



เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่าง  
ผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย  
A Comparative Study of the Perceived Expectation and Actually Received  
on Patients' Rights among the Thai Buddhist and Thai Muslim Patients  
in Southern Thailand

จินตา เกียรติศักดิ์โสภณ  
Chinta Keatisaksopon

๗

เลขหมู่	R๗2๗.3๗๖๖ ๒๕๕๓ ๓.๒
Order Key	๕๘๕๑๘
Bib Key	๑๗๗๕๑๒
	๑.๐ ๐.๐ ๒๕๕๓/



วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing  
Prince of Songkla University

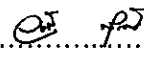
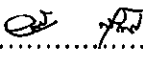
2543

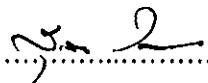
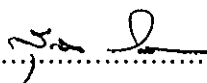
ชื่อวิทยานิพนธ์ ..... เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่าง  
ผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย  
ผู้เขียน ..... นางจินดา เกียรติศักดิ์โสภณ  
สาขาวิชา ..... การพยาบาลผู้ใหญ่

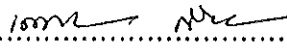
คณะกรรมการที่ปรึกษา

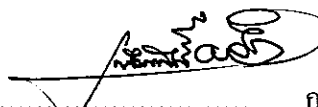
คณะกรรมการสอบ

 ..... ประธานกรรมการ .....  ..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิศ) (รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิศ)

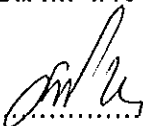
 ..... กรรมการ .....  ..... กรรมการ  
(ดร.วันดี สุทธิรัมย์) (ดร.วันดี สุทธิรัมย์)

 ..... กรรมการ .....  ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุกัญญา โจนนาภิวัฒน์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุกัญญา โจนนาภิวัฒน์)

 ..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

 ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. เกียรติศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

 .....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ บำรุงรัมย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์           เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่าง  
ผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย  
ผู้เขียน                   นางจินตา เกียรติศักดิ์โสภณ  
สาขาวิชา               การพยาบาลผู้ใหญ่  
ปีการศึกษา              2542

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง ระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นผู้ป่วยไทยพุทธ จำนวน 254 คน และไทยมุสลิม จำนวน 106 คน จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริง มี 4 ด้าน คือ ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับข้อมูล สิทธิด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และสิทธิในความเป็นส่วนตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square-test) และการทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งจากการวิเคราะห์ไคสแควร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม รับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับอยู่ในระดับมากในทุกด้านและโดยรวม ( $\bar{X} = 3.97-4.29$ ) ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.64-3.80$ ) ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.15-3.43$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับสิทธิที่ได้รับจริง ในกลุ่มผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า ทั้งผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในทุกด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับของชาวไทยพุทธกับของชาวไทยมุสลิม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ในด้านสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไทยพุทธ ( $\bar{X} = 4.29$ , S.D. = 0.59) มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม ( $\bar{X} = 4.10$ , S.D. = 0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านอื่นๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีผลต่อการรับรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม

ขอขอบคุณหญิงทอง อรรถการวิสุตชัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
โรงพยาบาลหาดใหญ่  
ให้รับทราบ  
๒๕๔๓  
วันที่ เดือน ปี



Thesis Title        A Comparative Study of the Perceived Expectation and Actually Received on Patients' Rights among the Thai Buddhist and Thai Muslim Patients in Southern Thailand

Author                Mrs. Chinta Keatisaksopon

Major Program      Adult Nursing

Academic Year      1999

### Abstract

This descriptive study aimed to compare the perceived expectation and actually received on patients' rights among the Thai Buddhist and Thai Muslim patients in southern Thailand. Three hundred and sixty subjects, 254 Thai Buddhists and 106 Thai Muslims were randomly selected from the Maharaj Nakornsri Thammarat Hospital and Yala Regional Hospital.

Data were collected through questionnaires with a guided interview. The questionnaires consisted of 1) demographic data included sex, age, educational level, occupation, income, frequency of admission, length of stay, and 2) Patients' Rights Questionnaire included four aspects of patients' rights : right to receive health services, right to information, right to decision, and right to privacy. Using a chi-square test, both groups of subjects were not significantly difference on demographic data.

The results revealed that both Thai Buddhists and Muslims perceived all aspects of patients' rights at a high level. ( $\bar{X} = 3.97-4.29$ ). Their perceptions of actually received on patients' rights to receive health services were at a high level ( $\bar{X} = 3.64-3.80$ ) whereas other aspects were perceived at a moderate level ( $\bar{X} = 3.15-3.43$ ). It was also found that the mean score of perceived expectation on patients' rights among both Thai Buddhists and Muslims were statistically significantly higher than those of actually received on patients' rights at level 0.0001. A comparison between the Thai Buddhists' and Muslims' perceived patients' rights to receive health services showed that the mean score among the Thai Buddhists ( $\bar{X} = 4.29$ , S.D. = 0.59) was significantly higher at level 0.01 than those among the Muslims ( $\bar{X} = 4.10$ , S.D. = 0.64). Other aspects were not significantly different at level 0.05. For actually received on patients' rights, there was no significant difference between the Thai Buddhists and Muslims.

The results from study are in accordant with our expectation that there is a cultural component in the perception of patients' rights among Thai Buddhists and Muslims.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาของ รศ.ดร. อรัญญา เขาวลิต  
ดร.วันดี สุทธรังษี ผศ. สุกัญญา โภจนากิจวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาได้ให้  
คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้กำลังใจมาตลอด ผู้วิจัยขอ  
กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ. พรจันทร์ สุวรรณชาติ รศ. ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
อาจารย์อาซิส เบ็ญหาวัน คุณกรรณิกา อังกุล คุณวาสนา สวัสดิ์นันทนา ที่ได้กรุณา  
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และขอบพระคุณ อาจารย์อาซิส เบ็ญหาวัน และ  
ดร. บรรจง ไวทยเมธา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวกับหลักการของศาสนา  
อิสลาม และขอบพระคุณ อาจารย์จิรพันธ์ เคนะ ที่กรุณาแปลแบบสัมภาษณ์เป็นคำอ่านออกเสียง  
ในภาษามลายูท้องถิ่นที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์  
จังหวัดยะลา ที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของทั้งสองโรงพยาบาล  
ที่กรุณาให้ความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาสับสนุนเงินทุน  
บางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ที่สนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยใน  
การศึกษาให้สำเร็จได้ด้วยดี

จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ .....	(7)
สารบัญ .....	(8)
สารบัญตาราง .....	(10)
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
คำถามหลักของการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	4
นิยามศัพท์ .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ความสำคัญของการวิจัย .....	7
2 วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิและสิทธิมนุษยชน .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย .....	11
สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ .....	15
สิทธิที่จะได้รับข้อมูล .....	19
สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล .....	25
สิทธิในความเป็นส่วนตัว .....	30
การรับรู้ .....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	39
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	43

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....44
	ผลการวิจัย .....44
	การอภิปรายผล .....78
5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....99
	สรุปผลการวิจัย .....99
	ข้อเสนอแนะ ..... 101
	ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป .....102
บรรณานุกรม	.....103
ภาคผนวก	.....118
ภาคผนวก ก	แบบการอธิบาย และการยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย .....119
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิผู้ป่วย ของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม .....120
ภาคผนวก ค	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิผู้ป่วย ของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมที่แปลเป็นคำอ่านออกเสียง ภาษามลายูท้องถิ่น .....132
ภาคผนวก ง	แบบการอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมสนทนากลุ่ม (focus group) ในโครงการวิจัย .....154
ภาคผนวก จ	เครื่องมือแนวทางคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม .....155
ภาคผนวก ฉ	ผู้ทรงคุณวุฒิ .....157
ประวัติผู้เขียน	.....158

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไควสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ไทยพุทธและไทยมุสลิม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	45
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ในรายด้านและโดยรวม .....	48
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในรายด้านและโดยรวม.....	48
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริงในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการ ทางสุขภาพในรายข้อ .....	50
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ในรายข้อ .....	53
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในรายข้อ .....	57
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว ในรายข้อ .....	59
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ในรายด้านและโดยรวม .....	61
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในรายด้านและโดยรวม .....	62
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับ บริการทางสุขภาพในรายข้อ .....	63

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลในรายชื่อ .....	66
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในรายชื่อ .....	69
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิความเป็นส่วนตัวในรายชื่อ .....	72
14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับสิทธิที่ได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม .....	74
15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับสิทธิที่ได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม .....	75
16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ กับของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม .....	76
17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ กับของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม .....	77

## บทที่ 1

### บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

สิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในยามเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (Human Rights) (วิฑูรย์, 2536) ที่เกิดจากแนวคิดที่ว่า มนุษย์มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกันตั้งแต่กำเนิด อันเป็นสิทธิตามธรรมชาติ (พินิจ, 2525; วิฑูรย์, 2537) ต่อมาได้มีปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal of Human Rights) (Storch, 1982) ปฏิญญาสากลนี้ได้กล่าวถึงสิทธิของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยว่า “มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตของตนและครอบครัว ที่มีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีเพียงพอสำหรับสุขภาพ” นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The right to health care) อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนทุกคนควรได้รับบรรลุถึงความมีสุขภาพดี สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (the right to information) จากผู้ให้การรักษา สิทธิในการตัดสินใจอย่างอิสระที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) รวมทั้งสิทธิความเป็นส่วนตัว และการปกปิดความลับที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (the right to privacy) (แสวง และเอนก, 2540)

สังคมตะวันตกเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญ และตระหนักในสิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ได้มีการดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น ประกาศสิทธิผู้ป่วย ของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (National League of Nursing's Statement on Patients Rights) ใน ค.ศ. 1973 และประกาศสิทธิบัตรของคนไข้ของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (Patients' Bill of Rights) (Ellis & Hartley, 1995) แม้ว่าคำประกาศนี้ไม่ได้เป็นกฎหมายบังคับ แต่ก็มีผลต่อการปฏิบัติอย่างแพร่หลายนั้นแสดงถึงความรับผิดชอบที่มีต่อสิทธิผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศต่างๆ ได้ออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและพบว่า มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (วิฑูรย์, 2537; Annas, 1998)

สำหรับในประเทศไทยพบว่า ดั้งเดิมไม่มีใครรู้จักสิทธิผู้ป่วย เพราะความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา มีลักษณะเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ผู้ให้การรักษาตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสูงสุด ผู้ป่วยมองผู้ให้การรักษาเป็นผู้มีพระคุณ เชื่อถือ สรรพหายยกย่อง เมื่อเป็นดังนี้ จึงไม่มีการกล่าวถึงสิทธิผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2537; สิริยา, 2539; อรรถจินดา, 2536)



ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การแพทย์และการสาธารณสุข การบริการสาธารณสุขไปในลักษณะเชิงธุรกิจ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่มากเกินไปจนเกินไป จำเป็น มุ่งหาผลกำไรจากผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์น้อยมาก ประกอบกับทางเลือกในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และประเด็นสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้บริโภคกำลังแพร่หลาย ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็ว ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ ผู้ป่วยมองตนเองเป็นผู้บริโภค เห็นว่าการรักษาพยาบาลเป็นบริการอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายไป ผู้ป่วยจึงคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ควรได้รับและมองผู้ให้บริการ เป็นผู้ให้บริการที่หวังกำไรจากบริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีความตระหนักและต้องการใช้สิทธิของตนเองมากขึ้น (วิฑูรย์, 2537; แสง และเอนก, 2540; ธีระยา, 2539; อรรถจินดา, 2536) จะเห็นได้จากการศึกษาของ มาลี (2527) ที่ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามาศิปติ พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าตนเองควรได้รับสิทธิในทุกด้าน คือ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและคำอธิบายเรื่องการเจ็บป่วยของตนสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาวะของตน สิทธิที่จะไม่ให้เจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพเปิดเผยเรื่องราวของตนให้ผู้อื่นทราบและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความคิดเห็นต่อการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วย มีคะแนนน้อยกว่าความคิดเห็นต่อสิทธิที่ควรได้รับและการศึกษาของวรรณภา (2540) ซึ่งศึกษาความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยนิเวศ พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในสิทธิผู้ป่วยมากกว่าการได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในด้านการได้รับทราบข้อมูลและด้านการได้รับการปฏิบัติคืออย่างมีศักดิ์ศรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุกัญญา, วัลยา และสุชาติ (2536) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยคาดหวังต่อสิทธิของตนสูง กว่าได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน คือ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาวะของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสมาน (2539) ซึ่งศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย และการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์ และพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลในด้านข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและรักษาและข้อมูลก่อนการลงชื่อยินยอมผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็น ความคาดหวัง ความต้องการต่อสิทธิผู้ป่วย ตลอดจนมีความตื่นตัว ความตระหนักถึงความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม

การศึกษาเหล่านี้ เป็นการศึกษาก่อนการประกาศใช้คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งประกาศโดย องค์การวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และ คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ในวันที่ 16 เมษายน 2541 จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ขณะนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในคำประกาศสิทธินี้มากน้อยเพียงใด เพราะถ้าผู้ป่วยเข้าใจคำประกาศเหล่านี้ ตลอดจนสิทธิอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้คุ้มครองความเป็นบุคคล ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติ อย่างไม่ชอบธรรม ทำให้ได้รับการปฏิบัติสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (วิฑูรย์, 2537; แสงและ เอนก, 2540) และทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถและมีอิสระขึ้น เพราะผู้ป่วยเข้าใจสิทธิของตน เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น และการรับรู้สิทธิผู้ป่วยจะเป็น ส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้ของบุคคลส่วนหนึ่งมีผลมาจากค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และประสบการณ์ของแต่ละสังคม (Melanson & Dowe-Wanboldt, 1987) ภาคใต้เป็นสังคมหนึ่งที่มี วัฒนธรรมเฉพาะ มีลักษณะโครงสร้างทางสังคมแตกต่างจากภูมิภาคอื่นของไทย (สรันยา, 2526) ส่วนหนึ่งเนื่องจากประชาชนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 69.97 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 29.13 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) นับเป็นภาคที่มีประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามหนาแน่นที่สุด โดยเฉพาะในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล ซึ่งการนับถือศาสนา มี ผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อในสังคม ซึ่งหลักการในศาสนาพุทธได้ซึมซับและมีอิทธิพลต่อ ค่านิยม จริยธรรม บรรทัดฐานของสังคมไทย และยังมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ นิสัยใจคอของชาวไทยพุทธ (ฉวีวรรณ, 2522; ณรงค์, 2538; เสาวภา, 2538; อมรา, 2533) และหลักคำสอนในศาสนาอิสลาม ยังเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม (บรรจง, 2536; เสาวนีย์, 2539) ดังการศึกษา พบว่า ประชาชนไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อ ความคิดและชีวิตมาก (สรันยา, 2526) จึงเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนา อิสลามในภาคใต้ นับแต่มีคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยตั้งแต่ 16 เมษายน 2541 เป็นต้นมา มีการรับรู้ สิทธิของผู้ป่วยอย่างไรและมีการรับรู้ว่าคุณได้รับการรักษาพยาบาลเป็นไปตามสิทธิผู้ป่วยเพียงใด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการ เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ที่นับถือศาสนาที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงคาดว่าการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ ทราบถึงการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้ อันจะเป็นแนวทางในการ พัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วย และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในฐานะมนุษย์

สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยหรือประชาชนในท้องถิ่นภาคใต้ อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล และสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับและที่ได้รับจริงในผู้ป่วยไทยพุทธ
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับและที่ได้รับจริงในผู้ป่วยไทยมุสลิม
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธกับผู้ป่วยไทยมุสลิม
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับจริงระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธ กับผู้ป่วยไทยมุสลิม

#### คำถามหลักของการวิจัย

1. ผู้ป่วยไทยพุทธมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับ และได้รับจริงอยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและได้รับจริงอยู่ในระดับใด
3. ผู้ป่วยไทยพุทธรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงแตกต่างกันหรือไม่
4. ผู้ป่วยไทยมุสลิมรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงแตกต่างกันหรือไม่
5. ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับแตกต่างกันหรือไม่
6. ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับจริงแตกต่างกันหรือไม่

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาการรับรู้และเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในงานหอผู้ป่วยในประเภทสามัญในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ของประเทศไทย

## นิยามศัพท์

การรับรู้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้แสดงออกเป็นพฤติกรรม คำบอกเล่าเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยคาดว่าจะได้รับจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือวัดการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้แสดงออกเป็นพฤติกรรม คำบอกเล่าเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยได้รับสัมผัสกับการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือวัดการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ซึ่งประกาศโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม หันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ร่วมกับความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับการสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดดังนี้

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีสาระดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการ ด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ทัศนคติการเมือง เพศ อายุ และของลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของคน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ภายใต้คำประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์แล้วจัดเป็นรายด้านได้ 4 ด้าน ดังนี้ สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับข้อมูล สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และสิทธิในความเป็นส่วนตัว และเมื่อร่วมกับความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่างและจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะได้สาระของแต่ละด้านดังนี้

1. สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมที่ผู้ป่วยทุกคนควรจะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกัน และได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่ขัดต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือทันทีโดยมิต้องร้องขอในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงแก่ชีวิต

2. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการบอกกล่าว และรู้ข้อมูลความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลในเวชระเบียน และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาพยาบาล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ สถานที่ และชื่อ สกุล ตำแหน่ง หน้าที่ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมเป็นผู้ถูกทดลองวิจัย

3. สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมที่ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมวางแผนเลือก ตัดสินใจยินยอม หรือปฏิเสธการรักษาได้อย่างอิสระตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาของตน ตลอดจนตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธในการนำข้อมูล

2. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการบอกกล่าว และรู้ข้อมูลความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลในเวชระเบียน และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาพยาบาล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ สถานที่ และชื่อ สกุล ตำแหน่งหน้าที่ของผู้ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมเป็นผู้ถูกทดลองวิจัย

3. สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมที่ผู้ป่วยทุกคนควรมีส่วนร่วมวางแผนเลือกตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาได้อย่างอิสระตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วย ตลอดจนการตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธในการนำข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองไปเปิดเผย การเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย นอกจากนี้ยังมีอำนาจหรือความชอบธรรมที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ให้การรักษาพยาบาลที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ หรือขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ อีกทั้งมีอำนาจหรือความชอบธรรมที่จะแสดงความจำนงค์หรือมอบหมายให้ผู้แทนโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยลายลักษณ์อักษร หรือวาจา ส่วนผู้ป่วยที่ยังเป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ บกพร่องทางกายหรือจิต ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้

4. สิทธิในความเป็นส่วนตัว หมายถึง อำนาจหรือความชอบธรรมของผู้ป่วยที่จะแสดงความคิดเห็น อธิบายปัญหาความต้องการและปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรมและศาสนาของตน รวมทั้งมีเสรีภาพในร่างกาย มีความเป็นส่วนตัว ได้รับการปฏิบัติด้วยกิริยาที่สุภาพอ่อนโยนเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย นอกจากนี้มีอำนาจหรือความชอบธรรมที่จะฟ้องร้องเมื่อได้รับความเสียหายต่อร่างกายและจิตใจจากผู้ให้การรักษาพยาบาล อีกทั้งได้รับการปกปิดข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ โดยไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและจัดระบบบริการรักษาพยาบาลให้สอดคล้อง และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วย
3. เป็นข้อมูลในการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเป็นแนวทางในการวิจัยโดยสรุป ดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิและสิทธิมนุษยชน
- แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
  - สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ
  - สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร
  - สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
  - สิทธิในความเป็นส่วนตัว
- การรับรู้

#### แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิและสิทธิมนุษยชน

##### ความหมายของสิทธิ

มีผู้ให้ความหมายสิทธิไว้ ดังนี้

สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม ที่จะกระทำการใดๆ อย่างอิสระ หรือให้ผู้อื่นกระทำแทน เป็นความชอบธรรมที่บุคคลจะเรียกร้อง หรือให้คุ้มครองรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายถึงชีวิต สิทธิจะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับการรับรองจากรัฐและกฎหมาย (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2525; พิกุลทิพย์และปราณี, 2539; วิฑูรย์, 2537; Curtin, 1980)

สิทธิ หมายถึง ความสามารถหรือเสรีภาพของคนที่จะทำการใดๆ โดยไม่ถูกแทรกแซงหรือถูกบงการจากผู้อื่น อันอยู่ภายใต้ศีลธรรมอันดีงามที่สังคมยอมรับ (อุทัย, 2524) หรือเป็นข้อเรียกร้องทางศีลธรรมของปัจเจกชนที่สังคมยอมรับ และเป็นสิทธิที่สังคมมอบให้เท่านั้น (วิธาน, 2534)

### สิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน ได้รับการนิยามว่า เป็นพื้นฐานอันชอบธรรมขั้นสูงสุดสำหรับมนุษย์ทั้งหลาย ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของทฤษฎีกฎธรรมชาติ (เจลิเมเกียรติ, 2530; นพนิธิ, 2537) ที่ถือว่า สิทธิของมนุษย์มีอยู่ และแผ่ในตัวของมนุษย์ทุกคน ในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์ที่ดำรงอยู่ในโลกของธรรมชาติ กล่าวคือ เป็นสิทธิในความเป็นมนุษย์ที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสภาพที่เหมาะสมในฐานะบุคคลคนหนึ่ง และเป็นสมาชิกของมนุษยชาติ (เจลิเมเกียรติ, 2530) สิทธิเช่นนี้จึงมีลักษณะเป็นสากล ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ขึ้นกับเชื้อชาติ ศาสนา หรือการเป็นพลเมืองของประเทศใดๆ สถานะทางสังคมใด หากแต่เป็นสิทธิของมนุษย์ เนื่องจากเขาได้เกิดมาเป็นมนุษย์ และจะล่วงละเมิดไม่ได้ (นพนิธิ, 2537)

สิทธิมนุษยชนนี้ได้ปรากฏอยู่ในหลักทางศาสนา ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ที่มุ่งปกป้องและสร้างสรรค์การดำรงอยู่ของมนุษย์ให้เป็นสุขสันติ (เจลิเมเกียรติ, 2530) ดังคัมภีร์ไบเบิล และปรัชญาตะวันตก ที่เห็นว่า มนุษย์มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน ตั้งแต่เกิด (พินิจ, 2525; อรรถจินดา, 2536) และพุทธศาสนา ได้ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนโดยได้อรรถาธิบาย ความเสมอภาคของมนุษย์ไว้อย่างชัดเจน ในประเด็นที่ว่า มนุษย์ทุกชั้น วรรณะ ต้องตกอยู่ในอำนาจกฎแห่งกรรม และในที่สุดก็อยู่ภายใต้กฎแห่งธรรมอย่างเท่าเทียมกัน ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงชีวิตที่ดีและโลกุตระธรรมเป็นสมบัติของทุกคน จะเอาชั้น วรรณะมาเป็นเครื่องจำกัดมิได้ (เสนห์, 2531) การที่พระพุทธศาสนาปฏิเสธเรื่องชั้นวรรณะ จึงเป็นการนำสังคมไปสู่ความเสมอภาค โดยกำหนดคุณค่าของคนด้วยศีลธรรมที่เขาประพฤติ คือ ถ้าตั้งอยู่ในศีลธรรมแล้ว ก็ถือว่า เป็นคนที่ควรยกย่องสรรเสริญ (สุชีพ, 2528) และตามทัศนะของอิสลาม สิทธิตามธรรมชาติเป็นแนวคิดพื้นฐานที่พระเจ้าเป็นเจ้าทรงประทานแก่มวลมนุษย์ ที่ครอบคลุมเสรีภาพ และความเสมอภาค ในสังคม ที่ว่า “มนุษย์ได้รับเสรีภาพแล้วตั้งแต่ถือกำเนิดมา ไม่มีทางที่จะเรียกเรื่องสิ่งเหล่านี้ไปจากมนุษย์ได้ หรือ ไม่อาจจะปฏิเสธความเป็นบุคคลของมนุษย์ได้” (มูระตะฮู, 2529) ซึ่งหลักความเสมอภาคของอิสลามนี้ มีพื้นฐานจากหลักการที่มนุษย์ทุกคนถูกสร้างโดยอัลลอฮ์เพียงองค์เดียว และมนุษย์ทุกคนสืบเชื้อสายมาจากอาดัมและอีวาเหมือนกัน อัลลอฮ์ได้ทรงเมตตา กรุณาปราณีต่อสิ่งที่ถูกสร้างทั้งหมด ได้ประทานเกียรติยศและศักดิ์ศรีให้แก่มนุษย์ มนุษย์เกิดมาและตายอย่างเท่าเทียมกัน (อัมมูอะฮฺ, ม.ป.ป.)

จะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ เป็นสิทธิที่ยอมรับกันโดยทั่วไป (นพนิธิ, 2537; วิฑูรย์, 2537; Annas, 1998) โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดความเชื่อทางศาสนาต่างๆ ซึ่งต่อมาสมัชชาแห่งสหประชาชาติได้มีมติผ่านร่างปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ปี ค.ศ. 1948



รับรองสิทธิมนุษยชนและกำหนดมาตรฐานในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ 30 ข้อ (Storch, 1982) หลักการพื้นฐานสำคัญเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ได้แก่ บุคคลมีความสามารถ มีอิสระเสรีในการตัดสินใจที่จะเลือกการกระทำใดต่อตัวเอง (human autonomy) ซึ่งสังคมในปัจจุบันมีกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เรียกร้องให้นานาอารยประเทศปฏิบัติต่อมนุษย์โดยคำนึงถึงสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ (สถาบันกฎหมายอาญา, 2542) ซึ่งประเทศต่างๆ ที่ยอมรับหลักการสิทธิมนุษยชนนี้ ได้นำเนื้อหาของปฏิญญานี้ไปกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญของประเทศตน (วิฑูรย์, 2537)

### ประเภทของสิทธิ

เมื่อพิจารณาตามลักษณะของสิทธิสามารถแบ่งประเภทออกได้ 2 ประเภท ได้แก่ สิทธิทางจริยธรรม (moral rights) และสิทธิทางกฎหมาย (legal rights)

สิทธิทางจริยธรรม (moral rights) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ผู้ถืออยู่จะกระทำการใดก็ได้ หรือให้ผู้อื่นกระทำการบางอย่างให้ก็ได้ เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ (human autonomy) ผู้อื่นไม่สามารถแทรกแซงได้ มีพื้นฐานจากระบบศีลธรรมจริยธรรม เป็นสิทธิที่เกิดขึ้นจากความคิดเห็น ความรู้สึก ความถูกต้อง ความเป็นธรรม และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ (นพนธิ, ม.ป.ป.; วิฑูรย์, 2537)

สิทธิทางกฎหมาย (legal rights) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ได้รับการคุ้มครอง และมีบัญญัติไว้ในธรรมนูญการปกครองและกฎหมายทางสังคม เพื่อรองรับและบังคับให้ทุกคนเคารพต่อสิทธิของกันและกัน (นพนธิ, 2537; วิฑูรย์, 2537) และยังเป็นการรับรองสิทธิทางจริยธรรมให้มีการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจนอีกด้วย (นพนธิ, ม.ป.ป.; อรรถจินดา, 2536)

จากการให้ความหมายของสิทธิดังกล่าว จะเห็นได้ว่า สิทธิทางจริยธรรมและสิทธิทางกฎหมายมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ สิทธิทางจริยธรรม เป็นสิทธิตามธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนพึงมีและมีลักษณะเป็นสากล เสมอภาค ไม่สามารถให้ข้มแลกเปลี่ยนกันได้ เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่ดี หรือเป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่ชีวิตอันพึงปรารถนา และมีได้ทำให้ผู้มีสิทธิรับประโยชน์หรืออำนาจใดๆ ตามสิทธิที่อ้างเสมอ เนื่องจากไม่มีแหล่งอ้างอิงอันเป็นที่ยอมรับกันอย่างชัดเจน แต่จะใช้เหตุผลที่ยอมรับได้ แต่สิทธิทางกฎหมายเป็นสิทธิที่มนุษย์กำหนดขึ้นและมีขอบเขตในแต่ละสังคมไม่จำเป็นต้องมีลักษณะเป็นสากล สามารถมอบหมายสิทธิให้ผู้อื่นได้ สิทธิทั้งสองนี้อาจไปด้วยกันหรือสนับสนุนกัน (Ellis & Hartley, 1995) กล่าวคือ สิทธิทางจริยธรรมบางอย่างก็นำมากำหนดเป็นกฎหมาย ทำให้มีขอบเขตที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การลักทรัพย์ของผู้อื่น เป็นต้น แต่สิทธิทางจริยธรรมบางอย่าง ก็ไม่มีการนำมากำหนดเป็นกฎหมายรับรอง เช่น การรักษาคำพูด มีวาจาสัตย์ เป็นต้น

แม้ว่าสิทธิทางจริยธรรมจะคลุมเครือ ไม่ชัดเจนเหมือนสิทธิทางกฎหมาย แต่ก็นับว่าเป็นถึงสำคัญยิ่ง เพราะจริยธรรมเกี่ยวข้องกับความประพฤติของมนุษย์ ความสัมพันธ์ระหว่างกันของมนุษย์ และสังคมสามารถอยู่ได้หากมีธรรม แต่สังคมจะอยู่ไม่ได้หากมีแต่กฎหมายโดยปราศจากธรรม เพราะแม้กฎหมายจะสร้างพันธะหน้าที่บางอย่างขึ้นได้ แต่ไม่สามารถสร้างพันธะหน้าที่ ที่จะเชื่อฟังกฎหมายได้ ซึ่งเป็นพันธะทางธรรม” (เฉลิมเกียรติ, 2530) โดยเฉพาะการสร้างพันธะหน้าที่ที่จะทำตามกฎหมาย เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

### แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

#### ความหมายของสิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มีความเจ็บป่วย รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกประเภทด้วย ซึ่งอาจเรียกว่า เป็นผู้บริโภคทางการแพทย์ และสาธารณสุข (health consumer) นั่นเอง (วิจурย์, 2537; แสงและเอนก, 2540)

สิทธิผู้ป่วย จึงหมายถึง ความชอบธรรมของพลเมืองทุกคนที่พึงได้รับจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย มีรากฐานมาจากสิทธิมนุษยชน และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (Human Rights) หลักสำคัญคือการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งแสดงความเป็นอิสระของมนุษย์ (human autonomy) (วิจурย์, 2537; แสงและเอนก, 2540)

#### ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยมีวิวัฒนาการควบคู่กับระบบกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลในยุคดึกดำบรรพ์ ผู้ให้การรักษา คือ พระหรือหมอผี ซึ่งมีฐานะทางสังคมสูงกว่า ได้รับความเคารพนับถือ เลื่อมใสศรัทธาจากผู้ป่วย ให้การรักษาโดยมิได้เรียกค่าสินจ้าง ให้ความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลมีความสัมพันธ์เชิงครอบครัว (paternalism) ผู้ให้การรักษาตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ต่อมาเมื่อมีอาชีพแพทย์ และมีระบบการปกครองและกฎหมายขึ้น ปราภูมิกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในโลกในประมวลกฎหมายของพระเจ้าฮัมบูราบี (The code of Humberabi) เมื่อ 1900-1700 ปีก่อนคริสตกาล ต่อมาในยุคอารยธรรมกรีกมีคำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ใช้เป็นจรรยาแพทย์ ซึ่งคำสาบานนี้เป็นต้นกำเนิดแนวคิดกฎหมายควบคุมวิชาชีพแพทย์ ในระยะต่อมาจนถึงปัจจุบัน (วิจурย์, 2537) นั่นคือเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยนั่นเอง

เมื่อมีการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เมื่อ ค.ศ. 1948 (The Universal Declaration of Human Rights) เป็นการประกาศที่ยอมรับนับถือในศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่คิดค้นมาเป็นสิทธิที่เท่าเทียมกัน (เสน่ห์, 2537) ปฏิญญาสากลนี้ได้ระบุสิทธิที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไว้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และองค์การอนามัยโลกได้มีมติเกี่ยวกับสิทธิที่สอดคล้องกับปฏิญญาสากลที่ว่า “สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (the right to health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ คือ บุคคลมีโอกาสเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับบริการทั้งในแง่คุณภาพของบริการ และเสียดค่าบริการตามฐานะอย่างเหมาะสม (วิฑูรย์, 2536)

สิทธิผู้ป่วยได้รับความสนใจและตระหนักมากขึ้นในสังคม เมื่อระบบบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้ผู้ให้การรักษาใช้อำนาจในกระบวนการรักษาพยาบาลมากขึ้น การบริการเปลี่ยนเป็นธุรกิจหวังผลกำไรจากผู้ป่วย ขณะเดียวกันประชาชนก็มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจากเทคโนโลยี การสื่อสารที่ทันสมัย และยังมีแนวคิดของการมีส่วนร่วมแบบระบอบประชาธิปไตย ซึ่งมีรากฐานจากความเป็นอิสระ เสรีของความเป็นมนุษย์ (human autonomy) จากเหตุผลดังกล่าว ได้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งในส่วนของประชาชนและผู้ให้บริการทางการแพทย์ ในการตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเองมีการตระหนักในสิทธิที่ตนควรได้รับมากขึ้น และยังผลักดันให้มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอีกด้วย

สิทธิผู้ป่วยจึงถูกร่างขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1973 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ต่อมาสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1975 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เพื่อสร้างความพึงพอใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย (Amas, 1992) องค์การระหว่างประเทศได้เห็นความสำคัญและประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย เช่น คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยในปี 1981 (the World Medical Association's Declaration on the Rights of the Patient) กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี 1979 (European Charter on Rights of Patients in Hospitals) ของโรงพยาบาลกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The EEC Hospital Committee) (วิฑูรย์, 2537) การประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นนี้ นั้นแสดงถึงการยอมรับและให้ความสำคัญของผู้ป่วยอย่างกว้างขวางในสังคมโลก

สำหรับสังคมไทยดั้งเดิมในการรักษาพยาบาล ผู้ให้การรักษาเป็นผู้ที่มีความรู้ เป็นที่เชื่อถือและยอมรับของสังคมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว ต่อมาได้รับแนวคิดการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในลักษณะสากล ได้มีบัญญัติกฎหมายอาญาร.ศ. 127 ให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2537) และจาก

สภาพการพัฒนาเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม มีผลให้ประชาชนคนไทยมีการศึกษา มีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มขึ้น ประกอบกับได้รับอิทธิพลแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิ เสรีภาพ จากสังคมตะวันตก ขณะเดียวกันระบบบริการสุขภาพเป็นเชิงธุรกิจมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยเปลี่ยนไป จากเดิมมองผู้ให้การรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ดูแล กลายเป็นผู้ให้บริการที่ทำให้การรักษาพยาบาลคามหน้าที่ และได้รับผลตอบแทน ทำให้สังคมไทยมีความตระหนัก และตื่นตัวเรื่องสิทธิผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า การรื้อเรียน ความคิดพลาดในการรักษาพยาบาล เริ่มมีมากขึ้น (พรหมมินทร์, 2542; สิระยา, 2539) จากเหตุผลดังกล่าว เป็นแรงผลักดันให้องค์กรวิชาชีพ แพทยสภา สภากาการพยาบาล สภากลัษกรรม หันตแพทยสภา ได้กำหนดและประกาศสิทธิของ ผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541

### ศาสนากับสิทธิผู้ป่วย

ศาสนา คือ ถิ่นความเชื่อถือของมนุษย์อันมีหลัก คือ แสดงกำเนิดและความสิ้นสุดของโลก เป็นต้น อันเป็นฝ่ายปรมาตม์ประการหนึ่ง แสดงถึงหลักกรรมบางประการ พร้อมทั้งสิทธิที่จะกระทำตามความเห็น หรือสั่งสอนในความเชื่อถืออื่นๆ (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

ศาสนามีอิทธิพลต่อสังคม เช่น เป็นแหล่งที่พึ่งทางใจ ตอบสนองความต้องการของบุคคล เกี่ยวกับความปลอดภัย และศาสนายังเป็นองค์ประกอบในการกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคม มนุษย์ได้นำค่านิยม คำสอนทางศาสนามาเป็นหลักกรรมประจำใจ และกำหนดเป็นบรรทัดฐานของสังคมอันประกอบด้วย แบบแผนในการดำเนินชีวิตหรือวิถีประชา กฏศีลธรรมหรือข้อพึงปฏิบัติ และข้อที่ห้ามปฏิบัติ (taboo) หากไม่ปฏิบัติตาม สังคมจะรังเกียจ ไม่ยอมรับและอาจถูกลงโทษจากสังคม เช่น ห้ามแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ห้ามถูกเนรคุณพ่อแม่ (รพีพรธ, 2521) กฏศีลธรรมแต่ละสังคมอาจไม่เหมือนกัน เพราะมีคุณค่า (value) ที่ยึดถือต่างกัน กฏศีลธรรมในบางเรื่องยังได้ถูกกำหนดเป็นกฎหมาย เพื่อให้กฏศีลธรรมเข้มแข็งสามารถบังคับให้บุคคลปฏิบัติตามได้ชัดเจนขึ้น (ศรีราชา, 2533) อย่างไรก็ตามในบางครั้งกฏศีลธรรมและกฎหมาย อาจไปด้วยกันไม่ได้ สำหรับสังคมไทยความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อความคิดทางจริยธรรมมากกว่าด้านกฎหมาย ซึ่งการพิจารณาเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคม ส่วนใหญ่สังคมจะพิจารณากฏศีลธรรมด้วยเสมอ (ศรีราชา, 2533) ฉะนั้นศาสนาจึงเป็นบ่อเกิดและมีอิทธิพลต่อบรรทัดฐาน จริยธรรมของสังคม (มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2527; Feocorer & Wind, 1989) ซึ่งย่อมหมายถึง บรรทัดฐาน จริยธรรม ข้อพึงปฏิบัติ และข้อห้ามปฏิบัติต่อบุคคลที่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยด้วย ดังจะเห็นได้จากข้อควรปฏิบัติหรือจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ หรือพยาบาล จะสอดคล้องกับจริยธรรมคำสอนของศาสนาในสังคม เช่นจรรยาบรรณวิชาชีพ

การพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในข้อที่ว่า “ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถาบันของบุคคล” จะเห็นได้ว่า สอดคล้องกับหลักคำสอนในศาสนาพุทธที่สอนให้บุคคลพึงปฏิบัติต่อกันด้วยความเท่าเทียมและเสมอภาค เลิกการเหยียดหยามด้วยเหตุของชั้น วรรณะ ที่ต่างกัน (สุทธิพ, 2528) ฉะนั้นศาสนาจึงมีอิทธิพลต่อความคิด พฤติกรรม การแสดงออก ของบุคคลที่นับถือศาสนาในสังคม จนเป็นเอกลักษณ์ของสังคมนั้นๆ ซึ่งได้แสดงให้เห็นทางศิลป วรรณคดี และคตินิยม บรรทัดฐาน วัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต (มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2527; ณรงค์, 2538; อมรา, 2533) ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอิทธิพลจากคำสอนและมีคตินิยม วัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาพุทธและอิสลาม มีการรับรู้ต่อสิทธิของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

#### คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทย

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทย พ.ศ. 2541 ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2542)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน หรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ที่ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งสิทธิผู้ป่วยออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ
2. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล
3. สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
4. สิทธิในความเป็นส่วนตัว

สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ

สิทธิที่จะได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลเพื่อสุขภาพ เป็นอำนาจอันชอบธรรมของมนุษย์ ที่พึงได้รับการบริการที่จะดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและความสำคัญของมนุษย์ (สิวลี, 2532) ซึ่งการปฏิบัติต่อมนุษย์ด้วยกันในหลักศาสนาพุทธ คือ เอาใจเขามาใส่ใจเรา และเอาใจเราใส่ใจเขา เป็นการสอนให้มนุษย์ยอมรับความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (ประเวศ, 2538) และหลักการของศาสนาอิสลามที่สอนให้ยอมรับเกียรติ และให้ความสำคัญของความเป็นมนุษย์ สร้างหลักประกันในเสรีภาพให้เหมาะสมกับฐานะของมนุษย์ (มุฮัมหมัดคามิล, 2529) และยังห้ามกระทำการใดก็ตามที่ละเมิดศักดิ์ศรีของมนุษย์หรือทำลายความรู้สึกและคุณค่าของมนุษย์ (บรรจง, 2535) หลักคำสอนของศาสนาดังกล่าว สอนให้เห็นคุณค่าของมนุษย์ ฉะนั้นมนุษย์จึงมีความชอบธรรมที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ดังนั้นสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ จัดเป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมี ซึ่งเป็นสิทธิทางจริยธรรมและสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และได้มีการกำหนดเป็นสิทธิทางกฎหมาย ขอมรบังคับโดยทั่วไป สิทธิด้านนี้แบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และได้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างของเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย

สิทธิที่จะได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกันนี้ เนื่องจากในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่า และศักดิ์ศรีที่จะดำรงชีวิตอยู่ในโลกเหมือนกัน ซึ่งหลักธรรมในการปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ในศาสนา

พุทธ ได้แก่ หลักธรรม “เมตตา” ความรักใคร่ปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุข คือ มีความเห็นอกเห็นใจ เสริมสร้างประโยชน์สุขให้แก่เพื่อนมนุษย์โดยไม่เลือกหน้า “กรุณา” ความสงสาร ต้องการช่วยให้เขาพ้นทุกข์ “มุทิตา” ยินดี เมื่อผู้อื่นได้ดี หรือประสบผลสำเร็จ และ “อุเบกขา” คือ วางใจเป็นกลาง ไม่ถากถางผู้อื่น เมื่อประสบความวิบัติ (พระราชสุทธีโมลี ทองดี, 2525) อิสลามสอนไว้ว่า มนุษย์ทุกคนต่างก็เท่าเทียมกัน ความแตกต่างด้านชาติพันธุ์ สีผิว ฐานะทางสังคม ความสามารถ ความมั่งคั่ง และอื่นๆ อีกมากมาย ไม่มีผลกระทบต่อฐานะที่แท้จริงของมนุษย์เลยในทัศนะของพระเจ้า (อัมมูละฮุ และอับดุลเลาะ, 2542) และสอนให้ยอมรับเกียรติ ให้ความสำคัญ และสร้างหลักประกันในเสรีภาพของมนุษย์ (มุฮัมหมัดคามีล, 2529) จะเห็นได้ว่า หลักคำสอนในศาสนาต่างกล่าวสอนให้มนุษย์ยอมรับความเป็นมนุษย์ ให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งคำสอนในศาสนาที่มีผลต่อพฤติกรรมและความคิดของคนในสังคม (อมรา, 2533) เมื่อบุคคลต้องเจ็บป่วยต้องอยู่ในฐานะผู้ป่วย ก็ยังต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติที่แสดงถึงการใส่ใจเกียรติ เห็นอกเห็นใจช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงเป็นความถูกต้อง ชอบธรรมที่มนุษย์พึงได้รับความช่วยเหลือ บริการสุขภาพและเป็นสิทธิทางจริยธรรม ซึ่งจะเห็นได้จากหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็น ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อสิทธิที่จะพึงจะได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นและความคาดหวังในสิทธิที่จะได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง (เคยหอม, 2539; มาลี, 2527; วรรณภา, 2540; สุภิญญา และคณะ, 2536)

สิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยในข้อ 1 ที่ว่า “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ” และข้อ 2 ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ทัศนคติการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย” (สภาการพยาบาล, 2542) และสอดคล้องกับสิทธิบัตรของผู้ป่วย ที่ประกาศโดยสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Hospital Association Bill of Rights) ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ความยกย่องนับถือเอาใจใส่” (Ellis & Hartley, 1995) และยังสอดคล้องกับปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชนว่าด้วย “สิทธิที่จะดำรงชีวิตตามมาตรฐานเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว มารดาและทารกจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลเป็นพิเศษ เด็กทุกคนไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส ต้องได้รับการคุ้มครองจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน” (Stroch, 1982) และมติขององค์การอนามัยโลกก็ยอมรับว่า “สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” และสอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศไทยที่ว่า “มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษา

พยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” “มาตรา 82 รัฐต้องจัดหาและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนที่ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (สภาการพยาบาล, 2542) และสอดคล้องกับข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรม แห่งวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ในข้อที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ย่อมประกอบ วิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง” (สภาการพยาบาล, 2542) และสอดคล้องกับจรรยาวิชาชีพของสภาการพยาบาลนานาชาติ (The International Council & Nurse, ICN) ที่บัญญัติว่า “ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อประชาชนผู้ ที่ต้องการการพยาบาล พยาบาลพึงให้การพยาบาล สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย ด้วยความ เคารพในคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม และความเชื่อด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล (Benjamin & Curtis, 1992)

2. สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอและสิทธิที่จะได้รับการ ช่วยเหลือรับค้ำจุนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทันที ตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

สิทธินี้เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อการมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะในภาวะ ฉุกเฉินรับค้ำจุน ผู้ให้การรักษาพยาบาลจะต้องให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น จนกว่าอาการจะคงที่ และไม่เคยเคลื่อนผู้ป่วย ด้วยเหตุผลเพื่อปฏิเสธการรักษาพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทำได้ด้วยเหตุผล เพื่อรับการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือทำตามความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น (Annas, 1992; Rambu, 1998) เป็นสิทธิต่อเนื่องจากสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ กล่าวคือ เมื่อนุญยมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ ไม่ ปลดปล่อยให้ตาย เขาก็ควรมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือทันทีที่ร้องขอ หรือไม่ได้ร้องขอในภาวะที่ เสี่ยงอันตรายฉุกเฉิน สิทธิในข้อนี้สอดคล้องกับหลักคำสอนในศาสนาอิสลามที่ว่า “จงให้ความ เมตตา แก่ทุกคนบนโลก เพื่อว่าเจ้าจะได้รับความเมตตาจากสวรรค์” (บรรจง, 2535) และสอดคล้อง กับพุทธภาษิตที่ว่า “โลโกปคฤณุกา เมตตาเป็นธรรมค้ำจุนโลก” เป็นการสอนให้คนมีเมตตา คือ ปรารถนาให้เขามีความสุข กรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ (สมเด็จพระญาณสังวร สุวฑฒโน, 2526) คำสอนในศาสนาดังกล่าวเป็นการสอนให้มนุษย์พึงช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ หรือ มนุษย์ควรจะได้รับช่วยเหลือจากเพื่อนมนุษย์ด้วย การที่ผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือในการ รักษาพยาบาลเมื่อร้องขอหรือมิได้ร้องขอในภาวะฉุกเฉิน เสี่ยงอันตราย จึงเป็นสิทธิทางจริยธรรม และได้รับการรับรองในคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทยในข้อที่ 4 ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับค้ำจุน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ



โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะร้องขอ ความช่วยเหลือหรือไม่” และสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิจะคาดหวังว่า โรงพยาบาลจะให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและสอดคล้องกับความสามารถ และนโยบายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะต้องประเมินผล ของการบริการที่ให้ และหรือการ ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีเร่งด่วน ผู้ป่วยอาจถูกย้ายไปสถานบริการสุขภาพแห่งอื่น ๆ ที่ให้การดูแลรักษา ได้ดีกว่า ตามคำร้องขอที่ชอบด้วยเหตุผล และต้องเป็นสถานบริการสุขภาพแห่งแรกที่บอกรับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน เกี่ยวกับความเสี่ยงในการรักษาผลที่เกิดขึ้น และอื่นๆ จากการ ย้ายครั้งนี้” (มัญชฎา, 2541)

3. สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี และมีความปลอดภัย โดยไม่ขัดกับความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนาของผู้ป่วย

จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่คาดหวังในด้าน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาล ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การได้ รับความช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การได้รับการสนใจในความเป็นอยู่ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติจริง (เดยหอม, 2539; มาลี, 2527; วรณภา, 2540; สุกัญญา และคณะ, 2536) สิทธิที่จะปฏิบัติกิจกรรมและการรับการรักษาพยาบาลที่ไม่ขัดกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และ ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เป็นสิทธิที่แสดงถึงความเป็นอิสระ ความมีเหตุผลของมนุษย์ที่พึงมี เนื่องจาก ศาสนาเป็นสิ่งที่กำหนดค่านิยมความเชื่อ บรรทัดฐาน ระเบียบปฏิบัติของบุคคลในสังคม ฉะนั้นบุคคล ที่นับถือศาสนาต่างกัน อาจมีค่านิยม ความเชื่อ บรรทัดฐานที่แตกต่างกันได้ ซึ่งสรันยา (2526) ศึกษา บทบาทของศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมในภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อความคิดและชีวิตมาก จากการที่ศาสนาต่างๆ ได้กำหนดหลักการปฏิบัติในการดำเนินชีวิต เช่น ศาสนาพุทธได้สอนวัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษา สุขลักษณะในที่อยู่อาศัย การรักษาความสะอาด อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ การบริโภคอาหารที่สะอาด การนุ่งห่มร่างกายให้ปกปิดมิดชิด ตลอดจนการอยู่ร่วมกัน การทักทายด้วยถ้อยคำที่เหมาะสม กิริยา สุภาพ อ่อนโยน รับฟังและให้เกียรติผู้อื่น เป็นต้น (สุวรรณ, 2517) สำหรับศาสนาอิสลามได้ กำหนดการดำเนินชีวิตไว้ซึ่งในที่นี้จะขอสรุปสาระสำคัญๆ เพียงบางส่วน ได้แก่ การละหมาด ดังที่ ท่านนบีมุฮัมมัด ค็อด ได้ให้โอวาทว่า “การละหมาดนั้นเป็นเสา (คือหลักสำคัญ) ของศาสนา อิสลาม เป็นศาสนกิจประการเดียว ที่มุสลิมต้องปฏิบัติประจำ วันละ 5 ครั้ง การถือศีลอดในเดือน รอมฎอน จำนวน 29-30 วัน ซึ่งผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นบุคคลประเภทหนึ่งที่ได้รับการผ่อนผันในการ ถือศีลอด นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังสอนเรื่องการรักษาความสะอาดที่ว่า “จงรักษาความสะอาด เพราะอิสลาม หมายถึง ความสะอาด” เช่น ความสะอาดของร่างกายในการละหมาด การอาบน้ำ

การรักษาความสะอาดศีรษะ ผม ใบหน้า ปาก ฟัน ขน อวัยวะที่ปกปิด และความสะอาดอื่นๆ เช่น เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังห้ามบริโภคอาหารบางชนิดที่ไม่ถูกต้องตามหลักศาสนา (เสาวนีย์, 2539) และอัลลอฮ์ได้บัญญัติเกี่ยวกับการแต่งกายของมุสลิม ว่าการปกปิดร่างกาย เป็นสิ่งที่จำเป็นทั้งผู้ชายและผู้หญิงทุกคน การแต่งกายสำหรับชาย ต้องแต่งให้สุภาพ สะอาด ปกปิด ส่วนที่อยู่ระหว่างสะดือและหัวเข่า ส่วนผู้หญิง ต้องแต่งกายที่ปกปิดอวัยวะที่พึงสงวน ได้แก่ หัวทั้งร่างกาย ยกเว้นส่วนที่เป็นใบหน้า และฝ่ามือ ดังนั้น เครื่องแต่งกายที่ไม่สามารถปกปิดอวัยวะ พึงสงวน ศาสนาอิสลามได้สั่งห้าม (อะหมัด, 2526)

จะเห็นได้ว่า วิธีการดำเนินชีวิตในภาวะปกปิดของบุคคล ตามหลักคำสอนทางศาสนา เมื่อเจ็บป่วยก็ยังคงการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาเช่นกัน ดังนั้นบุคคลจึงมีความชอบธรรม มีสิทธิจะดำเนินชีวิตตามหลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่อ และเมื่อเจ็บป่วยก็ยังมีสิทธิที่จะปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่อของตน เนื่องจากสิทธิและเสรีภาพเป็นสิ่งที่ติดตัวไม่ว่าจะเป็น เวลาที่มีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย (พินิจ, 2525) ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวัง เห็นด้วยต่อสิทธิที่จะปฏิบัติตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของตน ในกรณีที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการรักษา (ปัญญาจักษ์, 2523; วรรณภา, 2540; สุกัญญา และคณะ, 2536)

### สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า ศักดิ์ศรี มีอิสระ ในการใช้เหตุผล (Davis, 1985) ซึ่งอัลลอฮ์ได้ตรัสใจความว่า “จงปรึภษาหารือกันในทุกอย่าง” (มฮัมหมัดคามิล, 2529) การให้ข้อมูลข่าวสารจะเป็นสิ่งสำคัญในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะได้รับข้อมูล จึงเป็นสิทธิทางจริยธรรมที่ได้รับการยอมรับ และกำหนดเป็นสิทธิทางกฎหมาย ซึ่งเป็นสิทธิที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ (Davis, 1985) ซึ่งจากหลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วยที่รู้ในระดับมาก (ชนุดรา, สุพรรณิ และ วราภรณ์, 2540; เศษหอม, 2539; มาลี, 2527; วรรณภา, 2540; วิเชียร, 2540; สุกัญญา และคณะ, 2536; สมาน, 2539) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลของผู้ป่วย แบ่งเป็น ประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. สิทธิที่จะรู้ข้อมูล ความเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล เช่น การรักษาด้วยการผ่าตัด ยา เคมีบำบัด รังสีรักษาการ พยากรณ์โรค ค่าบริการและค่ารักษาพยาบาล ผู้ให้การรักษาพยาบาล เหตุผลการส่งต่อไปรักษา ที่อื่นยกเว้น กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้และในกรณีที่ผู้ป่วยเด็ก ผู้พิการ

กาย บกพร่องทางจิต ที่ไม่สามารถรับรู้ได้ ให้บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบข้อมูลแทน

การได้รับข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยหาทางจัดการกับความเครียด ช่วยให้คลายความวิตกกังวล (Lazarus & Cohen, 1983) และในแนวคิดปรัชญาของเปลโดที่ว่าความร่วมมือโดยความเต็มใจของผู้ป่วยในการกินยา หรือทำตามคำแนะนำของแพทย์จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอนที่สุด ถ้าผู้ป่วยได้ตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการรักษา แนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลทำให้เกิดความยินยอมรับการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณาหลักการแก้ไขปัญหาดามหลักอริยสัจสี่ของพระพุทธศาสนา กล่าวคือ เมื่อเป็นโรค คือ ทุกข์ ก็ต้องตรวจดูอาการ วินิจฉัยและหาสาเหตุโรค คือ สมุทัย และภาวะที่หายจากโรค หรือการมีสุขภาพดี คือ นิโรธ ส่วนการวางวิธีการรักษาแก้ไขบำบัด คือ มรรค (ทวีทอง, 2533) การได้รู้ข้อมูลการเจ็บป่วย สาเหตุ ปัญหาของโรค และรู้แนวทางการรักษาของผู้ให้การรักษาพยาบาล การพยากรณ์โรค และรู้วิธีการรักษา เป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปคิดพิจารณาแก้ปัญหาสุขภาพ ตามหลักอริยสัจสี่ดังกล่าว ซึ่งเป็นหลักในการคิดแก้ไขปัญหาของผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ฉะนั้นการรับรู้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมคิดแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง

สิทธิที่จะได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเอง สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทยข้อที่ 3 ที่ว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น” และยังสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องด้วยความเข้าใจ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค เว้นแต่ในภาวะฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจและต้องการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะพิจารณาและร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมและการรักษาเฉพาะนั้น ระยะเวลาที่เป็นไปได้ในการฟื้นตัว ทางเลือกต่างๆ ในการรักษา ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ได้รับ (มัญชุกา, 2541) ยังสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National League of Nursing หรือ NLN) ที่ว่า “สิทธิที่จะรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษา รวมทั้งทางเลือกอื่นและการเสี่ยงต่ออันตราย ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจได้โดยง่าย ซึ่งจะช่วยในการให้คำยินยอม” “สิทธิที่จะได้รับคำแนะนำหรือความรู้จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรักษา เพื่อให้บรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดี (คัมภีร์, 2536) และสอดคล้องกับกฎหมาย มาตรา 59 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ หรือราชการ

ส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตหรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับคนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ตามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่กฎหมายบัญญัติ” (วิสูตร, 2540)

แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะมีความคิดว่าการบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยขณะที่มารับบริการ เป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ทำให้ได้รับความร่วมมือดีขึ้น (สิวลี, 2527; สมาน, 2539) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาล่าสุดพบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลตามที่ตนต้องการ หรือได้รับไม่เพียงพอ และไม่ตรงตามที่ตนต้องการ (ขนิษฐา, 2534) อาจมีสาเหตุจากผู้ป่วยมีวัฒนธรรม ความเกรงใจ ไม่กล้าซักถามหรือตอบตามความรู้สึที่แท้จริง เกรงถูกดู ไม่มีโอกาส อายและกลัวหมอ (ศรีวรรณ, 2539) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่เคารพสิทธิที่จะได้รับข้อมูลยังไม่เพียงพอ (เคยหอม, 2539; มาลี, 2527; สมาน, 2539; Leino-Kilpi, Nyrhien, and Katajisto, 1997) โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลเรื่องความรุนแรงของโรค สาเหตุของโรคยังอยู่ในระดับต่ำมาก (สมาน, 2539) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แม้ว่าความเจ็บป่วยนั้นจะร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้ จนมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เพราะการได้รับข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาวะโรค ร่างกาย เพื่อใช้ในการประกอบการวางแผนชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษาพยาบาล ว่าควรอยู่บนพื้นฐานที่ไว้วางใจได้ ซึ่งหลักคำสอนในศาสนาอิสลามได้สอนให้มุสลิมเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความสัตย์จริงเป็นสัจจะ ให้พูดความจริง พูดในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งอนันต์ และธนา (2540) ได้สำรวจเจตคติของผู้ป่วยต่อการที่แพทย์แจ้งการวินิจฉัย และการดำเนินโรคที่ร้ายแรง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอ และผู้ป่วยมีเจตคติที่เปิดกว้างต่อการรับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการดำเนินโรคที่ร้ายแรงตามความเป็นจริง แม้จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจก็ตาม

2. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล ก่อนยินยอมตัดสินใจรับการรักษาและก่อนเซ็นใบยินยอมรักษา

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญช่วยให้ผู้ป่วยใช้สิทธิตัดสินใจในการพยาบาลได้ ผู้ป่วยจึงควรที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการรักษาผลดี ผลเสียความสำเร็จของการรักษา ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นขณะพักฟื้น และระยะเวลาที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมปกติได้ เมื่อได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนครบถ้วนแล้ว ความยินยอมของผู้ป่วยจะมีผลตามกฎหมาย เรียกว่า ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (inform consent) (วิฑูรย์, 2537; Annas, 1992; Leino-Kilpi et al., 1997) แต่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนการตัดสินใจ

ไม่เพียงพอ (Davis, 1985) สิทธินี้เป็นสิทธิต่อเนื่องจากสิทธิที่จะรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กล่าวคือ การได้รับข้อมูลต่างๆ ส่วนหนึ่งจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับในประเทศไทยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทางกฎหมายแพ่ง มีลักษณะเป็นสัญญา สิทธิผู้ป่วยจึงเป็นสิทธิของคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งในทางแพ่ง สิทธิผู้ป่วยในฐานะคู่สัญญาทางแพ่งย่อมเกิดขึ้นตามบทบัญญัติประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในมาตรา 156, 157, 159, 162, 175 และ 176 มาตรา 156 “ผู้ป่วยต้องรู้สาระสำคัญของการกระทำของแพทย์ที่กระทำต่อตน ความยินยอมของผู้ป่วยจึงจะมีผลทางกฎหมาย หากผู้ป่วยไม่รู้สาระสำคัญของการกระทำของแพทย์ ความยินยอมย่อมใช้ไม่ได้ การที่กฎหมายกำหนดให้การแสดงเจตนาที่สำคัญคิดในสาระสำคัญแห่งนิติกรรมต้องเสียไปใช้ไม่ได้ (โมฆะ) นั่นก็เป็นการยอมรับความเท่าเทียมกันแห่งสิทธิในการรับรู้ของคู่กรณีที่มีอยู่ ในกรณีผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความยินยอม ผู้ป่วยจึงต้องรู้ถึงสาระสำคัญในการกระทำของแพทย์ให้เข้าใจเสียก่อน” บทบัญญัติในมาตรานี้จึงเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2537) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 กฎหมายฉบับนี้นิยามความหมายของ “ผู้บริโภคไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งถึงรวมถึง “สิทธิผู้ป่วย” ที่ว่า “สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสินค้าและบริการ” (วิฑูรย์, 2537)

ประเทศต่างๆ ในยุโรป บัญญัติไว้ในกฎหมายต่างๆ ได้แก่ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ความยินยอมรับการรักษาเกี่ยวพันกับสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าว (the right to information) กล่าวคือ ตามหลักการแล้ว บุคคลใดๆ ไม่อาจจะให้ความยินยอมในการกระทำที่ตัวเองไม่ทราบเรื่อง ดังนั้นความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว จึงเป็นคำที่ใช้กันทั่วไปเกือบทุกประเทศ โดยประเทศที่รับรองสิทธิดังกล่าว ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย เดนมาร์ก เยอรมัน ตะวันออก ฝรั่งเศส อังการี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โรมานี ยูโกสลาเวีย อังกฤษ และประเทศสวีเดน (วิฑูรย์, 2537)

3. สิทธิที่จะรู้เกี่ยวกับคุณวุฒิ ตำแหน่ง ประสบการณ์ ความรับผิดชอบของผู้ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนกฎ ระเบียบ สถานที่ต่างๆ ของโรงพยาบาล ตลอดจนค่ารักษาพยาบาล

การรู้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ให้การรักษาพยาบาลจะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจรักษาพยาบาล มิฉะนั้นความยินยอมของผู้ป่วยย่อมไม่สมบูรณ์ (วิฑูรย์, 2537) ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญในสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้การรักษาพยาบาลนี้ และเห็นด้วยว่าเป็นสิทธิที่ควรได้รับถึงร้อยละ 97 (สมาน, 2539) นอกจากนี้สิทธิข้อนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของประเทศไทยในข้อ 5 ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพผู้ให้บริการแก่ตน” และยังสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วย

ของสมาคมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับแพทย์ และพยาบาลคนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ประจำบ้านหรือผู้รับการฝึกอบรมอื่นๆ” (มัญชุภา, 2541) และคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ที่ว่า “สิทธิที่จะรู้เกี่ยวกับคุณวุฒิ ชื่อ และตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาตน” (คัมภีร์, 2536) และสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ยังสอดคล้องกับบทบัญญัติประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในมาตรา 157, 159, 162, 175 คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าวหรืออธิบายถึงคุณสมบัติของตัวแพทย์ที่ผู้ป่วยรักษา วิธีการกระทำที่ผู้ป่วยจะได้รับ มิฉะนั้นความยินยอมของผู้ป่วยย่อมไม่สมบูรณ์เพราะสำคัญคือนั้นคือ ถ้าผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาพยาบาล โดยการสำคัญผิดในคุณสมบัติของตัวแพทย์เอง และคุณสมบัตินั้นเป็นคุณสมบัติ ที่เป็นสาระสำคัญ ทั้งแพทย์ผู้ตรวจรักษา กังใจไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย ความยินยอมของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ เป็นโมฆียะตามบทบัญญัติ” (วิฑูรย์, 2537)

การแจ้งค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพื่อผู้ป่วยจะได้เตรียมจัดหาค่ารักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเห็นด้วยว่า ควรมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (วิเชียร, 2540; สมาน, 2539) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์นี้ สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคม โรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยยังมีสิทธิที่จะรู้รายละเอียดทางการเงินเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ในการดูแลรักษา ทั้งในภาวะปกติและภาวะเร่งด่วน” “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะถามและได้รับการบอกกล่าวถึงความสัมพันธ์ในทางธุรกิจที่ยังคงอยู่ ระหว่างโรงพยาบาล สถาบันการศึกษา บุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ หรือผู้ให้บริการซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย” และ “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวในเรื่องนโยบายและการปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาและความรับผิดชอบผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรทางการแพทย์ที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา เช่น กรรมการจริยธรรม ตัวแทนของผู้ป่วย หรือปัจจัยที่เป็นประโยชน์อื่นๆ ในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีสิทธิจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบริการของโรงพยาบาลและวิธีการจ่ายที่เป็นไปได้” (มัญชุภา, 2541) และยังสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาล แห่งชาติสหรัฐอเมริกา ที่ว่า “สิทธิที่จะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการคิดค่าธรรมเนียมของการบริการต่างๆ รวมทั้งสิทธิที่จะเสนอให้ตรวจสอบ” “ได้รับคำชี้แจงอย่างชัดเจนถึงสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายหรือระเบียบของการรักษาพยาบาลทุกประการ” (คัมภีร์, 2536)

#### 4. สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูล ก่อนเข้าร่วมทดลอง หรือวิจัย

การวิจัยที่เกี่ยวกับคน อาจเกิดปัญหาผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง บ่อยครั้งเกิดจากความไม่รู้ของผู้ถูกทดลองและการไม่ตระหนักในจริยธรรมของผู้ทดลอง

และสิทธิของผู้ถูกทดลอง ดังเช่น การทดลองในคนในยุคนาซี ช่วง ค.ศ. 1930 และ ค.ศ. 1940 ทำให้เกิดความหวัหฬภาพแก่ผู้ถูกทดลองมาก จึงทำให้ประชาคมโลกสนใจจริยธรรมของการวิจัยในคน จึงได้กำหนดหลักจริยธรรมในการวิจัยหรือ Nuremburg Code ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ ผู้ถูกทดลองจะต้องให้ความยินยอมโดยสมัครใจ การทดลองต้องมีพื้นฐานมาจากผลการทดลองในสัตว์ การทดลองนั้นจะต้องกระทำที่หลีกเลี่ยงการเสี่ยงอันตราย จะต้องไม่ทำการทดลองในกรณีที่มีสาเหตุอันเชื่อได้ว่า อาจเกิดอันตรายพิการหรือตาย (Bandman, 1995) การกำหนดจริยธรรมในการวิจัยนี้เป็นการให้ความยุติธรรม ปฏิบัติอย่างเสมอภาค ให้เกียรติผู้ถูกทดลอง สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยที่ตัวอย่างต้องปฏิบัติหรือถูกกระทำ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกหากไม่ประสงค์จะถูกศึกษาวิจัย การปกปิดสถานภาพเป็นความลับ สิ่งที่สำคัญเสียจากการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการซักถามเมื่อสงสัย และสิทธิในการเลิกการเข้าร่วมวิจัย (วินา, 2540) สิทธิในข้อนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยในข้อ 8 ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” และสอดคล้องกับข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ในข้อที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผู้ทำการทดลองต่อมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ” (สภาการพยาบาล, 2542)

##### 5. สิทธิที่จะได้รู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของคนในเวชระเบียน

เวชระเบียน (medical record) หมายถึง เอกสารที่มีเรื่องราวความเจ็บป่วย ที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลทำขึ้นไว้ เพื่อใช้ประกอบในการรักษาพยาบาล สิทธิผู้ป่วยในการที่จะรู้เรื่องราวของตนในเวชระเบียน เพื่อประสงค์นำไปใช้ในการรักษาคราวต่อไป หรือเปลี่ยนผู้รักษา ปัจจุบันนี้คำพิพากษาและกฎหมายหลายประเทศรับรองว่าเรื่องราวของผู้ป่วยในเวชระเบียน เป็นกรรมสิทธิ์ของผู้ป่วย (property rights) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะถ่ายสำเนา เวชระเบียนนั้นด้วย (Ammas, 1998; Stroch, 1982; วิจурย์, 2537) และผู้ป่วยอาจจะอนุญาตให้ผู้อื่นขอลูหรือคัดลอกแทนได้ หากทางโรงพยาบาลปฏิเสธอาจมีความผิดทางอาญาได้ (วิจурย์, 2537) หลายประเทศมีกฎหมายบัญญัติเรื่องนี้ไว้ และมีคำพิพากษาที่สนับสนุนสิทธิดังกล่าว ได้แก่ ประเทศเบลเยียม เดนมาร์ก บัญญัติเรื่องนี้ในปี ค.ศ. 1977 ในประเทศอังกฤษมีการออกหนังสือแจ้งโรงพยาบาลทุกแห่ง ว่าต้องถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอเวชระเบียนของตนเองได้ ในสวีเดนมีกฎหมายเรื่องคุ้มครองข่าวสาร (The Act on Protection of Information 1981) บัญญัติให้ผู้ป่วยสามารถดูเวชระเบียนของตนได้ และยังมีกฎหมาย

ว่าด้วยสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ (The Supervision of the Health and medical Personel Act, 1980) บัญญัติให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทำลายเวชระเบียนของตนทั้งหมด หรือบางส่วนได้ (วิจรรย์, 2537)

สิทธิที่จะได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของคนในเวชระเบียนนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทย ในข้อ 9 ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของคน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น” และคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตรวจสอบบันทึกเกี่ยวกับการดูแลรักษาและได้รับการอธิบายเท่าที่จำเป็นในขอบเขตของกฎหมาย” (มัญญา, 2541) และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาลสหรัฐอเมริกาที่ว่า “สิทธิที่จะขอฉบับที่การดูแลรักษาทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับตน และมีสิทธิที่จะเสนอให้ตรวจสอบ และแก้ไขบันทึกต่างๆ เพื่อให้ถูกต้อง รวมทั้งสิทธิที่จะขอให้ย้ายบันทึกทุกอย่างไปยังโรงพยาบาลที่จะรักษาต่อไป” (คัมภีร์, 2536) สิทธิผู้ป่วยประเด็นนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร (2540) ที่พบว่า ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วยว่าผู้บริโภครักษาทางการแพทย์ควรมีสิทธิได้รับข่าวสารด้านเวชระเบียนหรือประวัติผู้ป่วย

#### สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การยอมรับแนวคิดพื้นฐานที่ว่า ผู้ป่วยมีอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเองในฐานะที่เป็นมนุษย์ ในพระพุทธศาสนา ความมีอิสระภาพเป็นจุดหมายสำคัญของมนุษย์ พุทธศาสนาดูว่าเป็นธรรมสูงสุด และให้อิสระภาพในทางปัญญาแก่คนมาก การเลือกตัดสินใจปฏิบัติเรื่องใดๆ เป็นเรื่องของการใช้ปัญญาด้วยความสมัครใจ การให้สิทธิการใช้สติปัญญาของมนุษย์ ย่อมให้มนุษย์รู้จักพิจารณาตัดสินใจเลือกเอง (พระเทพเวที ประยุทธ์, 2532) และหลักการอิสลาม พระเจ้าได้ประทานสติปัญญาและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่มนุษย์ให้ตัดสินใจเรื่องสิ่งที่ดีงาม เพื่อตัวของเขาเอง เป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเสรีภาพ มีความศักดิ์สิทธิ์เท่ากับสิทธิแห่งการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ (อัมมุดะฮฺ และอับดุลเลาะ, 2542) สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. สิทธิแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้อย่างอิสระ แต่ต้องไม่ขัดกับกฎหมาย หรือละเมิดสิทธิผู้อื่น สิทธิที่จะแสดงความจำนงหรือมอบหมายให้ผู้อื่นโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร ส่วนเด็ก



อายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ บกพร่องทางจิต ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ให้การรักษามักเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ให้การรักษามีอำนาจ บารมีเป็นที่ศรัทธาของผู้ป่วย และเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพราะมีความรู้ที่น้อย ด้วยเหตุผลดังกล่าว กระบวนการตัดสินใจในการรักษา ผู้ให้การรักษาพยาบาลจึงเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ในปัจจุบันกระแสโลกเป็นประชาธิปไตยที่มีการกระจายอำนาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความเป็นผู้บริโภครองของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เน้นย้ำความเป็นอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย (สิทธยา, 2539; Storch, 1982; Chitty, 1993) จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาของ เคยหอม (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการได้รับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ลักษณะบริการทางการแพทย์ เป็นลักษณะเฉพาะ แตกต่างกับการบริการโดยทั่วไป คือ เป็นบริการที่มีรายละเอียดเชิงเทคนิคทางการแพทย์ จึงเป็นบริการที่ผู้ใช้บริการมักไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรืออาจเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีข้อมูลประกอบในการตัดสินใจไม่ครบถ้วน เพียงพอ (มาลี, 2527; Davis, 1985) ดังนั้นผู้ให้การรักษาพยาบาลคงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดได้รับข้อมูลในทุกแง่มุม ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจ จะเป็นการตัดสินใจที่ได้รับการบอกกล่าว ที่มีผลคุ้มครองตามกฎหมาย การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย แต่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยหนักไม่รู้สีกตัว ช่วยตัวเองไม่ได้ พูดไม่ได้ ไม่มีญาติผู้ตัดสินใจแทนได้ ผู้ให้การรักษาพยาบาลจะรักษาพยาบาลทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ป่วยรอดชีวิต เลือกวิธีที่คิดว่าดีที่สุด เป็นลักษณะความสัมพันธในแบบที่ผู้ให้การรักษาพยาบาล ทำหน้าที่เหมือนผู้ปกครอง (paternalistic model) (Emanuel, 1992)

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา โดยใช้ยารักษาโรคบางอย่างหรือเพราะเคร่งศาสนา หรือด้วยเหตุผลอื่น แต่ผู้ให้การรักษาพยาบาลยังยืนยันทำการรักษา ถือเป็นการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การจะต้องสัมผัสร่างกายผู้ป่วยต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ถือว่าผิด (วิจурย์, 2537) ความยินยอมมีทั้งชนิดที่แสดงออกโดยเปิดเผย เช่น ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ขอมลงชื่อในใบอนุญาตผ่าตัด และชนิดที่แสดงออกโดยปริยาย โดยอนุมานจากพฤติการณ์ เช่น ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน (ทิกุลทิพย์ และปราณี, 2539) สำหรับการยินยอมของเด็กและผู้วิกลจริต บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม ต้องให้ความยินยอมแทน (วิจурย์, 2537)

ตามปกติเมื่อเจ็บป่วยก็ต้องหาทางรักษาให้เป็นปกติ การปฏิเสธการรักษาดูเหมือนเป็นเรื่องแปลก แต่ในสังคมสมัยใหม่ มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาก มีการนำเครื่องมือสมัยใหม่มา

ใช้ในการรักษาโรค เพื่อการแข่งขันให้คนมาใช้บริการมากขึ้น บางครั้งเป็นการใช้เครื่องมือโดยไม่จำเป็น กลายเป็นการแสวงหาผลประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพที่ขาดจริยธรรม ในขณะนี้ผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะปฏิเสธได้ ความซับซ้อนทางเทคโนโลยีและทางวิชาการนี้ ทำให้ผู้ป่วยเป็นเหยื่อต่างแพทยอย่างมาก (แสวง และเอนก, 2540) เครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ นอกจากจะใช้ในการรักษาพยาบาลแล้ว ปัจจุบันยังมีส่วนช่วยในการยืดชีวิต (prolong life) หรือการยืดจากการตาย (prolong death) จากการตายตามธรรมชาติ ชีวิตที่ต้องด้อยลงตามธรรมชาติ เมื่อถึงกาลเวลา กำลังถูกยึดออกไป ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างไร้ความสามารถ ลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (dehumanization) แม้ว่าจะต้องตายในที่สุด ก็ารู้สึกว่าเป็นการตายที่ไม่สมศักดิ์ศรีกับความเป็นมนุษย์ โดยเห็นว่า กระบวนการตายนั้นควรดำเนินไปในสภาพ เช่น มนุษย์มากกว่าเทคโนโลยี (วิฑูรย์, 2537; แสวง และเอนก, 2540) ซึ่งตามหลักของศาสนาพุทธในกฎอภัยพิบัติปัจจุยุตตะ การยอมรับความตายด้วยความเข้าใจว่าเป็นมรณานุสติ ทำให้เกิดความสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิต ความตายเป็นกฎของธรรมชาติ สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การทำให้จิตใจของผู้ใกล้ตาย เกิดความสงบในคำสอนที่ว่า จิตเต อสุ จอ กิถิฏฐะ สุกคปิฎกุตท แปลว่า เมื่อจิตไม่มีเศร้าหมอง มีหวังไปเกิดในสุคติ (พระราชสุททธิโมที ทองดี, 2525) ส่วนหลักคำสอนในศาสนาอิสลาม ที่ว่า “อัลลอฮ์ เป็นผู้ให้มนุษย์เกิดและตาย อัลลอฮ์ คือ จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของมวลมนุษย์ พระองค์ทรงกำหนดอายุขัยทุกคน อัลลอฮ์ห้ามไม่ให้มนุษย์อยากตาย แต่การตายนั้นเป็นข่าวดีและนำความสบายใจแก่บรรดาผู้ศรัทธา” (นุรุดดีน, 2540) ชีวิตของมนุษย์เป็นกรรมสิทธิ์ของพระเจ้า มนุษย์ไม่สามารถดำเนินชีวิตของตนเองไปในแนวทางที่ไร้ประโยชน์ นอกจากแนวทางของอัลลอฮ์ มนุษย์มีหน้าที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ของตนให้มีความสมบูรณ์ตามเจตนารมณ์ของพระองค์ การรักษาชีวิตของตนเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในสังคมตามทัศนะของอิสลาม ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุด ดังในคัมภีร์อัลกุรอาน ความว่า “ พวกเจ้าอย่าได้ฆ่าตัวพวกเจ้าเอง แท้จริงอัลลอฮ์ ทรงเมตตาต่อพวกเจ้าอย่างยิ่ง” (บาหม, 2535) ซึ่งการปฏิบัติและดูแลรักษาผู้ป่วยในมรณวิถีนั้น อิสลามได้เน้นให้ระลึกถึงอัลลอฮ์เป็นหลัก จากนั้นให้พรแก่ผู้ป่วย พร้อมสอนให้เขากล่าวประโยคปฏิญาณตนว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์” ความว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์” เพื่อเป็นคำกล่าวอำลาโลก ญาติและลูกหรือผู้รู้ อ่านอัลกุรอาน บทยาซีนให้ฟังด้วย (นุรุดดีน, 2540)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือไม่ เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้หรือไม่ ใครเป็นผู้ตัดสินชีวิตผู้ป่วยแทนผู้ป่วย และตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง การมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยหายใจ โดยจะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปเรื่อยๆ หากเอาเครื่องช่วยหายใจออก อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่สามารถตัดสินใจได้ แต่ถ้าตัดสินใจหยุดการช่วยเหลือที่จะประังชีวิตต่ออย่างไม่มี

กฎหมาย ก็จะเป็นการกระทำผิดต่อวิชาชีพ ศีลธรรม และศักดิ์กฎหมายอีกด้วย เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีบทบัญญัติ ถ้าให้การประทังชีวิตต่อไปด้วยเครื่องช่วยหายใจ อาจสร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยและญาติ ยังเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หรือหยุดการรักษา จะทำให้ลดข้อขัดแย้ง ระหว่างผู้ให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติได้ (วิฑูรย์, 2537; แสง และเอนก, 2540) ซึ่งแนวคิดด้านกฎหมาย และการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวังตายอย่างสงบ พบว่า นักกฎหมายส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ควรให้คณะแพทย์หรือคณะกรรมการ ด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ร่วมเป็นผู้ตัดสินใจว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ที่สิ้นหวังตายอย่างสงบโดยถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย และญาติ (วิไลวรรณ, 2540) สิทธิในการตัดสินใจนี้ สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทยในข้อ 3 ที่ว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจยินยอม หรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือ รับผิดชอบต่อจำเป็น และยังคงสอดคล้องกับ สิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาทั้งในระยะก่อนและระหว่างการดูแลรักษาโดยอยู่ในขอบเขตของกฎหมายและนโยบายของโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธแผนการดูแลรักษา เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น ดังนั้น โรงพยาบาลควรจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อทางเลือกของผู้ป่วย” “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเขียนคำสั่งไว้ล่วงหน้า เช่น พินัยกรรมชีวิตที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือการตั้งผู้ตัดสินใจแทน ด้วยความคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว โดยอยู่ในขอบเขตของกฎหมายและนโยบายของโรงพยาบาล” (มัญญา, 2541) และสอดคล้องกับสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน โดยได้รับคำอธิบายชี้แจง” “สิทธิที่จะไม่ยินยอมให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาตนเข้าร่วมตรวจอาการ” (คัมภีร์, 2536) และสอดคล้องกับ “มาตรา 309 ผู้ใดข่มขืนใจผู้อื่นให้กระทำการใด ไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใด โดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจ ต้องกระทำการนั้น หรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” “มาตรา 310 ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำการใดด้วยประการใด ให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (สภากาชาด, 2542) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคที่ว่า “สิทธิที่จะมี

อิสระในการเลือกหาสินค้าและบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะเลือกซื้อสินค้า หรือรับบริการโดยปราศจากการผูกขาดทางการค้า และปราศจากการชักจูง อันไม่เป็นธรรม หรือส่งสินค้าโดยมิได้สั่งซื้อหรือตกลงใจซื้อ” เป็นบัญญัติถึงสิทธิผู้บริโภคหรือสิทธิผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนถึงสิทธิหรืออำนาจอันชอบธรรม ในการตัดสินใจเลือกบริการการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง รัฐธรรมนูญของประเทศสหรัฐอเมริกา ยังได้บัญญัติรวมถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา เพื่อยืดชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสมบูรณ์ที่จะตัดสินใจได้และรวมถึงสิทธิที่จะตายด้วย (วิฑูรย์, 2537)

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้สิทธิของตนในการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสมกับสภาพของตน ผู้ให้การรักษาพยาบาลควรมองผู้ป่วยในฐานะผู้ร่วมทีมสุขภาพไม่ใช่ผู้ทำตาม ก่อนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับการรักษาพยาบาล ต้องให้ผู้ป่วยได้รับและเข้าใจข้อมูลอย่างแท้จริง ในเรื่องที่จะร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องยอมรับความรู้สึกและการตัดสินใจของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะความรู้สึกหรือการตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นผลมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมแต่ละคน จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้การรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล ต่างก็มีความคิดเห็นด้วยกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (ปัญญาจรัส, 2523; ทิพานันท์ และคณะ, 2538; อรัญญา, 2542) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็น คาดหวังที่จะได้รับสิทธิในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง (ขุนตรา และคณะ, 2539; มาลี, 2527; สุกัญญา และคณะ, 2536)

2. สิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน เป็นสิทธิที่แสดงความเป็นอิสระในการเลือกในฐานะของมนุษย์ โดยเฉพาะในฐานะผู้บริโภคที่สามารถเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับบริการได้ด้วยตนเอง

### 3. สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการทดลอง การวิจัย

ในการเข้าร่วมทดลองวิจัย ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น จากการได้รับการตรวจบ่อยครั้ง หรือได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น อาจเกิดความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น จึงเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย โดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ปราศจากการงู้อะใจ เช่น ข่มขู่ บังคับจากนักวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิจะยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย หรือทดลองในมนุษย์อันมีผลกระทบต่อความปลอดภัย และมีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดล่วงหน้า ทั้งนี้ผู้ป่วย ซึ่งไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัยหรือการทดลอง ก็ยังสมควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ ตามความสามารถของโรงพยาบาล” (มัญญา, 2541) และคำประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกาที่ว่า “สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา การใช้ยา หรือการมีส่วนร่วมในการค้นคว้า และทดลอง โดยไม่มีการลงโทษเพราะการปฏิเสธนั้น”

(ตั้มกีร์, 2536) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย ข้อจำกัดและเงื่อนไข การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 หมวด 2 ข้อ 27 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบ วิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ทำการทดลองต่อ มนุษย์ ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่ อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ (สภาการพยาบาล, 2542) .

### สิทธิในความเป็นส่วนตัว

ความเป็นส่วนตัวเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ในการบริการรักษาพยาบาลเป็นการ กระทำต่อตัวของผู้ป่วยโดยตรง อาจทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลล่วงล้ำความเป็นส่วนตัวของ ผู้ป่วยได้ ความเป็นส่วนตัวรวมถึงความอิสระของบุคคล การได้รับความมั่นคง การยอมรับผู้ป่วยใน ฐานะบุคคล และการปกป้องรักษาข้อมูลส่วนตัว ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะความต้องการที่จะอยู่คน เดียวเท่านั้น (Back & Wikblad, 1998) ในธรรมนูญแห่งศาสนาอิสลาม ได้ช่วยมนุษย์ให้รักษาสิทธิ ต่างๆ โดยกำหนดกฎเกณฑ์ว่า มนุษย์มีสิทธิในการแสวงหาผลประโยชน์จากธรรมชาติที่พระเจ้าเป็น เจ้าให้บังเกิดขึ้นมาและต้องแสวงหาประโยชน์ภายในขอบเขตสิทธิของคนเท่านั้นจะละเมิดสิทธิ ของคนอื่นมิได้ (มุณีเราะฮูบินตุ, 2532) สิทธิผู้ป่วยในด้านนี้แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดย เครื่องครัด และมีสิทธิที่จะได้รับความเป็นส่วนตัว ขณะสัมภาษณ์ ตรวจรักษา และให้บุคคลอื่นอยู่ ร่วมด้วย ขณะได้รับการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพสหตรงกันข้าม ตลอดจนไม่เปิดเผยส่วน ของร่างกายเกินความจำเป็น และมีความเป็นส่วนตัวไม่ถูกรบกวนเกินความจำเป็น จากผู้ประกอบ วิชาชีพ ซึ่งการศึกษาของซุนตราและคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อสิทธิส่วนตัว ส่วนครอบครัว และสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลความเจ็บป่วย และการศึกษาของวรรณภา (2540) ที่ศึกษาความคาดหวังและการได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยนรีเวชในเรื่องความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วยนั้น พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับการซักถามข้อมูล มีความเป็นส่วนตัว เกือบเพิ่มข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่พูดหรือปรึกษารหัสหรือเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยให้ผู้อื่นได้ยิน แต่ การศึกษาของสมถักษณ์ (2534) ที่ศึกษาการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ในการศึกษาเฉพาะกรณีในประเทศไทย พบว่า มีการละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว ได้แก่ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยบุคลากร ทางการแพทย์ และระบบการทำงานในโรงพยาบาล สำหรับการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยอาจทำให้ ผู้ป่วยเสียหายหรือได้รับอันตราย และทำให้เจตคติของผู้อื่นที่มีต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การยอมรับ

สิทธิส่วนบุคคลเป็นการแสดงว่าผู้ป่วยยังมีความมั่นคงในความเป็นอยู่ของตนเอง (แสวงและเอนก, 2540; Acarmi, 1991)

อย่างไรก็ตามการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยสามารถทำได้ ในกรณีที่กระทำไปเพื่อปกป้องประโยชน์สาธารณะ เช่น กรณีที่แพทย์แจ้งต่อพนักงาน เจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเป็นโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายควบคุมโรคติดต่อ แม้ว่าการแจ้งของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดสิทธิไปบ้าง เช่น ต้องถูกนำเข้าโรงพยาบาล เพื่อรักษาจนกว่าการแพร่โรคของผู้ป่วยจะหมดไป การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวของตนไว้เป็นความลับนั้น จะต้องไม่ขัดกับประโยชน์สาธารณะด้วย (วิฑูรย์, 2537)

นอกจากนี้การเปิดเผยความลับที่ผู้ป่วยเจ้าของความลับยินยอม ได้แก่ ผู้กระทำประกันชีวิตมาให้แพทย์ตรวจร่างกาย แล้วลงชื่อยินยอมให้แพทย์ส่งผลการตรวจทั้งหมดให้บริษัทประกันชีวิต ผู้ป่วยขอให้แพทย์แจ้งผลการผ่าตัด การรักษาโรคของตนเองให้ผู้อื่น หรือสื่อมวลชนทราบ ผู้ป่วยขอทราบผลการรักษาและความเห็นของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับตน เพื่อส่งบริษัทประกันชีวิต เพื่อขอรับเงินประกัน ถ้าผู้ป่วยมอบอำนาจให้บุคคลที่สาม หรือมารับเอกสารแทนตน แพทย์ต้องมอบเอกสารให้ โดยใส่ซองปิดผนึกเรียบร้อย เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพทั้งระดับระวางการละเมิดสิทธิและช่วยพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วย ได้แก่ การเขียนรายงานผู้ป่วยเพื่อตีพิมพ์ โดยทั่วไปแล้วไม่มีการใส่ชื่อผู้ป่วย ถ้าจำเป็นควรใช้อักษรย่อ ควรหลีกเลี่ยงการตีพิมพ์หรือแสดงรูปของผู้ป่วยที่เห็นใบหน้าชัดเจน ซึ่งใครๆ เห็นก็ทำได้ ในวารสาร หรือหนังสือพิมพ์ต่างๆ หรือทางโทรทัศน์ ถ้าจำเป็น ต้องปิดส่วนหนึ่งของใบหน้าให้ผู้ที่เห็นไม่สามารถจำได้ การนำผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวอย่างที่จะแสดงรอยโรคต่างๆ ไปแสดงต่อประชาชนทั่วไป ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย การนำเรื่องราวของผู้ป่วยเปิดเผยต่อสื่อมวลชน ถ้าไม่จำเป็นควรหลีกเลี่ยงให้มากที่สุด การนำเรื่องผู้ป่วยเข้าประชุมปรึกษาหารือ กับกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกวงการ ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ ไม่ควรเปิดเผยชื่อผู้ป่วย รายงานผู้ป่วยและเอกสารต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ต้องเก็บรักษาด้วยความระมัดระวัง การตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จะต้องระมัดระวัง และตรวจสอบผู้ที่ถามนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยนี้ มีคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทยรับรองในข้อที่ 7 ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย” และสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกาที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิในความเป็นส่วนตัว การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง การปรึกษาหารือการสำรวจ และการรักษานั้นควรจะเป็นไปเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย” “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะคาดหวังว่า การติดต่อสื่อสารและการบันทึกเกี่ยวกับการ

ดูแลรักษานั้น โรงพยาบาลจะเก็บไว้เป็นความลับ เว้นแต่ในกรณีที่สงสัยว่าคนจะถูกกระทำทารุณ และสภาวะของโรคเป็นอันตรายในทางสาธารณสุข หรือเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลนี้” (มัณฑุภา, 2541) เช่นเดียวกับคำประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยของสันนิบาตการพยาบาลแห่งชาติสหรัฐอเมริกาที่ว่า “สิทธิที่จะได้รับการปกปิด เอกสาร บันทึกต่างๆ ไว้” (คัมภีร์, 2536) และสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่ว่า “พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย” (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) และจรรยาบรรณวิชาชีพในต่างประเทศ เช่น จรรยาวิชาชีพของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ที่บัญญัติว่า “พึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยด้วยการรักษาความลับเรื่องราวต่างๆของผู้ป่วย” อีกทั้งสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาการพยาบาลนานาชาติ ที่ได้บัญญัติว่า “พยาบาลพึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และมีวิจารณ์ญาณอันดีในการถ่ายทอดเรื่องราวเหล่านั้น” (Storch, 1982) อีกทั้งยังสอดคล้องกับกฎหมายอาญา “มาตรา 323 ผู้ใดล่วงรู้ หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่โดยเหตุประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เกษัตริกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” บทบัญญัติในมาตรานี้ เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นสิทธิส่วนตัวที่ผู้อื่นไม่ควรจะรู้เรื่องส่วนตัวผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย จึงเป็นความผิดทางอาญา แต่อย่างไรก็ตาม บทบัญญัติในมาตรานี้ เป็นความผิดที่ยอมความได้ ซึ่งหมายความว่า ถ้าไม่มีผู้เสียหายชัดเจนที่ไปแจ้งความร้องทุกข์ พนักงานสอบสวนจะดำเนินคดีไม่ได้” ประเทศส่วนใหญ่กำหนดเป็นกฎหมายอาญา เช่น ในออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1978 มีบัญญัติกฎหมายคุ้มครองสิทธิส่วนตัว คุ้มครองมิให้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ในฝรั่งเศสมีกฎหมายเกี่ยวกับโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1978 บัญญัติเกี่ยวกับความเป็นอยู่ส่วนตัว (วิฑูรย์, 2537) ยังสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งตนทราบมา เนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นเสียแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่” และ “พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติหน้าที่” (พิฤทธิพิสัย และปราณี, 2539)

2. สิทธิที่จะได้รับการยอมรับในฐานะบุคคล สามารถอธิบายอาการเจ็บป่วย ปัญหาความต้องการของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมและการรักษาพยาบาลตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนา โดยไม่รบกวนหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

ความเป็นอิสระที่จะกำหนดการกระทำตามความปรารถนาของตนเอง เป็นสิทธิที่สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยวาจาที่สภาพ อ่อนโยน เคารพความเป็นบุคคล (ชุนตรา และคณะ, 2539; เคยหอม, 2539; มาลี, 2527; ศักัญญา และคณะ, 2536) และผู้ป่วยมีความคาดหวังในสิทธิที่จะไม่เปิดเผยอวัยวะเกินความจำเป็น และให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาลอยู่ด้วย (วรรณภา, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับหลักของพระพุทธศาสนาและศาสนาอิสลามที่สอนให้มนุษย์พึงให้การยอมรับมนุษย์อย่างมีศักดิ์ศรี แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีน้อยกว่าความคาดหวังที่จะได้รับ (วรรณภา, 2540)

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับ การปฏิบัติที่แสดงถึงความยอมรับความเป็นบุคคล (Annas, 1992) คือมีสิทธิที่จะได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อเวลาที่ต้องการและโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น ซึ่งในศาสนาอิสลาม ได้สอนให้มุสลิมควรไปเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยป่วย เพราะเป็นมรรยาทและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ โดยไปพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ขอพรให้ผู้ป่วยหาย ญาติหรือผู้ป่วยขอพรด้วยภาษาใดก็ได้ ท่านนบีศ็อลฯ ให้แบบอย่างไว้ คือ เมื่อจะอ่านคдуа ให้จับมือผู้ป่วยด้วย แล้วอ่านคдуа (มุณีเราะฮฺฮินตุ, 2532) การได้ยึดถือในคำสอนนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยมุสลิมมีความต้องการให้บุคคลที่มาเยี่ยมหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ด้วย

3. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะฟ้องร้องผู้ให้การรักษาพยาบาล หากได้รับการปฏิบัติจนเกิดความเสียหายต่อร่างกาย จิตใจและชีวิต

ผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. คู่คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยมีการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากขึ้น อาจเป็นเพราะเหตุ ที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีความคาดหวังมากขึ้น ขณะเดียวกันบริการทางการแพทย์ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน มีการทำผิดจริยธรรมมากขึ้น เช่น การละทิ้งผู้ป่วย และการปฏิเสธการรักษา เห็นได้จากคดีความที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2528-2535 มีจำนวนมากขึ้นเป็นสองเท่า (ชูชัย, 2537) และมีการร้องเรียน หรือฟ้องร้องที่ปรากฏในสื่อหนังสือพิมพ์เพิ่มขึ้น 2-2.7 เท่าของปีที่ผ่านมา ในปี 2539-2540 (พรหมมินทร์, 2542)



## การรับรู้

การรับรู้ คือ กระบวนการทางสมองในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัส ทำให้ทราบว่า ลักษณะ ความหมายของสิ่งเร้า โดยอาศัย ประสบการณ์เดิม ช่วยในการแปลความหมายออกมา (วารินทร์ และสุธีย์, 2522; สมใจ, 2519) การรับรู้นี้เป็นผลที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากทัศนคติ และความเชื่อของบุคคลนั้นๆ (Molzahn & Northcott, 1989) การรับรู้ของบุคคลจึงแตกต่างกัน แม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน (กอบกุล, 2526)

กระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม

กระบวนการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนแรก การเลือก ซึ่งเป็นกระบวนการเลือก เพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอัน จากสิ่งเร้าทั้งหลาย เป็นการลดสิ่งเร้าที่มากเกินไป ขั้นตอนที่สอง คือ การจัดระบบข้อมูล เป็นการเลือกสิ่งเร้าที่เป็นส่วนที่สนใจ และมุ่งความสนใจไปยังส่วนนั้นเป็นพิเศษ แล้วจัดสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่าย คัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดซับซ้อนทิ้งไป ขั้นตอนที่สาม ขั้นการแปลความ บุคคลอาศัยทัศนคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ค่านิยม เป็นต้นมาช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอก เพื่อผสมผสานกับคุณสมบัตินี้ภายในบุคคล การแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (subjective) ของผู้รับสิ่งเร้า (ชม, 2523) ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นผลของความรู้เดิม กับการรับสัมผัส เมื่ออวัยวะรับสัมผัสสิ่งเร้า แล้วส่งไปที่สมอง เกิดการคิด การรับรู้ สมอง จึงส่งคำสั่งไปยังอวัยวะมอเตอร์ ให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับสิ่งเร้านั้นๆ โดยอาศัยความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ การที่บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง บุคคลจะรับรู้ได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล เช่น สภาพแวดล้อม ลักษณะของสิ่งเร้า อุปกรณ์การรับรู้ เช่น อวัยวะรับสัมผัส ความตั้งใจ ความสนใจในขณะนั้น ประสบการณ์ที่ผ่านมา สิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ มีอยู่มากมาย ดังนั้น การที่บุคคลเลือกรับรู้สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งในขณะที่ขณะหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งมอร์แกน (Morgan, 1978 อ้างใน กันยา, 2540) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจไว้ว่ามีสองประเภท คือ อิทธิพลจากภายนอก ได้แก่ ความเข้มข้น และขนาดของสิ่งเร้า การทำซ้ำ สิ่งทำตรงกันข้าม การเคลื่อนไหว ส่วนอิทธิพลภายใน ได้แก่ แรงจูงใจ การคาดหวัง ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหล่านี้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะของผู้รับรู้ การที่บุคคลเลือกรับรู้สิ่งใด ขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพ (สรีระ) กับด้านจิตวิทยา

1.1 ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส หากอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ การรับรู้ย่อมถูกต้องตามความเป็นจริง และหากอวัยวะรับสัมผัสของบุคคลผิดปกติไป การรับสัมผัสก็อาจผิดปกติด้วย (จิรากรณ์, 2534)

1.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ตั้งใจ หักยะ ค่านิยม วัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม อันเป็นผลจากการเรียนรู้เดิม มีผลต่อการรับรู้

ความรู้เดิม กระบวนการรับรู้ เมื่อรับสัมผัสแล้ว ต้องแปลเป็นสัญลักษณ์โดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่จะรับรู้ หากไม่มีความรู้เดิมในเรื่องนั้นๆ มาก่อน อาจทำให้การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง

ประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ยังทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ หรือภาพแตกต่างกันออกไปได้ (สุชา, 2541)

ความต้องการของบุคคล มีอิทธิพลต่อการรับรู้ กล่าวคือ ความต้องการจะเป็นเหตุจูงใจ ให้ผู้รับรู้สามารถรับรู้สิ่งที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว (สุชา, 2541)

สภาพจิตใจหรืออารมณ์ ขณะที่บุคคลอารมณ์ไม่ดี มักไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้า มักมองไม่เห็นข้อบกพร่อง หรือหากมีอารมณ์เครียดเกินไป จะทำให้การแปลความหมายผิดพลาด เกิดการรับรู้ไม่ดี (กันยา, 2540)

เจตคติ มีผลต่อการแปลความหมาย ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด การรับรู้ต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นไปในทางที่ดีด้วย

อิทธิพลของสังคม สภาพความเป็นอยู่ของสังคม ลักษณะวัฒนธรรม บรรทัดฐาน จารีตประเพณี ค่านิยม เป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของบุคคล ทำให้บุคคลแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป (สุชา, 2541)

ความตั้งใจ สนใจที่จะรับรู้ เป็นการเตรียมพร้อมของบุคคล เพื่อที่จะรับการสัมผัสกับสิ่งเร้าได้อย่างชัดเจน (สุชา, 2541)

การคาดหวัง บุคคลมีการคาดหวังล่วงหน้า เป็นการทำให้พร้อมที่จะรับรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นความหวังที่แรงกล้าว่าบางสิ่งบางอย่างจะเกิดขึ้น หรือเป็นความเชื่อมั่นว่าบางสิ่งบางอย่างควรจะเกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้น (สุพล, 2535) เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับนิสัยและความคาดหวังของผู้รับรู้ บุคคลมักมีความพร้อม ที่จะเลือกรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งตามลักษณะนิสัยประจำตัวหรือสิ่งที่ตนคาดหวัง (จิรากรณ์, 2534)

2. สิ่งเร้า สิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจ ความแตกต่างของคุณสมบัติและลักษณะของสิ่งเร้าก่อให้เกิดการรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน (จิรากรณ์, 2534) สิ่งเร้าที่

มีความเข้ม การเคลื่อนไหว มีการเร้าช้าบ่อยๆ มีความแตกต่างจากสิ่งอื่นๆ ทำให้เกิดการรับรู้ได้ดี และรวดเร็ว (สุชา, 2541)

จากแนวคิดการรับรู้ดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสกับสิ่งเร้า มีการจัดระเบียบ ตีความ และแปลความหมายสิ่งเร้าที่รับสัมผัสนั้น ตามความรู้ ประสบการณ์เดิม ทักษะคติ ความเชื่อ ความต้องการ บุคลิกภาพของบุคคล การรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าและตัวผู้รับรู้ ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา ความสนใจ ความคาดหวัง ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ค่านิยม และวัฒนธรรม

\* การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ จึงหมายถึง การที่ผู้ป่วยได้แสดงออกเป็นพฤติกรรม การบอกเล่าเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยคาดว่าจะได้รับ การปฏิบัติจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ โดยเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้สัมผัส ได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย และเกิดการตีความหมายในเรื่องสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับการปฏิบัติจากผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ ความคาดหวัง ของตัวผู้ป่วยเอง ส่วนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้แสดงออกเป็นพฤติกรรมการบอกเล่าเกี่ยวกับ การที่ผู้ป่วยได้รับสัมผัสกับการปฏิบัติจากผู้ให้การรักษาพยาบาล แปลความหมายของการสัมผัส จึงเป็นผลที่เกิดจากความเข้าใจ ความรู้ ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ ความคาดหวังของตัวผู้ป่วยเอง

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ในภาคใต้ ของประเทศไทย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานหอผู้ป่วยในประเภทสามัญ ในโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดภาคใต้

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. จัดกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดตรัง โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา
2. จับฉลากโรงพยาบาลตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ได้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา
3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ ทาโร ยามเน (Taro Yamane) และยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคำนวณจากประชากร คือจำนวนผู้ป่วยใน งานหอผู้ป่วยในประเภทสามัญ ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ในระยะเวลา 3 เดือน (มิถุนายน-ถึงหาคม 2542) ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 6,567 คน ของโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา จำนวน 2,545 คน รวมเป็น 9,112 คน คำนวณได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 354 คน ซึ่งการศึกษานี้ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 360 คน (Yamane, 1967)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

- N คือ ขนาดของประชากร  
 n คือ จำนวนตัวอย่างหรือขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
 e คือ ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อน

4. จากจำนวนตัวอย่างที่ได้ 360 คน กำหนดใช้สัดส่วนเท่ากัน แบ่งออกเป็นจำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหารajahนครศรีธรรมราช เท่ากับ 180 คน และจากโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา เท่ากับ 180 คน

คำนวณจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช โดยใช้สัดส่วนผู้ป่วยไทยพุทธ : ผู้ป่วยไทยมุสลิม เท่ากับ 15 : 1 (จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2542) ได้จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยไทยพุทธ เท่ากับ 169 คน และไทยมุสลิม เท่ากับ 11 คน

คำนวณจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา โดยใช้สัดส่วนผู้ป่วยไทยพุทธ : ผู้ป่วยไทยมุสลิม เท่ากับ 0.9 : 1 (จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2542) ได้จำนวนตัวอย่างไทยพุทธ เท่ากับ 85 คน และผู้ป่วยไทยมุสลิม เท่ากับ 95 คน ฉะนั้นจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดในครั้งนี้ เท่ากับ 360 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยไทยพุทธ จำนวน 254 คน ผู้ป่วยไทยมุสลิม จำนวน 106 คน

นำจำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลไปคำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย โดยคำนวณจากสัดส่วนของจำนวนประชากรทั้งหมดต่อจำนวนประชากรของแต่ละหอผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทุกคนในวันเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 4.1 เป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในงานหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 2-3 วันขึ้นไป
- 4.2 มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ความรู้
- 4.3 มีความพร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์ เข้าใจคำตอบและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในภาคใต้ของประเทศไทย

ในการสร้างเครื่องมือ มี 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับ เพื่อประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (ภาคผนวก จ)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับ มีดังนี้

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำไปใช้ในการสร้างเครื่องมือการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิม มีขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 นำหนังสือรับรองจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล

1.1.2 พบหัวหน้าของหอผู้ป่วยที่จะทำการเก็บข้อมูล

1.1.3 เก็บข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับจากกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ ไทยพุทธ จำนวน 3 คน และไทยมุสลิมจำนวน 3 คน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม หาคุขแสดงความคิดเห็น จดบันทึก และบันทึกเทป แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ.

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อยจากข้อมูลที่ได้มาจากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 เป็นระยะการสร้างเครื่องมือ โดยนำประเด็นหลักและเนื้อหาประเด็นย่อยจากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย มาสร้างเป็นข้อคำถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสายสามัญ ระดับการศึกษาสายศาสนา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของ

ครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันที่เข้าอนรรักษาในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในครั้งนี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง 4 ด้าน

ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	20	ข้อ
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	26	ข้อ
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	14	ข้อ
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	19	ข้อ

แต่ละข้อคำถามมีคำตอบแยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การรับรู้สิทธิที่ควรจะได้รับและการรับรู้การได้รับการปฏิบัติจริง

ลักษณะคำตอบการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ควรจะได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) สำหรับไม่เคยมีประสบการณ์ จะไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีความหมายดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อความนั้นๆเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อความนั้นๆเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง มาก

คะแนน 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อความนั้นๆเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อความนั้นๆเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง น้อย

คะแนน 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อความนั้นๆเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง น้อยที่สุด

สำหรับไม่มีประสบการณ์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับจริง เนื่องจากไม่อยู่ในสถานการณ์ที่จะได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ และไม่นำมาคิดคะแนน

เกณฑ์การกำหนดระดับการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในรายด้านและรายข้อ ใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม โดยใช้ค่าสถิติพิสัย (range) จำนวนหาค่าพิสัย (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด) ของคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านหรือแต่ละข้อ และแบ่งคะแนนการรับรู้ ออกเป็น 5 ช่วง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (อุทุมพร, 2530)

- |         |               |   |
|---------|---------------|---|
| < 1.8   | คะแนน หมายถึง | มีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือมีการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอยู่ในระดับ น้อยที่สุด |
| 1.8-2.6 | คะแนน หมายถึง | มีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือมีการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอยู่ในระดับ น้อย       |
| 2.7-3.5 | คะแนน หมายถึง | มีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือมีการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอยู่ในระดับ ปานกลาง    |
| 3.6-4.4 | คะแนน หมายถึง | มีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือมีการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอยู่ในระดับ มาก        |
| > 4.4   | คะแนน หมายถึง | มีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือมีการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอยู่ในระดับ มากที่สุด  |

### คุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษากับสิทธิผู้ป่วย 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในคลินิก 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา ในงานหอผู้ป่วยในประเภทสามัญ ซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ คือ การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ โดยรวมทุกด้าน ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.96, 0.89, 0.94, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้การได้รับการปฏิบัติจริง โดยรวมทุกด้าน ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิการ



ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96, 0.93, 0.92, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 คน ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และสามารถพูดภาษามลายูท้องถิ่นได้ ได้รับการสอนเทคนิคการสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูล เข้าใจและทดลองสัมภาษณ์ จนมีความสามารถในการสัมภาษณ์ สำหรับการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่พูดภาษามลายูท้องถิ่น ฟังภาษาไทยไม่ได้ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่แปลเป็นคำอ่านออกเสียงภาษามลายูท้องถิ่น โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูท้องถิ่น (ภาคผนวก ค.)

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2543 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล
2. พบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือ
3. การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ในช่วงเวลา 10.00-16.30 น. ของวันจันทร์-วันศุกร์ทุกวัน เลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แล้วผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัยสร้างความเป็นกันเอง โดยการทักทายผู้ป่วย สอบถามความสุขสบายต่างๆ ไปตามความเหมาะสม

การเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คนซึ่งการเก็บข้อมูลได้ดำเนินถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย ก่อนขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกคน โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา และข้อมูลที่ได้เก็บมาได้ต้องเป็นความลับ

เมื่อผู้ป่วยสมัครใจยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์

เมื่อได้ข้อมูลครบทุกข้อ ตรวจสอบความเรียบร้อยครบถ้วนของข้อมูลถือว่าเป็นการเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ครบ 1 ฉบับ โดยกระทำการเก็บข้อมูลเช่นนี้ จนครบตัวอย่างตามที่กำหนด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จ SPSS/PC<sup>+</sup> ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ มีดังนี้ คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้าอนรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้าอนรักษานในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05
3. ข้อมูลคะแนนการรับรู้ สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม นำมาหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยมุสลิม ในรายด้านและโดยรวม ด้วยการทดสอบค่าทีคู่ (dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05
6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธและผู้ป่วยไทยมุสลิม เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในรายด้านและโดยรวม ด้วยการทดสอบค่าที (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับที่ได้รับจริง ในผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับที่ได้รับจริง ในผู้ป่วยไทยพุทธ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับที่ได้รับจริง ในผู้ป่วยไทยมุสลิม
5. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม
6. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 360 คน เป็นผู้ป่วยไทยพุทธ 254 คน และผู้ป่วยไทยมุสลิม 106 คน กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกันคือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.2 และส่วนใหญ่ร้อยละ 40.1 มีอายุระหว่าง 30-49 ปี และร้อยละ 47.6 จบชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็น ร้อยละ 59.4 กลุ่มไทยพุทธมีอาชีพเกษตรกรคิดเป็น ร้อยละ 24.8 สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนพบว่า ร้อยละ 38.2 มีรายได้ 2,000-4,000 บาท ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 62.60 และนอนรักษาในโรงพยาบาล 2-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 75.6 (ตาราง 1)

กลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.9 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 48.1 และส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 มีอายุระหว่าง 15-29 ปี และร้อยละ 57.5 จบประถมศึกษา และต่ำกว่า สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.9 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 29.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ร้อยละ 50 มีรายได้ 2,000-4,000 บาท ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าอนรักษานในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 57.5 และส่วนใหญ่อนรักษานในโรงพยาบาล 2-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 83.7 (ตาราง 1)

จากการทดสอบไคสแควร์ (chi-square-test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างไทยพุทธและไทยมุสลิมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่นอนรักษา และหอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ไทยพุทธ (n = 254)		ไทยมุสลิม (n = 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.64
ชาย	129	50.8	51	48.1	
หญิง	125	49.2	55	51.9	
อายุ					.082
15-29	87	34.3	45	42.5	
30-49	102	40.1	32	30.2	
50-59	19	7.5	11	10.3	
60 ปีขึ้นไป	46	18.1	18	17.0	
การศึกษาสายสามัญ					.13
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	121	47.6	64	57.5	
มัธยมศึกษา	81	31.9	31	29.2	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญาขึ้นไป	52	20.5	14	13.3	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไทยพุทธ (n = 254)		ไทยมุสลิม (n = 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.67
คู่	151	59.4	72	67.9	
โสด	73	28.7	25	23.6	
หม้าย	21	8.3	6	5.7	
หย่าร้าง	9	3.5	6	2.8	
อาชีพ					.53
เกษตรกรรวม	63	24.8	21	29.2	
ลูกจ้าง	54	21.3	15	14.2	
แม่บ้าน	36	14.2	16	15.1	
นักเรียน นักศึกษา	35	13.7	13	12.3	
ค้าขาย	29	11.4	13	12.3	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	6.7	12	11.3	
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	20	7.9	6	5.7	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					.06
< 2,000 บาท	28	11.4	9	8.6	
2,000-4,000 บาท	98	38.2	53	50.0	
4,001-6,000 บาท	59	23.2	27	25.5	
6,001-8,000 บาท	29	11.5	11	10.1	
> 8,000 บาทขึ้นไป	40	15.7	6	5.7	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในรอบ 1 ปี					9.17
ครั้งแรก	15.9	62.60	61	57.5	
2-3 ครั้ง	66	26.00	41	38.7	
4 ครั้งขึ้นไป	29	11.41	4	3.8	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไทยพุทธ (n = 254)		ไทยมุสลิม (n = 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ในครั้งนี้ (วัน)					.59
2-7	192	75.6	87	83.7	
8-15	28	11.0	9	8.7	
มากกว่า 15	34	13.4	8	7.8	
หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ					0.33
ศัลยกรรม	91	35.83	42	39.6	
อายุรกรรม	68	26.77	26	24.5	
ศัลยกรรมกระดูก	40	15.75	12	11.3	
สูติ-นรีเวชกรรม	33	12.99	17	16.0	
ตา หู คอ จมูก	22	8.66	9	8.4	

## 2. การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับของผู้ป่วยไทยพุทธในทุกๆ ด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 2)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ในรายด้านและโดยรวม

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	4.29	.59	มาก
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	4.15	.67	มาก
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	4.04	.67	มาก
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.98	.71	มาก
โดยรวมทุกด้าน	4.13	.60	มาก

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในรายด้านและโดยรวม

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	3.80	.68	มาก
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	3.34	.68	ปานกลาง
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	3.27	.77	ปานกลาง
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.24	.76	ปานกลาง
โดยรวมทุกด้าน	3.43	.60	ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ในรายชื่อของสิทธิด้านต่างๆ มีดังนี้

ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อ 12, 13 และ 18 อยู่ในระดับมากที่สุด (ตาราง 4)

ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลนั้น พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ตาราง 5)

ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ มีเพียงข้อ 8 อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6)

ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อ 17, 19 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด และในข้อ 12 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 7)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในรายชื่อของสิทธิด้านต่างๆ มีดังนี้ คือ

ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อ 10, 11 อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 4)

ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ยกเว้นในข้อ 1, 5 อยู่ในระดับมาก (ตาราง 5)

ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ มีข้อ 11, 12 อยู่ในระดับมากและข้อ 8 อยู่ในระดับน้อย (ตาราง 6)

ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ในข้อ 16, 17, 18 และ 19 อยู่ในระดับมาก และในข้อ 14, 15 อยู่ในระดับน้อย ส่วนข้ออื่นๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในระดับปานกลาง (ตาราง 7)



ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธเกี่ยวกับสิทธิ  
ที่ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริงในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับการรักษาด้วยความเอา ใจใส่จากผู้ให้การรักษาพยาบาล	4.30	.76	มาก	3.78	.84	มาก
2. การได้รับการรักษาพยาบาลด้วย ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ อันตราย และภาวะแทรกซ้อน	4.30	.85	มาก	3.86	.90	มาก
3. การได้รับการรักษาพยาบาลเท่าเทียม กันไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย	4.30	.84	มาก	3.94	.86	มาก
4. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมกันแม้มีเชื้อชาติต่างกัน เช่น ไทย จีน ลาว เป็นต้น	4.25	.87	มาก	3.91	.93	มาก
5. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมกันแม้นับถือศาสนาต่างกัน เช่น พุทธ อิสลาม คริสต์ เป็นต้น	4.29	.81	มาก	3.97	.88	มาก
6. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมกันแม้มีอายุแตกต่างกัน	4.34	.84	มาก	4.00	.91	มาก
7. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมกันแม้มีระดับการศึกษา ต่างกัน	4.26	.85	มาก	3.79	.97	มาก
8. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมแม้มีฐานะทางการเงิน ต่างกัน	4.33	.90	มาก	3.63	1.11	มาก
9. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง เท่าเทียมกันไม่ว่าจะอาศัยอยู่ใน พื้นที่ใดก็ตามในประเทศไทย	4.30	.84	มาก	3.87	.97	มาก

ตาราง 4 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
10. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีตำแหน่งหน้าที่การงานต่างกัน	4.28	.88	มาก	3.59	1.03	ปานกลาง
11. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีความเจ็บป่วยที่ต่างกัน เช่น กรณีผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยมีแผลเน่าเหม็น ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ร้ายแรง	4.28	.95	มาก	3.53	1.18	ปานกลาง
12. การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	4.51	.73	มากที่สุด	3.78	1.03	มาก
13. การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อญาติขอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วย	4.41	.77	มากที่สุด	3.78	1.04	มาก
14. การได้รับบริการโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรณีที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการช่วยเหลือจากรัฐ เช่น บัตรผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสุขภาพ บัตรผู้พิการ เป็นต้น	4.40	.79	มาก	3.90	.98	มาก
15. การไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแรงแงเงินเกิน เหตุเมื่อเทียบกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	4.14	.95	มาก	3.65	1.01	มาก

ตาราง 4 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
16. การรักษาพยาบาลที่ไม่เกินความจำเป็นหรือไม่พุ่มเพื่อยจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ เช่น การตรวจเลือด ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น	4.02	1.05	มาก	3.74	.93	มาก
17. การได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในโรคที่เป็นอยู่	4.30	.94	มาก	3.63	1.07	มาก
18. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่	4.48	.81	มากที่สุด	3.91	1.07	มาก
19. การได้รับการตรวจเช็คอาการจากผู้ให้การรักษาพยาบาลตามกำหนดเวลาของโรงพยาบาล	4.29	.86	มาก	3.80	1.02	มาก
20. การได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ขัดกับความเชื่อของผู้ป่วย	3.99	.93	มาก	3.65	1.06	มาก

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.36	.84	มาก	3.77	1.00	มาก
2. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของตนเองในฐานะผู้ป่วย	4.12	.88	มาก	3.32	1.19	ปานกลาง
3. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล	4.08	.89	มาก	3.48	1.18	ปานกลาง
4. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ในโรงพยาบาล	3.93	1.05	มาก	3.31	1.25	ปานกลาง
5. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล	4.08	.97	มาก	3.51	1.10	มาก
6. การได้รับโอกาสสอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากผู้ให้การรักษาพยาบาล	4.25	.88	มาก	3.59	1.09	ปานกลาง
7. การได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจนก่อนการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ให้บริการสุขภาพ	4.12	1.01	มาก	3.41	1.16	ปานกลาง
8. การได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจนก่อนการเข้าร่วมเป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษาของผู้ฝึกปฏิบัติงานหรือผู้ฝึกอบรม เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล	4.02	1.10	มาก	3.22	1.25	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาหารของโรงพยาบาลว่าไม่ขัดกับหลักศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วย	3.88	1.07	มาก	3.18	1.34	ปานกลาง
10. การได้รับการแนะนำหรือสอนอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.28	.93	มาก	3.35	1.31	ปานกลาง
11. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการ ความจำเป็น และประโยชน์ของการตรวจวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น	4.23	.86	มาก	3.29	1.21	ปานกลาง
12. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผลของการตรวจวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น	4.12	.94	มาก	3.13	1.25	ปานกลาง
13. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการของการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี	4.20	.95	มาก	3.39	1.13	ปานกลาง
14. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย และความเสียของการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี	4.12	.93	มาก	3.25	1.25	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
15. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับชนิด สรรพคุณ และอาการข้างเคียงของยาในการรักษาพยาบาลทุกครั้ง	4.19	.93	มาก	3.07	1.22	ปานกลาง
16. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผลของการรักษาพยาบาล	4.31	.81	มาก	3.28	1.18	ปานกลาง
17. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี	4.02	1.09	มาก	2.75	1.32	ปานกลาง
18. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแม้ว่าจะเป็นโรคร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย	4.27	.98	มาก	3.30	1.37	ปานกลาง
19. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแม้ว่าจะเป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น เอดส์ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย	4.25	.99	มาก	3.31	1.14	ปานกลาง
20. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์	4.17	.91	มาก	3.40	1.13	ปานกลาง
21. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จนไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง	4.21	.97	มาก	3.39	1.22	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
22. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตจนไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง	4.21	.97	มาก	3.40	1.19	ปานกลาง
23. การได้รับทราบชื่อ สกุล และ ตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตนเอง	3.98	1.01	มาก	3.07	1.22	ปานกลาง
24. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญหรือสถานพยาบาลแห่งอื่น	4.16	.96	มาก	3.31	1.22	ปานกลาง
25. การได้รับทราบบันทึกการเจ็บป่วยของตนตามต้องการ	4.10	1.01	มาก	3.06	1.26	ปานกลาง
26. การได้รับสำเนาเอกสารการเจ็บป่วยของตนตามต้องการด้วยค่าใช้จ่ายของตนเอง	4.02	1.08	มาก	3.04	1.22	ปานกลาง

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลของตน	3.98	1.01	มาก	3.00	1.15	ปานกลาง
2. การได้ร่วมวางแผนเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลของตน	3.81	1.07	มาก	2.89	1.24	ปานกลาง
3. การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลของตนได้อย่างอิสระแต่ ต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือละเมิด สิทธิของผู้อื่น	4.04	1.03	มาก	3.37	1.19	ปานกลาง
4. การตัดสินใจยินยอมในการร่วม เป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของ ผู้ให้บริการสุขภาพ	4.01	1.08	มาก	3.44	1.22	ปานกลาง
5. การตัดสินใจปฏิเสธในการร่วมเป็น ผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ให้ บริการสุขภาพ	3.77	1.22	มาก	3.20	1.14	ปานกลาง
6. การตัดสินใจยินยอมให้นำข้อมูล ส่วนตัว ข้อมูลการเจ็บป่วยของตน ไปอภิปรายเพื่อ การศึกษาวิจัย	3.96	1.10	มาก	3.44	1.20	ปานกลาง
7. การตัดสินใจปฏิเสธในการนำข้อมูล ส่วนตัว ข้อมูลการเจ็บป่วยของตน ไปอภิปรายเพื่อการศึกษา เช่น การสอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษา พยาบาล เป็นต้น หรือวิจัย	3.80	1.29	มาก	3.25	1.25	ปานกลาง
8. การเปลี่ยนผู้ให้การรักษาพยาบาล แก่ตนเอง	3.58	1.28	ปานกลาง	2.49	1.31	น้อย



ตาราง 6 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9. การเปลี่ยนโรงพยาบาล หรือ สถานบริการรักษาพยาบาล	3.70	1.28	มาก	2.76	1.29	ปานกลาง
10. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มี อายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์	4.25	1.00	มาก	3.51	1.14	ปานกลาง
11. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มี ความบกพร่องทางร่างกายจนไม่ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง	4.28	.86	มาก	3.69	1.08	มาก
12. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มี ความบกพร่องทางจิตจนไม่ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง	4.34	.86	มาก	3.73	1.13	มาก
13. การแจ้งความจำเป็นเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลด้วยลายลักษณ์อักษร หรือด้วยวาจา เช่น ไม่ต้องการให้ ช่วยชีวิตเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตาย	3.95	1.27	มาก	3.23	1.33	ปานกลาง
14. การมอบหมายให้ผู้แทนโดย ชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลของคนหากตนไม่ อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เอง	4.18	.94	มาก	3.58	1.13	ปานกลาง

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ และที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิในด้านความเป็นส่วนตัว ในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับโอกาสอธิบายอาการและปัญหาความเจ็บป่วยด้วยตนเองแก่ผู้ให้การรักษาพยาบาลอย่างอิสระ	4.37	.84	มาก	3.47	1.14	ปานกลาง
2. การได้รับโอกาสอธิบายความต้องการของตนเองแก่ผู้ให้การรักษาพยาบาลอย่างอิสระ	4.28	.88	มาก	3.33	1.10	ปานกลาง
3. การให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการหรือญาติอยู่ด้วยขณะได้รับการตรวจรักษา	4.10	1.07	มาก	3.07	1.22	ปานกลาง
4. การจัดการไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้ยินขณะผู้ให้การรักษาพยาบาลซักถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย	3.94	1.12	มาก	3.31	1.14	ปานกลาง
5. การได้รับการตรวจรักษาพยาบาลโดยไม่เปิดเผยส่วนของร่างกายเกินความจำเป็น	4.11	1.02	มาก	3.61	1.10	มาก
6. การได้รับโอกาสที่จะกราบไหว้สวดมนต์ ละหมาด ตามความเชื่อของตนเอง	3.84	1.21	มาก	3.10	1.35	ปานกลาง
7. การใช้วิธีการรักษาพยาบาลอย่างอื่นร่วมด้วยตามความเชื่อของผู้ป่วย โดยต้องไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น	3.71	1.17	มาก	2.99	1.29	ปานกลาง
8. การมีเวลาเป็นส่วนตัวไม่ถูกรบกวนเกินความจำเป็น	3.98	1.04	มาก	3.40	1.02	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9. การเลือกเวลาในการรักษาพยาบาล หากขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อม แต่ต้องไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เช่น การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล	3.89	1.11	มาก	3.15	1.24	ปานกลาง
10. การได้รับการปกป้องข้อมูลของตน ไว้เป็นความลับ เว้นแต่ผู้ป่วยยินยอม หรือผู้ให้การรักษาพยาบาลเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น	4.14	1.00	มาก	3.58	1.12	ปานกลาง
11. การติดต่อกับบุคคลในครอบครัวญาติ หรือเพื่อน ได้ตามต้องการด้วยค่าใช้จ่ายของตนเอง	4.05	.99	มาก	3.29	1.19	ปานกลาง
12. การเลือกผู้ที่จะเข้าเยี่ยมได้	3.58	1.30	ปานกลาง	2.99	1.36	ปานกลาง
13. การเปลี่ยนหรือย้ายเตียง/ห้อง หากถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม โดยไม่ขัดกับการรักษาพยาบาล	3.93	1.13	มาก	2.86	1.23	ปานกลาง
14. การขอความคิดเห็นจากผู้ให้การรักษาพยาบาลอื่นที่มีได้เป็นผู้รักษาพยาบาลตนในขณะนั้น	3.65	1.14	มาก	2.16	1.13	น้อย
15. การร้องเรียน หรือกล่าวหาผู้ให้การรักษาพยาบาล หากเกิดความเสียหายต่อตนเอง	3.95	1.22	มาก	2.19	1.19	น้อย
16. การได้รับการรักษาพยาบาลภายหลังจากผู้ป่วยอนุญาตแล้ว เท่านั้น	4.14	.99	มาก	3.80	1.06	มาก

ตาราง 7 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
17. การได้รับการปฏิบัติด้วยความ สุภาพ อ่อนโยน	4.50	.78	มากที่สุด	3.82	1.05	มาก
18. การสวมเสื้อผ้าที่ปกปิดร่างกายได้ ตามความเชื่อของผู้ป่วยโดยไม่เป็น อุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล	4.11	.99	มาก	3.81	.99	มาก
19. การได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ ในระยะสุดท้ายของชีวิต	4.58	.77	มากที่สุด	3.96	1.15	มาก

สำหรับการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับของผู้ป่วยไทยมุสลิม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับในทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 8)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยมุสลิม ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 9)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ในรายด้านและโดยรวม

สิทธิ	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	4.10	.64	มาก
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	4.04	.63	มาก
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	4.02	.61	มาก
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.97	.60	มาก
โดยรวมทุกด้าน	4.04	.56	มาก

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิ  
ที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในรายด้านและโดยรวม

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	3.64	.62	มาก
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	3.24	.54	ปานกลาง
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.21	.58	ปานกลาง
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	3.15	.63	ปานกลาง
โดยรวมทุกด้าน	3.32	.45	ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับในรายข้อ  
ของสิทธิด้านต่างๆ มีดังนี้

ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้อยู่ในระดับ  
มากทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 18 อยู่ในระดับมากที่สุด (ตาราง 10)

ส่วนในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ  
(ตาราง 11)

สำหรับในด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ใน  
ระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อ 8, 9, 11 อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 12)

ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้น  
ข้อ 17, 19 อยู่ในระดับมากที่สุด ข้อ 18 อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 13)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงใน  
รายข้อ มีดังนี้

ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในระดับมาก  
12 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อ (ตาราง 10)

ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในข้อ 1 อยู่ในระดับมาก ส่วน  
ข้อ 26 อยู่ในระดับน้อย (ตาราง 11)

ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ใน  
ข้อ 11, 12 อยู่ในระดับมาก ส่วนในข้อ 8, 9 อยู่ในระดับน้อย (ตาราง 12)

ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในข้อ 16, 17, 18 อยู่ในระดับมาก ส่วนในข้อ 12, 13 อยู่ในระดับน้อย (ตาราง 13)

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพในรายข้อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับการรักษาด้วยความเอาใจใส่จากผู้ให้การรักษาพยาบาล	4.36	.66	มาก	3.65	.79	มาก
2. การได้รับการรักษาพยาบาลด้วยความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ อันตราย และภาวะแทรกซ้อน	4.37	.70	มาก	3.76	.67	มาก
3. การได้รับการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย	4.01	.97	มาก	3.75	.82	มาก
4. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีเชื้อชาติต่างกัน เช่น ไทย จีน ลาว เป็นต้น	3.92	1.15	มาก	3.65	.91	มาก
5. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน แม้นับถือศาสนาต่างกัน เช่น พุทธ อิสลาม คริสต์ เป็นต้น	3.99	1.05	มาก	3.71	.90	มาก
6. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีอายุแตกต่างกัน	3.94	1.04	มาก	3.79	2.0	มาก
7. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีระดับการศึกษาต่างกัน	3.92	1.02	มาก	3.53	.85	ปานกลาง
8. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมแม้มีฐานะทางการเงินต่างกัน	4.02	1.09	มาก	3.42	.95	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในพื้นที่ใดก็ตามในประเทศไทย	3.89	1.09	มาก	3.73	.92	มาก
10. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีตำแหน่งหน้าที่การงานต่างกัน	4.10	.94	มาก	3.44	.89	ปานกลาง
11. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันแม้มีความเจ็บป่วยที่ต่างกัน เช่น กรณีผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยมีแผลเน่าเหม็น ผู้ป่วย มีการติดเชื้อที่ร้ายแรง	4.09	.90	มาก	3.50	.99	ปานกลาง
12. การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	4.38	.70	มาก	3.88	.72	มาก
13. การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อญาติ ขอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วย	4.13	.74	มาก	3.70	.84	มาก
14. การได้รับบริการโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรณีที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการช่วยเหลือจากรัฐ เช่น บัณฑิตผู้สูงอายุ บัณฑิตสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย บัณฑิตประกันสุขภาพ บัณฑิตผู้พิการ เป็นต้น	4.30	.89	มาก	3.77	1.00	มาก
15. การไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแพงจนเกินเหตุเมื่อเทียบกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	4.14	.90	มาก	3.57	.91	ปานกลาง

## ตาราง 10 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
16. การรักษาพยาบาลที่ไม่เกินความจำเป็นหรือไม่พุ่มเพื่อยกอาการของโรคที่เป็นอยู่ เช่น การตรวจเลือด ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น	4.03	.97	มาก	3.59	.98	ปานกลาง
17. การได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในโรคที่เป็นอยู่	4.14	.92	มาก	3.67	1.05	มาก
18. การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่	4.41	.73	มากที่สุด	3.88	.93	มาก
19. การได้รับการตรวจเยี่ยมอาการจากผู้ให้การรักษาพยาบาลตามกำหนดเวลาของโรงพยาบาล	3.95	.96	มาก	3.44	1.02	ปานกลาง
20. การได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ขัดกับความเชื่อถือของผู้ป่วย	3.80	.84	มาก	3.46	1.00	ปานกลาง



ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิ  
 ที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับคำอธิบายข้อมูลด้าน สุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนและ เข้าใจง่าย	4.27	.72	มาก	3.63	.88	มาก
2. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของ ตนเองในฐานะผู้ป่วย	4.02	.82	มาก	3.25	1.08	ปานกลาง
3. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับกฎระเบียบ ของโรงพยาบาล	3.95	.87	มาก	3.34	.98	ปานกลาง
4. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ ในโรงพยาบาล	3.77	1.01	มาก	3.17	1.13	ปานกลาง
5. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล	3.81	.99	มาก	3.35	.94	ปานกลาง
6. การได้รับโอกาสสอบถามเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยจากผู้ให้การรักษา พยาบาล	4.19	.86	มาก	3.36	1.10	ปานกลาง
7. การได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและ ชัดเจนก่อนการเป็นผู้ถูกทดลองใน การวิจัยของผู้ให้บริการสุขภาพ	3.96	.83	มาก	3.42	.96	ปานกลาง
8. การได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและ ชัดเจนก่อนการเข้าร่วมเป็นตัวอย่าง เพื่อการศึกษาของผู้ฝึกปฏิบัติงาน หรือผู้ฝึกอบรม เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล	3.93	.93	มาก	3.15	1.01	ปานกลาง
9. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาหาร ของโรงพยาบาลว่าไม่ขัดกับหลัก ศาสนาและ ความเชื่อของผู้ป่วย	4.02	1.02	มาก	3.09	1.31	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
10. การได้รับการแนะนำหรือสอน อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.41	.74	มากที่สุด	3.58	1.09	ปานกลาง
11. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับวิธีการ ความจำเป็น และ ประโยชน์ของการตรวจวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติ การ เป็นต้น	4.06	.93	มาก	3.08	1.08	ปานกลาง
12. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับผลของการตรวจวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น	4.09	.79	มาก	2.96	1.05	ปานกลาง
13. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับวิธีการของการรักษา พยาบาลแต่ละวิธี	4.24	.72	มาก	3.14	1.10	ปานกลาง
14. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย และความเสี่ยง ของการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี	4.23	.85	มาก	2.97	1.07	ปานกลาง
15. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับชนิด สรรพคุณ และ อาการข้างเคียงของยาในการรักษา พยาบาลทุกครั้ง	4.23	.85	มาก	3.06	1.12	ปานกลาง
16. การได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับผลของการรักษาพยาบาล	4.25	.89	มาก	3.26	1.04	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
17. การได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี	3.75	1.09	มาก	2.75	1.17	ปานกลาง
18. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแม้ว่าจะจะเป็นโรคร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย	4.09	.97	มาก	3.11	1.26	ปานกลาง
19. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแม้ว่าจะจะเป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น เอดส์ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย	4.19	.79	มาก	3.38	.98	ปานกลาง
20. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์	4.12	.89	มาก	4.33	.58	มาก
21. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายจนไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง	4.12	.80	มาก	3.36	1.17	ปานกลาง
22. การให้คำอธิบายแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตใจจนไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง	4.11	.80	มาก	3.31	1.16	ปานกลาง
23. การได้รับทราบชื่อ สกุล และตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตนเอง	3.84	1.00	มาก	2.77	1.02	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
24. การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการ ส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจาก ผู้เชี่ยวชาญหรือ สถานพยาบาล แห่งอื่น	4.05	.99	มาก	3.01	1.12	ปานกลาง
25. การได้รับทราบบันทึกการเจ็บป่วย ของตนตามต้องการ	4.05	.90	มาก	2.70	1.08	ปานกลาง
26. การได้รับสำเนาเอกสารการเจ็บ ป่วยของตนตามต้องการด้วยค่าใช้จ่าย ของตนเอง	3.62	1.08	มาก	2.53	1.14	น้อย

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิ  
ที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
ในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลของตน	4.08	.78	มาก	3.10	.95	ปานกลาง
2. การได้ร่วมวางแผนเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลของตน	3.90	.76	มาก	2.86	1.08	ปานกลาง
3. การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลของตนได้อย่างอิสระแต่ ต้องไม่ขัดต่อกฎหมาย หรือละเมิดสิทธิของผู้อื่น	3.92	.89	มาก	3.32	.95	ปานกลาง

ตาราง 12 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
4. การตัดสินใจยินยอมในการร่วมเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ให้บริการสุขภาพ	3.96	.91	มาก	3.28	1.05	ปานกลาง
5. การตัดสินใจปฏิเสธในการร่วมเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ให้บริการสุขภาพ	3.85	.94	มาก	3.16	.91	ปานกลาง
6. การตัดสินใจยินยอมให้นำข้อมูลส่วนตัวข้อมูลการเจ็บป่วยของตนไปอภิปรายเพื่อ การศึกษาวิจัย	3.99	.89	มาก	3.35	.94	ปานกลาง
7. การตัดสินใจปฏิเสธในการนำข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนไปอภิปรายเพื่อการศึกษา เช่น การสอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น หรือวิจัย	3.92	.95	มาก	3.11	1.13	ปานกลาง
8. การเปลี่ยนผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตนเอง	3.46	1.33	ปานกลาง	2.44	1.18	น้อย
9. การเปลี่ยนโรงพยาบาล หรือสถานบริการรักษาพยาบาล	3.46	1.30	ปานกลาง	2.58	1.21	น้อย
10. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนที่ผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์	4.27	1.35	มาก	3.40	1.32	ปานกลาง

ตาราง 12 (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
11. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง	3.47	.75	ปานกลาง	3.61	1.02	มาก
12. การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตใจจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง	4.22	.66	มาก	3.66	1.05	มาก
13. การแจ้งความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยลายลักษณ์อักษร หรือด้วยวาจา เช่น ไม่ต้องการให้ช่วยชีวิตเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตาย	4.09	1.08	มาก	3.15	1.01	ปานกลาง
14. การมอบหมายให้ผู้แทนโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของคนหากคนไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เอง	4.13	.82	มาก	3.22	.98	ปานกลาง

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิ  
ที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิความเป็นส่วนตัวในรายชื่อ

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับโอกาสอธิบายอาการและ ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยตนเองแก่ ผู้ให้การรักษาพยาบาลอย่างอิสระ	4.11	.82	มาก	3.22	.98	ปานกลาง
2. การได้รับโอกาสอธิบายความ ต้องการของตนเองแก่ผู้ให้การ รักษาพยาบาลอย่างอิสระ	4.06	.91	มาก	3.19	.96	ปานกลาง
3. การให้บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการหรือ ญาติอยู่ด้วยขณะได้รับการตรวจ รักษา	4.13	.85	มาก	3.10	1.13	ปานกลาง
4. การจัดการไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ได้ยินขณะผู้ให้การรักษาพยาบาล ซักถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย	3.80	.97	มาก	3.15	.93	ปานกลาง
5. การได้รับการตรวจรักษาพยาบาล โดยไม่เปิดเผยส่วนของร่างกายเกิน ความจำเป็น	4.04	.95	มาก	3.54	.91	ปานกลาง
6. การได้รับโอกาสที่จะกราบไหว้ สวดมนต์ ละหมาด ตามความเชื่อ ของตนเอง	4.18	.81	มาก	3.38	1.07	ปานกลาง
7. การใช้วิธีการรักษาพยาบาลอย่างอื่น ร่วมด้วยตามความเชื่อของผู้ป่วย โดยต้องไม่มีผลกระทบต่อการรักษา พยาบาลและไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น	3.82	.91	มาก	2.99	1.00	ปานกลาง
8. การมีเวลาเป็นส่วนตัวไม่ถูกรบกวน เกินความจำเป็น	3.83	1.05	มาก	3.21	.99	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9. การเลือกเวลาในการรักษาพยาบาล หากขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อม แต่ต้องไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เช่น การเช็ดตัวทำ ความสะอาดร่างกาย การทำแผล	3.86	1.03	มาก	3.08	1.13	ปานกลาง
10. การได้รับการปกปิดข้อมูลของคน ไข้เป็นความลับ เว้นแต่ผู้ป่วยยิน ยอม หรือผู้ให้การรักษาพยาบาลเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยตามที่กฎหมาย กำหนดเท่านั้น	4.06	.92	มาก	3.48	.97	ปานกลาง
11. การติดต่อกับบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ได้ตามต้องการด้วย ค่าใช้จ่ายของตนเอง	3.82	.98	มาก	2.90	1.28	ปานกลาง
12. การเลือกผู้ที่จะเข้าเยี่ยมได้	3.52	1.26	ปานกลาง	2.60	1.31	น้อย
13. การเปลี่ยนหรือย้ายเตียง/ห้อง หากถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมโดยไม่ขัด กับการรักษาพยาบาล	3.74	1.19	มาก	2.55	1.17	น้อย
14. การขอความคิดเห็นจากผู้ให้การ รักษาพยาบาลอื่นที่มีได้เป็นผู้รักษา พยาบาลคนในขณะนั้น	3.68	1.01	มาก	2.75	1.22	ปานกลาง
15. การร้องเรียน หรือกล่าวหาผู้ให้การ รักษาพยาบาล หากเกิดความเสียหายต่อตนเอง	4.21	.93	มาก	2.98	1.22	ปานกลาง
16. การได้รับการรักษาพยาบาลภายหลัง จากผู้ป่วยอนุญาตแล้ว เท่านั้น	4.25	.81	มาก	3.68	.82	มาก



ตาราง 13 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ			การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
17. การได้รับการปฏิบัติด้วยความ สุภาพ อ่อนโยน	4.41	.74	มากที่สุด	3.77	.84	มาก
18. การสวมเสื้อผ้าที่ปกปิดร่างกายได้ ตามความเชื่อของผู้ป่วยโดยไม่เป็น อุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล	4.14	.81	มาก	3.59	.82	ปานกลาง
19. การได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ ในระยะสุดท้ายของชีวิต	4.60	.66	มากที่สุด	3.82	1.09	มาก

### 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับสิทธิที่ได้รับจริงในผู้ป่วย ไทยพุทธ

พบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าค่าเฉลี่ย  
คะแนนการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.0001 ในทุกด้านและโดยรวม  
(ตาราง 14)

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ  
กับสิทธิที่ได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (n = 254)

สิทธิ	การรับรู้				p-value
	สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ		สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	4.29	.59	3.80	.68	.000
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	4.15	.67	3.27	.77	.000
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	3.98	.72	3.24	.77	.000
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	4.04	.67	3.34	.68	.000
โดยรวม	4.13	.60	3.43	.60	.000

4. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ กับที่ได้รับจริงในผู้ป่วยไทยมุสลิม

ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ในทุกด้าน และโดยรวม (ตาราง 15)

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม ระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ กับสิทธิที่ได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (n = 106)

สิทธิ	การรับรู้				p-value
	สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ		สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	4.10	.64	3.64	.62	.000
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	4.04	.63	3.15	.63	.000
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.97	.60	3.21	.58	.000
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	4.01	.61	3.24	.54	.000
โดยรวม	4.04	.56	3.31	.45	.000

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับระหว่างของผู้ป่วยไทย  
พุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทาง  
สุขภาพ ของผู้ป่วยไทยพุทธมากกว่าของผู้ป่วยไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01  
ส่วนด้านอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 16)

ตาราง 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ กับของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับ  
สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

สิทธิ	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ				p-value
	ผู้ป่วยไทยพุทธ		ผู้ป่วยไทยมุสลิม		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	4.29	.59	4.10	.64	.007
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	4.15	.67	4.04	.63	.178
ด้านสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล	3.98	.72	3.97	.60	.821
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	4.04	.67	4.02	.61	.725
โดยรวม	4.13	.60	4.03	.56	.182

6. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธกับของ  
ไทยมุสลิม

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและผู้ป่วย  
ไทยมุสลิม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 17)

ตาราง 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม  
เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

สิทธิ	การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง				p-value
	ผู้ป่วยไทยพุทธ		ผู้ป่วยไทยมุสลิม		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ	3.80	.68	3.64	.62	.064
ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล	3.27	.77	3.15	.63	.102
ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	3.24	.77	3.21	.58	.695
ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว	3.34	.68	3.24	.54	.137
โดยรวม	3.43	.60	3.31	.45	.057

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

### 1. การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริงในผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม

#### 1.1 การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยสามารถอภิปรายเป็นด้านๆ ดังนี้

##### 1.1.1 ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (ตาราง 2, 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีการรับรู้ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นในเรื่องสิทธิการได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อญาติขอความช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ ผู้ป่วยไทยพุทธมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด (ตาราง 4) และในเรื่องสิทธิการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด (ตาราง 10) ซึ่งการที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญในสิทธิที่ควรจะได้รับบริการทางสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเป็นธรรม หรือเป็นข้อเรียกร้องทางศีลธรรม ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เป็นหน้าที่ของสังคม ที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (Pellegrino, 1978 cited by Arras & Hunt, 1983) ซึ่งหลักคำสอนในศาสนาพุทธได้สอนให้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ และเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญของชีวิต ฉะนั้นเมื่อเจ็บป่วยควรได้รับการรักษาแก้ไขให้ตรงตามเหตุปัจจัยนั้น (พระธรรมปิฎก ป.อ. ปยุตโต, 2542) และคำสอนในศาสนาอิสลาม ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษาไม่ให้ปล่อยปละละเลยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหาย และต้องรักษากับผู้เชี่ยวชาญ ดังในหะดีษของท่านเราะซูล ความว่า “แท้จริง อัลลอฮ์ได้ส่งโรคลงมา และส่งยา และ อัลลอฮ์ได้กำหนดยาไว้สำหรับรักษาโรค ดังนั้นท่านจงรักษาเถิด และท่านจงอย่ารักษาด้วยสิ่งที่ไม่ดีห้าม” และศาสนาอิสลามยังให้ความสำคัญในเรื่องสวัสดิการสังคมว่า ในสังคมหนึ่งๆ ต้องมีผู้รับผิดชอบสวัสดิการของสังคม ซึ่งการรักษาพยาบาล

ถือเป็นสวัสดิการพื้นฐานของสังคมอย่างหนึ่งที่มีความจำเป็นสูง หากชุมชนใดปล่อยให้ไม่มีหอ  
รักษาพยาบาลเลย ก็ถือว่า คนในชุมชนนั้นบาปกันหมด (สาเหอะอับลูเถาะห์, 2532)

