy, Albert, Weber, Del Bene, and Rowland, 2000) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการตัดสินใจในการยึดชีวิตผู้ป่วย และจากการศึกษาของอัจฉรา (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92.5 ได้ใช้วิธีการประกอบศาสนกิจ และใช้หลักธรรมทางศาสนาในการบรรเทาความทุกข์ทางใจด้วยการละเว้นความชั่ว การทำความดี และทำใจให้บริสุทธิ์ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจตามความเชื่อทางศาสนามากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาลในข้อนี้มาก

## 2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการเปิดเผยข้อมูล ( $p < .01$ ) ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ( $p < .0001$ ) และโดยรวมทุกด้าน ( $p < .05$ ) (ตาราง 8) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการรับรู้ว่าตนเองได้ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ในด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย และโดยรวมทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก

2.1 มนุษย์แต่ละคนย่อมมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสรีระ ทัศนคติ ความต้องการ ความตั้งใจ ประสบการณ์เดิม ระดับการศึกษา (วิภาพร, ม.ป.ป.) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีการศึกษาสูงกว่าผู้ป่วย จึงอาจเป็นไปได้ที่ทำให้พยาบาลมีการรับรู้มากกว่าผู้ป่วย เช่นเดียวกับที่กันยา (2540) ได้กล่าวไว้ว่า อิทธิพลของสังคมและลักษณะของวัฒนธรรมเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้แต่ละคนมีการรับรู้สิ่งต่างๆแตกต่างกันออกไป และสมพักตร์ (2543) ที่กล่าวว่า การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะแสดงการรับรู้ในลักษณะของการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ทั้งนี้เป็นเพราะพยาบาลเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเองที่จะต้องกระทำตามบทบาท

หน้าที่แห่งวิชาชีพ ประกอบกับพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงให้คะแนนการปฏิบัติของตนเองที่ต้องปฏิบัติไปตามบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติสูง ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติที่คนเราย่อมมีการประเมินตนเองสูงกว่าที่ผู้อื่นประเมิน ดังที่วิภาพร (ม.ป.ป.) กล่าวว่า โดยปกติคนเราจะรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวก จึงทำให้ภาพพจน์ที่ตนเองมองตนเองคลาดเคลื่อนจากการรับรู้ของผู้อื่นได้

ในประเทศไทยมีการศึกษาและงานวิจัยที่แสดงถึงการรับรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติ การพยาบาลที่สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างเช่น การศึกษาของสุรตณี (2543) เรื่อง “ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้” พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติ การพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บมากกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ทุกด้านและโดยรวม เช่นเดียวกับวรชราพร (2545) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด ผลพบว่า คะแนนการรับรู้ถึงพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลสูงกว่าคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ อิศยา และนงนุช (2542) เรื่อง “พฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ให้บริการ” ซึ่งพบว่า พยาบาลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยทั้งรายด้าน และโดยรวมสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ และการศึกษาถึงมิติการดูแลของการพยาบาลไทย โดยปิฎกาภรณ์ และคณะ (2537) พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ที่ตนได้ให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ รวมทั้งการศึกษาถึงความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยศรียรรณ (2539) พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ที่ตนมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ การศึกษาของกัญญารัตน์, ประไพ, และหทัยรัตน์ (2543) เรื่อง “การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์” พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้

2.2 มีสิ่งรบกวนการรับรู้ของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ เนื่องจากความรุนแรงจากภาวะความเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่ มีผลให้เกิดความเครียด ความกลัว หรือความวิตกกังวล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย เช่นต้องมาอยู่ร่วมกับคนจำนวนมาก มีแสง สี เสียงรบกวน จึงทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลลดน้อยลง (วิภาพร, ม.ป.ป.) อย่างเช่นจากการศึกษาของสมฤดี (2544) เรื่อง “การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิ

ผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม” โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ รวดตามแผนที่กำหนดและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีการรับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดแบบรวดตามแผนที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจะไม่มีเวลาใน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และมีสิ่งรบกวนการรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจาก ความรุนแรงจากความเจ็บป่วย ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ สถิติปัญญา ความ เข้าใจ และการแปลความหมายของการสัมผัส จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมีการ รับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบรวดตามแผนที่กำหนด ซึ่งในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดแบบรวดตามแผนที่กำหนด จะมีเวลาในการเตรียมตัว มีประสบการณ์อยู่ในหอ ผู้ป่วยมากกว่า และพยาบาลมีเวลาในการวางแผนการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่าง เต็มที่ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วนเพื่อขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดลดลง จึงทำให้มีการรับรู้ถึงการ ปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และจากการศึกษาของ ประไพรัตน์ (2543) เรื่อง “กิจกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดตามการรับรู้ของตนเองและ พยาบาล” ซึ่งพบว่า มารดาวัยรุ่นที่อยู่ในระยะคลอดมีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าการรับรู้ของพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีสิ่งรบกวนการรับรู้ จากการที่มีอาการ เจ็บครรภ์มาก ทำให้สภาพจิตใจ และสภาพอารมณ์เครียดมาก ความสามารถในการรับรู้สิ่งต่างๆ ลดลง หรือผิดพลาดได้ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถประเมินการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาล เป็นผู้กระทำได้อย่างครบถ้วน

2.3 การสื่อสารหรืออธิบายถึงรายละเอียดของพฤติกรรมที่พยาบาลได้ปฏิบัติไม่เพียงพอ หรือขาดการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงสิ่งที่ตนกระทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงการปฏิบัติของ พยาบาล หรือรับรู้ไม่ตรงกับสิ่งที่พยาบาลได้กระทำจริง การสื่อสารจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยรับรู้อย่างถูกต้อง ดังเช่นวาสิณี (2542) ที่กล่าวไว้ว่า ทักษะของการติดต่อสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ การดูแลผู้รับบริการเป็นไปได้อย่างดี บ่อยครั้งที่ปัญหาต่างๆ ในวิชาชีพเกิดจากปัญหาของการขาด ทักษะการติดต่อสื่อสารเป็นสำคัญ หรืออีกเหตุผลอาจเป็นเพราะว่าพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ความสำคัญสูงต่อการทำงานประจำให้เสร็จตามเวลา (สายพิณ, 2537) และภาระงานไม่ เหมาะสมกับอัตรากำลังของบุคลากร (วัลภา, 2537) จำนวนพยาบาลมีน้อยไม่เพียงพอกับจำนวน ผู้ป่วยหรือปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย พยาบาลต้องรีบทำงานที่เร่งด่วนสำคัญเพื่อให้ทันกับ เวลา และภายหลังให้ข้อมูลแล้วพยาบาลให้เวลาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามน้อย และอาจมี

ผู้ป่วยที่ไม่กล้าซักถามข้อสงสัยเพราะเกรงใจพยาบาลหรือไม่รู้ว่าจะถามอะไร ในขณะที่เดียวกันเมื่อพยาบาลไม่ได้ซักถามข้อสงสัยของผู้ป่วยโดยตรงใช้เพียงแต่การสังเกตเท่านั้น พยาบาลจึงคิดว่าผู้ป่วยได้เข้าใจข้อมูลทั้งหมดที่ตนได้อธิบายไปแล้ว จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ว่าคุณได้ปฏิบัติตามพยาบาลมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งจากการศึกษาถึงการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยเพ็ญฉาย (2542) พบว่า การปฏิบัติตามพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้นไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระให้กับกระบวนการรักษาพยาบาล แต่มีปัญหาอุปสรรคในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ บุคลากรมีน้อย ปริมาณงานมาก และผู้ป่วยไม่กล้าซักถามแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญวดี และจรัสศรี (2541) ที่พบว่า ปัญหาการปฏิบัติตามพยาบาลจิตสังคมมีสาเหตุจากการที่มีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลจิตสังคม

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า ในด้านการเปิดเผยข้อมูล คณะแผนกเฉื่อยตามการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าคณะแผนกเฉื่อยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีการประกาศใช้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2540 คำประกาศสิทธิผู้ป่วยปี พ.ศ. 2541 (สภาการพยาบาล, 2541) พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารปี พ.ศ. 2540 (วิสูตร และคณะ, 2545) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคปี พ.ศ. 2522 (วิสูตร, จันทรพิมพ์, และอัจฉรา, 2545) จึงทำให้พยาบาลมีความตระหนักและปฏิบัติในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับในอดีตที่เคยปฏิบัติ จึงอาจทำให้พยาบาลมีการรับรู้ว่าคุณได้ปฏิบัติตามพยาบาลในประเด็นนี้สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ในต่างประเทศก็มีการศึกษาที่แสดงถึงการรับรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติตามพยาบาลที่สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างเช่นการศึกษา เรื่อง “เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรมและพยาบาลในเรื่องเอกสิทธิ์ ความเป็นส่วนตัว และความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวในการปฏิบัติตามพยาบาล” โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรม 275 คน และพยาบาล 222 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีคะแนนการรับรู้ถึงการปฏิบัติตามพยาบาลในเรื่อง เอกสิทธิ์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่จริง และการให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษา ในเรื่องการปกป้องความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย และในเรื่องการขอความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวสูงกว่าคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย (Leino-Kilpi et al., 2003) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสกอต และคณะ (Scott et al., 2003) เรื่อง “การรับรู้เกี่ยวกับเอกสิทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุใน 5 ประเทศของยุโรป” พบว่า ในด้านการให้ข้อมูลของพยาบาล/การได้รับข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาลทั้ง 5 ประเทศ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในด้านการให้ข้อมูลสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้ให้ข้อมูลจากพยาบาล แสดงว่า พยาบาลมีการรับรู้ว่าคุณได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ สำหรับในด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่า ส่วนใหญ่



พยาบาลทั้ง 5 ประเทศมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย แสดงว่า พยาบาลมีการรับรู้ที่ตนได้ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ในด้านนี้ไม่แตกต่างกัน

ในด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของพยาบาล สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สุนีย์, 2543) จึงทำให้พยาบาลได้ให้โอกาสผู้ป่วยในการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจมากขึ้น และมีการรับรู้ที่ตนเองได้ปฏิบัติตามพยาบาลในประเด็นนี้มากกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย เพราะว่าในอดีตพยาบาลมักจะตัดสินใจและกระทำตามที่ตนได้ตัดสินใจโดยไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เมื่อพยาบาลได้ให้โอกาสผู้ป่วยในการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจจึงทำให้คิดว่าตนได้ปฏิบัติตาม

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ได้ให้อิสระแก่ผู้ป่วยที่จะกระทำการใดตามความปรารถนาของตนเอง ให้อิสระในการคิด ตัดสินใจ จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือแทรกแซงจากผู้อื่น แต่เกิดจากการตัดสินใจที่มีการพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตัวผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของตนเองมากขึ้น และตัวผู้ให้บริการมีการศึกษามากขึ้น จึงทำให้มีความต้องการที่จะตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง ต้องการความเป็นอิสระในการเลือกตัดสินใจที่มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วเกี่ยวกับทางเลือกของแผนการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สำหรับตน จึงทำให้ผู้ให้บริการมีการพิทักษ์สิทธิของตนเองมากขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของ

ผู้ป่วย ในด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย และโดยรวมทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลมีภาระงานมากต้องรีบทำงานที่เร่งด่วนสำคัญเพื่อให้ทันกับเวลา จึงอาจมีการสื่อสารหรืออธิบายถึงรายละเอียดของพฤติกรรมพยาบาลไม่เพียงพอ หรือขาดการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงสิ่งที่ตนกระทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาล หรือรับรู้ไม่ตรงกับสิ่งที่พยาบาลได้กระทำจริง และสำหรับตัวผู้ป่วยเนื่องจากมีภาวะความเจ็บป่วย มีผลทำให้เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการปฏิบัติพยาบาลลดน้อยลง จึงเป็นเหตุให้การรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย