

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดของการเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy)
2. สิทธิ กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วย
3. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมเอกลิทธิของผู้ป่วย

#### *แนวคิดของการเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy)*

พยาบาลในฐานะวิชาชีพที่สังคมให้เกียรติยกย่อง ถือเป็นวิชาชีพที่เสียสละต่อปวงมนุษยชาติ สังคมจึงคาดหวังว่าพยาบาลต้องเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยคุณธรรม จริยธรรม มีความเมตตา กรุณา อุทิศตนเพื่อประโยชน์สุขต่อส่วนรวม มุ่งเน้นการบริการแก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เขาเหล่านั้นพ้นจากความทุกข์ทรมาน และให้การดูแลผู้มาใช้บริการอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยทุกรายแม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม โดยจะต้องให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งการกระทำเช่นนี้ถือเป็นการเคารพในความเป็นบุคคลของเขา และแสดงถึงการเคารพเอกลิทธิ (autonomy) ของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยทุกคนต้องการการเคารพ ให้เกียรติยกย่องในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีสิทธิในการตัดสินใจจัดการกับชีวิตของตนเองอย่างอิสระ หากพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามที่ได้กล่าวข้างต้นก็จะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

#### *ความหมายของเอกลิทธิ (autonomy)*

เอกลิทธิ หรือ autonomy เป็นคำภาษากรีก โดยคำว่า “autos” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “self” ซึ่งแปลว่า ตัวเอง และคำว่า “nomos” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “rule” ซึ่งแปลว่า กฎระเบียบ การปกครอง หรือคำว่า “governance or law” ซึ่งแปลว่า อำนาจในการปกครอง การควบคุม กฎหมาย กฎข้อบังคับ (Beauchamp & Childress, 1989; 2001; Hyland, 2002)

นอกจากนี้ ฮอลล์ (Hall, 1996) กล่าวว่า “autonomy” มาจากภาษาละติน โดยคำว่า “auto” หมายถึง “self” แปลว่า ตัวเอง และ “nomy” หมายถึง “control” แปลว่า การควบคุม ดังนั้น autonomy ในความหมายของ ฮอลล์ หมายถึง ความเป็นเอกสิทธิ์ที่กฎหมายบัญญัติขึ้นเพื่อคุ้มครองอำนาจส่วนบุคคลในการตัดสินใจ และลงมือกระทำในสิ่งที่เขาต้องการ หรือการควบคุมดูแลตนเอง แต่เอกสิทธิ์นี้ไม่ได้มีความสมบูรณ์ถาวรอยู่ในตัวของมัน บางคนอาจถูกจำกัดอำนาจส่วนบุคคลในการกระทำใดๆเนื่องจากข้อจำกัด หรือเงื่อนไขต่างๆ ตัวอย่างเช่น เด็กเล็ก บุคคลที่ถูกตัดสินใจให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ บุคคลที่สภาพจิตไม่ปกติ นักโทษหรือผู้สูญเสียอิสรภาพ ผู้คนในกองทัพ ทหาร นักเรียนในโรงเรียน คำว่า autonomy ในกรีกสมัยแรกๆใช้ในความหมายว่า “self-rule or self-governance” ซึ่งหมายถึง การปกครองตนเองโดยตนเอง นอกจากนี้ยังรวมไปถึง ความหมายของ “liberty” ซึ่งหมายถึง อิสรภาพ เสรีภาพของบุคคล ที่เกิดจากความสมัครใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมตามที่ตนเองปรารถนา (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) ซึ่งสติธย์ (2541) ได้ให้ความหมายของเสรีภาพ (liberty) ไว้ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น หรือภาวะที่ปราศจากการถูกหน่วงเหนี่ยวขัดขวาง สรุปคือ เป็นอำนาจในการที่จะกำหนดชีวิตของตนเอง

มิลเลอร์ (Miller, 1981 cited by Mallik, 1997a) ได้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ไว้ 4 ความหมายดังนี้ คือ (1) การกระทำที่อิสระ (free action) หมายถึง สิทธิของการกระทำที่อิสระในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (2) การพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ (effective deliberation) หมายถึง กระบวนการคิด ตัดสินใจอย่างมีเหตุผลที่ผ่านการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว (3) ลักษณะที่เชื่อถือได้ ยอมรับได้ หรือความเป็นจริง (authenticity) หมายถึง การตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคล ที่สอดคล้องกับคุณค่า และความต้องการที่แท้จริงของตน (4) การสะท้อนกลับในแง่ของจริยธรรม (moral reflection) หมายถึง การแสดงถึงทางเลือกของบุคคลที่ผ่านการตระหนักรู้ภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตนเองในการกระทำตามทางเลือกนั้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ที่คล้ายคลึงกับที่กล่าวข้างต้น ได้แก่ แมคโดนัลด์ (MacDonald, 2002) และไฮแลนด์ (Hyland, 2002) ซึ่งได้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ไว้ว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการปกครองตนเอง เช่นเดียวกับที่แลน, เดวี, อัลเดน, และลาจ (Thelan, Davie, Urden, and Lough, 1994a) ที่ได้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ไว้ว่า ความเป็นอิสระของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองโดยปราศจากการควบคุมแทรกแซงจากบุคคลอื่น และความเป็นอิสระในการกระทำตามทางเลือกหรือการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งถือเป็น

สิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน ส่วนมิลล์ (Mill) นักปรัชญาทฤษฎีประโยชน์นิยม ได้ให้ความเห็นว่า เอกสิทธิ์ คือความคิดและการกระทำส่วนบุคคลของคน และสังคมจะควบคุมการกระทำของบุคคลให้ถูกต้องโดยอาศัยสิทธิตามกฎหมาย เพื่อป้องกันการกระทำที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 1989; Edge & Groves, 1999) นอกจากนี้ มากาเร็ต และอัลวิตา (Margaret & Alvita, 2002) ได้ให้ความหมายของเอกสิทธิ์ไว้ว่า เป็นการแสดงถึงความอิสระของแต่ละบุคคลในการพิจารณาทางเลือกเกี่ยวกับประเด็นที่มีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคล และทำการตัดสินใจด้วยตัวของตนเองโดยปราศจากการควบคุม บังคับขู่เข็ญจากผู้อื่น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ 4 ประการได้แก่ (1) บุคคลที่เป็นอิสระ (autonomous person) จะต้องได้รับการเคารพในความเป็นอิสระ (2) บุคคลที่เป็นอิสระ จะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจสู่เป้าหมายของตน (3) บุคคลที่เป็นอิสระ จะต้องเข้าใจความหมายของการพิจารณาทางเลือก และการไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วจากทางเลือกหลายๆทาง ขณะเดียวกันเข้าใจถึงความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ และ (4) บุคคลที่เป็นอิสระ จะต้องมีความอิสระในการกระทำบนทางเลือกที่ได้เลือกไว้

เอกสิทธิ์ของผู้ป่วยลดลงได้จากปัจจัยต่างๆ ซึ่งสก็อต และคณะ (Scott et al., 2003) ได้กล่าวไว้ว่า เอกสิทธิ์ของผู้ป่วยจะลดลงได้ เกิดจากทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน เช่น ความสูงอายุ ทำให้มีการสูญเสียการเห็น การได้ยิน หรือความสามารถทางด้านร่างกายลดลง สภาพจิตใจผิดปกติ และปัจจัยภายนอก เช่น การจัดระเบียบในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นแบบแผนไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากแบบแผนที่วางไว้ และจากการศึกษาของ พรูท, อะบู-เสด, ออร์ซาว, และสตีเวนส์ (Proot, Abu-Saad, Oorsouw, and Stevens, 2002) เรื่อง “เอกสิทธิ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูตามการรับรู้ของทีมสุขภาพในบ้านพักคนชรา” พบว่าเรื่องของเอกสิทธิ์ความจริงแล้วไม่ได้เป็นสิ่งที่คงที่แน่นอน จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสภาพของบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เอกสิทธิ์จะลดลงเมื่อเทียบกับก่อนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพราะเมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สภาพร่างกาย ภาวะลักษณะ และทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลง ผลจากการไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วย และสภาพทางอารมณ์ขณะเริ่มเข้ารับการรักษาตัว จะทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นเอกสิทธิ์จึงลดลง และระหว่างอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เอกสิทธิ์ของผู้ป่วยจะค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากกระบวนการเรียนรู้ สิ่งสำคัญในขณะนี้คือกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่ระยะจำหน่ายโดยเร็วในระยะนี้เอกสิทธิ์ของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นมากที่สุด เพราะได้อิสระ ปราศจากความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่ขัดขวางเอกสิทธิ์ใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค การไร้ความสามารถ ภายหลังที่เป็นโรค การเป็นโรคต่างๆร่วมด้วย รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกหมดหวัง ในชีวิต ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมเอกสิทธิ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการมีความริเริ่มตั้งใจพึ่งตนเอง การมีความหวังในชีวิต และการมีความรับผิดชอบในตัวเอง

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของเอกสิทธิ์ได้ว่า คือความสามารถของ บุคคลในการตัดสินใจ ปกครอง บริหารจัดการเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระปราศจากการควบคุม บังคับแทรกแซงจากบุคคลอื่น แต่เกิดจากการตัดสินใจที่มีการพิจารณาอย่างสุ่มรอบคอบแล้ว ภายใต้อุณหภูมิ ความเชื่อของตนเอง

#### *การเคารพเอกสิทธิ์ (respect for patient autonomy)*

การเคารพเอกสิทธิ์ผู้ป่วยมีเหตุผลทางจริยธรรม 2 ประการคือ (1) มนุษย์ทุกคนมีความ สามารถในการตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง ดังนั้นการเคารพเอกสิทธิ์จึงเป็นหนทางหนึ่ง que แสดงถึง การเคารพบุคคลในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (2) ทีมสุขภาพต้องการนำหลักการของการเคารพเอกสิทธิ์ ผู้ป่วยมาใช้ในการพิจารณาประเด็นจริยธรรมของการปกครองตนเองของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ละเมิดเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย แต่เป็นการส่งเสริมและพิทักษ์รักษาการปกครองจัดการตนเองของผู้ป่วย (Quinn & Smith, 1987) ซึ่งคานท์ (Kant) นักปรัชญาทฤษฎีหน้าที่นิยม ได้ให้ความเห็นว่า การเคารพ เอกสิทธิ์ของบุคคลมีผลมาจากการยอมรับว่าทุกคนมีคุณค่า (value) และบุคคลแต่ละคนมีความ สามารถในการกำหนดโชคชะตาของตนเอง การละเมิดความเป็นอิสระของบุคคลถือเป็นการ กระทำที่ไม่ถูกต้อง และเป็นความล้มเหลวในการเคารพเอกสิทธิ์ของบุคคล (Beauchamp & Childress, 1989; Edge & Groves, 1999) นอกจากนี้คานท์ (Kant) ยังได้กล่าวไว้ว่า “บุคคลใด ไม่ควรใช้บุคคลอื่นเป็นวิถีเพื่อที่จะให้บรรลุตามเป้าหมายของตนเอง บุคคลควรพิจารณาเลือก ตัดสินใจในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ด้วยการให้ความสำคัญเป็นส่วนบุคคลมากกว่าการใช้ ประโยชน์จากบุคคลอื่น” (Hall, 1996) และแมคโดนัลด์ (MacDonald, 2002) ได้ให้ความหมายของ การเคารพเอกสิทธิ์ไว้ว่า หมายถึง การไม่เข้าไปก้าวก่ายในชีวิตส่วนบุคคลของผู้อื่น รวมทั้งมิลล์ (Mill, 1974 cited by Edge & Groves, 1999) ได้ให้ความเห็นว่า การเคารพเอกสิทธิ์ คือ การจะกระทำ การใดต่อบุคคลอื่นในสังคมจะต้องยึดถือจุดประสงค์เดียวกัน คือจะต้องป้องกันอันตรายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งประชาชน และควรเปิดโอกาสให้บุคคลมีการพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจด้วยตนเอง อย่างอิสระภายใต้หลักจริยธรรมในการเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล และรวมถึงให้ความ

มันใจโดยไม่มีการก้าวก้าว หรือขัดขวางจากผู้อื่นในการแสดงความคิดอย่างอิสระ แต่มีผู้ให้การดูแลในทีมสุขภาพจำนวนน้อยที่จะให้ความอิสระแก่ผู้ป่วยในการทำการตัดสินใจตามทางเลือกของตัวเอง เพราะส่วนมากจะกระทำโดยยึดหลักการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ดังนั้นการเคารพเอกสิทธิ์ จึงหมายถึง การให้อิสระแก่บุคคลในการปกครอง จัดการกับตนเองโดยปราศจากการควบคุมบังคับ และแทรกแซงโดยบุคคลอื่น หรือไม่มีข้อจำกัดใดๆทั้งสิ้น เช่น ความเข้าใจไม่เพียงพอในเรื่องนั้นๆ การถูกขัดขวางทางเลือกที่สำคัญสำหรับตน (Beauchamp & Childress, 1989)

การแสดงการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยทำได้ในหลายลักษณะ เช่น รูดนิค (Rudnick, 2002) กล่าวว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของตน แต่ขณะเดียวกันก็อาจจะปฏิเสธการรักษาได้เมื่อทราบถึงการพยากรณ์โรคของตนแล้ว ส่วนทอมคิน และฮานาฟิน (Tomkin & Hanafin, 1995 cited by Hyland, 2002) มีความคิดเห็นว่าการเซ็นยินยอมเป็นการแสดงถึงการเคารพเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล โดยกฎหมายได้กำหนดว่าทีมสุขภาพสามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้ถ้าผู้ป่วยได้เซ็นยินยอมรับการรักษานั้น ยกเว้นผู้ป่วยที่อายุน้อย ไม่มีความสามารถในการเซ็นยินยอมได้ หรือในกรณีเร่งด่วน หากทีมสุขภาพได้ทำการรักษาพยาบาลโดยปราศจากการเซ็นยินยอมจากผู้ป่วย ถือว่ามีความผิดฐานละเมิดเอกสิทธิ์ของผู้อื่นในการตัดสินใจของบุคคลที่ว่าจะอะไรควรทำอะไรไม่ควรทำกับร่างกายของตนเอง ซึ่งสิทธิในการยอมรับ หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ถือเป็นแนวคิดพื้นฐานในการเคารพเอกสิทธิ์ผู้ป่วย (Beauchamp & Childress, 1989) สก็อต และคณะ (Scott et al., 2003) ได้กล่าวไว้ว่า ความแตกต่างของวัฒนธรรม ความแตกต่างของคุณค่า ความเชื่อ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของแต่ละบุคคล ก็จะมีผลต่อการเคารพเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล วัดสัน (Watson, 1994 cited by Scott et al., 2003) อธิบายว่า นโยบายหรือกฎหมายที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศก็จะทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน เช่นในเรื่องการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย พบว่า ในประเทศอังกฤษผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการให้อาหารทางสายยาง แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับอาหารทางสายยาง จากการศึกษาเรื่องนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะไม่ได้รับการเคารพเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล เพราะทีมสุขภาพของทั้ง 2 ประเทศ ไม่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าจะรับอาหารทางสายยางหรือไม่แต่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยนั้นเป็นหลักจริยธรรมที่สำคัญสำหรับผู้ประกอบการงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Rogers, 2002) โดยผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลจะต้องมีการกระทำที่สอดคล้องคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Hyum, 2002)

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของการเคารพเอกลิทธิได้ว่า หมายถึง การให้อิสระแก่บุคคลในการตัดสินใจ ปกครอง บริหารจัดการเกี่ยวกับตนเอง โดยปราศจากการ ควบคุม บังคับแทรกแซงจากบุคคลอื่น แต่เกิดจากการตัดสินใจที่มีการพิจารณาอย่างสุ่ม รอบคอบแล้วภายใต้คุณค่า ความเชื่อของบุคคลนั้น

### องค์ประกอบของการเคารพเอกลิทธิ

ในการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยให้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์นั้น จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการตัดสินใจ (competence) สิ่งสำคัญในการเคารพเอกลิทธิของบุคคล คือบุคคลผู้ที่ได้รับการเคารพเอกลิทธิจะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจ (Lupton, 2003) และผู้ที่ถือว่ามีความสามารถในการตัดสินใจคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะทางอายุ มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ และสามารถให้เหตุผลในการพิจารณาทางเลือก สามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน ขณะนั้น หรือเหตุการณ์ที่คล้ายๆกันได้ถูกต้อง สามารถเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ สามารถให้เหตุผล ได้เมื่อมีข้อมูลสนับสนุน สามารถที่จะให้เหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์เมื่อมีข้อมูล สนับสนุน สามารถเข้าใจถึงเหตุผลที่แท้จริงในการตัดสินใจ

การที่ความสามารถในการตัดสินใจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่จะให้อำนาจตัดสินใจ อย่างอิสระแก่ผู้ป่วย เนื่องจากการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่า และความเชื่อจำเป็นต้องอาศัย ความสามารถในการคิด และตัดสินใจที่มีเหตุผล มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ หากพยาบาล ประเมินได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ก็สามารถยกเว้นการเคารพเอกลิทธิแก่ผู้ป่วย นั้นๆได้ เนื่องจากการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องในการเคารพเอกลิทธิ ได้แก่ ผู้เยาว์ ทารก เด็กเล็กที่ไม่สามารถที่จะตัดสินใจ โดยใช้เหตุผลได้ ต้องอาศัยผู้ปกครองช่วยในการตัดสินใจแทน หรือผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ไม่เข้าใจเหตุการณ์ ไม่มีเหตุผล มีความคิดอยาก ฆ่าตัวตาย ผู้ซึ่งถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยผู้อื่น ถูกข่มขู่บังคับ และผู้ป่วยที่มีอาการวิกลจริต หรือ อาการทางระบบประสาทที่อยู่ระหว่างการรักษา หรือใช้ยากล่อมประสาท (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) เช่นเดียวกับมารกาเร็ต และอัลวิตา (Margaret & Alvita, 2002) ที่ได้ให้ ความเห็นว่าบุคคลที่ถือว่ามีความสามารถในการตัดสินใจ คือบุคคลที่จะต้องมีความสมบัติดังนี้คือ (1) จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การพยากรณ์โรค

ทางเลือกของการรักษา ความเสี่ยง/ประโยชน์ของการรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรักษา แต่ละวิธี (2) จะต้องมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และการเข้าใจในทางเลือกของตนเอง (3) จะต้องมีคุณค่าและเป้าหมายเฉพาะบุคคล เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ และ(4) จะต้องมีความสามารถในการให้เหตุผล และการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบเกี่ยวกับทางเลือก ดังนั้นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยจะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจได้มากน้อยเพียงใด เหมาะสมที่พยาบาลจะให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตัวเองหรือไม่

2. การเปิดเผยข้อมูล (disclosure of information) การเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน (Schattner & Tal, 2002) ก่อนที่จะนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกที่จะให้ความยินยอม หรือปฏิเสธแผนการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับจากทีมสุขภาพ (Williamson & Livingston, 1992)

การเคารพเอกลัทธิในด้านการเปิดเผยข้อมูลนั้นในขณะที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมที่จะรับทราบข้อมูลเหล่านั้น และผู้ให้ข้อมูลต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอ ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นจริงไม่บิดเบือนข้อมูลหรือปกปิดข้อมูลเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ไม่เลือกให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่สอดคล้องกับคุณค่า และความเชื่อของตน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนไปใช้ในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลตามความต้องการที่แท้จริงของตน การให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเป็นจริง หรือมีการบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการนั้นถือว่าเป็นการไม่เคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า การเปิดเผยข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย อย่างเช่น งานวิจัยของเคลฟเฟินส์, บาร์เสน, และเลียวเวน (Kleffens, Baarsen, and Leeuwen, 2003) เรื่อง “การปฏิบัติทางการแพทย์ในเรื่องเอกลัทธิของผู้ป่วยและการปฏิเสธการรักษามะเร็งในมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิเสธการรักษามะเร็ง 30 คน และแพทย์ 16 คน ผลการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคและทางเลือกของการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นจริง จะทำให้มีการตัดสินใจปฏิเสธการรักษามะเร็งของผู้ป่วยน้อยลง และจากการศึกษาของ พรูท และคณะ (Proot et al., 2002) ในทีมสุขภาพจำนวน 27 คน เรื่อง “เอกลัทธิในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟู ตามการรับรู้ของทีมสุขภาพในบ้านพักคนชรา” พบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งระยะเริ่มเข้ารับการรักษาและระยะฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับเอกลัทธิส่วนบุคคล เพราะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้าของโรคที่ตนเป็นอยู่ จึงได้มีความพยายามที่จะวางแผนกับชีวิตของตนเองว่าจะจัดการกับ

ชีวิตต่อไปอย่างไรที่จะให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนงานวิจัยในองค์ประกอบของการเปิดเผยข้อมูล พบว่าเป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น” (สภาการพยาบาล, 2541) ซึ่งพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในด้านการให้ข้อมูลทั้งจากมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ป่วย และส่วนใหญ่พบว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากทีมสุขภาพ (กัลยาณี, 2543; จินตา, 2543; จิรนนท์, 2542; ชนุตรา และคณะ, 2540ก; 2540ข; ชื่นจิตต์, 2540; ทศนีย์ และคณะ, 2545; นาถฤดี, นงพงา, และจิรนนท์, 2544; เพชรรัตน์, วิชาสินี, และจุฬาลักษณ์, 2544; วิไล, 2544; วิจรรณ, 2540) ซึ่งจากการศึกษาทัศนคติ การรับรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลในมุมมองของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับพบว่า ผู้ให้บริการมีการรับรู้ และปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก อย่างเช่น การศึกษาของชนุตรา, สุพรรณณี, และวราภรณ์ (2540ก) เรื่อง “สิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมายในทฤษฎีของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร” ซึ่งศึกษาสิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมาย 7 ด้าน ได้แก่ (1) สิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ (2) สิทธิส่วนตัว สิทธิครอบครัว และสิทธิที่ได้รับการปกปิดข้อมูลความเจ็บป่วย (3) สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (4) สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้ (5) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล (6) สิทธิที่จะได้รับการชดเชย ความเสียหาย และ (7) สิทธิที่จะตาย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีทฤษฎีต่อสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวสูงสุด เช่นเดียวกับการศึกษาของชื่นจิตต์ (2540) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และเจตคติต่อสิทธิของผู้ป่วยกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยโดยส่วนรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) เรื่อง “สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและแพทย์ในภาคใต้ของประเทศไทย” ซึ่งพบว่า แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ด้านสิทธิที่จะ



ได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของทัศนีย์ และคณะ (2545) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี” พบว่า พยาบาลมีความตระหนักในสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลมีความตระหนักสูงที่สุดในด้านการได้รับข้อมูลเช่นเดียวกัน

ส่วนการศึกษาทัศนคติและการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลที่ควรจะได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการ และมีความคิดเห็นที่ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของชุนตรา และคณะ (2540ก) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวสูงสุด เช่นเดียวกับการศึกษาของไชยา และวชิระ (2542) เรื่อง “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาล” พบว่า ผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 - 97 มีความต้องการให้แพทย์บอกกล่าวข้อมูลข่าวสารเพื่อขอคำยินยอมให้การรักษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิวรรธ (2540) เรื่อง “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรับรู้ของผู้ป่วย: กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามธิบดี” ซึ่งพบว่า ถ้าหากผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจะรู้สึกพึงพอใจและยินดีในการรักษา และถ้าหากผลการรักษาโรคมียอดผิดพลาดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลตามสิทธิที่จะรู้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกวิตกกังวลกับการรักษาและโรคที่เป็นอยู่และถ้าการรักษาผิดพลาดขึ้นโดยผู้ป่วยไม่ได้รับรู้กระบวนการรักษามาก่อน พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเรียกร้องค่าเสียหายจากการรักษาที่ผิดพลาดได้

การเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย ยังมีประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึง คือ ประเภทข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับ และด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ด้านประเภทข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับ จะต้องครอบคลุมรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ขั้นตอนการรักษาพยาบาล ปัจจัยเสี่ยง ผลดี/ผลเสียของการรักษาพยาบาลแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมถึงการได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหลังจากที่แพทย์ได้ให้ข้อมูลแล้ว (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) เช่นเดียวกับไฮแลนด์ (Hyland, 2002) ซึ่งกล่าวว่า ข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ จะต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงชนิด และวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาพยาบาลที่เขาได้รับอย่างถ่องแท้

ซึ่งตามสิทธิของผู้ใช้บริการด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการ ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ใช้บริการจะได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำในขณะรับบริการ และผู้ให้บริการจะได้รับรายงานทางการแพทย์โดยรวดเร็ว เมื่อผู้ใช้บริการร้องขอเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ตนได้รับการปฏิบัติ และด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ที่กล่าวว่า ผู้ใช้บริการจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค (วิฑูรย์, 2541ข) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ทั้งแพทย์และพยาบาลมีความตระหนักในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากขึ้น ตามมุมมองของแพทย์และพยาบาลในด้านประเภทข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับมีการศึกษาของทอมคิน และฮานาฟิน (Tomkin & Hanafin, 1995 cited by Hyland, 2002) พบว่าในประเทศไอร์แลนด์ กฎหมายกำหนดให้ทีมสุขภาพเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผลกระทบหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา และทางเลือกวิธีการรักษาแบบอื่นแก่ผู้ป่วย บิดามารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของซนุตรา และคณะ (2540ข) เรื่อง “สิทธิของผู้ป่วยในทรรคนะของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช” พบว่า แพทย์และพยาบาลมีทรรคนะต่อสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสูงสุด และการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) เรื่อง “สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับในทรรคนะของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช” พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวในฐานะผู้ป่วย คำอธิบายถึงความจำเป็นของการรักษาพยาบาลก่อนปฏิบัติการพยาบาล คำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดในใบยินยอมรับการรักษาจนเข้าใจก่อนเซ็นชื่อ รวมทั้งต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นพอสมควรแก่การดูแลตนเอง ต้องสามารถซักถามข้อสงสัยที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ทุกเรื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ต้องได้รับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และพยาบาลได้ ต้องได้รับทราบภาวะแทรกซ้อน และความก้าวหน้าของโรคเป็นระยะๆ และต้องได้รับคำแนะนำถึงยาที่ใช้รักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิล (2544) เรื่อง “การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์” ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยขอคำปรึกษาหรือความคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์ ด้านการให้คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนของการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

สำหรับมุมมองของผู้ป่วยต่อสิทธิผู้ป่วยด้านประเภทข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับ พบว่าจากการศึกษาของลีโน-คิลปี และคูริททู (Leino-Kilpi & Kurittu, 1995) เรื่อง “สิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในประเทศฟินแลนด์” โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ประเทศฟินแลนด์ 2 แห่ง จำนวน 204 คน พบว่า ในเรื่องของสิทธิใน

การได้รับข้อมูล ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 51 - 91 ได้รับสิทธิข้อนี้ โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเอง ทางเลือกในการรักษา การรักษาทางยา การวินิจฉัยโรค อากาการข้างเคียง และการดูแลตนเองหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ สาระเกี่ยวกับกฎหมาย และสำหรับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยต่างๆ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษาด้วยยา และการศึกษาของแซทเนอร์และทาล (Schattner & Tal, 2002) เรื่อง “การบอกความจริงและเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย” ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุจำนวน 104 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86 ต้องการที่จะได้รับการบอกความจริงทั้งหมดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ถ้าหากตนเป็นมะเร็งหรือมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของเอลเกอร์ (Elger, 2002) ในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของตนเอง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่ามึผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ดังเช่นการศึกษาของ ชนุดตรา และคณะ (2540ข) พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสูงสุด และการศึกษาของวีรวรรณ (2540) พบว่า ผู้ป่วยเห็นด้วยว่าตนเองควรมีสิทธิที่จะรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค ผลของการรักษาโรค และรู้ชื่อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาที่ใช้ในการรักษาโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย/งบประมาณในการรักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไชยา และวชิระ (2542) พบว่า ผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 - 97 มีความต้องการให้แพทย์บอกถึงโรคที่เจ็บป่วย ขั้นตอนการรักษา วิธีการรักษาทุกๆวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับ ประโยชน์/อันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา การรับทราบถึงตัวยา วิธีการใช้ยา และสรรพคุณยา และการศึกษาของจිරนันท์ (2542) เรื่อง “การตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” พบว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งได้แก่ ด้านการตรวจและวินิจฉัยโรค ด้านแผนการรักษา และผลการรักษา ด้านอันตรายภาวะแทรกซ้อนหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดจากการรักษา รวมทั้งเรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ด้านค่าใช้จ่ายอัตราค่ารักษาพยาบาลและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์รวมทั้งกฎระเบียบของโรงพยาบาล ด้านระยะเวลาที่คาดว่าจะหายจากโรค และระยะเวลาในการรักษาโรค สำหรับการตระหนักก่อนการตรวจกับข้อมูลที่ได้รับทราบจริงภายหลังการรับบริการตรวจรักษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร มีวิธีการรักษาอย่างไร โดยได้รับทราบจากแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวให้ทราบถึง

อันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดจากการรักษาในเรื่องของการใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ และคณะ (2544) เรื่อง “การตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลไทร” ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีการตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการตรวจและวินิจฉัยโรค ด้านแผนการรักษา ด้านอันตรายที่จะเกิดจากการรักษา ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และด้านระยะเวลาที่คาดว่าจะหายจากโรค และพบว่าหลังจากรับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวให้ทราบถึงขั้นตอนวิธี และผลการรักษา อันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดจากการรักษา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดซ้ำ และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) เรื่อง “ผู้ป่วยกับการรับรู้และการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนพึงได้รับ: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลไทร จังหวัดยโสธร” พบว่า ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิทธิการได้รับรู้ข้อมูล คำอธิบาย และเลือกรับบริการ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ว่าตนมีสิทธิสอบถามและควรได้รับ คำอธิบายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วยเป็นโรคอะไร มีสาเหตุจากอะไร และมีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไรจากแพทย์ พยาบาล ตลอดจนมีสิทธิทราบถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วยว่าหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลแล้วภาวะของโรคจะหายขาดหรือเป็นเรื้อรัง สภาพร่างกายจะปกติหรือพิการ

ด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล ผู้ให้บริการควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ หรือไม่ให้ข้อมูลที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ เพราะข้อมูลด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ทำให้เข้าใจได้ยาก พยาบาลจึงต้องใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูลและสามารถนำไปใช้ประกอบในการพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัลสกี, ฟิสเชอร์, โรส, และอาร์โนลด์ (Tulsky, Fischer, Rose, and Arnold, 1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารของแพทย์ในการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งพบว่า การใช้ภาษาที่คลุมเครือ หรือใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ มีผลทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการได้ (Azouly et al., 2000) และจากการศึกษาของกัลยาณี (2543) ที่ศึกษาพบว่า ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้คำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) ซึ่งพบว่า มีพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยว่าพยาบาลควรมีการอธิบายแผนการรักษาพยาบาลด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการต่างก็มีการรับรู้ที่ ผู้ป่วยควรได้รับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องครบถ้วนจากทีมผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามมีบ่อยครั้งที่พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลมีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศถึงการรับรู้เกี่ยวกับเอกสิทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุใน 5 ประเทศของ ยุโรป (Scott et al., 2003) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา จำนวน 573 คน และพยาบาล จำนวน 887 คน ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 100 คน ประเทศสเปน จำนวน 100 คน ประเทศกรีซ จำนวน 152 คน ประเทศเยอรมัน จำนวน 120 คน และ ประเทศอังกฤษ จำนวน 101 คน พบว่า ในด้านการให้ข้อมูลโดยพยาบาล/การได้รับข้อมูลของผู้ป่วย ทั้ง 5 ประเทศ มีคะแนนเฉลี่ยของการให้ข้อมูล/การได้รับข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่า ของผู้ป่วย แสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้ว่าตนเองได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ และเมื่อมีการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ พบว่า การให้ข้อมูล/การได้รับข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีความแตกต่างระหว่างประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระหว่าง ประเทศฟินแลนด์และ ประเทศอังกฤษ/ประเทศฟินแลนด์และประเทศเยอรมัน ประเทศที่ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ถึงการ ให้ข้อมูล/การได้รับข้อมูลมากที่สุด คือ ประเทศสเปน ส่วนประเทศที่ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ถึงการ ให้ข้อมูล/การได้รับข้อมูลน้อยที่สุดคือ ประเทศกรีซ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูล/การได้รับ ข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาลจากการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระหว่างประเทศสเปนและประเทศอังกฤษ/ประเทศอังกฤษและ ประเทศเยอรมัน/ประเทศสเปนและประเทศเยอรมัน ประเทศที่พยาบาลมีการรับรู้ถึงการให้ข้อมูล/ การได้รับข้อมูลมากที่สุด คือประเทศอังกฤษ ส่วนประเทศที่พยาบาลมีการรับรู้ถึงการให้ข้อมูล/ การได้รับข้อมูลน้อยที่สุด คือ ประเทศกรีซ

การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลในเรื่อง การให้ข้อมูล/การได้รับข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน และตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งคิดว่าไม่ค่อยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ผู้ป่วยชาวสเปนที่ไม่มีญาติเชื่อว่าตน เสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลน้อย และผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยเป็นเวลานานมีความ คิดเหมือนกันว่าตนไม่ค่อยได้รับข้อมูล ในประเทศอังกฤษผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแล จากพยาบาลเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลจากพยาบาลมากกว่า คิดว่าตนได้รับข้อมูลเพียงเล็กน้อย และพยาบาลผู้ชายในประเทศฟินแลนด์ คิดว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูล นานๆครั้งมากกว่าพยาบาลผู้หญิง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยคิดว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเป็น บางครั้งมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มาก พยาบาลในประเทศกรีซที่ไม่ได้รับการศึกษาทาง

ด้านจริยธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการศึกษาทางด้านจริยธรรม พบว่า พยาบาลที่ไม่ได้รับการศึกษาทางด้านจริยธรรมคิดว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อย

3. การเคารพการตัดสินใจโดยอิสระ (respect for autonomous decisions) หมายถึง การให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการพิจารณาทางเลือก และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับหลังจากได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถตัดสินใจโดยอิสระและปราศจากการควบคุม บังคับ หรือแทรกแซงจากผู้อื่น แต่เกิดจากคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีการคิดพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างสุ่มรอบคอบแล้ว (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) การตัดสินใจอย่างอิสระ เป็นการได้ตัดสินใจโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความเชื่อของแต่ละบุคคล และต้องได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างเพียงพอ และมีความเข้าใจในข้อมูลนั้น โดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ แต่มีเหตุผล และมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วก่อนการตัดสินใจ (Wright, 1987 cited by Scott et al., 2003) การตัดสินใจโดยอิสระเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเคารพเอกลัทธิ ดังเช่นการศึกษาของพรูท และคณะ (Proot et al., 2002) ที่พบว่า กระบวนการได้มาซึ่งเอกลัทธิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย (1) การตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ซึ่งหมายถึง การทำการเลือกและทำการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของตนเอง และรวมถึงความอิสระในทางเลือก และ (2) ความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง (independence) ซึ่งหมายถึง การวางแผนและการจัดการกับชีวิตส่วนตัวของบุคคล และการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษามุมมองของผู้ให้บริการถึงการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการให้ตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็น และมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง อย่างเช่นจากการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 แสดงความคิดเห็นว่าผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้เป้าหมายของการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาพยาบาลทุกครั้ง ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน พยาบาลร้อยละ 59.7 แสดงความคิดเห็นว่าผู้ป่วยต้องมีสิทธิเลือกที่จะรับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆของแพทย์ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) ซึ่งพบว่า แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และการศึกษาของทัศนีย์ และคณะ (2545) พบว่า พยาบาลมีความรู้ในระดับมากที่สุดในด้านสิทธิการได้รับโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

จากมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการให้ตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคุณควรจะได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อยู่ในระดับมาก ดังเช่น การศึกษาของไซยา และวชิระ (2542) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85.7 มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะมีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์ที่ให้การรักษาตน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีการรับรู้มาก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีสิทธิเลือกรับบริการจากโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับฐานะและสภาวะของโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิลาวัดณ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 77 มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ภายหลังจากได้รับข้อมูลแล้ว และจากการศึกษาของชุนตรา และคณะ (2540ข) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็น และมีความคาดหวังที่จะได้รับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ได้แก่ การศึกษาในประเทศอเมริกา พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (N=340) ครอบครัวที่มีการสูญเสียผู้ป่วย (N=332) และทีมสุขภาพ (N=790) มีความคิดเห็นที่บ่งชี้ว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามที่ต้องการ (Steinhauser, Christakis, Clipp, McNeilly, McIntyre, and Tulsky, 2000) และการศึกษาของลีโน-คิลปี และคูริทตู (Leino-Kilpi & Kurittu, 1995) พบว่า ในเรื่องของสิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 61 มีความคิดเห็นว่าการที่ตนมีโอกาสที่จะตัดสินใจเลือก และวางแผนการดูแลและการรักษาด้วยตนเอง แม้ว่าจะมีทีมสุขภาพประมาณร้อยละ 32 ที่ไม่ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ในการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก และวางแผนร่วมกันในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสก็อต และคณะ (Scott et al., 2003) ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลใน 5 ประเทศ คือ ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสเปน ประเทศกรีซ ประเทศเยอรมัน และประเทศอังกฤษ รับรู้ว่าตนได้ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ โดยเฉพาะในประเทศเยอรมัน และประเทศอังกฤษ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในด้านการให้ผู้ป่วยตัดสินใจในประเทศฟินแลนด์ ประเทศสเปน และประเทศกรีซ จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาลพบว่า ประเทศที่พยาบาลรับรู้ว่าตนได้ให้โอกาสผู้ป่วยสำหรับการตัดสินใจมากที่สุดคือ ประเทศอังกฤษ และประเทศที่พยาบาลได้ให้โอกาสผู้ป่วยสำหรับการตัดสินใจน้อยที่สุดคือประเทศฟินแลนด์ ส่วนตามการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่าประเทศที่ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ว่าตนได้รับโอกาสในการทำการตัดสินใจด้วยตัวเองมากที่สุดคือ ประเทศสเปน ส่วนประเทศที่ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ว่าตนได้รับโอกาสในการทำการตัดสินใจด้วยตัวเองน้อยที่สุดคือ ประเทศเยอรมัน

นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า มีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลในเรื่องการตัดสินใจ ดังเช่น ผู้ป่วยผู้ชายชาวสเปนที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี คิดว่าตนเองไม่ค่อยได้รับโอกาสในการตัดสินใจมากกว่าผู้ป่วยผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และผู้ป่วยที่มีความเป็นอิสระมากจะรู้สึกว่าคุณภาพที่ได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก ในประเทศเยอรมัน ผู้ป่วยผู้หญิงเชื่อว่าตนได้รับโอกาสในการตัดสินใจนานๆ ครั้ง และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 3 ปีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มักจะคิดว่าผู้ป่วยได้รับโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพียงเล็กน้อย

จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการต่างก็มีการรับรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับอิสระในการให้ตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน

การศึกษาอื่นที่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ได้แก่ การศึกษาของ เฟเบอร์-เลงเกนด์ (Faber-Langendoen, 1996) เรื่อง “การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายในโรงพยาบาล” โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย จำนวน 274 คน พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ร้อยละ 84 ได้รับการรักษาชีวิตก่อนตาย แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 35 ที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ บาร์เนส, เดวิส, มอแรน, พอร์ติโล, และคอกนิก (Barnes, Davis, Moran, Portillo, and Koenig, 1998) เรื่อง “ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว ในผู้ป่วยมะเร็งที่หลากหลายวัฒนธรรม” พบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ได้เลือกทางเลือกของการรักษาให้กับผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกทางเลือกของตนเอง ทีมสุขภาพจะไม่ค่อยบอกถึงทางเลือกของการรักษาอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการพิจารณาทางเลือก แต่จะแนะนำทางเลือกที่ตนเองคิดว่าดีแล้วให้แก่ผู้ป่วยเพียงทางเลือกเดียว และจากการศึกษาของจาง (Jang, 1992 cited by Scott et al., 2003) ในผู้ป่วยจำนวน 45 คน และพยาบาลจำนวน 45 คน ถึงการรับรู้ในเรื่อง เอกสิทธิ์ส่วนบุคคล ในเรื่อง “การตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยสูงอายุ เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีพ” พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชรา มีอิสระในการตัดสินใจถึงทางเลือกในการทำกิจกรรมประจำวันที่ตนคิดว่ามีความสำคัญสำหรับพวกตนน้อย เนื่องจากพยาบาลได้กำหนดจัดกิจกรรมที่สำคัญๆ ในรูปแบบที่คล้ายๆ กันให้กับพวกตนเรียบร้อยแล้ว และฟาร์เรล (Farrell, 1991 cited by Scott et al., 2003) ได้ทำการศึกษาในพยาบาลจำนวน 30 คน และผู้ป่วยจำนวน 30 คน เพื่อศึกษาว่าพยาบาลมีการรับรู้อย่างไรเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลเพียงจำนวนน้อยที่มีความคิดเห็นในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วย



4. การเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระ (respect for autonomous actions) หมายถึง การที่พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากความเข้าใจโดยอิสระ ไม่มีการควบคุมหรือใช้อำนาจบังคับและข้อจำกัดใดๆทั้งสิ้น และให้การยอมรับแม้จะไม่เห็นด้วยก็ตาม ดังนั้นการกระทำอย่างอิสระ จะต้องเป็นการกระทำที่ทำได้ด้วยความเต็มใจ ด้วยความเข้าใจ ปราศจากการควบคุมบังคับ ชักจูงในการตัดสินใจในการกระทำนั้น แพทย์ ทีมสุขภาพ และผู้วิจัย ไม่มีสิทธิที่จะทำอะไรกับผู้ป่วย หรือกลุ่มตัวอย่างโดยปราศจากการยินยอม (Beauchamp & Childress, 1989; 2001) และ ไรท์ (Wright, 1987 cited by Scott et al., 2003) ได้กล่าวว่า การกระทำที่อิสระ เป็นผลมาจากการที่ได้ตัดสินใจอย่างอิสระ

จากการศึกษามุมมองของผู้ให้บริการถึงการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ตัดสินใจโดยอิสระ พบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็น และการรับรู้อยู่ในระดับมาก ดังเช่นการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) ซึ่งพบว่า พยาบาลร้อยละ 93.1 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยต้องมีสิทธิที่จะปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา หรือขนบธรรมเนียมประเพณีได้ หากไม่ขัดต่อการรักษาโรคและไม่รบกวนผู้อื่น ร้อยละ 70.1 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยต้องสามารถผลัดผ่อนเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่รีบด่วนได้หากขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับการรักษา และร้อยละ 59.7 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้หากรู้สึกไม่แน่ใจต่อวิธีการรักษาพยาบาลนั้นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) ซึ่งพบว่า แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ในเรื่องการยินยอมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนอยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่น้อยที่สุดในเรื่องการยินยอมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผู้ดูแลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้รับเอกสิทธิ์ในบางเรื่อง เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่พบว่าบางครั้งผู้ให้บริการละเมิดเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย ในเรื่องการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระ ได้แก่การศึกษาเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติของแพทย์และความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า แพทย์ร้อยละ 82 มีการยกเลิกการรักษาที่คิดว่าไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโดยมีการตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียว และร้อยละ 34 ยังคงให้การรักษาที่ยืดชีวิตแม้ว่าผู้ป่วยหรือผู้แทนของผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการรักษา (Asch, Hansen-Flaschen, and Lancken, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของเพรินเดอร์กัส และลูซ (Prendergast & Luce, 1997) ที่พบว่า แพทย์จะปฏิเสธคำขอร้องในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยหมดหวัง และการศึกษาของเคล็ฟเฟนส์ และคณะ (Kleffens et al., 2003) พบว่า แพทย์ได้ใช้อำนาจในการชักจูงให้ผู้ป่วยทำการรักษาตามที่แพทย์เชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด

สำหรับมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยกระทำตามที่ตัดสินใจโดยอิสระ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน อย่างเช่นการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ต่อสิทธิในการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น หากกลัวเกิดอันตรายต่อชีวิตตนเองโดยแสดงเจตจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนสิทธิที่ผู้ป่วยรับรู้บ่อย คือ ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยควรได้รับการอนุมัติจากแพทย์ พยาบาล ให้กระทำตามความเชื่อได้ถ้าไม่เป็นผลเสียต่อการรักษาพยาบาล เช่น การรับประทานอาหารตามความเชื่อ การดื่มน้ำมนต์ การสวดมนต์ การจัดดอกไม้บูชาพระ หรือทำพิธีทางศาสนาบางอย่าง

จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการต่างก็มีการรับรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับการเคารพการกระทำตามที่ตนตัดสินใจโดยอิสระในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องมีการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้นให้ข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแก่ผู้ป่วย หรือตัวแทนผู้ป่วยที่มีอำนาจทางกฎหมาย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ป่วยจะใช้ในการประกอบการพิจารณาตัดสินใจทางเลือกตามคุณค่า ความเชื่อของตัวเอง พร้อมให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเอง และกระทำตามที่ตนได้ตัดสินใจอย่างอิสระ

*สิทธิผู้ป่วย กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย*

ถึงแม้ว่าหลักการของการเคารพเอกลัทธิผู้ป่วยระบุไว้ว่า การเคารพเอกลัทธิผู้ป่วยคือการให้ความอิสระในการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับ โดยปราศจากการแทรกแซงจากบุคคลอื่น แต่ผู้ให้บริการส่วนมากมักจะทำการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถในการตัดสินใจซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย การพยาบาลเป็นการกระทำต่อชีวิตของมนุษย์โดยตรงที่จะต้องให้การเคารพในเอกลัทธิ หากมีการละเมิดเอกลัทธิอาจมีความผิดทางกฎหมายได้เมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ดังประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 310 ที่ว่า “ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำการใด ให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพทางร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” (กองการพยาบาล, 2541) ดังนั้นเพื่อ

ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้บริการจึงควรตระหนัก และเข้าใจ ในสิทธิผู้ป่วย กฎหมาย และจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิผู้ป่วย ในการทบทวน วรรณกรรมครั้งนี้ ชอนำเสนอโดยยึดตามสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2541) โดยนำข้อกำหนดในกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ตามสิทธิผู้ป่วยแต่ละข้อ ดังต่อไปนี้

**สิทธิผู้ป่วยข้อ 3** “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการ ยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือ รีบด่วนหรือจำเป็น” (สภาการพยาบาล, 2541) เป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอกสิทธิ์ ในเรื่องของการ เปิดเผยข้อมูล (disclosure of information) เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม และสอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัย ในการศึกษาทัศนคติ การรับรู้ และการปฏิบัติกรพยาบาล ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่ควรจะได้รับ พบว่า ผู้ให้บริการมีการรับรู้ และปฏิบัติกรพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ของตนจากทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก (กัลยาณี, 2543; ชนุตรา และคณะ, 2540ก; 2540ข; ชื่นจิตต์, 2540; ทศนีย์ และคณะ, 2545; เพชรรัตน์ และคณะ, 2544; วิไล, 2544) และการศึกษา ทัศนคติและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่ควรจะได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการ และมีความคิดเห็นที่ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพของตนจากทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมากเช่นกัน (จินดา, 2543; จีรนันท์, 2542; ชนุตรา และคณะ, 2540ก; 2540ข; ไชยา และวชิระ, 2542; นาถฤดี และคณะ, 2544; เพชรรัตน์ และคณะ, 2544; วีรวรรณ, 2540)

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พบว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง กับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 31 วรรคหนึ่ง ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” และวรรคสาม ที่ว่า “การจับกุม คุมขัง ตรวจค้นตัว บุคคล หรือการกระทำอันกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำไม่ได้ เว้นแต่โดย อาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย” มาตรา 58 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูล หรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ ราชการส่วนท้องถิ่น เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้นจะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัย

ของประชาชน หรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” (พรจันทร, 2541)

สำหรับประมวลกฎหมายอาญา ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ มาตรา 309 ที่ว่า “ผู้ใดข่มขืนใจผู้อื่นให้กระทำการใด ไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใด โดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจนั้นเอง หรือของผู้อื่น หรือโดยใช้กำลังประทุษร้ายจนผู้ถูกข่มขืนใจต้องกระทำการนั้น ไม่ต้องกระทำการนั้นหรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” มาตรา 310 ที่ว่า “ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่นหรือกระทำด้วยประการใด ให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (สภากาชาด, 2542)

สำหรับประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ มาตรา 156 ที่ว่า “ก่อนที่ผู้ป่วยจะยินยอมรับบริการการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องรู้สาระสำคัญในการรักษาที่กระทำต่อผู้ป่วยให้เข้าใจก่อน ซึ่งความยินยอมของผู้ป่วยนี้จะมีผลทางกฎหมาย” (วิฑูรย์, 2537ข)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ มาตรา 4 ได้บัญญัติสิทธิผู้บริโภคไว้ว่า “ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพ ที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ มีอิสระในการเลือกสินค้าและบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย” ผู้ใช้บริการทางสาธารณสุขถือว่าเป็นผู้บริโภคเช่นกัน มีสิทธิได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่จะได้รับก่อนที่จะตัดสินใจเลือกรับบริการนั้นๆ (วิสูตร, จันทรพิมพ์, และอัจนรา, 2545; สิริยา, 2540ข; เอนก, 2541ก)

ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 2 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่จงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเพื่อประโยชน์ของตน” ข้อ 4 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ” ข้อ 5 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน” ข้อ 7 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่สั่งใช้ หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ” (ชุมศักดิ์, 2541; สุจิต, สุรศักดิ์, เยื่อน, ชุมศักดิ์, และเฮนรี, 2544; แสง และเอนก, 2540)

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ข้อ 5 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่จงใจ หรือชักชวน ผู้ใดให้มารับบริการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์เพื่อผลประโยชน์ของตน” ข้อ 7 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ” ข้อ 8 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน” และข้อ 10 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ” (สภาการพยาบาล, 2530)

จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช 2546 ที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กำหนดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 คือ ข้อที่ 1 ที่ว่า “พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพ” ข้อที่ 2 ที่ว่า “พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความกรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์” ข้อที่ 3 ที่ว่า “พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล ข้อที่ 4 ที่ว่า “พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์” และข้อที่ 6 ที่ว่า “พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ใช้บริการ” ซึ่งทุกข้อที่กล่าวมาเป็นการแสดงถึงการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

**สิทธิผู้ป่วยข้อ 6** “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้” (สภาการพยาบาล, 2541) เป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอกสิทธิ์ ในเรื่องของการเปิดเผยข้อมูล (disclosure of information) และการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระ (respect for autonomous decisions) ซึ่งจากการศึกษาของ กัลยาณี (2543) พบว่า ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ การส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือสถานบริการแห่งอื่นที่มีความเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการ

ส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า และด้านสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการยินยอมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผู้ดูแลตาม ที่ผู้ป่วยต้องการ

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พบว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 คือ หมวดที่ 1 มาตรา 4 ที่ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิและเสรีภาพ ของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” หมวดที่ 3 มาตรา 30 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในร่างกาย” มาตรา 57 ที่ว่า “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองทั้งนี้ตามที่กฎหมาย บัญญัติ” (พรจันท์, 2541)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 คือ มาตรา 4 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น (วิสูตร และคณะ, 2545; สิริยา, 2540ข; เอนก, 2541ก)

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการ พยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 คือ หมวด 2 ส่วนที่ 2 การปฏิบัติต่อผู้ร่วม วิชาชีพ ข้อ 23 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการของผู้อื่นมาเป็นของตน” (สภาการพยาบาล, 2530)

จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546 ที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กำหนดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 คือ ข้อที่ 1, ข้อที่ 2, ข้อที่ 3, ข้อที่ 4, และข้อที่ 6 ดังที่ได้ กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น

**สิทธิผู้ป่วยข้อ 8** “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ” (สภาการ พยาบาล, 2541) เป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอกสิทธิ์ ในเรื่องการเปิดเผยข้อมูล (disclosure of information) และการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระ (respect for autonomous decisions)

ในปัจจุบันความจำเป็นในการทดลองมนุษย์เพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น (ขนุตตรา, 2543; ดาราพร, 2541; ศุภชัย, 2544; สุวิทย์, 2542) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหา ความรู้ที่สามารถนำไปใช้แก่ผู้ป่วยรายอื่นหรือชุมชนอื่นต่อไป (ขนุตตรา, 2543; วิชัย, 2541) ประเทศไทยยังไม่มีบทบัญญัติในกฎหมายเกี่ยวกับการทดลองมนุษย์โดยเฉพาะ (ดาราพร, 2541; ศุภชัย, 2544; สุวิทย์, 2542) และเนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีความสำคัญมีค่าของความเป็นมนุษย์

เท่าเทียมกัน ไม่ว่าบุคคลนั้นอยู่ในสถานะใด มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (human dignity) และมีความเท่าเทียมกันในสายตาของกฎหมาย การกระทำใดๆที่กระทำต่อร่างกายของคนจึงต้องคำนึงถึงประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมประกอบด้วยเสมอ (ชนุตตรา, 2543; แสงวง, 2541) จากการพิจารณากรณีการวิจัยที่ออซวอในสหรัฐอเมริกา ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปีค.ศ. 1932 กระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐได้ร่วมกับสถาบันทัสกีกี และหน่วยงานอื่นๆ ทำการศึกษาผู้ป่วยซิฟิลิสที่ไม่ได้รับการรักษาในชายนิโกรที่ทัสกีกี โดยทำการศึกษาในคนผิวดำ 600 คน โดย 399 คน ป่วยเป็นซิฟิลิส เปรียบเทียบกับอีก 201 คนที่ไม่ป่วย ผู้วิจัยบอกคนเหล่านั้นว่ามี “เลือดเสีย” โดยที่ตามความเป็นจริงคนเหล่านั้นไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตามความตั้งใจเดิมการวิจัยจะใช้เวลาเพียง 6 เดือน แต่ได้ทำการวิจัยต่อเนื่องมาเป็นเวลาถึง 40 ปี และในปีค.ศ. 1972 มีข่าวออกมาว่าอาสาสมัครในการวิจัยตกลงใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัยด้วยเหตุผลต่างๆกัน แต่ไม่ปรากฏหลักฐานว่าผู้วิจัยได้อธิบายให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ไม่มีการอธิบายข้อมูลที่จำเป็นต่างๆให้แก่อาสาสมัครทราบ ไม่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนการขอความยินยอมและทำให้อาสาสมัครเข้าใจผิด และคดีอาชญากรรมสงครามในยุโรปที่กรุงนูเรมเบิร์ก หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการพบหลักฐานความทารุณโหดร้ายที่แพทย์ในกองทัพนาซีของเยอรมันกระทำต่อเชลยของตน มีการใช้มนุษย์เป็นเครื่องทดลองทางการแพทย์อย่างไร้มนุษยธรรม (วิชัย, 2541) จึงทำให้มีการร่างหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ขึ้นในปีค.ศ. 1947 โดยมีหลักการสำคัญคือ การทดลองใดๆในมนุษย์จะกระทำต่อเมื่อได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ยอมตนให้ทดลอง และต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถตามกฎหมาย นอกจากนั้นผลที่คาดหมายต้องแสดงให้เห็นว่าการทดลองนั้นสมควรกระทำอย่างยิ่ง อีกทั้งจะต้องได้มีการวางมาตรการเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ถูกทดลองอย่างเพียงพอด้วย (วิชัย, 2541; แสงวง, 2541)