นอกจากนี้ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมยังให้ความสำคัญในสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้  
รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นธรรมและเท่าเทียมกัน เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร  
เกี่ยวกับสิทธิของประชาชน ที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน ซึ่งได้ระบุ  
ไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันคือ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทาง  
สาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข  
โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับคำสอนในศาสนาพุทธที่สอนให้บุคคลมีเมตตา กรุณา  
ปฏิบัติต่อกันด้วยความยอมรับ นับถือ เสมอภาค และเป็นธรรม (เฉลิมเกียรติ, 2530) และศาสนา  
อิสลามได้สอนไว้ว่า ณ พระเจ้านั้น ทุกคนเท่าเทียมกัน (อัมมุดะฮฺ, 2542) และการรักษานั้นจะต้อง  
ถูกต้องตามหลักวิชาการ ดังบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ความว่า “ห้ามประกอบอาชีพหมอ โดยที่ไม่  
มีความรู้ ความสามารถในด้านการแพทย์อย่างแท้จริง และให้เป็นหน้าที่ของบรรดานักปราชญ์ ที่จะ  
ต้องขัดขวางผู้ที่แสดงตนเช่นนั้น ทั้งๆ ที่ตนไม่มีความรู้ ความสามารถพอ และให้ลงโทษผู้ฝ่าฝืน”  
(สาเหอะอับลูเถาะห์, 2532) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่เพียงพอ  
ได้มาตรฐาน ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2527) ที่พบว่าผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลรามาชิดส่วนใหญ่อ้อยละ 72.16 เห็นด้วยกับสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง  
สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการศึกษาของสุกัญญาและคณะ (2536) พบว่าผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกคน คาดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี

สำหรับสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ การรักษาพยาบาลทันที เมื่อต้องการความช่วยเหลือ  
เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยไทยพุทธมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงสุดในด้านนี้ (ตาราง 4) และสิทธิที่จะได้  
รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่  
ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงสุดในด้านนี้ (ตาราง 10) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วย  
ตระหนักและคาดว่าควรจะได้รับ การรักษาพยาบาลเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัย ซึ่งสิทธิที่จะมี  
ชีวิตอยู่เป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ (เฉลิมเกียรติ, 2530) ซึ่งสอดคล้องกับบัญญัติศาสนาว่า  
ด้วยสิทธิมนุษยชนที่ว่า “ทุกคนมีสิทธิในชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งตน คือ สิทธิที่จะดำรง  
ชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม” (Storch, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล  
สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือส่วนใหญ่ มีการรับรู้ต่อสิทธิการได้รับความช่วยเหลืออย่าง  
รีบด่วนจากแพทย์ และพยาบาลโดยทันที ตามความจำเป็น แม้ไม่ได้ร้องขอ (อากรณ, 2541)

### 1.1.2 ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 2, 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นในเรื่องสิทธิที่จะได้รับการแนะนำ หรือสอนอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด (ตาราง 5, 11) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิในด้านนี้ อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องอยู่ในสถานที่และได้รับการรักษา จากผู้ให้การรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งยังไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ย่อมเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เกิดความเครียด ซึ่งเป็นอนุสลดกรรมหรือเป็นบาปที่บั่นทอนสุขภาพกายและใจ ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อให้ผ่อนคลายจากความเครียด (Lazarus & Cohen, 1983) และวิถีชีวิตที่ได้รับอิทธิพลจากคำสอนในศาสนาพุทธที่สอนให้มนุษย์แสวงหาความจริงของสิ่งที่เกิดขึ้น ว่าทุกสิ่งทุกอย่างเกิดจากเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งเรียกว่า อิทัปปัจจยยุตตะ หรือปัจจัยสมุปบาท และยังได้สอนให้มนุษย์แก้ปัญหาที่ค้นเหตุ ตามหลักอริยสัจ คือต้องรู้ปัญหา โรคที่เป็นหรือทุกข์ รู้สาเหตุของโรคหรือสมุทัย รู้แนวทางการรักษา ผลการรักษา การพยากรณ์โรคหรือนิโรธ และรู้วิธีการรักษา หรือมรรค สำหรับศาสนาอิสลามก็ได้มีการสอนให้มนุษย์ใช้สติปัญญา ไตร่ตรองในการกระทำต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนในการคิด พิจารณาไตร่ตรอง เรื่องความเจ็บป่วยของตน

นอกจากนี้การได้รับทราบการเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาในการบริการทางสุขภาพ เช่น การบริการที่ไม่มีคุณภาพ ราคาแพง การให้ข้อมูลไม่เหมาะสม การละทิ้งและการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ปรากฏในหนังสือพิมพ์ และสื่อต่างๆ (ชูชัย, 2537) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมองผู้ให้รักษาเป็นผู้ให้บริการและมองตนเองเป็นผู้บริโภคที่ต้องซื้อบริการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเชิงธุรกิจมุ่งหากำไรจากบริการ (วิฑูรย์, 2537; สิริขยา, 2539; อรรถจินดา, 2536; Arras & Hunt, 1983; Chitty, 1993) ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทย ในข้อ 3 ที่ว่า “ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน” (สภาการพยาบาล, 2542) และยังคงสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญอย่างมากต่อสิทธิในด้านนี้ (เคยหอม, 2539; มาลี, 2527; วรณภา, 2540; วิเชียร, 2540; สมาน, 2539)

สำหรับสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงที่สุดในด้านนี้

เพราะข้อมูลด้านสุขภาพเป็นข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง และยังเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในขณะที่ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นศัพท์เฉพาะ ซึ่งยากต่อการเข้าใจ ผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าจะได้รับข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อนำไปปฏิบัติจริง เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยต้องการทราบนั้น เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การวินิจฉัยโรค สาเหตุ การหาย ความรุนแรงของโรค การผ่าตัด การดูแลตนเองที่บ้าน เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (จนินฐา, 2534; มาลี, 2527)

### 1.1.3 ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยไทยพุทธและผู้ป่วยไทยมุสลิม อยู่ในระดับมาก (ตาราง 2, 8) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีการรับรู้ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อสิทธิการเปลี่ยนผู้ให้รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6, 12) และข้อสิทธิการเปลี่ยนโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 12) แสดงว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญในสิทธิด้านนี้ เนื่องจากกระแสแนวความคิดด้านสิทธิมนุษยชน และการปกครองแบบประชาธิปไตย ที่กระจายอำนาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของชุมชนหรือสังคมมีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องการรับผิดชอบและตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง การที่ผู้ป่วยมองผู้ให้การรักษาพยาบาลเป็นผู้ขายหรือผู้ให้บริการ และมองตนเองเป็นผู้ซื้อบริการรักษาพยาบาล จึงควรจะได้เลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง และหลักพุทธศาสนาได้สอนให้มนุษย์มีเจตจำนงเสรีในการกระทำใดๆ ได้ด้วยสติปัญญาของตนเองตามกฎธรรมชาติ (สุวรรณ, 2540) และคำสอนในศาสนาอิสลามได้สอนให้มนุษย์มีอิสรภาพในการตัดสินใจเลือกกระทำใดๆ และยังเป็นรากฐานสำคัญของหน้าที่และความรับผิดชอบของคน ด้วยคำสอนของศาสนาที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการใช้ปัญญาในการคิดพิจารณา ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้มีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง

สำหรับสิทธิข้อที่ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีความบกพร่องทางจิต ควรให้บิดามารดา ผู้ปกครองโดยชอบธรรม ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทน ผู้ป่วยไทยพุทธ มีคะแนนการรับรู้สูงที่สุด (ตาราง 6) เนื่องจากผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของชีวิต แม้จะอยู่ในสภาพจิตใจที่บกพร่องจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยยังมีสิทธิในร่างกายและจิตใจของตนเอง ผู้ให้การรักษาพยาบาลจะทำการโดยผลการปราศจากการตัดสินใจของผู้ปกครองหรือผู้ที่ใกล้ชิดไม่ได้ และควรให้ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ที่ใกล้ชิด ซึ่งอาจเป็นผู้ที่รู้ถึงความต้องการ



ของผู้ป่วยมากที่สุด ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นุคตากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารบก ซึ่งมีการรับรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับมาก (อากรณ, 2541)

สำหรับสิทธิที่ควรให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงที่สุด (ตาราง 12) เนื่องจากสังคมไทยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ทางสายโลหิต บิดา มารดา มักรักและห่วงใยลูกคนเสมอ การตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ เช่น เรื่องปัญหาสุขภาพอนามัย มักเป็นการตัดสินใจของบิดา มารดาหรือผู้ปกครองของผู้ป่วย (สุพิศรา, 2540) และคำสอนในศาสนาอิสลามได้สอนให้มุสลิม ให้ความสำคัญกับการดูแลเลี้ยงดูบุตรและครอบครัว ดังบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ความว่า “อันสมบัติ และลูกๆ เป็นสิ่งประดับในชีวิตโลก และผลกรรมที่ค้างมาทั้งหมด มีความเกิดขึ้น องค์อภิบาลของพระเจ้า ในการตอบแทน และประเสริฐในการแสวงหา” (ศรีสมร, 2538) ความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนา ทำให้ผู้ป่วยไทยมุสลิมเห็นความสำคัญที่ควรให้บิดามารดาตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ความคิด วุฒิภาวะทางอารมณ์และการเรียนรู้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยังไม่ดีพอ ซึ่งอาจมีผลทำให้การตัดสินใจไม่เหมาะสมเท่าที่ควร

สำหรับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้เปลี่ยนผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตนเอง พบว่า ทั้งผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6, 12) และผู้ป่วยไทยมุสลิมยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีสิทธิที่ควรได้เปลี่ยนโรงพยาบาลหรือสถานบริการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 12) แสดงว่าผู้ป่วยเห็นความสำคัญของสิทธิข้อนี้อยู่บ้าง แต่ไม่กล้าคาดหวังสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีความเกรงใจ รู้สึกเป็นบุญคุณที่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้รับสวัสดิการช่วยเหลือจากรัฐ คือ ไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล มิได้คิดว่าเป็นสิทธิของตนที่ควรได้รับการรักษาพยาบาล (ชูชัย, 2537) และอาจเกรงว่าการขอเปลี่ยนผู้ให้การรักษา หรือสถานบริการ อาจทำให้ผู้ให้การรักษารู้สึกว่าคุณป่วยไม่ไว้ใจ ไม่ให้เกียรติ และทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้การรักษาในที่สุด ซึ่งลักษณะนี้เป็นที่ยอมรับได้ยากในสังคมไทย (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539)

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นคาดหวังที่จะได้รับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ปัญญาจักษ์, 2523; มาลี, 2527; สุกัญญา และคณะ, 2536) และยังคงสอดคล้องกับความคิดเห็น ความตระหนักของแพทย์ พยาบาลที่เห็นด้วยว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยเอง (ทิพาพันธ์ และคณะ, 2538; สมาน, 2539; อรัญญา, 2542) ซึ่งการที่การรับรู้ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีความสอดคล้องและเป็นไปในทางเดียวกัน

ยอมแสดงถึง การยอมรับและให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในข้อที่ 3 ที่ว่า “ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อคน...” (สภาการพยาบาล, 2542) และในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้ให้สิทธิอย่างเต็มที่ในชีวิตและร่างกายของบุคคล ดังบัญญัติที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ เสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” “การจับ คุมขัง ตรวจสอบตัวบุคคล หรือการกระทำอันกระทบต่อสิทธิ เสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย” (วิฑูรย์, 2537)

#### 1.1.4 ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในด้านสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 2, 8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้น สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยความสุภาพ อ่อนโยน การได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการในขณะที่มีอาการหนักมาก หรือในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด สำหรับสิทธิการเลือกผู้ที่จะเข้าเยี่ยมได้ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ตาราง 7, 13) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญในสิทธิในด้านนี้ เนื่องจากการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง จึงอาจล่วงล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความมั่นคง ปลอดภัย และความเป็นส่วนตัว และพุทธธรรมได้สอนให้เพื่อนมนุษย์ปฏิบัติต่อกันด้วยความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา หลักธรรมนี้มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมไทย ทำให้คนไทยมีนิสัย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (เสาวภา, 2531) ผู้ป่วยไทยพุทธ จึงรับรู้ว่ ในฐานะเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ควรได้รับการปฏิบัติด้วยความเมตตา มีความเป็นมิตร ควรได้รับความกรุณาให้พ้นทุกข์จากความเจ็บป่วย ควรได้รับการแสดงความยินดีเมื่ออาการดีขึ้น และควรได้รับการปฏิบัติที่มีอุเบกขา วางตัวเป็นกลาง และชอบธรรมจากผู้ให้การรักษาพยาบาล และศาสนาอิสลามได้กำหนดสิทธิและการรักษาสิทธิของมนุษย์ มนุษย์มีสิทธิแสวงหาผลประโยชน์จากธรรมชาติที่พระเจ้าเป็นเจ้าให้บังเกิดขึ้นมาไว้ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องแสวงหาประโยชน์ภายในขอบเขตสิทธิของตนเท่านั้น จะละเมิดสิทธิของคนอื่นหรือของส่วนรวมไม่ได้ (พิศุทธิ์, 2519) และการดำเนินชีวิตตามหลักคำสอนในศาสนาอิสลามทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ผู้ป่วยพึงได้รับการรักษาพยาบาล ที่ไม่ละเมิดต่อสิทธิของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความคาดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (มาลี, 2527; สุกัญญา และคณะ, 2536) และผู้ป่วยมีทัศนคติต่อสิทธิส่วนตัว ส่วนครอบครัว และสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลความเจ็บป่วย (ชนุตรา และคณะ, 2539)

สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้ให้ญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ด้วยในขณะที่มีอาการหนัก หรือระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงที่สุดในด้านนี้ (ตาราง 7, 13) การที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิเรื่องนี้มาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากหรือใกล้ตายต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจอย่างมาก เช่น ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากสภาพของร่างกาย ความวิตกกังวล ความกลัว และโดยเฉพาะชาวพุทธมีความเชื่อว่า จิตสุดท้ายก่อนที่มนุษย์จะตายจากโลกนี้ไปมีความสำคัญมาก การตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกายและจิตใจ จะนำไปสู่สภาพจิตสุดท้ายที่ทรมานทรมาย ยากที่จะไปสู่สุคติได้ ยากที่จะปลดปล่อยจิตวิญญาณสู่อิสระและความหลุดพ้นได้ (พนัส, 2538) ผู้ป่วยจึงต้องการให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดคอยเป็นเพื่อนให้กำลังใจ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว และจิตใจไม่วุ่นวาย การอยู่ท่ามกลางคนที่ผู้ป่วยรักและคนที่รักผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญความตายได้ดีขึ้น คือ เป็นการตายอย่างมีสติ ไม่หลงตาย (พระธรรมปิฎก ปยุตโต, 2542) แทนที่จะตายอย่างโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ท่ามกลางเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งหาใช่การตายอย่างสมศักดิ์ศรีหรือสมค่าที่เกิดมาเป็นมนุษย์ (พนัส, 2538) สำหรับผู้ป่วยไทยมุสลิมก็พบว่ามีการรับรู้สูงที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติตามหลักศาสนาเช่น การให้ญาติหรือผู้รู้อ่านอัลกุรอาน บทยาสินให้ฟัง และเมื่อผู้ป่วยตายให้คนใกล้ชิดกล่าวว่า “อินนา ลิลลา ฮิวัะ อินนา อิลัย ฮิรอ ญูอน” (ศรีสมร, 2538) หรือเป็นความชอบธรรมและเป็นความถูกต้องที่ผู้ป่วยจะเรียกร้องให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ศรัทธาในศาสนาของตนเอง และยังคงสอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายที่ว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกที่มีความหวัง ควรได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร จากบุคคลที่เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และได้รับสิ่งที่พอใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตายได้ (Beare, 1994)

ส่วนสิทธิที่จะเลือกผู้เข้าเยี่ยมได้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 7, 13) เนื่องจากชาวไทยพุทธได้รับอิทธิพลคำสอนในศาสนาพุทธ ทำให้มีนิสัยเห็นอกเห็นใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน (สุพัตรา, 2540) มักไปเยี่ยมเยียนหรือให้กำลังใจผู้ป่วย และหลักการในศาสนาอิสลามได้บัญญัติให้เป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ควรไปเยี่ยมเยียนผู้ที่เจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้คาดหวังว่าตนเองจะต้องเลือกผู้มาเยี่ยมเสมอไป

## 1.2 การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายเป็นด้านๆ ดังนี้

### 1.2.1 ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยไทยพุทธและของผู้ป่วยไทยมุสลิมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3, 9) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ป่วยไทยพุทธมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 10, 11 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องสิทธิความเท่าเทียมกันในการรับการรักษาพยาบาล แม้ว่าจะมีฐานะทางการเงินต่างกัน หรือมีสภาพความเจ็บป่วยต่างกัน (ตาราง 4) และผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก 12 ข้อ และรับรู้ในระดับปานกลาง 8 ข้อ (ตาราง 10) เมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ที่ได้รับการปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง อยู่ในระดับมากเหมือนกัน ได้แก่ ในข้อสิทธิการได้รับการรักษาด้วยความเอาใจใส่ การได้รับการรักษาพยาบาลด้วยความปลอดภัย การได้รับการรักษาพยาบาลทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในโรคที่เป็นอยู่ การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ (ตาราง 4, 10) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ตระหนักในสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น จากที่มีคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่ได้กำหนดสิทธิของผู้ป่วยชัดเจน และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาการบริการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดจากผู้ให้การรักษาพยาบาลมีความสำนึกในหน้าที่ ได้ปฏิบัติตามแนวทางจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น จรรยาบรรณสำหรับพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่กำหนดว่า “พยาบาลต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพ ปราศจากการขู่เข็ญ” และ “ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องประกอบวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้รับบริการ” (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) และการที่มีองค์กรวิชาชีพควบคุม ดูแลให้บุคคลในวิชาชีพปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาล ให้การรักษาพยาบาลด้วยความระมัดระวัง กลัวถูกลงโทษจากองค์กรวิชาชีพ

สิทธิที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน คือ การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยต่างกัน (ตาราง 4, 10) และยังเป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยพุทธมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ำที่สุดในด้านนี้ (ตาราง 4) อาจเกิดจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญของสิทธิผู้ป่วย ที่เจ็บป่วยต่างกัน อย่างแท้จริง ดังเช่น การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มักได้รับการปฏิบัติต่างจากผู้ป่วยทั่วไป (สุกรานต์, 2542)

สิทธิการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน แม้มีฐานะทางการเงินต่างกัน เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด (ตาราง 10) เนื่องจากผู้ป่วยไทยมุสลิมส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย คือ มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยของ

ครอบครัวต่อเดือน คือต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 50.86 และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยนี้ส่วนหนึ่งได้รับสวัสดิการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับบัตรผู้สูงอายุสวัสดิการเหล่านี้มีข้อกำหนดแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ได้รับบริการไม่เหมือนกับผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ไม่สามารถเบิกยาที่ผู้ให้การรักษา เห็นว่าจำเป็นต้องใช้ในการรักษาพยาบาล ขณะที่ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ บัตรประกันสังคม มีสิทธิเบิกได้ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้บัตรสิทธิบัตรต่างๆ อาทิเช่น ประกันสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสังคม มีความกังวลใจว่าจะได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ เกรงว่าจะได้รับการดูแลไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง (โยธิน, พิมลพรรณ และมาลี, 2543) นอกจากนี้จากการสำรวจ พบว่าประชาชนชาวไทยอีกร้อยละ 30-40 ยังขาดหลักประกันสุขภาพ (สงวน, 2542) อาจทำให้ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มีรายได้น้อย บางส่วนต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันไม่เต็มที่นัก

### 1.2.2 ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3, 9) เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลตระหนัก และยอมรับในสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของผู้ป่วย เห็นประโยชน์ของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า พยาบาลตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วย ในด้านการได้รับข้อมูลสูงมาก (ศรีวรรณ, 2539) แพทย์ พยาบาลมีความคิดเห็นด้วยกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย ร้อยละ 92.1 (สมาน, 2539) แต่อาจมีข้อจำกัดบางประการ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากมีเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่เพียงพอ จากปริมาณงานที่มาก ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ให้การรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องทำงานที่สำคัญ เร่งด่วน จำเป็นต่อความอยู่รอดปลอดภัยของผู้ป่วยก่อน เช่น การตรวจ รักษา ประเมินอาการ ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต ทำหัตถการต่างๆ ช่วยเหลือ บรรเทาอาการความเจ็บป่วยให้ทันกับความต้องการของผู้ป่วย และให้งานเสร็จทันเวลา รวมทั้งการนำเทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ผู้ให้การรักษา มุ่งใช้เครื่องมืออุปกรณ์ดังกล่าว เพื่อหวังผลการรักษาที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้การปฏิสัมพันธ์ พุดคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยน้อยลง (สิวลี, 2527)

นอกจากนี้ผู้ให้การรักษาพยาบาลยังขาดการประเมินพื้นฐานความรู้เดิม ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม ที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่และความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตลอดจนท่าทีของผู้ให้การรักษาในขณะซักถามให้ข้อมูล (Skipper, 1964) ทำให้ผู้ป่วยเกรงใจไม่กล้าซักถามข้อมูล ทั้งๆ ที่ยังสงสัยหรือไม่ได้รับการบอกกล่าว (นิภรณ์, 2542) อีกทั้งผู้ให้การรักษาพยาบาลอาจให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจยาก ทำให้การสื่อสารการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของ

ผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร และสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลยังไม่กำหนดให้ การให้ข้อมูลเป็นบริการหลักที่จำเป็นและยังไม่กำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน

ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ความแรงใจ อารมณ์ ความสนใจของผู้ป่วย สำหรับในเรื่องความรู้นั้น ผู้ป่วยอาจมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยน้อย เมื่อได้รับการบอกกล่าวอธิบายเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้แปลความหมาย ออกมาเป็นความคิด ความเข้าใจไม่ได้ หรือได้ไม่ทั้งหมด ทั้งนี้เพราะข้อมูลการวินิจฉัยโรค วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการตรวจ และวิธีการรักษา เป็นต้น มีลักษณะเป็นศัพท์เทคนิควิชาการ อาจจำเป็นต้องใช้พื้นฐานความรู้เดิมของผู้ป่วยเองด้วย และอาจเป็นเพราะการมีความรู้น้อยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าถาม ไม่รู้ว่าจะตั้งคำถาม ใช้ภาษาอย่างไร แม้ว่าจะมีความสนใจใคร่รู้ก็ตาม เช่นการศึกษาที่พบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ซักถามข้อมูล เนื่องจากเมื่อไม่รู้จะถามอะไร กลัวพูดไม่ถูก แล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์หรือพยาบาลจะบอก (นิกรณ, 2542) นอกจากนี้ภาวะ การเจ็บป่วยยังมีผลต่ออารมณ์ ความตั้งใจ ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยอีกด้วย เพราะหาก ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี เช่น ปวด เหนื่อย วิตกกังวล ขาดความสนใจ ความตั้งใจที่จะรับรู้ ทำให้เกิด การรับรู้ข้อมูลไม่ดี เพราะเมื่อบุคคลเครียดมาก กล้ามเนื้อ และประสาท จะมีความต้านทาน การรบกวนของกระแสประสาทสูง ทำให้การแปลความหมายการรับรู้ผิดพลาด (กันยา, 2540)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมบางส่วน ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในชีวิตประจำวัน พูดภาษาไทยไม่ได้ หรือได้เพียงบางคำ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ พูดภาษามลายู ท้องถิ่นไม่ได้ ทำให้มีปัญหาในการสื่อความหมาย (นัยนา, 2539) มีผลทำให้การรับรู้ข้อมูลต่างๆ ไม่ดีเท่าที่ควร และยังมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาพยาบาลและผู้ป่วยอีกด้วย เพราะ อาจทำให้ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย โดยเฉพาะสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า มูลเหตุ การร้องเรียนแพทย์ ของผู้เสียหายหรือผู้ร้องเรียน เกิดจากความสงสัย ความไม่เข้าใจ หรือการที่ แพทย์ไม่อธิบายให้ชัดเจน (พรหมมินทร์, 2542) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไทยพุทธมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ การได้รับการปฏิบัติ ในข้อสิทธิการได้รับคำอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาชัดเจนและ เข้าใจง่าย สูงที่สุด (ตาราง 5) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลเห็นความสำคัญ และจำเป็นใน การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ มากกว่าข้อมูลด้านอื่นๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของ โรงพยาบาล เป็นต้น จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าข้อมูลอื่นๆ แก่ผู้ป่วย และประกอบกับ ผู้ป่วยมีความสนใจในข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์กับผู้ป่วยโดยตรง ความสนใจ ความตั้งใจนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้มีการรับรู้ที่ดี (กันยา, 2540) ส่วนสิทธิการได้รับคำชี้แจง เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ละวิธี เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ค่าที่สูงสุด (ตาราง 5) เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่เห็นความสำคัญและไม่ได้ให้หรือ

ให้ข้อมูลในเรื่องนี้แก่ผู้ป่วยน้อย ด้วยเหตุเพราะผู้ป่วยไทยพุทธส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.8 เป็นผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวตั้งแต่ 6,000 บาทต่อเดือนลงไป (ตาราง 1) ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับสวัสดิการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล เช่น ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

สำหรับสิทธิในการให้คำอธิบายแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงที่สุด (ตาราง 11) เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลเห็นความสำคัญ และมีระเบียบวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ ที่ชัดเจน

### 1.2.3 ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง ในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3, 9) เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่สูงนัก คือ ร้อยละ 47.6-57.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ตาราง 1) ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างอิสระ ทำให้ต้องตัดสินใจตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาพยาบาล ดังจะเห็นว่า ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับสิทธิแสดงความคิดเห็นการรักษาพยาบาลของตนเองเพียงในระดับปานกลาง (ตาราง 6, 12) ซึ่งเป็นค่านิยมที่พบโดยทั่วไปในสังคมไทย ที่มีความเชื่อถือในผู้ที่มีความรู้ และด้วยลักษณะนิสัยของคนไทยที่มักเก็บความรู้สึก ความคิดเห็นของตัวเองเอาไว้ ไม่กล้าแสดงออก (สุหัตตรา, 2540) การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้สะท้อนให้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย คล้ายกับความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร กล่าวคือผู้ให้การรักษา ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความเห็นกับผู้ป่วย แต่ในที่สุดผู้ให้การรักษาพยาบาลก็ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงเป็นฝ่ายต้องปฏิบัติตาม การตัดสินใจของผู้ให้การรักษาพยาบาล (สิวลี, 2529) และการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะตัดสินใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเต็มที่ ตลอดจนการไม่ได้รับโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในขณะที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ดังนั้นการใช้หลักของความเป็นตัวของตัวเอง ในสถานการณ์ที่เป็นจริงของระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และบรรทัดฐาน วัฒนธรรมของสังคม (Chitty, 1993) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับสิทธิที่จะมีอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วยนิเวศ ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง แต่ก็เพียงการได้รับโอกาส ที่จะตัดสินใจว่าจะผ่าตัดหรือไม่ มากกว่าการตัดสินใจโดยอิสระในการเลือกแผนการรักษา (นิกรณ, 2542)

สำหรับสิทธิการตัดสินใจในเรื่องสิทธิการเปลี่ยนผู้ให้การรักษาพยาบาลนั้นเป็นสิทธิของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้ว่าคุณเองได้รับการปฏิบัติน้อย และยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ำที่สุด (ตาราง 6, 12) อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้รักษาพยาบาลคนอื่น เพราะผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวเป็นครั้งแรก จึงไม่ได้เรียกร้องขอเปลี่ยนผู้ให้รักษาตามสิทธิในข้อนี้

สิทธิการให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิต จนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เป็นสิทธิของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงที่สุดในด้านนี้ (ตาราง 6, 12) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้รักษาพยาบาลได้ยึดถือระเบียบปฏิบัติ การให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าว

#### 1.2.4 ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว

การรับรู้สิทธิของผู้ป่วยได้รับจริง ในด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3, 9) อาจเนื่องจากผู้ให้รักษาพยาบาลเห็นความสำคัญในสิทธิของความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แต่ยังให้รักษาพยาบาลที่เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วยได้ในบางประเด็นเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้ว่าได้รับการปฏิบัติตามสิทธิในความเป็นส่วนตัว อยู่ในระดับมาก ในข้อสิทธิการได้รับการตรวจรักษาพยาบาลโดยไม่เปิดเผยส่วนของร่างกายเกินความจำเป็น การได้รับการรักษาพยาบาลภายหลังจากผู้ป่วยอนุญาตแล้วเท่านั้น การได้รับการปฏิบัติด้วยความสุภาพ อ่อนโยน การได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต (ตาราง 7, 13) ส่วนในข้อสิทธิการได้สวมเสื้อผ้าที่ปกปิดร่างกายได้ตามความเชื่อของผู้ป่วยโดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยไทยพุทธมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (ตาราง 7) ส่วนสิทธิในข้ออื่นๆ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การได้รับการปฏิบัติในสิทธิความเป็นส่วนตัวในระดับปานกลาง เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ มีความเป็นส่วนตัวน้อย คือเป็นสภาพหอผู้ป่วยที่แออัด ระยะห่างระหว่างเตียงมีน้อย ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและการมีเตียงเสริมในช่องทางเดินต่างๆ สภาพหอผู้ป่วยที่มีความเป็นส่วนตัวน้อยเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าในสภาพที่ไม่มิดชิด การป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้ยินเรื่องราวของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ให้รักษาพยาบาลซักถาม หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก็ทำได้ยาก