ในปีค.ศ. 1966 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การสหประชาชาติได้รับหลักการในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิทางการเมืองและสิทธิมนุษยชนซึ่งมีผลบังคับใช้ในปีค.ศ. 1976 ในข้อ 7 ที่ว่า “มนุษย์จะถูกกระทำหรือได้รับผลปฏิบัติ หรือการลงโทษโดยการทรมาน หรือการกระทำที่ทารุณโหดร้าย ไร้มนุษยธรรมมิได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะนำมนุษย์ไปทำการทดลองทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์โดยปราศจากการยินยอมโดยอิสระมิได้” (วิชัย, 2541; วิฑูรย์, 2541ค) ซึ่งความยินยอมนั้นจะต้องเป็นความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว โดยผู้ทำการวิจัยจะต้องอธิบายถึงวิธีการ วัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ทำการทดลอง ประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ผลร้ายและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการทดลอง เปิดโอกาสให้ผู้ถูกทดลองซักถามข้อสงสัย และบอกให้ทราบว่าเขามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวเขา

ทั้งสิ้น (วิฑูรย์, 2541ค) โดยควรจัดทำเป็นเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลรายละเอียดในการทำวิจัยมอบให้อาสาสมัครแต่ละคน แล้วให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจสมัครใจ และเต็มใจอย่างแท้จริง (วิฑูรย์, 2541)

โดยทั่วไปการวิจัยในมนุษย์จะต้องกระทำอยู่บนพื้นฐานของหลักการ 3 ประการ คือ *ประการที่หนึ่ง* หลักความเคารพในบุคคล (respect for persons) คือ เคารพในการตัดสินใจของผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัคร จะต้องมีความยินยอมโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับทุกรูปแบบ บุคคลที่อยู่ในฐานะที่ไม่อาจตัดสินใจได้อย่างมีสติสัมปชัญญะอันสมบูรณ์ จะด้วยเหตุความเจ็บป่วย ความเป็นผู้เยาว์ หรืออยู่ในฐานะที่ไม่อาจตัดสินใจได้โดยอิสระจะต้องได้รับการดูแลคุ้มครองเป็นพิเศษ *ประการที่สอง* หลักผลประโยชน์ (beneficence) หรือไม่ก่ออันตราย (non-maleficence: do no harm) คือจะต้องพยายามให้เกิดประโยชน์สูงสุด และระมัดระวังป้องกันอันตรายหรือความผิดพลาดอย่างเต็มที่ โดยจะต้องกระทำภายใต้การดูแลและการจัดการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม *ประการที่สาม* หลักความยุติธรรม (justice) คือ จะต้องปฏิบัติต่อบุคคลแต่ละคนอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรม ให้แต่ละคนได้รับในสิ่งที่พึงได้รับ และให้ผลประโยชน์หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกระจายไปยังบุคคลต่างๆอย่างเหมาะสม (วิฑูรย์, 2541; แสงวง, 2541)

ในประเทศไทยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้กำหนดจรรยาบรรณของนักวิจัย ซึ่งมีข้อความบางประการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในข้อ 8 คือ นักวิจัยต้องมีคุณธรรมและเคารพศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย และนักวิจัยต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางวิชาการจนละเลย และขาดการเคารพในศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์และเป็นหน้าที่ที่ต้องอธิบายจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการวิจัยให้กับบุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่หลอกลวงหรือบีบบังคับและต้องได้รับความยินยอมด้วยความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวินิจฉัยนั้น (สุชีรา, 2541) จากการศึกษาศึกษาของอรุณญา (2542) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทหารบก” พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 8 ในระดับมาก คือ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธมนวรรณ (2542) เรื่อง “การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในข้อ 8 อยู่ในระดับมากเช่นกัน และการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544) พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิทธิการปฏิเสธการรักษา มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่รับรู้ว่าเป็นกรณีที่แพทย์ พยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือเป็นผู้ถูกทดลองวิธี



การรักษาต่างๆแล้วผู้ป่วยกลัวเกิดอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการทดลอง หรือการรักษา นั้นได้ แต่การศึกษาของวรุณศิริ (2543) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงทุกด้านและด้านที่พยาบาลปฏิบัติต่ำสุดคือ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลครบถ้วนในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการทำทดลองหรือวิจัย

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 8 คือ หมวดที่ 1 มาตรา 4 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิข้อ 6 ข้างต้น และหมวดที่ 3 มาตรา 58 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น (พรจันทร, 2541)

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 309 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 8 คือ หมวด 6 การทดลองในมนุษย์ ข้อ 1 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้กระทำการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ” และข้อ 3 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหาย เนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง การรับรองสิทธิผู้ป่วยในด้านนี้เป็นการขยายความข้อบังคับแพทยสภาให้ชัดเจนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติว่า ความยินยอมจะต้องเป็นความยินยอมภายหลัง จากได้รับทราบข้อมูลต่างๆอย่างครบถ้วนแล้ว เช่นเดียวกับความยินยอมในการรับการรักษาพยาบาล และแม้ว่าจะตัดสินใจยินยอมแล้วก็มีสิทธิที่จะถอนตัวเลิกได้ เพื่อคุ้มครองผู้ถูกทดลอง ให้ได้รับความปลอดภัยจากการทดลอง (สุจิต, สุรศักดิ์, เยื่อน, ชุมศักดิ์ และเฮนรี่, 2544)

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 8 คือ หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 4 การทดลองในมนุษย์ ข้อ 27 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ทำการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ” และข้อ 29 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ทำการ

ทดลองในมนุษย์ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหาย เนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลองอันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง” (สภาการพยาบาล, 2530)

จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546 ที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กำหนดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 8 คือ ข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ข้อที่ 3 ข้อที่ 4 และข้อที่ 6 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น

**สิทธิผู้ป่วยข้อ 9** “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น” (สภาการพยาบาล, 2541) เป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอกสิทธิ์ ในเรื่องการเปิดเผยข้อมูล (disclosure of information)

สิทธิในข้อนี้ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 มาตรา 25 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะได้รู้ถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน และเมื่อบุคคลนั้นมีคำขอเป็นหนังสือ หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้นจะต้องให้บุคคลนั้น หรือผู้กระทำแทนบุคคลนั้นได้ตรวจดู หรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น” (ราชกิจจานุเบกษา 2540 เล่ม 114 ตอน 46 ก. อ้างตาม วิฑูรย์, 2541ข) แต่เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนอาจมีบางส่วนซึ่งเป็นการแสดงความเห็นของแพทย์ในการรักษาพยาบาลและอาจกระทบต่อบุคคลอื่นๆได้ ดังนั้นการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบจะต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น ทั้งนี้รวมถึงกรณีผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่สาม เช่นในกรณีที่มีการประกันชีวิต หรือการประกันสุขภาพ (ดาราวพร, 2541; วิฑูรย์, 2541ข; ศุภชัย, 2544; สุวิทย์, 2542)

กรณีเจ้าของข้อมูลเป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายมีสิทธิดำเนินการแทน และกรณีเจ้าของข้อมูลถึงแก่กรรมมิได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ผู้ที่มีสิทธิจะขอทราบข้อมูลของผู้ป่วยในเวชระเบียน คือบุคคลที่กฎหมายได้กำหนดดังนี้ (1) บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรม (2) คู่สมรส (3) บิดาหรือมารดา (4) ผู้สืบสันดาน หมายถึงผู้สืบสายโลหิตโดยตรงลงมาทุกชั้นของเจ้าของมรดก ได้แก่ หลาน หลานของเจ้าของมรดก (5) พี่น้องร่วมบิดามารดา (วิสูตร, 2544ก) จากการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) พบว่า ด้านสิทธิที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธการรักษาพยาบาลร้อยละ 63.2 มีความคิดเห็นที่ผู้ป่วยต้องมียุติสิทธิได้รับอนุญาตให้อัดสำเนาข้อมูลที่บ้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลที่จะไปรักษาที่อื่น แต่จากการศึกษาของกัลยาณี (2543) พบว่า ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล สำเนาเอกสารการเจ็บป่วยตามต้องการของผู้ป่วยด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอง และการศึกษาของนาถฤดี และคณะ (2544)

พบว่า สิทธิที่ผู้ป่วยปฏิบัติน้อย โดยผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 50 ที่มีการปฏิบัติคือการขอสำเนาข้อมูลของตนทุกรายการที่ปรากฏในเวชระเบียนประจำตัวของตน จากโรงพยาบาลเพื่อนำไปเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พบว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 9 คือ ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 34 ที่ว่า “สิทธิส่วนบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง” มาตรา 58 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิข้อ 3 ข้างต้น (พรจันทร์, 2541)

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 9 คือ มาตรา 25 ที่ว่า “บุคคลมีสิทธิที่จะได้รู้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน และเมื่อบุคคลนั้นร้องขอ หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้นจะต้องให้บุคคลนั้น หรือผู้กระทำการแทนบุคคลนั้นตรวจดู หรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลดังกล่าวได้” และกฎหมายยังให้สิทธิกับผู้ป่วยที่จะขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว หากเห็นว่าไม่ตรงตามความเป็นจริง (ประภัสสร, 2542; วิฑูรย์, 2541ข; วิสูตร, 2544ก; วิสูตร และคณะ, 2545)

จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546 ที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กำหนดขึ้น ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 9 คือ ข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ข้อที่ 3 ข้อที่ 4 และข้อที่ 6 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ข้างต้น

**สิทธิผู้ป่วยข้อ 10** “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายและจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตัวเองได้” (สภาการพยาบาล, 2541) เป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอกสิทธิ์ ในเรื่องของการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ (competence)

ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้กำหนดไว้ว่า เด็ก หมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้นจึงกำหนดไว้ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (ศุภชัย, 2544)

สำหรับผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตนั้น หากไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพืช (persistent vegetative state) วิกลจริต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วยเช่น บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่อาจเป็นญาติ พี่ น้อง ย่อมสามารถใช้สิทธิต่างๆแทนผู้ป่วยได้ (ดารารพร, 2541; ศุภชัย, 2544; สุวิทย์, 2542) จากการศึกษาของอุมาสมร (2540) โดยได้สำรวจ

ความคิดเห็นและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชศาสตร์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 399 คนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยเด็ก พบว่า พยาบาลเกือบร้อยละ 40 เห็นด้วยน้อยกว่าเด็กควรมีสิทธิเท่าเทียมผู้ใหญ่ในทุกเรื่อง และพยาบาลมากกว่าร้อยละ 85 เห็นด้วยมากกว่าเด็กที่ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ปกครองเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเนื่องจากเด็กยังเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอในการตัดสินใจ ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต้องได้รับการเห็นชอบหรือการตัดสินใจโดย บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และจากการศึกษาของของอรัญญา (2542) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทหารบก” ในด้านการปฏิบัติต่อสิทธิผู้ป่วยเมื่อแยกรายข้อแล้วพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติมากที่สุดต่อสิทธิของผู้ป่วย คือ ข้อ 10 ที่บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์หรือบกพร่องทางกายหรือจิตที่ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) พบว่า ด้านสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีประเด็นที่แพทย์และพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บิดา มารดาหรือ ผู้ปกครองโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางจิตจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับและการศึกษาของวรุณศิริ (2543) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงทุกด้าน โดยด้านที่พยาบาลปฏิบัติสูงสุด คือ บิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พบว่าบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อ 10 คือ ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 53 ที่ว่า “เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการดูแลและการศึกษาอบรมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” มาตรา 55 ที่ว่า “บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 80 ที่ว่า “รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงชาย เสริมสร้างและพัฒนาความ

เป็นปีกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้” (พรจันทร, 2541)

นอกจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกลิทธิที่ตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในต่างประเทศยังมีกฎหมาย/บทบัญญัติที่แสดงถึงการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยอีกอย่างหนึ่งในประเทศไทยยังไม่มีใช้ คือบทบัญญัติที่ว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง (Patient Self-Determination Act-PSDA) เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ตนมีสิทธิที่จะยอมรับ/ปฏิเสธ หรือมีการวางแผนเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนไว้ล่วงหน้า ว่าสิ่งใดที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการตามคุณค่าความเชื่อของตน (วิฑูรย์, 2545; Green, 1999; Milton, 2001; Nolan & Bruder, 1997)

บทบัญญัติว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง (Patient Self-Determination Act-PSDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดขึ้นเมื่อปี 1990 เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทำการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (advance directive) ซึ่งแมคพาร์แลนด์ (McParland, 2000 cited by Hyland, 2002) ได้ให้คำจำกัดความของบทบัญญัติการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ไว้ว่าหมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจสถานการณ์ด้วยตัวของตัวเองและมีการวางแผนพิจารณาทางเลือกอย่างสุ่มรอบคอบ เพื่อที่จะได้ปฏิบัติตามเป้าหมายของตนที่วางไว้ การกำหนดบทบัญญัติในเรื่องนี้ เป็นการสนับสนุนการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เพราะเป็นพื้นฐานของการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และเป็นวิถีทางที่แสดงถึงการเคารพเอกลิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของตน ก่อนที่จะกลายเป็นคนไร้ความสามารถ (วิฑูรย์, 2545; Milton, 2001) และกรีน (Green, 1999) ได้กล่าวไว้ว่า บทบัญญัติว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย มักจะถูกนำมาใช้ในประเด็นการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นบทบัญญัติที่ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ทีมสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลผู้เป็นตัวแทนในการตัดสินใจ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า สำหรับการพิจารณาการยุติการรักษาของผู้ป่วยตามความปรารถนาของผู้ป่วย และสิทธิของผู้ป่วย (Caralis, Davis, Wright, and Marcial, 1993 cited by Milton, 2001; LaPuma, Orientlicher, and Moss, 1991 cited by Milton, 2001)

บทบัญญัติว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองเป็นการส่งเสริมการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพควรได้มีการปฏิบัติ ดังนี้ (Green, 1999)

1. ทีมสุขภาพต้องอธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เข้าใจถึงสิทธิในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าตามกฎหมาย

2. ทีมสุขภาพจะต้องมีการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ถึงสิทธิในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้หรือไม่ก็ตาม
3. ทีมสุขภาพใช้บทบัญญัติว่าด้วยการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองสำหรับป้องกันการบังคับผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
4. ทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนได้รับการเคารพเอกลิทธิ โดยมีกฎหมายรับรองให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร
5. ทีมสุขภาพต้องให้ความรู้แก่สมาชิกผู้ร่วมงานและคนในชุมชน เกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า

#### *การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (advance directive)*

การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (advance directive) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่แสดงถึงการมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพ เพื่อที่จะบอกถึงการปฏิเสธ หรือการยินยอมถึงแผนการรักษาพยาบาลในอนาคต ในทางปฏิบัติการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า มักจะใช้ในการปฏิเสธการรักษาบางอย่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต อย่างเช่นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยอยู่ภายใต้เอกลิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง กฎหมายบางแห่งอนุญาตให้บิดา-มารดา สามารถวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้สำหรับบุตร และการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจะต้องกระทำขึ้นโดยบุคคลที่มีความสามารถในการพิจารณาถึงผลประโยชน์สำหรับตนเอง บุคคลที่ไร้ความสามารถไม่สามารถวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าได้เพราะไม่สามารถพิจารณาถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรมีผลบังคับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยได้กลายเป็นผู้ไร้ความสามารถ แต่ถ้าบุคคลนั้นยังมีความสามารถอยู่เขาก็สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองในขณะนั้นได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ดังนั้นการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งที่ใช้บอกว่า อะไรคือสิ่งที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นกับร่างกายของตน ถ้าต้องกลายเป็นบุคคลผู้ไร้ความสามารถและเจ็บป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกว่าตนจะตายอย่างไร ในปีค.ศ. 1990 อเมริกายังพบจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีการเขียนการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เพียงร้อยละ 10 - 20 จึงได้มีการออกกฎหมายออกมาให้โรงพยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในสิทธิที่จะรู้ถึงการเขียนเอกสารเกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ก่อนที่จะไม่สามารถพูดหรือบอกถึงความต้องการบนผลประโยชน์

ของตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องยึดหลักการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย และจะต้องกระทำบนผลประโยชน์ของผู้ป่วยเสมอ (Hall, 1996)

การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า สามารถช่วยให้ทีมสุขภาพมีแนวทางในการตัดสินใจได้เร็วขึ้นในการพิจารณาถึงช่วงระยะเวลาของการให้การรักษา และการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยที่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า จะมีคำสั่งการรักษาในการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า มีช่วงระยะเวลาในการอยู่ ไอ ซี ยู (หอผู้ป่วยหนัก) และงบประมาณค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Wallace, Martin, Shaw, and Price, 2001) ซึ่งจากการศึกษาถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถป้องกันการได้รับการรักษาที่ตนไม่ต้องการ ร้อยละ 85 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้แน่ใจว่าตนจะได้รับการรักษาที่ต้องการ ร้อยละ 74 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และช่วยให้สามารถที่จะคาดการณ์ถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลได้ และร้อยละ 78 เห็นด้วยว่าการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจะสามารถป้องกันความรู้สึกผิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Nolan & Bruder, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมซีซี, ลิทแมน, มิทตี, บอทเทรล, และแรมเซย์ (Mezey, Leitman, Mitty, Bottrell, and Ramsey, 2000) ที่ได้ศึกษาถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยได้ทำการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ร้อยละ 89 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าช่วยสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจถ้าได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้ตนมีความสบายใจ และร้อยละ 81 เชื่อว่า การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าทำให้ทุกคนรู้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการมีชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่มีอาการหนัก และการศึกษาของจอห์นสตัน, ไฟเฟอร์, และแมคคินท์ (Johnston, Pfeifer, and McNutt, 1995) เกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า พบว่า ควรจะมีการพูดคุยถึงการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยถือเป็นการรับผิดชอบของแพทย์ที่จะเป็นผู้เริ่มต้นการสนทนาก่อน การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เป็นการกระทำที่แสดงถึงการเคารพการกระทำที่เป็นอิสระของผู้ป่วย และเป็นการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ว่าเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงผู้ป่วยต้องการการรักษายาบาลในลักษณะใดจากทีมสุขภาพ

แมคคี (McKEE, 1999) ได้เสนอแนวทางเกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยจะต้องบอกถึงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในสถานการณ์นั้นๆ
2. การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและไร้ความสามารถในการตัดสินใจ
3. หลังจากได้ทำการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าแล้วผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
4. ถ้าผู้ป่วยได้มอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจะต้องบอกความต้องการของตนเองแก่บุคคลนั้น
5. ถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมหรือเปลี่ยนแปลงการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์หรือทีมสุขภาพได้รับทราบ เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลนั้นไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย และผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของตน

กฎหมายในต่างประเทศได้กำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลดำเนินการเพื่อส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ดังนี้ (Rice, Beck, and Stevenson, 1997)

1. จัดเตรียมให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และมีการพัฒนารูปแบบของการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
  2. ทำแบบบันทึกการรักษาให้เห็นแน่ชัดว่าได้ทำตามการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย
  3. ไม่มีเงื่อนไขข้อกำหนดหรือแบ่งแยกการรักษาใดๆกับผู้ป่วยที่ไม่มีการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
  4. จัดเตรียมชุมชน ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายโรงพยาบาล และการใช้การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
  5. เขียนนโยบาย วิธีการ การสนับสนุนหลักการการกระทำการตัดสินใจด้วยตัวเอง
- การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า จะต้องมีการลงลายมือชื่อของพยาน และลงวันที่ในแบบฟอร์มบันทึก เพราะเอกสารนี้ถือเป็นพันธะสัญญาทางกฎหมายที่บุคคลจะสื่อสารถึงความปรารถนาในการดูแลตนเอง ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ที่เขาไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้ การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าประกอบด้วย
1. พันัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่เขียนลงนามไว้เป็นหลักฐานที่จะอธิบายถึงความต้องการของผู้ป่วย เกี่ยวกับการยืดหรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต



เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ทีมสุขภาพได้กระทำการยุติการ รักษาถ้าพยากรณ์โรคเลวลง เป็นแนวทางการตัดสินใจของทีมสุขภาพ โดยยึดถือตามความต้องการของผู้ป่วย พินัยกรรมชีวิตจะต้องกระทำขึ้นในขณะที่บุคคลมีความสามารถในการ พิจารณาถึงรายละเอียดของข้อมูลที่จะทำการตัดสินใจ รู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการ ตัดสินใจนั้น และพินัยกรรมชีวิตอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยควร มีการพิจารณาพินัยกรรมชีวิตเป็นระยะๆ (วิฑูรย์, 2545; Hall,1996; Margaret & Alvita, 2002; McKEE, 1999; Rice et al.,1997; Robinson, 2001; Thelan, Davie, Urden, and Lough, 1994b)

ศุภชัย กล่าวว่า เรื่องพินัยกรรมชีวิตในสังคมไทยยังไม่เป็นที่แพร่หลาย (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ, 2541) และจากการทำวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข เรื่อง “ทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต” โดยได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของ ประชาชนทั่วไป จำนวน 161 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดี ต่อการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากมีความเห็นว่าเป็นเรื่องสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมี สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก็สามารถที่จะแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับตนเองได้ โดยไม่ได้ทำการละเมิด สิทธิของผู้อื่น และไม่เป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานในเรื่องสิทธิมนุษยชน รวมทั้งไม่ขัดต่อเรื่องศีลธรรม และยังมีความคิดเห็นว่าควรมีกฎหมาย องค์กร หรือหน่วยงาน เป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการทำ พินัยกรรมชีวิต เพื่อตรวจสอบ กำกับ ควบคุม ดูแล ให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และยุติธรรม ทั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อเสนอแนะว่า ถ้าจะมีการจัดทำพินัยกรรมชีวิต ควรศึกษาหารูปแบบแนวความคิดเห็นให้หลากหลายจากสาธารณชน ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ และ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อรวบรวมใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการดำเนินการจัดทำ เกี่ยวกับเรื่องพินัยกรรมชีวิตต่อไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2541)

2. การมอบอำนาจให้กับตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย (appointment of a proxy or surrogate) เป็นการมอบอำนาจให้กับตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความ ต้องการและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก และการตัดสินใจนั้นมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดี ตัวแทนจะมีอำนาจในการตัดสินใจเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ ในการตัดสินใจเท่านั้น และสามารถยืดหยุ่นได้มากกว่าการทำพินัยกรรมชีวิต เพราะวิธีนี้ไม่ได้จำกัด การใช้เฉพาะในเหตุการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (Margaret & Alvita, 2002; McKEE, 1999; Rice et al., 1997; Robinson, 2001; Thelan et al., 1994b)

การที่แพทย์และพยาบาลจะกระทำการใดต่อผู้ป่วยจะต้องให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อมูลที่ต้องการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอแล้ว (วิฑูรย์, 2545) พร้อมให้แสดงความยินยอมโดยอาจยินยอมด้วยวาจา หรือเซ็นชื่อแสดงความยินยอมรับการรักษายาบาลไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งเป็นกฎหมายข้อหนึ่งที่ได้พูดถึงการเคารพเอกราชของผู้ป่วยโดยตรง เรียกว่า การยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว

*การยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (informed consent)*

#### *ความหมาย*

คำว่า ยินยอม ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่าเป็นคำกริยา หมายถึง ยอม ตาม ไม่ขัด อนุญาต ดังนั้น ความยินยอม จึงหมายถึง ความไม่ขัดข้องหรือการอนุญาตให้กระทำการประการหนึ่งประการใด

ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ คำว่า “informed” หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำว่า “consent” หมายถึง การให้ความยินยอม และคำว่า “consent” มาจากภาษาละตินซึ่งคำว่า “con” หมายถึง “with” และคำว่า “sentire” หมายถึง “feeling” ดังนั้น “to consent” จึงหมายถึง “to feel with” “to agree with” คือความรู้สึกเห็นด้วย ยินดีด้วยกับบุคคลอื่นโดยมีการลงชื่อยินยอม (Hall, 1996) ดังนั้นคำว่า “informed consent” จึงหมายถึง การยินยอมอย่างเต็มใจของผู้ป่วยหรือผู้แทนของผู้ป่วยที่ถูกต้องตามกฎหมายที่อนุญาตให้แพทย์กระทำการใดๆ กับผู้ป่วยภายหลังจากแพทย์ได้อธิบายและให้ข้อมูลข่าวสารต่อผู้ป่วยอย่างเพียงพอแล้ว (วาสนา, 2541; Coy, 1989; Margaret & Alvita, 2002)

การที่แพทย์และผู้วิจัยจะทำการใดต่อผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาตัดสินใจ รวมถึงการป้องกันผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างจากอันตราย และให้การสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และมีความรับผิดชอบในการกระทำร่วมกันระหว่างแพทย์/ผู้วิจัย และผู้ป่วย/กลุ่มตัวอย่าง การเซ็นยินยอมรับการรักษาคือการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการรักษา การวิจัยอย่างอิสระ ภายหลังได้รับคำอธิบายข้อมูลต่างๆและเข้าใจอย่างชัดเจนในข้อมูลที่ได้รับ และปราศจากการควบคุมโดยอำนาจของทีมสุขภาพในการให้กระทำในบางสิ่งบางอย่าง

(วาสนา, 2541; แสง และเอนก, 2540; Barnes et al., 1998; Beauchamp & Childress, 1989; Edge & Groves, 1999; Quinn & Smith, 1987; Thelan et al., 1994b) การให้ความยินยอม ภายหลังได้รับการบอกกล่าวมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. ความสามารถในการตัดสินใจ (competence) เนื่องจากความสามารถเป็นเงื่อนไขที่ใช้ ในการที่จะให้อำนาจการตัดสินใจอย่างอิสระแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการพิจารณาถึง ผลดีและอันตรายที่จะเกิดจากการรักษาพยาบาลได้หรือไม่ บุคคลที่ถือว่ามีความสามารถในการ ตัดสินใจ คือบุคคลที่สามารถให้เหตุผลในการพิจารณาทางเลือก สามารถเข้าใจเหตุการณ์ในสถาน การณ์ที่เฉพาะ หรือเหตุการณ์ที่คล้ายๆกัน สามารถเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ สามารถให้เหตุผลได้เมื่อ มีข้อมูลสนับสนุน รวมทั้งสามารถให้เหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์เมื่อมีข้อมูลสนับสนุน และสามารถเข้าใจถึงเหตุผลที่แท้จริงในการตัดสินใจ (Beauchamp & Childress, 1989; 2001; Rudnick, 2002) ฮอลล์ (Hall, 1996) ได้กล่าวว่าการประเมินว่าผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจ หรือไม่ สามารถดูได้จากความเข้าใจในสถานการณ์นั้น และทางเลือกอื่นๆ ทำการตัดสินใจได้ อย่างมีเหตุผล และเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการตัดสินใจ ถ้าผู้ป่วยขาดข้อใดข้อหนึ่ง พยาบาลสามารถที่จะถือว่าบุคคลนั้นไร้ความสามารถในการตัดสินใจ