อีกทั้งการถูกรบกวนจากเสียง ความแออัดจากการที่มีญาติผู้ป่วยเตียงข้างเคียงเข้ามาเยี่ยมมากเกินไป และด้วยลักษณะการทำงานของผู้ให้การรักษาพยาบาล ที่มีได้คำนึงถึงความพร้อม ความต้องการของผู้ป่วย แต่จะมุ่งทำงานให้เสร็จเป็นสำคัญ จึงทำให้ล่วงล้ำในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการหนัก วิกฤต ที่ต้องการให้การรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน ฉุกเฉิน เป็นต้น

สิทธิที่จะได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการขณะที่มีอาการหนักมากหรือในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ว่าได้รับการปฏิบัติจริงสูงสุด (ตาราง 7, 13) ทั้งนี้เพราะ ผู้ให้การรักษาพยาบาลมีความเมตตากรุณา เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และเห็นความสำคัญของสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในการที่จะได้อยู่กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ

สำหรับสิทธิการขอความคิดเห็นจากผู้ให้การรักษาพยาบาลอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลคนในขณะนั้น เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การได้รับการปฏิบัติจริงต่ำที่สุด (ตาราง 7) เป็นเพราะผู้ป่วยไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผู้ให้การรักษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในโรคที่ตนเป็นอยู่ และตามสภาพความเป็นจริง หากผู้ป่วยต้องการที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ให้การรักษาพยาบาลอื่น ผู้ป่วยต้องแจ้งผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ที่รักษาตนอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกรงใจ เกรงว่าผู้ให้การรักษาพยาบาลจะเสียใจ ซึ่งความเกรงใจนี้ เป็นค่านิยมที่พบโดยทั่วไปในสังคมไทย (สุหัตตรา, 2540) และยังคงกลัวผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่พอใจ ส่งผลต่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย

ส่วนสิทธิการเลือกผู้เข้าเยี่ยมได้ เป็นสิทธิข้อที่ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ว่าได้รับการปฏิบัติต่ำที่สุดจริงในด้านนี้ (ตาราง 13) เป็นเพราะสภาพหอผู้ป่วยสามัญที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว มีลักษณะที่บุคคลสามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยได้สะดวก ทำให้การเลือกที่จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก

## 2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับสิทธิที่ได้รับจริงในผู้ป่วยไทยพุทธและผู้ป่วยไทยมุสลิม

ผู้ป่วยไทยพุทธมีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 ในทุกด้านและโดยรวม (ตาราง 14) และผู้ป่วยไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ มากกว่าการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

ในทุกด้านและโดยรวม (ตาราง 15) ดังนั้นจะอภิปรายเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับกับได้รับจริงของทั้งผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

## 2.1 ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ได้รับจริงในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 (ตาราง 14, 15) เนื่องจากบุคคลเมื่อเจ็บป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ย่อมมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือรักษาพยาบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ ซึ่งสิทธิที่จะมีชีวิต เป็นสิทธิทางจริยธรรมและประกอบกับหลักคำสอนในศาสนาที่สอนให้มนุษย์เห็นคุณค่าของชีวิต สังคมควรความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ซึ่งกันและกัน ดังเช่นคำสอนในศาสนาพุทธได้สอนให้มนุษย์พึงปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตากรุณา (สุวรรณ, 2540) และคำสอนในศาสนาอิสลามที่สอนให้มุสลิมทุกคนห้ามฆ่าตายเกลียดชัง อิจฉาริษยาผู้อื่น ควรยอมรับให้เกียรติและให้ความสำคัญของมนุษย์ (มุฮัมหมัดกามิล, 2529) และให้ความสำคัญของการรักษาสุขภาพอนามัย และการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พึงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย (สาเหอฮับดุลเกาะห์, 2532) การเชื่อคำสอนของศาสนาที่ให้ออมรับความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี และพึงให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างเหมาะสม และเท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นความถูกต้องเป็นธรรมที่ควรจะได้รับ การช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และเท่าเทียมกัน หรือเป็นสิทธิทางจริยธรรมนั่นเอง

การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับสิทธิผู้ป่วยมากกว่าที่ได้รับจริง อาจเนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ อัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ไม่สมดุลเพียงพอกับปริมาณงาน ต้องทำงานให้เสร็จ 赶เวลา และการใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลปฏิบัติงานโดยมุ่งที่อุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค ทำให้การสร้างสัมพันธภาพและการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยลดลง ดังเช่น การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่ำในด้านในการบริการพยาบาลด้านอรรถาธิบาย และมีข้อเสนอแนะให้แพทย์ พยาบาล เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น (ดุซฎี, 2541) และกิจกรรมที่พยาบาลแสดงออกโดยการสนทนา พูดคุยกับผู้ป่วย เช่น การรับฟังคำบอกเล่า ปรับทุกข์ของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (อ่ำไพ, 2526) อีกทั้งการขาดประสบการณ์ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ การขาดแคลนเครื่องมือ ที่มีประสิทธิภาพ และความประมาทของเจ้าหน้าที่ อาจเป็นสาเหตุของการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลต่อคุณภาพ และความปลอดภัยที่ผู้ป่วยได้รับได้ดีเพียงในระดับหนึ่งเท่านั้น ซึ่งการไม่ได้รับความปลอดภัยจากการรักษา นั้น ร้อยละ 76 ของความผิดพลาด เป็นความผิดพลาดทางเทคนิค และการให้การรักษาที่

ไม่เหมาะสม (Brennan et al., 1991) ดังเช่นการศึกษาของสุภารัตน์ (2538) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 2 พบว่า แพทย์ให้การรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานรักษาไม่ถูกต้อง และวินิจฉัยผิด ร้อยละ 39.5, 41.4 และ 41.4 ตามลำดับ

นอกจากนี้ การรู้สึก ถึงความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน ในฐานะที่เป็นมนุษย์เหมือนกัน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า คนควรได้รับสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในสภาพเป็นจริงผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างไม่เท่าเทียมกัน ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า การได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน ยังมีความเป็นไปได้ยากในสภาพที่ประเทศมีทรัพยากรจำกัด แม้ว่ารัฐจะพยายามให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่าคนไทยมากกว่า ร้อยละ 30-40 ยังขาดหลักประกันสุขภาพ (สงวน, 2542) ดังนั้นอาจมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ยังคงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แม้ว่าจะเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย แสดงให้เห็นการเข้าถึงบริการที่จำเป็น ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และยังได้รับความไม่เท่าเทียมกัน อีกทั้งผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ยังได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน เพราะข้อกำหนดของหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ นั้นแตกต่างกัน เช่น การที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการบัตรผู้สูงอายุ ประกันสุขภาพ ผู้พิการ สงเคราะห์ผู้ที่มีรายได้น้อย ต้องจ่ายเงินซื้อยาที่จำเป็นต้องใช้ตามดุลยพินิจของผู้ให้การรักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม ไม่ต้องจ่ายเงินซื้อ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการรักษาไม่เท่าเทียมกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสิทธิที่ควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงแตกต่างกัน

## 2.2 ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้สิทธิที่ควรได้รับ มากกว่าการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 (ตาราง 14, 15) แสดงถึงผู้ป่วยรับรู้และคาดหวังในสิทธิที่จะได้รับข้อมูล แต่ยังรับรู้ว่าการปฏิบัติไม่เป็นไปตามที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อเจ็บป่วยร่างกายถูกคุกคามด้วยความเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด และการต้องการข้อมูลความเจ็บป่วย เพื่อผ่อนคลายความเครียด และการที่ผู้ป่วยมองตนเองเป็นผู้บริโภค ย่อมมีสิทธิจะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ อีกทั้งรูปแบบความสัมพันธ์ทางกฎหมายระหว่างผู้ให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยมีลักษณะเป็นคู่สัญญา ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในข้อมูลที่จะต้องรู้ในฐานะคู่สัญญา (วิฑูรย์, 2537) ประกอบกับการได้รับข่าวคราว การฟ้องร้องผู้ให้การรักษาพยาบาลที่มีมากขึ้นโดยลำดับทางสิ่งพิมพ์ต่างๆ (ติระยา, 2539) เหล่านี้เป็นสิ่งเร้ากระตุ้น ให้ผู้ป่วยรู้ว่าควรมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และโดยเฉพาะการที่พุทธศาสนา สอนให้คนดำเนินชีวิตตนด้วยความเข้าใจตามภาวะวิสัย และด้วย

สติปัญญาที่จะรู้ (เสนห์, 2531) และมองความเจ็บป่วยเป็นปัญหาของมนุษย์ทุกคน ที่ควรใช้หลักอริยสัจสี่ในกระบวนการแก้ปัญหา (พระธรรมปิฎก ป.อ. ปยุตโต, 2542) การมองการรักษาหรือแก้ปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยด้วยแนวทางอริยสัจสี่นี้ ทำให้ผู้ป่วยตระหนัก และต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตน และจากหลักศาสนาอิสลาม ได้สอนให้มนุษย์สามารถใช้สติปัญญาไตร่ตรองสิ่งที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าของสร้างมา เพื่อจะได้มีความเคารพนับถือต่อพระองค์ (บาหม, 2535) อาจทำให้ ผู้ป่วยมีความคิดพิจารณาเรื่องราวความเจ็บป่วยของตน จึงต้องการที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาลก็มีความตระหนักในสิทธิด้านนี้เช่นเดียวกัน ดังเช่น การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คาดหวังและเห็นด้วยว่าตนควรมีสิทธิที่จะรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน (ชนุตรา และคณะ, 2539; วีรวรรณ, 2540; สมาน, 2539; สุกัญญา และคณะ, 2536) และผู้ให้การรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาลก็มีความตระหนักและมีความคิดเห็นด้วยกับสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของผู้ป่วย (ชนุตรา และคณะ, 2539; สมาน, 2539; ศรีวรรณ, 2539; อริญญา, 2542) และผู้ให้การรักษาพยาบาลยังมีความเห็นว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ ไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระงานในกระบวนการรักษาพยาบาล เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ข้อมูล (เพ็ญฉาย, 2542) แต่อาจมีสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับข้อมูลไม่เป็นไปตามความคาดหมาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา การให้ข้อมูลน้อย คือ จำนวนผู้ให้การรักษาพยาบาลมีน้อย ไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นจึงทำงานที่สำคัญเร่งด่วน จำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น การตรวจรักษา การทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้ทันกับความต้องการของผู้ป่วย และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลมุ่งปฏิบัติที่เครื่องมือเหล่านั้น เพื่อให้ผลการรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้การสร้างความสัมพันธ์ พูดคุย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และที่สำคัญ คือ โรงพยาบาลยังไม่กำหนดแนวทางการปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่เป็นไปตามสิทธิผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลตามความสมัครใจของผู้ให้การรักษาพยาบาล (สุกรานต์, 2542) อีกทั้งผู้ป่วยก็มีความเห็นอกเห็นใจผู้ให้การรักษา ที่มีภาระงานที่ย่งอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยเกรงใจ ไม่ถามข้อมูลต่างๆ แม้มีข้อสงสัยก็ตาม ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ซักถามข้อมูล เนื่องจากเกรงใจ กลัว อาย (วีรวรรณ, 2540) และการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพื้นฐานความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยน้อย ตลอดจนสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย อารมณ์ไม่ดี ในขณะที่ได้รับข้อมูล อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติ ในด้านสิทธิการได้รับข้อมูล สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (วรรณภา, 2540)

### 2.3 สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้สิทธิที่ควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 (ตาราง 14, 15) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักในความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง ในการที่จะเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ยังไม่ได้รับการปฏิบัติน้อยกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้หรือคาดหมายว่าจะได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากกระแสสังคมที่เป็นประชาธิปไตย มีการกระจายอำนาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องต่างๆ และการที่ผู้ป่วยมองตนเองเป็นผู้บริโภคที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (วิฑูรย์, 2537; สิระยา, 2539; อรรถจินดา, 2536) การตระหนักถึงการรักษาพยาบาลที่ต้องกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนความไม่มั่นใจในคุณภาพการรักษาพยาบาล (สุกัญช และดวงสมร, 2532) อีกทั้งการได้รับข่าวคราวการร้องเรียน ที่เกี่ยวกับบริการการรักษาพยาบาล (พรหมมินทร์, 2542) สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะควรได้รับสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อีกทั้งการที่พุทธศาสนาให้สิทธิในการใช้สติปัญญาของมนุษย์ให้รู้จักคิด พิจารณาตัดสินใจเลือกกระทำการต่างๆ (พระเทพเวที ประยุทธ์, 2532) ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสว่า “อตุตทา อิธคานา นานาโถ” แปลว่า คนนั้น เป็นที่พึงแห่งคน” แสดงถึงความเป็นอิสระในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามความคิดเห็นของคน เพราะคนนั้นเป็นที่พึงแห่งคน และหลักการศาสนาอิสลามได้สอนว่า พระเจ้าได้มอบหน้าที่รับผิดชอบ แก่มนุษย์ที่จะตัดสินใจเพื่อตัวของตัวเอง (อัมมุดะฮ์ และอับดุลเลาะ, 2542) ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน

ผู้ให้การรักษาพยาบาลก็มีความคิดเห็นและรับรู้ในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยเช่นกัน (ชนุตรา และคณะ, 2539; สมาน, 2539; ศรีวรรณ, 2539) แต่ผู้ป่วยยังได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจน้อยกว่าที่รับรู้หรือคาดว่าจะได้รับ อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้แสดงความคิดเห็นและร่วมวางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างจริงจัง เพราะผู้ให้การรักษาพยาบาลมีเวลาน้อยไม่เพียงพอที่จะพูดคุยให้ข้อมูลและให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ดังเช่น การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 15.3 ที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ตนต้องการ และมีผู้ป่วยร้อยละ 41.3 ที่ได้รับโอกาสเข้าปรึกษาแนวทางการรักษาพยาบาล (นิกรณ, 2542) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อาจใช้สิทธิการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอิสระ มักตัดสินใจตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ให้การรักษาพยาบาลมักตัดสินใจตามหลักวิชาการทางการแพทย์ มากกว่าการคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาที่พบว่า แพทย์เป็นผู้เลือกวิธีการรักษาให้ผู้ป่วย ร้อยละ 86.3 แพทย์และผู้ป่วยร่วมกันเลือกวิธีการรักษา ร้อยละ 13.0 และผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาเอง คิดเป็น

ร้อยละ 0.7 (วีรวรรณ, 2540) การได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และวางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองน้อย และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามการตัดสินใจของผู้ให้การรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติในสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลน้อยกว่าการรับรู้สิทธิที่ควรจะได้รับ ซึ่งอาจทำให้เกิดการละเมิดสิทธิผู้ป่วยได้ เช่นการศึกษาเกี่ยวกับทิวทัศน์ปฏิบัติในประเทศไทย กับความรับผิดชอบทางกฎหมายที่พบว่า ลักษณะทิวทัศน์ที่พบมากที่สุด คือ การไม่ได้รับความยินยอมโดยเฉพาะ. ในเรื่องการผ่าตัดมดลูก ซึ่งมีสูงถึงร้อยละ 98.9 (สุภารัตน์, 2538)

#### 2.4 ด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว

ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ได้รับจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 (ตาราง 14, 15) อาจเนื่องจากผู้ป่วยต้องการความปลอดภัยที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงจะได้รับ (วิฑูรย์, 2537) เพราะการรักษาพยาบาลนั้นต้องกระทำต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจึงอาจล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว ความอิสระ มั่นคง และความปลอดภัย ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากการเผยแพร่สิทธิของบุคคล ข่าวคราวการร้องเรียน การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยในสื่อสารมวลชนต่างๆ ก็ยังทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในสิทธินี้เพิ่มขึ้น และในธรรมบัญญัติอิสลามได้กำหนดสิทธิและการรักษาสิทธิของมนุษย์คือให้มนุษย์มีสิทธิแสวงหาประโยชน์จากธรรมชาติที่พระเจ้าเป็นเจ้าบังเกิดขึ้นมาให้ แต่ขณะเดียวกันก็แสวงหาประโยชน์ภายในขอบเขตสิทธิของตน จะละเมิดสิทธิของคนอื่นๆ หรือส่วนรวมไม่ได้ (พิสุทธิ, 2519) ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรับรู้ว่าการรักษาพยาบาลที่มีความมั่นคง ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว และไม่ละเมิดสิทธิของตน

ผู้ให้การรักษาพยาบาลก็เห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิความเป็นส่วนตัว (ศรีวรรณ, 2540; อรัญญา, 2542) แต่ผู้ป่วยยังได้รับสิทธิในความเป็นส่วนตัวไม่เป็นไปตามการรับรู้ที่ควรจะได้รับ เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลขาดความเข้าใจที่ลุ่มลึกต่อความเป็นองค์รวมของมนุษย์ (อภิญา, 2542) อาจมองผู้ป่วยแบบวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม คือ มองคนเป็นร่างกาย เป็นชิ้นส่วน วัตถุแบบเครื่องจักร ที่ว่าเกิดติดขัดขึ้นมา ไม่ทำงานก็แก้ไขให้ทำงานได้ และมองแบบธุรกิจคือ มองเป็นลูกค้ามารับบริการ ไม่ได้มองที่คุณค่าของชีวิต และไม่ได้มองคนใช้ตรงตามธรรมชาติ (พระธรรมปิฎก ปยุตโต, 2542) จึงทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลให้การรักษาพยาบาลโดยคำนึงถึงคุณค่าของชีวิต และความเป็นบุคคลของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งลักษณะการทำงานของผู้ให้การรักษาพยาบาลยังทำให้เกิดความห่างเหินยิ่งขึ้น เช่น เวลาพูดถึงผู้ป่วย ก็พูดเลขเบอร์หรือเลขที่

เพียง แทนที่จะพูดถึงชื่อผู้ป่วย ส่งผลทำให้เกิดความชินชา 'ไม่มีชีวิตชีวา' 'ไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วย' ฉะนั้นผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรก็ไม่ค่อยกระทบความรู้สึกของผู้ให้การรักษาพยาบาล (พระธรรมปิฎก ปยุตโต, 2542) ทำให้การทำงานขาดความเอื้ออาทร อ่อนโยนต่อกันเท่าที่ควร อีกทั้งอาจเป็นด้วยการงานที่หนัก ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลมีอาการไม่มั่นคง หงุดหงิด ละเลยการปฏิบัติด้วยความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลไปบ้าง อีกทั้งข้อจำกัดของสถานที่ สภาพหอผู้ป่วยที่เป็นหอผู้ป่วยรวมที่แออัด ระยะระหว่างเตียง ค้ำม่าน หรือหากที่ไม่มีประสิทธิภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และยังมีเตียงผู้ป่วยเสริมตามช่องทางเดินระหว่างเตียง รวมทั้งข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพียงอย่างเดียว อาจต้องเปิดเผยส่วนของร่างกาย เช่น การล้างหน้า เช็ดตัว และการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้ยินเรื่องราวข้อมูลของผู้ป่วยขณะที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลซักถามหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก็ทำได้ยาก

นอกจากนี้การให้การรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว ของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้งานเสร็จให้ทันเวลา มักขาดการประเมินความพร้อม และความต้องการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อาจทำให้ไม่เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอีกด้วย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการปฏิบัติไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะควรจะได้รับ

### 3. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธ กับผู้ป่วยไทยมุสลิม

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยไทยพุทธมากกว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (ตาราง 16) เนื่องจากผู้ป่วยไทยมุสลิมเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นเจ้าประทานมาให้ พร้อมด้วยยาที่รักษา และการเจ็บป่วยเป็นการที่ได้ระลึกเคารพในพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า ได้อยู่ใกล้ชิดกับพระองค์ (ยะอ์กู๊ป, ม.ป.ป.) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวยอมรับความเจ็บป่วยได้ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องหรือรับรู้ว่าจะควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยไทยพุทธ

การรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธกับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับ ในด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัวและโดยรวม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 16) เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างก็เห็นความสำคัญของสิทธิด้านต่างๆ ทั้งนี้เพราะบุคคลเมื่อเจ็บป่วยย่อมต้องการจะได้รับข้อมูล เพื่อให้ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด และอาจเกิดจากการได้รับอิทธิพลทางสังคม ที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่เช่นเดียวกัน เช่น กระแสสิทธิมนุษยชน

สิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย การแพร่หลายของข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย และการได้รับคำสอนในศาสนาที่ให้นิยามใช้สติปัญญาใคร่ครวญ คัดลึนใจกระทำการต่างๆ รวมทั้งคำสอนให้นิยามปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ ในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่า ศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน เช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมมีการรับรู้ในสิทธิที่ควรได้รับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 17) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมได้รับบริการทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ให้การรักษาพยาบาลตระหนักในสิทธิผู้ป่วยควรจะได้รับบริการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน แม้จะนับถือศาสนาต่างกัน และยังมียึดถือแนวทางปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ของผู้ให้การรักษาพยาบาล ที่เน้นให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ เช่น การเลือกการใช้ทรัพยากร อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการให้การดูแลเอาใจใส่ ตามความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ นอกจากนี้ผู้ให้การรักษาพยาบาลยังยอมรับในสิทธิที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อศรัทธาของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษา พบว่า ผู้ให้บริการร้อยละ 76.67 เห็นด้วยว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ หรือทำพิธีทางศาสนา (ปัญจงค์, 2523) อีกทั้งการจัดบริการของโรงพยาบาลในภาคใต้ มีนโยบายการจัดบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น เช่น นโยบายการพัฒนาสาธารณสุข โดยใช้ศาสนา นำการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น (นัยนา, 2539) เช่น มีการจัดบริการสถานที่สำหรับละหมาด ครวสำหรับจัดอาหาร ผู้ป่วยมุสลิม และโดยเฉพาะผู้ให้การรักษาพยาบาลได้เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น การละหมาด สวดมนต์ ไหว้พระ หรือปฏิบัติตามความเชื่อของผู้ป่วยใกล้เคียงวิถี เช่น การสวดมนต์ การอ่านอัลกุรอาน อันเป็นการแสดงถึงการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

การได้รับข้อมูลจากผู้ให้การรักษาพยาบาล ที่ไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม เพราะได้ให้ความสำคัญของความเท่าเทียมกัน แม้จะนับถือศาสนาต่างกัน และปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ได้แก่ การศึกษา อาชีพของกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธและไทยมุสลิมไม่ต่างกัน ดังผลการทดสอบความแตกต่าง ของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย



ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 1) ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สำหรับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างก็ตระหนักและให้ความสำคัญในสิทธิด้านนี้เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะการตัดสินใจที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นการตัดสินใจตามการตัดสินใจของผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม กับผู้ให้การรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์แบบบิคาบารดาและบุตรเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ที่ได้รับการปฏิบัติจริงในสิทธิ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ส่วนสิทธิในความเป็นส่วนตัวนั้น ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาล ที่เคารพในสิทธิความเป็นส่วนตัว หรือสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยไม่เลือกปฏิบัติจากผู้ให้การรักษาพยาบาลที่ได้ยึดถือปฏิบัติตามแนวทางจรรยาบรรณวิชาชีพ อีกทั้งความเป็นอยู่ในหอผู้ป่วย ที่มีลักษณะของความเป็นส่วนตัวน้อยคล้ายๆกัน จึงทำให้ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม มีการรับรู้ในสิทธิที่ได้รับจริงด้านในความเป็นส่วนตัวไม่แตกต่างกัน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่ประกาศโดยแพทยสภา สภากาชาดไทย สภาเภสัชกรรม หันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ การทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สิทธิในความเป็นส่วนตัว มีจำนวนทั้งหมด 79 ข้อ ตรวจสอบความตรงความเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำไปแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลคะแนนสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง นำมาหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ทั้งรายด้านและโดยรวม ด้วยการทดสอบค่าทีคู่ (dependent t-test or paired t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่าง การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ได้รับจริงระหว่างของผู้ป่วยไทยพุทธกับผู้ป่วยไทยมุสลิม ทั้งรายด้านและโดยรวม ด้วยการทดสอบค่าที (independent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลนั้น ไปของกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 360 คน เป็นไทยพุทธ 254 คน และไทยมุสลิม 106 คน เป็นเพศชาย และเพศหญิงในจำนวนใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธส่วนใหญ่มีอายุ 30-49 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี และกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธ

และไทยมุสลิมมีการศึกษาจบประถมศึกษาและต่ำกว่า สถานภาพสมรสคู่ มีอาชีพเกษตรกรรมและถูกจ้าง ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 2,001-4,000 บาท กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เข้าอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และมีระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาล 2-8 วัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square-test) พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ อยู่ในระดับมากในทุกด้านและโดยรวม สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริง พบว่า ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. การรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ อยู่ในระดับมากในทุกๆ ด้านและโดยรวม สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ได้รับจริง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงในทุกด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง ในทุกด้าน และโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ กับการรับรู้ของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ควรได้รับในด้านสิทธิที่ควรจะได้รับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยไทยพุทธมากกว่าของผู้ป่วยไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านอื่นๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธกับของผู้ป่วยไทยมุสลิม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย เรื่อง เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม ของภาคใต้ในประเทศไทย มีข้อเสนอแนะ ที่ได้จากการวิจัยดังต่อไปนี้

### ด้านบริหาร

โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ ควรมีการรณรงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักและมีแนวคิดที่ชัดเจนในการให้บริการที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย

### ด้านการบริการ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าได้รับการปฏิบัติน้อยกว่าที่ควรจะได้รับในสิทธิด้านต่างๆ จึงมีข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงการบริการต่างๆ ดังนี้

โรงพยาบาลควรมีการกำหนดวิธีการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ชัดเจน และให้เจ้าหน้าที่ถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด เช่น กำหนดประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับ ด้วยวิธีการแนะนำ แจกแผ่นพับ เลียงตามสาย

โรงพยาบาลควรมีการกำหนดวิธีการปฏิบัติในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับคำบอกกล่าวข้อมูลความเจ็บป่วยที่ครบถ้วนและวิธีการให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อร้องเรียน เมื่อไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามสิทธิด้วยเอกสารเผยแพร่ แผ่นพับ ตลอดจนกำหนดแนวทางการรับคำร้องเรียนของผู้ป่วย เช่น การตั้งกล่องรับคำร้องเรียน

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อสิทธิที่จะได้อยู่กับบุคคลที่ต้องการในระยะใกล้ตาย หรือระยะที่มีอาการหนักเสนอในงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลควรปรับระเบียบการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วย ที่มีอาการหนักหรือใกล้ตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่จะได้อยู่กับญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการมากขึ้น

### ด้านการศึกษา

ควรมีการสอนเรื่องสิทธิของผู้ป่วยให้แก่นักเรียน นักศึกษา ในระดับต่างๆ เพื่อปลูกฝังให้เกิดความรู้ และตระหนักในสิทธิของตนเอง

พัฒนาหลักสูตรการสอน การฝึกอบรม เรื่อง สิทธิของผู้ป่วย จริยธรรม คุณธรรม กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย แก่บุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วย ในมุมมองของผู้ให้การรักษาพยาบาลและผู้รับบริการของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
2. ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยและแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิผู้ป่วย
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิของผู้ป่วย

### บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง. (2540). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : อักษร  
พิทยา.
- กาญจนา ร้อยนาค. (2542). การศึกษาการรับรู้สิทธิของพยาบาล. วารสารวิทยาลัย  
พยาบาลราชบุรี, 11(2), 1-7.
- กীরดี บุญเจือ. (2534). ชุดพื้นฐานปรัชญาจริยศาสตร์สำหรับผู้เริ่มเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 6).  
กรุงเทพมหานคร : บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- กอบกุล พันธุ์เจริญกุล. (2526). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. วารสารการพยาบาล, 32(3),  
244-259.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณิน บุญสุวรรณ. (2542). สิทธิเสรีภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน  
จำกัด.
- คัมภีร์ มัลลิกะมาส. (2536). สิทธิผู้ป่วย. ใน สุรชาติ ณ หนองคาย (บรรณาธิการ),  
เอกสารสัมมนา เรื่อง สิทธิผู้ป่วย. (หน้า 96-98). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัล พรหมอยู่. (2526). ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : โอเดียน  
สโตร์.
- จิรนนท์ สัจจาสัย. (2542). การตระหนักถึงสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
ของผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์  
ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์. (2534). จิตวิทยาเบื้องต้น. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลา  
นครินทร์.
- จำเนียร ช่างโชติ. (2519). จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร :  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ. (2522). สังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : เจริญพัฒนา.
- เฉลิมเกียรติ พิวนวล. (2530). ปรัชญาสิทธิมนุษยชน และพันธกรณีในสังคมไทย.  
กรุงเทพมหานคร : บริษัทงานดี จำกัด.
- ชบุตรา อธิธรรมวินิจ. (2541). ความลับของผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(2), 17-21.

ขุนตรา อธิษัทรณวินิจ, สุพรรณณี เลิศผดุงกมลชัย และวราภรณ์ วีระสุนทร. (2540). สิทธิของผู้ป่วยในทรศนะของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 5 (2), 1-7.

\_\_\_\_\_. (2540). สิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายในทรศนะของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6(3), 396-402.

\_\_\_\_\_. (2539). สิทธิของผู้ป่วยในทรศนะของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชัยวัฒน์ วัฒนพัฒน์. (2531). จริยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ชื่นชม ชัยสุวรรณ. (2522). จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ชื่นจิตต์ ประสมสุข. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติต่อสิทธิผู้ป่วยกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูชัย สุภวงศ์. (2537). คุณภาพบริการทางการแพทย์ และจริยธรรมของแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2 (4), 300-309.