2. การเปิดเผยข้อมูล (disclosure of information) ในการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูล เป็นสิ่งจำเป็นในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย ที่จะเลือกใช้ บริการทางสุขภาพตาม que ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งข้อมูลนั้น ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วัตถุประสงค์ กระบวน วิธีการรักษาพยาบาล ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และข้อดีของการรักษาพยาบาลนั้นๆ ตลอดจน อธิบายถึงทางเลือกอื่นๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับให้ผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วย และโอกาสที่การรักษาจะประสบผลสำเร็จ (Barnes et al., 1998; Beauchamp & Childress, 1989; 2001; Rudnick, 2002)

3. ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล (understanding of information) ความเข้าใจในข้อมูล เป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเห็นยินยอมรับการรักษาหลังจากได้ข้อมูลแล้ว ซึ่งผู้ป่วยควรมีความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค วัตถุประสงค์ กระบวนการรักษา ปัจจัยเสี่ยง ข้อดีของการรักษา นั้นๆ การพยากรณ์โรคของตนเอง ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจาก ทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วย และโอกาสที่การรักษาจะประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริง (Beauchamp & Childress, 1989; 2001)

4. ความสมัครใจ (voluntariness) เป็นการให้ผู้ป่วยกระทำการอย่างอิสระในการตัดสินใจ

ของตนเอง หลังจากได้ประเมินความสามารถ และให้ข้อมูลรายละเอียดแล้ว โดยปราศจากการควบคุม บังคับ ช่มชู้ หลอกลวงจากผู้อื่น (Beauchamp & Childress, 1989; 2001)

5. การให้ความยินยอม (consent) เป็นการให้อำนาจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาตามที่ตนตัดสินใจภายใต้คุณค่า ความเชื่อของตน (Beauchamp & Childress, 1989; 2001)

ตามกฎหมาย การยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวจะต้องอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความเชื่อในเอกลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการตัดสินใจสามารถที่จะให้ความยินยอม หรือไม่ให้ความยินยอมในการกระทำอะไรในร่างกายของเขาเอง เพื่อที่จะให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี และจะเป็นการป้องกันปัญหาทางคดี ความผิดทางอาญา การฟ้องร้องคดี จากการกระทำกับผู้ป่วยโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย (Barnes et al., 1998; Coy, 1989; Rudnick, 2002)

หลักสำคัญในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว คือจะต้องมีการพูดคุยอธิบายให้เข้าใจโดยใช้หลักการบอกความจริง (veracity) เพราะความยินยอมจะต้องมาจากข้อมูลที่ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการรักษาพยาบาล ก็จะไม่สามารถมีอิสระในการยินยอมกับการกระทำนั้นได้ ซึ่งมีหลักจริยธรรม 2 ข้อที่เป็นพื้นฐานในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว แต่มีความหมายแตกต่างกันคือ (1) ความอิสระในการจัดการกับตนเอง (autonomy) เน้นความสามารถของผู้ป่วยที่จะมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ว่าอะไรควรทำอะไรไม่ควรทำสำหรับตน (2) การทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (beneficence) เน้นความสำคัญของผลลัพธ์ที่ออกมาดี โดยจะนำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย (Barnes et al., 1998; Coy, 1989) จากการศึกษาของสมลักษณ์ และบุญนำ (2541) พบว่า พยาบาลร้อยละ 77 มีความคิดเห็นที่ผู้ป่วยต้องมีความสมัครใจก่อนได้รับการรักษาพยาบาล และการศึกษาของไชยา และวชิระ (2542) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.7 ได้รับการบอกกล่าวข้อมูลข่าวสารและมีการยินยอมให้มีการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศอย่างเช่นการศึกษาของสแคนแลน, สิดดีกี, เพอร์รี, และฮัทนิก (Scanlan, Siddigui, Perry, and Hutnik, 2003) เรื่อง “ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก” พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดว่าเอกลักษณ์ของพวกเขาจะถูกละเมิดได้ จากการเซ็นยินยอมรับการรักษาในรูปแบบฟอร์ม หากพวกเขายังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอ เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าหากได้เซ็นยินยอมรับการรักษาแล้วจะไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษานั้นได้อีก แต่หลังจากผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงการยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างมีมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการยินยอมภายหลังได้รับการบอก

กล่าวมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการอธิบายและให้ข้อมูลอย่างมีมาตรฐานเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดมีความเข้าใจในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีมาตรฐาน และคะแนนความเข้าใจในความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 61.2 เป็นร้อยละ 44 หากผู้ป่วยได้รับการอธิบายบอกกล่าวด้วยการพูดให้ฟังอย่างเดียว และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 ถ้าผู้ป่วยได้รับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดของตนกลับไปอ่านต่อที่บ้าน และการศึกษาของช็อป และคณะ (Schopp et al., 2003) เรื่อง “การรับรู้เกี่ยวกับความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว” ในการดูแลผู้สูงอายุใน 5 ประเทศของยุโรป” โดยศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา จำนวน 573 คน และพยาบาลจำนวน 887 คน พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลทั้ง 5 ประเทศ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงการแสดงความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย ยกเว้นประเทศฟินแลนด์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบภายในประเทศเดียวกันระหว่างการรับรู้ของพยาบาล และการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า พยาบาลในประเทศอังกฤษมีการรับรู้ว่าได้ถามผู้ป่วยถึงความยินยอมมากที่สุด และพยาบาลในประเทศฟินแลนด์มีการรับรู้ว่าได้ถามผู้ป่วยถึงความยินยอมน้อยที่สุด สำหรับในประเทศฟินแลนด์ ผู้ป่วยสูงอายุมักมีการรับรู้ว่าได้ให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวมากที่สุด และในประเทศเยอรมัน ผู้ป่วยสูงอายุมักมีการรับรู้ว่าได้ให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ บาร์เนส และคณะ (Barnes et al., 1998) เรื่อง “ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว ในผู้ป่วยมะเร็งที่หลากหลายวัฒนธรรม” พบว่า ในการได้มาซึ่งความยินยอมของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมต่างกัน ใช้ภาษาในการสื่อสารที่ต่างกันย่อมทำให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอ ถึงแม้จะมีล่ามในการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย แต่ก็ทำให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากล่ามอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากการที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพโดยตรง และบางครั้งการมีล่ามทำให้ผู้ป่วยต้องรอล่ามเป็นชั่วโมงถึงจะได้รับทราบข้อมูล และบางทีล่ามไม่รู้ถึงบุคลิกลักษณะส่วนตัวและสถานการณ์ของผู้ป่วยที่แท้จริง ทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อว่าตนได้รับทางเลือกที่แท้จริง จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความยินยอมด้วยความไม่เข้าใจที่แท้จริง ซึ่งถือเป็นความยินยอมที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและหลักจริยธรรม การที่พยาบาลใช้ล่ามช่วยในการที่จะทราบถึงข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเดียวยังคงไม่เพียงพอ ดังนั้นในระหว่างมีการสื่อสาร พยาบาลควรอยู่ในเหตุการณ์ด้วย เพื่อจะได้มีการสังเกตและประเมินผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยและล่ามมีการพูดคุยกัน เพื่อที่พยาบาลจะได้เห็นถึงลักษณะท่าทางของผู้ป่วยขณะการสนทนา

*รูปแบบของความยินยอม* การให้ความยินยอมสามารถจะกระทำได้ดังต่อไปนี้ (วิสูตร และ จันทรพิมพ์, 2541; สุวิทย์, 2542; Hall, 1996; Thelan et al., 1994b)

1. ด้วยวาจา คือการที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ขออนุญาตผู้ป่วย หรือผู้ที่มีอำนาจโดยชอบด้วยกฎหมายว่าจะขอตรวจหรือดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดทางการแพทย์เพื่อการตรวจรักษา หรือบำบัดโรค

2. ด้วยลายลักษณ์อักษร คือทำเป็นหนังสือ ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้อยู่ในสถานบริการ ปัจจุบันเพราะเป็นหลักฐานที่ชัดเจนแน่นอน และสามารถใช้เป็นเอกสารแสดงหลักฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมจริงๆ ไม่ได้คิดเอาเอง และมักจะมีพยานอยู่ในเอกสารด้วยเสมออย่างน้อย 2 คน แต่ความยินยอมที่มีพยานเซ็นชื่อไม่ได้หมายความว่า ความยินยอมนั้นมีผลบังคับใช้ได้เสมอไป พยาบาลจะต้องรับผิดชอบที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้แสดงความยินยอมที่ถูกต้องแล้วที่จะยอมให้กระบวนการรักษานั้นดำเนินการต่อไป

3. ด้วยการแสดงออกโดยปริยาย คือการพยักหน้าอนุญาตหรือแสดงกริยาท่าทางรับทราบยินยอมให้ตรวจและร่วมมือกับแพทย์ทุกอย่างเช่นกรณีผู้ป่วยส่งแขนสำหรับให้สารถนำทางหลอดเลือดหรือกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในแผนกฉุกเฉินที่ต้องการให้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการรักษาพยาบาลย่อมก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและถือว่าเป็นการเคารพเอกลัทธิ ทั้งยังสามารถป้องกันผู้ให้บริการไม่ให้มีความผิดทั้งทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมายด้วย

#### *บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมเอกลัทธิของผู้ป่วย*

การที่จะแสดงบทบาทในการส่งเสริมเอกลัทธิได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้

1. เข้าใจในคุณค่า ความเชื่อของตนเอง และของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ใช่คุณค่า ความเชื่อของตนเองในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากคุณค่า เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และเป็นตัวกำหนดทิศทางของชีวิต (Davis & Aroskar, 1991) การที่พยาบาลต้องเข้าใจคุณค่า ความเชื่อของตนเอง และของผู้อื่นเพราะแต่ละคนย่อมมีคุณค่า ความเชื่อที่แตกต่างกัน แม้จะอยู่ในครอบครัวเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของพื้นฐาน และประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งความรู้ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Ford, Trygstant – durland, and Nelms, 1979) ซึ่งหากพยาบาลไม่เข้าใจในความแตกต่างของคุณค่าความเชื่อของแต่ละบุคคล

แล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้อย่างอิสระ

2. มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ตามแนวคิดของมนุษยนิยม จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจสภาพและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเชื่อว่า (กองการพยาบาล, 2541)

2.1 มนุษย์เป็นผู้มีศักดิ์ศรีมีคุณค่า มีความสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองสามารถเข้าใจเหตุผล มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าของตน

2.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์ โดยไม่ต้องมีใครควบคุมทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความเป็นตัวของตัวเอง การปรับตัว การรู้จักตนเอง

2.3 มนุษย์เป็นคนดี เชื่อถือและไว้วางใจได้ แต่มนุษย์สามารถกระทำการต่างๆ เช่น หลอกหลวง โกรธ เกลียด โหดร้าย และเห็นแก่ตัว ซึ่งนิสัยเหล่านี้เกิดจากการใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเอง

2.4 มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล

2.5 มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น

3. มีความสามารถในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ เช่น ผู้เยาว์ ทารก ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีอาการวิกลจริต หรือมีอาการทางระบบประสาทที่อยู่ระหว่างรับการรักษา และผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้พยาบาลมีหน้าที่ในการค้นหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย

4. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารในการวางแผนการรักษาพยาบาล การอธิบายปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับอย่างแท้จริง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกอย่างอิสระ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษาของผู้รับข้อมูลนั้นว่าอยู่ในระดับใด เพื่อที่จะได้ใช้ภาษาในการสื่อสารที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยมุ่งถึงคุณภาพของบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (กองการพยาบาล, 2541)

ลักษณะของการสื่อสารที่ดี ควรมีดังนี้ (วิเชียร, 2534)

1) ใช้ภาษาธรรมดาชัดเจน รัดกุม ที่จะให้คนทั่วไปเข้าใจโดยง่าย

2) คำนึงถึงสภาพจิตใจและความรู้สึก พื้นฐานความรู้ของผู้รับ และใช้ถ้อยคำให้เหมาะสม รู้จักคาดคะเนปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับ เพื่อการหาทางโต้ตอบให้ถูกจังหวะและสภาวะอารมณ์

3) สามารถสร้างความสนใจให้ผู้รับเกิดความรู้สึกอยากเข้าร่วม (participation) ในการแสดงความคิดเห็น

4) มีความรู้ในเรื่องที่ตนจะพูดเป็นอย่างดี

5) สอดใส่ความรู้สึกในคำพูดและใช้คำพูดแต่ละคำอย่างมีความหมาย

6) นับถือความเป็นบุคคลของผู้รับอย่างจริงใจและช่วยให้ผู้พูดมีเจตคติทางบวก (positive attitude) ต่อผู้ฟังอันจะเป็นการลดความรู้สึกต่อต้านที่อาจมีขึ้นได้ (psychological barriers)

7) ใช้คำพูดที่สามารถจูงใจ (motivation) ให้ผู้รับมีความเห็นคล้อยตาม ยอมรับและปฏิบัติตามหรือกล่าวที่จะตัดสินใจลงมือกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งได้

พยาบาลที่มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดีย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีและตรงกันกับผู้ป่วย ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีงามระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

5. ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของตน หลังจากผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล มีความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และมีการพิจารณาไตร่ตรองดีแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจตามคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยเองอย่างอิสระ

6. ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย แม้ว่าการตัดสินใจนั้นขัดกับคุณค่าความเชื่อของพยาบาลก็ตาม (Thelan et al., 1994a) และให้การช่วยเหลือหลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างอิสระแล้ว หากการตัดสินใจนั้นไม่เกิดอันตรายต่อผู้ใด ในการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยพยาบาลจะต้องไม่กระทำการที่ตรงข้ามกับคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย (Beauchamp & Walters, 1994; Coy, 1989; Edge & Groves, 1999)

ในการส่งเสริมเอกลัทธิของผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (ผู้พิทักษ์สิทธิ) (advocacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในมิติของการดูแล เป็นสาระสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย แสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แสดงถึงความเอื้ออาทรที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในฐานะเพื่อนมนุษย์ ดังนั้นการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย จึงเป็นการกระทำเพื่อปกป้องและดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย การสนับสนุน การช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกกระทำการใดๆที่เป็นผลดีที่สุดต่อชีวิตของตนเอง ภายใต้ข้อมูลที่กระจ่างเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ เป็นการส่งเสริมความผาสุกในชีวิต และการปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (กองการ



พยาบาล, 2541) พยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิต้องเป็นคนอ่อนโยน ช่างสังเกตและละเอียดอ่อน เพียงพอ มีความใส่ใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นอย่างไม่เบียดเบียน ตระหนักในคุณค่าบุคคล เอกภาพ ความเป็นองค์รวม อิศรภาพ ความเสมอภาคและความรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในปัญหาของตนเองของผู้ป่วย เคารพในผู้ป่วยทุกคนโดยไม่มีอคติ ไม่ว่าจะด้วยเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรมและประเพณีที่แตกต่างกันก็ตาม (ฟาริดา, 2541) ซึ่งพยาบาลสามารถกระทำได้โดยช่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ และยอมรับคุณค่าของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะบอกถึงคุณค่า ความเชื่อ หรือความต้องการของตนเองในขณะนั้นได้ ไม่ให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลในบทบาทผู้พิทักษ์สิทธินั้นต้องทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยหากมีผู้อื่นละเมิดสิทธิของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีคุณภาพที่เพียงพอ และให้การรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้บอกไว้กับญาติ หรือตัวแทนที่ผู้ป่วยได้มอบอำนาจไว้ตามกฎหมาย

ฟาริดา (2541) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ไว้ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมได้
2. แจ้งให้ทราบถึงสิทธิและใช้สิทธิให้เต็มความสามารถ
3. จัดหาทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ
4. สื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ ทีมสุขภาพและทีมพยาบาล เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
5. ให้ความรู้แก่บุคลากรทั้งหมดให้ตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเอง และมีความห่วงใยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย

ฟราย (Fry, 1994) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่แทน (advocacy) ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งได้อธิบายไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้ คือ

รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบปกป้องสิทธิ (right protection model) โดยพยาบาลเป็นเสมือนผู้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยในระบบการดูแลสุขภาพ โดยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ และรายงานเมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิผู้ป่วยอีกต่อไป

รูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบให้ตัดสินใจภายใต้คุณค่า (values-based decision model) โดยพยาบาลเป็นบุคคลที่จะช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความต้องการ ผลประโยชน์และทางเลือกของตน ภายใต้คุณค่าและวิถีทางการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลจะต้องไม่ตัดสินใจแทนหรือ

บังคับผู้ป่วย แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงข้อดี/ข้อเสียของทางเลือกต่างๆ และให้ตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยเอง

รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบเคารพบุคคล (respect-for-persons model) ผู้ป่วยเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องได้รับความเคารพในความเป็นบุคคล พยาบาลจะต้องพิจารณาถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และทำหน้าที่ในการปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความเป็นส่วนตัว และทางเลือกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไร้ความสามารถในการตัดสินใจ และดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย กระทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้บอกไว้ก่อนเจ็บป่วย หรือได้บอกไว้กับสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน ถ้าไม่มีใครบอกถึงความต้องการของผู้ป่วยได้ พยาบาลจะต้องทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย และจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ

2. เป็นที่ปรึกษา (counselor) ให้กับผู้ป่วยซึ่งหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องใดก็คอยเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหา นั้น และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจคุณค่า ความเชื่อของตนเอง ด้วยวิธีการทำความเข้าใจในคุณค่า (values clarification) ให้แก่ผู้ป่วย ให้เข้าใจว่าคุณค่าที่แท้จริงของตนคืออะไร

3. เป็นผู้ให้ข้อมูล (information provider) ที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้ป่วยก่อนการตัดสินใจ จนผู้ป่วยเข้าใจในข้อมูลนั้น และใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับตนอย่างอิสระ ดังเช่นทิพาพันธ์ (2541) ได้กล่าวว่า พยาบาลไม่มีหน้าที่ตัดสินใจ หรือชี้แนะแทนผู้ป่วย แม้จะมีความตั้งใจดี ประารถนาดีก็ตาม

4. เป็นผู้ประสานงาน (collaborator) ในการดูแลสุขภาพจะต้องมีการประสานงานกันภายในทีมสุขภาพ ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวในการทำงานเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Olsen, 1996) โดยพยาบาลจะประสานให้เกิดความเข้าใจอันดีและความรู้สึกที่ดีในทุกๆฝ่าย โดยประเมินความต้องการในการประสานระหว่างผู้ป่วยและบุคคลรอบด้าน การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การประสานความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการทั้งหมด รวมถึงลดความเครียดจากข้อขัดแย้งต่างๆ (กองการพยาบาล, 2541) เน้นถึงความร่วมมือของทุกฝ่ายเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย ไม่ตัดสินใจแทนโดยใช้คุณค่า ความเชื่อของพยาบาล อย่างไรก็ตามในสังคมวัฒนธรรมของคนไทยในการให้เกียรติยกย่องแพทย์และพยาบาล จึงทำให้มอบอำนาจในการตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลแก่แพทย์และพยาบาล จึงทำให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจในแผนการรักษาแต่เพียงผู้เดียว

โดยไม่ได้ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เนื่องจากคิดว่าสิ่งที่ตนได้ตัดสินใจเป็นสิ่งที่ดีที่สุดและมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย การกระทำในลักษณะนี้ถือว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัหรือการดูแลผู้ป่วยแบบบิดาดูแลบุตร (paternalism) ที่ทำให้เกิดการละเมิดเอกลัทธิของผู้ป่วย หากผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่แพทย์และพยาบาลตัดสินใจแทนนั้นไม่สอดคล้องกับความต้องการของตนหรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าการตัดสินใจนั้นก่อให้เกิดประโยชน์กับตน (Edge & Groves, 1999; Hyland, 2002)

ความสัมพันธ์เชิงครอบครัหรือการดูแลผู้ป่วยแบบบิดาดูแลบุตร เป็นการดูแลที่ล่วงละเมิดเอกลัทธิส่วนบุคคล โดยผู้ให้การดูแลจะเป็นคนตัดสินใจแทน แต่ให้เหตุผลว่าทำไปเพื่อผลประโยชน์ของบุคคลนั้น จึงไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้ที่ถูกดูแล ถือเป็นการควบคุมอิสระในการตัดสินใจของบุคคลนั้น ในปัจจุบันมีข้อโต้แย้งและต่อต้านการดูแลแบบบิดาดูแลบุตร เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ให้บริการกระทำการในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยครอบงำการกระทำที่เป็นอิสระของผู้ป่วย ซึ่งภาพลักษณ์ภายนอกดูเหมือนเป็นการกระทำที่ดีให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย โดยอาจจะขัดกับความปรารถนาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่จะถูกจำกัดในเอกลัทธิส่วนใหญ่มักจะเป็นเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากถือว่าบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง (Beauchamp & Walters, 1994; Coy, 1989; Edge & Groves, 1999; Margaret & Alvita, 2002; Quinn & Smith, 1987) จึงสรุปได้ว่าการดูแลลักษณะนี้ผู้ให้การดูแลมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยทำให้ความมีเหตุผล มีสติ และความสามารถในการตัดสินใจของผู้ได้รับการดูแลด้อยลง จึงจำเป็นต้องมีผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแทนโดยมองข้ามความเป็นอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วย การกระทำเช่นนี้เป็น การจำกัดอิสรภาพ เสรีภาพของคนอื่น

จากการศึกษาของวิทเลอร์ (Whitler, 1996) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมเอกลัทธิของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 25 คน พบว่าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รับรู้วาทะบทของพยาบาลในการส่งเสริมเอกลัทธิของผู้ป่วย มีดังนี้

1. การให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย (personalizing) เป็นการให้คุณค่า ความคิดเห็น และประสบการณ์ของตัวผู้ป่วยและครอบครัว ในการทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ของการตัดสินใจได้มากขึ้น

2. การให้ข้อมูล (informing) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และป้องกันความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการให้การดูแล เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในเรื่องความเสี่ยง/ผลประโยชน์จากการรักษา และผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดจากการรักษา

3. การชักจูง (persuading) การชักจูงแบบควบคุม เป็นการให้เหตุผลอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อทำการควบคุมความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลในการยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอแนะเป็นการหลอกลวง การบังคับข่มขู่ และการจัดการ แต่ในทางตรงข้ามการชักจูงด้วยเหตุผล รวมถึงการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และการให้เหตุผลสามารถทำให้แต่ละคนนำไปใช้ในการตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอแนะ

4. การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ (shaping instrumental circumstances) การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือการบอก อธิบายให้บุคคลอื่นที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วย และสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาทางเลือกที่เป็นจริง ซึ่งช่วยในการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

5. การคิดพิจารณา (considering) เป็นการวิเคราะห์ คิด พิจารณา หรือการสะท้อนกลับในสิ่งที่จะนำมาสู่การตัดสินใจ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา ตระหนักถึงการยอมรับและไม่ยอมรับเหตุผลของการกระทำ และประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสมจากทางเลือก ผู้ป่วยต้องตระหนักในสิ่งที่ตนตัดสินใจ และรับรู้ว่าจะอะไรคือสิ่งที่ตนยินยอม หรือไม่ยินยอม

6. การบอกถึงโอกาสที่เหมาะสม (mentioning opportunities) เป็นการบอกถึงโอกาสที่เหมาะสม หรือทางเลือกอื่นที่บุคคลต้องใช้ในการตัดสินใจ การพิจารณาทางเลือกขึ้นอยู่กับโอกาสที่เหมาะสม

7. การประเมินสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง (assessing cause of impaired decisional capacity) แม้ว่ามีพยาบาลจำนวนมากที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถทำการตัดสินใจเองได้ แต่มีเพียงจำนวนน้อยที่จะสังเกตหรือค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ

สรุปในการเคารพเอกลัทธิส่วนบุคคล สิ่งแรกที่จะต้องคำนึงถึงคือความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจ รวมถึงอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองจากการที่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ถูกต้องและเพียงพอเพื่อใช้พิจารณาในการตัดสินใจ และได้กระทำตามที่ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานคุณค่า ความเชื่อของบุคคลนั้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันก็ยังพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกรพยาบาลในการเคารพ

เอกสิทธิ์ผู้ป่วยน้อย และพยาบาลบางคนมักจะละเมิดเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย หรือทำตัวเป็นเจ้าของเอกสิทธิ์นั้นเสียเอง เนื่องจากคิดว่าสิ่งที่ตนกระทำเป็นสิ่งที่ดีที่มีประโยชน์ ไม่เป็นอันตราย และมีความยุติธรรมต่อผู้ป่วย จึงทำให้เกิดปัญหาทางด้านจริยธรรมขึ้น การเคารพเอกสิทธิ์เป็นประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีความต้องการที่แตกต่างกัน

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย แสดงถึงการรับรองสิทธิให้กับผู้ป่วยที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารของตนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการร่วมคิดและตัดสินใจในแผนการรักษา ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่อาจอยู่ในลักษณะเป็นการให้ฝ่ายเดียวอีกต่อไป พยาบาลไม่อาจใช้บทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เว้นแต่ภาวะจำเป็นหรือเร่งด่วนเท่านั้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลควรมีลักษณะที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหา ช่วยคิดและตัดสินใจในแผนการรักษาที่ตนจะได้รับ การให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะรับทราบข้อมูลการรักษาที่ชัดเจนและเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดและร่วมตัดสินใจในแผนการรักษาของตนได้อย่างถูกต้อง ในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความรู้มากขึ้น ประกอบกับแนวคิดของระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ย่อมเป็นการสนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์ (human autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ทำให้อำนาจการตัดสินใจของแพทย์เริ่มมีการเปลี่ยนถ่ายมาเป็นอำนาจการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง และพยาบาลควรได้คำนึงถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ในด้านความเป็นส่วนตัว ความมีศักดิ์ศรี ตลอดจนสิทธิในการที่จะเลือกวิธีการรักษาของตนเอง และควรยอมรับและเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย หลักจริยธรรมข้อนี้เชื่อว่าบุคคลมีความเป็นตัวของตัวเองมีอิสระที่จะเลือก และตัดสินใจในการกระทำของตนเองตามสิทธิมนุษยชน และตามคุณค่า ความเชื่อของตนเองโดยไม่มีการบีบบังคับ ชูเชื้อ แทรกแซงจากผู้อื่น และบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องให้การยอมรับแม้จะไม่เห็นด้วยก็ตาม บุคคลทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจ หรือกระทำบนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของตนเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ทางจริยธรรมในการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้การยอมรับในคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจตามคุณค่า ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นจริงแก่ผู้ป่วยอย่างซื่อสัตย์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมกับตนโดยไม่มีการแทรกแซงจากคนอื่น แต่เกิดจากคุณค่าความเชื่อในตัวของผู้ป่วยเอง และสามารถกระทำตามที่ตนตัดสินใจได้