\_\_\_\_\_. (2537). สิทธิของผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย. แพทยสภาสาร, 30(4), 17-20.

\_\_\_\_\_. (2538). สิทธิของคนปกติด้านสุขภาพ. สารสภาการพยาบาล, 10(4), 34-67.

✓ ชม ภูมิภาค. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ชมรมมุสลิมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2535). ศาสนาและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.

กรุงเทพมหานคร : พรี่ชีซัน บุคส์ จำกัด.

ชาวลักษณะ ฤทธิสรไกร. (2521). ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณรงค์ เล็งประชา. (2538). มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพมหานคร : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.

ณัฐพงศ์ เทพจารี. (2534). ความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามของคนไทยมุสลิมชนบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์. (2539). อิสลามในสังคมไทย. ในความเชื่อและศาสนาในสังคมไทย. (เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 176-179). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร :

ชวนพิมพ์.

คุษฎี ไทใหญ่เรื่องศรี. (2541). คุณภาพตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุอาพาธในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2524). จิตวิทยาจริยธรรมและจิตวิทยาภาษาพฤติกรรมศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

เดชมอม บุญพันธ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2537). สังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, จินตนา เหลืองสุวาลัย และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิทานิช. (2538). ความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(4), 69-75.

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์. (2541). คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนิดา เขียรธำรงสุข และภาวนา กীরติยศวงศ์. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย : การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(2), 22-25.

นัยนา ศรีแพร่สกุล. (2539). ประเมินผลยุทธศาสตร์ ศาสนานำการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบาย โครงการพัฒนาสาธารณสุขห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี : โรงพิมพ์ปัตตานีการช่าง.

นิกรณัฏ์ สันทหกรिया. (2542). การได้รับและการใช้สิทธิผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

นุรุดดีน สารีมิง. (2540). แนวทางของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความตาย และการปฏิบัติต่อคนไข้ ใน มรณวิถี. สงขลานครินทร์, 3 (1), 75-76.

นพนันธิ สุริยะ. (2537). สิทธิมนุษยชน. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน.

—————. (ม.ป.ป.). สิทธิมนุษยชน. กรุงเทพมหานคร : คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.



บรรจง บินกาซัน. (2536). อิสลาม. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์.

———. (2535). วิถีอิสลามกับสันติสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วงศ์เสถียร.

บาทม กอเม็ง. (2535). ความยุติธรรมในคัมภีร์อัลกุรอาน และอัลหะดีษกับทัศนะ  
ของจอห์นลอค. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญธรรม พูนทรัพย์. (2533). ศีลธรรมกับมนุษยชนในพุทธปรัชญาเถรวาท.

วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2538). พุทธศาสนากับสังคม. กรุงเทพมหานคร : เอช. เอน. การพิมพ์.

———. (2538). ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคน ศักยภาพแห่งความสร้างสรรค์.

(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ปัญญาจักษ์ สุขเจริญ. (2523). ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพ  
อนามัยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยะรักษ์ ภัทรภูวค. (2532). เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลและเจตคติต่อการรักษา  
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีดี เกษมทรัพย์. (2525). กฎหมายแห่ง : หลักทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์  
การพิมพ์.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2540). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สื่อเสริม  
กรุงเทพฯ.

พนัส ติมะเสถียร และคณะ. (2538). สิทธิมนุษยชน : รู้กับการสาธารณสุขในสังคม  
ไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2542). การแพทย์แนวพุทธ. กรุงเทพมหานคร :  
สหธรรมิก.

———. (2541). การแพทย์ในพุทธทัศนะ. กรุงเทพมหานคร : สหธรรมิก.

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2532). เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่กับ  
จริยธรรมในแง่พุทธศาสนา. สารคดีราช, 41(9), 507-515.

พระมหากันต์ วาฑฒนวิโส (มโนวัฒน์). (2535). การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิด  
เรื่อง เกณฑ์ตัดสินทางจริยธรรมในจริยศาสตร์ของค่านักบวชในพุทธจริยศาสตร์ ตามทรรศนะของ  
พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต). วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระราชสุทธิโมลี (ทองดี สุรเดโช). (2525). หลักธรรมสำหรับพัฒนาสังคม.

กรุงเทพมหานคร : กรมการศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ.

พิศุทธิพงษ์ หงษ์เหิร และปราณี จาติเกตุ. (2539). กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.

พินิจ รัตตกุล. (2525). สิทธิมนุษยชนและการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

การศาสนา.

พิศุทธิ ยี่คืน. (2519). แนะนำแนววิถีสถา. กรุงเทพมหานคร : สายสัมพันธ์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สิริพร ชัมภลจิต และ ทศนี นะแสง. (2535). วิชาชีพทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโนยพงศ์. (2529). พยาบาลกับสิทธิของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 6 (3), 6-17.

เพ็ญฉาย ประทีปนากร. (2542). การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2525). กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2541). กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร : เดอะเบสท์ กราฟิค แอนด์ ปรินท์.

พรหมมินท์ หอมหวาน. (2542). การร้องเรียนแพทย์กรณีทุเรชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2533-2540). วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพฑิณี เตชะวิวัฒนาการ. (2533). การศึกษาเปรียบเทียบเกณฑ์ตัดสินความดีในพุทธปรัชญาเถรวาทกับในปรัชญาของค้ำนท. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟ้ารีดา อิบราฮิม. (2526). สาระแห่งวิชาชีพพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญการพิมพ์.

มณี รักศกวางค์. (2541). มาตรฐานโรงพยาบาลด้านสิทธิผู้ป่วย สำหรับแนวทางการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัญชุภา ว่องวีระ. (2541). จริยธรรมกับพยาบาล. สงขลา : ชวนเมืองการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (2537). สิทธิมนุษยชน. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
รามคำแหง.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2539). ศาสนาและความเชื่อในสังคมไทย.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์. (2527). ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาล  
รามธิบดี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูนี่เราะฮ์ บินตุ อับดุลเมาะรูรู (2532). อิสลามธรรมนูญแห่งชีวิต. กรุงเทพมหานคร :  
โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

มูรตะฎอ มุญาฮะฮารี. (2529). สิทธิสตรีในอิสลาม. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ประสานงาน  
นิสิตนักศึกษามุสลิมแห่งประเทศไทย.

มอัมหมัดกามิล บิน ฮัจญ์อับดุลมาญีด. (2529). สิทธิมนุษยชนตามทรรศนะอิสลาม ใน  
อิสลาม และวิถีการดำเนินชีวิต. โครงการจัดตั้งวิทยาลัยอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,  
ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มุซา แสงสว่าง. (ม.ป.ป.). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เอดิสัน.

ยะอูบีย์ ห้วมประดม. (ม.ป.ป.). ปลอดภัยคนป่วย. กรุงเทพมหานคร : วงศ์เสงี่ยม.

ยุโสภ เกอหีม. (2541). มนุษย์ในอิสลาม : ศึกษาวิเคราะห์ปฐมกำเนิดของมนุษย์.  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โยฮัน แสงวงศ์, พิมพ์พรรณ อิศรภักดี, และมาลี สันถาวรณ. (2543). ปัญหาและทุกข์  
ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากร  
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โยฮัน สันสนยุทธ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริม  
วิชาการ.

รพีพรรณ สุวรรณรัฐโชติ. (2521). วัฒนธรรมและการจัดระเบียบทางสังคม. สงขลา :  
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รพีพรรณ คำหอม. (2538). สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ประกันตนต่อการเลือกใช้บริการ  
สาธารณสุข. สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 10(4), 54-67.

รุ่งธรรม ศุจิธรรมรักษ์. (2539). ความเชื่อทางศาสนากับจริยธรรมของคนไทย ใน  
ศาสนาและความเชื่อ (เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 235-242). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช.

วรรณภา พุทธิระพิพรรณ. (2540). ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยนิเวศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

✓ วารินทร์ สายโอบเอื้อ และสุนีย์ ธีรดากร. (2522). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยครูพระนคร.

วิเชียร ระคมสิทธิศาส. (2540) สิทธิผู้บริโภคทางการแพทย์ ที่จะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 : ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยนอกและแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ . วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2535). สิทธิผู้ป่วย. วารสารนิติศาสตร์ 4, (25), 570-579.

\_\_\_\_\_. (2536). ใน สุรชาติ ณ ทองกาย (บรรณาธิการ), เอกสารสัมมนาเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย. (หน้า 9-14). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

\_\_\_\_\_. (2537). สิทธิผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เกล็ดไทย.

\_\_\_\_\_. (2537). การรักษาที่ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย คำพิพากษาศาลอังกฤษ. คลินิก, 10 (7), 506 – 512.

\_\_\_\_\_. (2537). จริยธรรมกับกฎหมาย. คลินิก, 10(6), 429-433.

\_\_\_\_\_. (2537). การรักษาที่ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย คำพิพากษาศาลอังกฤษ. นิติเวชปริทัศน์, 10(7), 507-512.

\_\_\_\_\_. (2539). เอดส์กับปัญหาจริยธรรม ใน สุรวงศ์ ศาสตราหา (บรรณาธิการ), กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. (หน้า 36-42). กรุงเทพมหานคร : บริษัท เกล็ดไทย.

\_\_\_\_\_. (2539). ความคิดอาญาที่เกี่ยวกับความยินยอมของผู้ป่วย. คลินิก, 12(9), 571-576.

\_\_\_\_\_. (2541). การวิจัยในคน : จริยธรรมกับกฎหมาย. วารสารนิติศาสตร์, 28(4), 669-676.

วิทาน สุชีวคุปต์. (2534). ปรัชญาเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิไลวรรณ ชัยรัตนโมโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิสูตร ฟองศิริไพฑูรย์ และจันทร์พิมพ์ เขียมพงศ์พันธ์. (2541). ความยินยอมในทางการแพทย์. วารสารอุบัติเหตุ, 17(2), 34-46.

วิสูตร ชนชัยวิวัฒน์. (2540). พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไพศาล.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ สุขชุกติกุล, และสุกัญญา กงสวัสดิ์. (2539). คุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(3), 158-168.

วีณา จีระแพทย์. (2540). การวิจัยในคน : จริยธรรมของนักวิจัยทางการแพทย์. Thai Journal Research, 1 (2), 292 – 296.

วีรวรรณ บุญจาริก. (2540). ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย : กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

แวญโซะ สามะอาลี. (2540). แกะแยะนาย. สงขลา : สงขลากรีนกรุ๊ป จำกัด.

ศรันยา นูนาค. (2526). บทบาทของศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามที่มีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้. รายงานการวิจัย. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศรีราชา เจริญพานิช. (2533). ความเชื่อทางศาสนากับจริยธรรมของคนไทย ใน ศาสนาและความเชื่อในสังคมไทย (เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 105-112). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.

ศรีวรรณ มีบุญ. (2539). ศึกษาความตระหนักต่อสิทธิของผู้ป่วยการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีสมร เบ็ญอาหลี. (2538). การพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามกลยุทธ์ “ศาสนานำการสาธารณสุข”. กระทรวงสาธารณสุข.

สุกชัย คุณารัตนพฤกษ์ และดวงสมร บุญศุง. (2532). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สฤตรัตน์ จารุตันติกุล. (2539). การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของบุคลากรที่มจิตเวช. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2542). ปฏิรูประบบราชการสุขภาพไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สถาบันกฎหมายอาญา. (2542). รัฐธรรมนูญใหม่มีอะไรใหม่. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิกฎหมายอาญา.

สันต์ ทัศนรัตน์. (2542). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สภาการพยาบาล. (2542). คู่มือการฝึกอบรมพยาบาลกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน  
บริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นายวิทย์.

———. (2541). สารานุกรมจากสภาพยาบาล : คำประกาศสิทธิผู้ป่วย. วารสารสภา  
การพยาบาล, 13 (2), 32.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2537). จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล. สภาการ  
พยาบาล, 9 (1), 24.

สมาน วรพันธ์. (2539). ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิจะรู้  
ของผู้ป่วยและการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล. วิทยานิพนธ์  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สวัสดิ์ สุวรรณสังข์. (2528). หลักการกระทำดีในพระศนะของศาสนาสำคัญในประเทศไทย  
ไทย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์. กรุงเทพมหานคร : กรมการฝึกหัดครู กระทรวงศึกษาธิการ.

สาตี เถถิมวรรณหงส์. (2530). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม  
ที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2537). มิติใหม่การพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(3),  
2-3.

สายสัมพันธ์. (2527). เหตุใดมุสลิมจึงไม่กินหมู. กรุงเทพมหานคร : สายสัมพันธ์.

———. (2536). อิสลามกับยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร : สายสัมพันธ์.

สาเหอ อับดุลเลาะห์ อัลยูฟรี. (2532) การรักษาสุขภาพอนามัยตามแนวทางอิสลาม.  
ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สิระยา สัมมาวาจ. (2539). สิทธิผู้ป่วย. วารสารพยาบาลสาร, 24 (1), 16-22.

สิวลี สิริไล. (2532). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. มหาสารคาม : ปริดาการพิมพ์.

———. (2529). การศึกษาเชิงวิเคราะห์พุทธจริยศาสตร์ จริยธรรม และเกณฑ์  
ตัดสินปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ในสมัยปัจจุบัน. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

———. (2527). ทัศนคติทางการแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไปและบอกความ  
จริงแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล. รายงานการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุกัญญา โลงนภวัฒน์, วัลยา คูโรปกรณ์พงษ์, และสุชาติ ชิตีวรรณะ. (2536).

เปรียบเทียบความคาดหวังกับสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์. (2542). ทูกษ์จากโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี จำกัด.

\_\_\_\_\_. (2542). ทำไมผู้ป่วยห้องร้องแพทย. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี จำกัด.

สุชา จันทรธอม. (2541). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุชีพ ปุญญานุภาพ. (2528). คุณลักษณะพิเศษแห่งพระพุทธศาสนา. กรุงเทพมหานคร : เรื่องแสงการพิมพ์.

สุพัตรา สุภาพ. (2540). สังคมและวัฒนธรรมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุพิศวง ธรรมนนทา. (2532). พื้นฐานวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร : ดี ดี การพิมพ์.

สุพล ภูมิภาค. (2535). จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุภาวรัตน์ พงษ์ระนะ. (2538). ทูรเวชปฏิบัติในประเทศไทยกับความรับผิดชอบทางกฎหมาย. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ ธรรมมิกบวร. (2541). การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย. วารสารกองการพยาบาล, 25 (2), 61-64

สุวรรณ จันทรจ่านง. (2540). ความเชื่อของมนุษย์เกี่ยวกับปรัชญาและศาสนา. กรุงเทพมหานคร : อติเนเพรส.

สุวรรณ เพชรนิล . (2517). คำบรรยายวิชาศาสนา. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เสนห์ จามรริก. (2537). คำชี้แจงโครงการวิจัย ทัศนการลิตธิมมนุษยชนในประเทศไทยในการแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศจากสตรีกับปัญหาลิตธิมมนุษยชนและสตรีกับกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์.

เสรี พงศ์พิศ, วิจิตร เกิดวิศิษฐ์, พิเชฐฎ์ กาลามเกษตร, และบัณฑิต อ่อนคำ. (2524). คนในทรรศนะของพุทธศาสนา อิสลาม และคริสตศาสนา. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2541). รัฐธรรมนูญใหม่มีอะไรใหม่. กรุงเทพมหานคร : เดือนศุลา จำกัด

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2538). ลิตธิมมนุษยชน : รัฐกับสาธาณสุขในสังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ขมจินดา. (2540). กฎหมายการแพทย์.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด.

สมคิด อิศรวัฒน์. (2537). กลวิธีการพัฒนาจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ.

สารสภากาพยาบาล, 9 (1), 41-45.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินติ้ง.

สมใจ ลักษณ์ะ. (2519). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยครู

สวนสุนันทา.

สมเด็จพระญาณสังวร (สุวฑฒโน). (2526). หลักพระศาสนา. กรุงเทพมหานคร :

สำนักพิมพ์ประกายพฤกษ์.

สมลักษณ์ เต็มขุนทด และบุญนำ เสวโตภากริมย์. (2541). สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับใน

ทัศนะของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช วารสารจิตวิทยาคลินิก, 22 (2), 36-42.

สมลักษณ์ ริมะสุต. (2534). สิทธิมนุษยชนและผู้ติดเชื้อเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณี

ประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาพันธะและแนวทางการคุ้มครองที่มนุษยชนและความรับผิดชอบของผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2539). ข้อมูลสถิติที่สำคัญรายจังหวัด พ.ศ. 2539.

กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

เสาวนีย์ จิตต์หวมด. (2540). ข้อเท็จจริงและการตีความในอิสลามเรื่องเพศ สุขภาพ

อนามัยและบทบาทหญิงชายในมุสลิม. กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวนีย์ จิตต์หวมด. (2539). อิสลามกับชาวไทยมุสลิม. กรุงเทพมหานคร : พิศัยฐ์

การพิมพ์.

เสาวภา เพชรรัตน์. (2538). พื้นฐานวัฒนธรรมไทย : แนวทางอนุรักษ์และพัฒนา.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา.

อะหมัด อับดุลเราะหมาน. (2526). สถานภาพสตรีในอิสลาม ใน อิสลามและวิถีการ

ดำเนินชีวิต. โครงการจัดตั้งวิทยาลัยอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อนันต์ หนาประเสริฐกรณ์ และธนา นิลชัยโกวิท. (2540). มุมมองของผู้ป่วยไทยในการ

แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยตามความเป็นจริง. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42 (14), 219.

อภิญา ตันหาวิวงศ์. (2542). เจ็บเกินโรค. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี จำกัด.



อรรถญา ทรัพย์ฟุ้ง. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติต่อสิทธิของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทหารบก. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อังฉรา วีระชาติ. (2537). สิทธิผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อัปดุลการิม วัน แอเสาะ. (ม.ป.ป.). จริยธรรมอิสลาม. กรุงเทพมหานคร : วงศาสนา.

อัมมูอะฮ์ อับดุลอาฏีเย์ และอับดุลเกาะ อับรู. (2542). อิสลามและมุสลิม. สำนักวิชาการและบริการชุมชน วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ปีที่ ๓ : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อัมมูอะฮ์ อับดะละตี. (ม.ป.ป.). ศาสนาอิสลาม. กรุงเทพมหานคร : วงศ์เสงี่ยม.

อรรถจินดา คีตคุง. (2540). สิทธิของคนไทยในระบบการแพทย์และสาธารณสุข. ใน สรุวงศ์ ศาสตราวหา (บรรณาธิการ), กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. (หน้า 76-82). กรุงเทพมหานคร : เดือนตุลา.

\_\_\_\_\_. (2536). สิทธิผู้ป่วย ใน สรุวงศ์ ศาสตราวหา (บรรณาธิการ), รวมบทความทางวิชาการใน โอกาสเกษียณอายุราชการศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (หน้า 109-108). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน.

อรรถจินดา คีตคุง. (2536). สิทธิของผู้ป่วย ใน สุรชาติ ณ หนองคาย (บรรณาธิการ), สิทธิของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

อากรณีย์ พลเสนา. (2541). ผู้ป่วยกับการรับรู้และการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนพึงได้รับ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมหาราชาธิบดี กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุทัย หิรัญโต. (2524). สารานุกรมศัพท์ทางรัฐศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โอเดียน สโตร์.

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. (2530). การวัดและประเมินการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟีนีฟับลิชชิง.

ไอสด โกสินทร์. (2542). บทบาทและความรับผิดชอบของแพทย์ตามกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร : โอเอสพริ้นติ้ง.

อำไพ ยุติธรรม. (2526). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาล ความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรา พงศ์พานิชย์. (2533). พุทธศาสนาชาวบ้าน ใน ความเชื่อและศาสนาในสังคมไทย. (เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 158-160). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
ธรรมมาธิราช.

Acarimi, A. (1991). On Patients' Rights. *Medicine Law*, 60(1), 72-82.

Annas, G.J. (1998). Nation bill of Patients rights. *The New England Journal of Medicine*, 338 (10), 695-699.

Arras, J. & Hunt Robert. (1983). *Ethical issue in modern medicine* (2 nd ed.). Philadelphia May field Publishing Company.

Back, E. & Wikblad. K. (1998). Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 940-945.

Bandman, E.L. (1995). *Nursing ethics through the life span* : New York : Prentice Hall International. Inc.

Beare, J. (1994). *Principle and practice of adult health nursing*. U.S.A. : Mosby Year Book.

Benjamin, M. & Curtis, J. (1992). *Ethics in nursing* (3 rd ed.). New York : Oxford University.

Brennan, T.A., et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients result of the Harvard Medical practical Study. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.

Chitty, K.K. (1993). *Professional nursing concepts and challenge*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Curtin, L. (1980). Is there is a right to health care. *American Journal of Nursing*, 30, 462-465.

Davis, J. A. (1985). Informed consent how much information is enough ?. *Nursing Outlook*, 33 (1), 40.

Emanuel, E. (1992). Four models of physician patient relationship. *Journal of The American Medical Association*. 207 (1), 2221-2226.

Ellis, J. & Hartley, C.L. (1984). *Nursing in today's world* (2 nd ed.) New York : J.B. Lippincott Company.

Ellis, J & Hartley, C.L. (1995). *Nursing in today's World challenges issue and trends* (5 th ed.). New York : J.B. Lippincott Company.

Fry, S. (1994). *Ethic in nursing : A guide to ethical decision making*. Geneva : International Council of Nurse.

Feocorer, S. & Wing, A. (1989). *Decision making : The practice of the ethics*. London : Edward Arnold.

Hall, J.K. (1996). *Nursing ethics and law*. Philadelphia : W.B. Saunders company.

Lazarus, R.S. & Cohen. F. (1983). "Coping and adaptation in health and illness"  
In *Hand Book of Health Care*. New York : Free Press.

Kelly, L.Y. (1970). The patients' right to know. *Nurse Outlook*, 124(1), 26-32.

Leino-Kilpi, H., Nyrhien, T. & Katajisto, J. (1997). Patients' right in laboratory  
Examinations : Do they realize ? *Nursing Ethics*, 4 (6), 451-464.

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. (2 nd ed.). New York : Harger & Row.

Melanson, P.M & Dowe-Wanboldt, B. (1987). Identification of older adults, perception of their health, feeling toward their future and factor effecting these feelings. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (1), 29-34.

√ Molzahn, A.E. & Northcott, H.C. (1989). The social bases of the discrepancies in health/illness perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (2), 132-140.

Oloskey, M.J. (1994). *Current issue in nursing*. Philadelphia : Mosby.

Oxford University. (1989). *Dictionary*. London : Oxford University.

Pender, N. (1974). Patient identification of health information received during hospitalization. *Nursing Research*, 123(3), 262-271.

Quinn, N. & Somers, A. (1974). The patients' Bill of Rights. *Nursing Outlook*, 22 (4), 242-244.

Rambur, B. (1998). Ethics, economics and the erosion of physician authority : A leadership role for nurse Quality and Accountability in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 62-70.

Skipper, J.K. (1964). What communication means to patients. *American Journal of Nursing*, 64(4), 101-103.

Storch, J. (1982). **Patients' rights Ethical and legal issues in health care and nursing.** Toronto : Mc Graw-Hill Ryerson.

Taro Yamane. (1967). **Statistics : An introductory analysis.** New York : Harper & Row.

Webster's **Third New International Dictionary.** (1973). Springfield : G.C. Merriam Company.

## ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก.

#### แบบการอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางจินดา เกียรติศักดิ์โสภณ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปัตตานี ขณะนี้เป็น นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และกำลังทำ วิจัยเรื่อง เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธ กับไทยมุสลิมในภาคใต้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท ดิฉันขอรบกวนเวลา คุณสักครู่บอกเล่าถึงรายละเอียดของการวิจัยให้คุณฟังเพื่อว่าคุณจะสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วย การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม เกี่ยวกับสิทธิที่ ผู้ป่วยควรได้รับและที่ได้รับจริงในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งดิฉันสนใจที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความคิดเห็น ความรู้สึกของคุณ ที่เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับและ ที่ได้รับจริง

เมื่อเข้าร่วมวิจัย คุณจะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของคุณที่เกี่ยวกับ สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับและที่ได้รับจริง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อจริงของคุณ การนำข้อมูลไปเผยแพร่จะใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและนำเสนอ ในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการ ปรับปรุงการบริการให้สอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วยตามความต้องการของประชาชน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของคุณ ไม่ว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อคุณและการรักษาพยาบาลที่คุณจะได้รับจากโรงพยาบาลแต่ ใดๆ ในระหว่างการพูดคุยสนทนาคุณสามารถถามคำถามข้อใจก่อนให้คำตอบ หรือหากมี คำถามที่ทำให้คุณรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สะดวกใจที่จะตอบ คุณมีอิสระที่จะปฏิเสธไม่ตอบหรือยุติ การตอบคำถามสัมภาษณ์จนขอข้อมูลของคุณกลับคืนได้ทุกเมื่อ และคุณมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าคุณไม่ต้องการ ดิฉันยินดีที่จะตอบข้อสงสัยของคุณ

## ภาคผนวก ข.

## เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

## แบบสัมภาษณ์

สำหรับผู้วิจัย

□□□

1 2 3

การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

ส่วนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ใต้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( )

## 1. เพศ

( ) 0 ชาย ( ) 1 หญิง

## 2. ศาสนา

( ) 0 พุทธ ( ) 1 อิสลาม

## 3. อายุ ..... ปี

## 4. สถานภาพสมรส

( ) 0 โสด ( ) 1 คู่  
( ) 3 หย่าร้าง ( ) 2 หม้าย

## 5. ระดับการศึกษาสายสามัญ

( ) 0 ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 1 ประถมศึกษา  
( ) 2 มัธยมศึกษา ( ) 3 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา  
( ) 4 ปริญญาตรี ( ) 5 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ .....

## 6. อาชีพหลัก

( ) 0 นักเรียน / นักศึกษา ( ) 1 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
( ) 2 ค้าขาย (ระบุ) ..... ( ) 3 ลูกจ้าง (ระบุ) .....  
( ) 4 แม่บ้าน ( ) 5 เกษตรกรรม (ระบุ) .....  
( ) 6 ไม่ประกอบอาชีพ ( ) 7 ข้าราชการบำนาญ (ระบุ) .....  
( ) 8 อื่นๆ ..... (ระบุ)

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ..... บาท
8. จำนวนครั้งที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลใดๆ ก็ตาม) ..... ครั้ง ในรอบปี พ.ศ. 2542 ที่ผ่านมา จนถึงวันที่สัมภาษณ์ (รวมการเข้ารับการรักษายาบาลครั้งนี้)
9. ในครั้งนี้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ..... วัน
11. หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลในครั้งนี้
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 อายุกรรม     | <input type="checkbox"/> 1 ศัลยกรรม         |
| <input type="checkbox"/> 2 สูติกรรม     | <input type="checkbox"/> 3 นรีเวชกรรม       |
| <input type="checkbox"/> 4 กระดูกและข้อ | <input type="checkbox"/> 5 ตา               |
| <input type="checkbox"/> 6 หู ตา จมูก   | <input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ ระบุ ..... |

























## ภาคผนวก ค.

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสัมภาษณ์

สำหรับผู้วิจัย

□□□

1 2 3

การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยที่แปล  
เป็นคำที่อ่านออกเสียงภาษามลายูท้องถิ่น

ส่วนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ใต้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( )

## 1. เพศ

( ) 0 ชาย ( ) 1 หญิง

## 2. ศาสนา

( ) 0 พุทธ ( ) 1 อิสลาม

## 3. อายุ ..... ปี

## 4. สถานภาพสมรส

( ) 0 โสด ( ) 1 คู่  
( ) 3 หย่าร้าง ( ) 2 หม้าย

## 5. ระดับการศึกษาสายสามัญ

( ) 0 ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 1 ประถมศึกษา  
( ) 2 มัธยมศึกษา ( ) 3 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา  
( ) 4 ปริญญาตรี ( ) 5 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ .....

## 6. อาชีพหลัก

( ) 0 นักเรียน / นักศึกษา ( ) 1 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
( ) 2 ค้าขาย (ระบุ) ..... ( ) 3 ลูกจ้าง (ระบุ) .....  
( ) 4 แม่บ้าน ( ) 5 เกษตรกรรม (ระบุ) .....  
( ) 6 ไม่ประกอบอาชีพ ( ) 7 ข้าราชการบำนาญ (ระบุ) .....  
( ) 8 อื่นๆ ..... (ระบุ)

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ..... บาท
8. จำนวนครั้งที่เข้าอนรักษานในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลใดๆ ก็ตาม) ..... ครั้ง ในรอบปี  
พ.ศ. 2542 ที่ผ่านมา จนถึงวันที่สัมภาษณ์ (รวมการเข้ารับการรักษายาบาลครั้งนี้)
9. ในครั้งนั้นนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ..... วัน
10. หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลในครั้งนี้
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0 อายุกรรม    | <input type="checkbox"/> 1 ศัลยกรรม         |
| <input type="checkbox"/> 2 สูติกรรม    | <input type="checkbox"/> 3 นรีเวชกรรม       |
| <input type="checkbox"/> 4 กระจกและข้อ | <input type="checkbox"/> 5 ตา               |
| <input type="checkbox"/> 6 หู ตา จมูก  | <input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ ระบุ ..... |















































### ภาคผนวก ง.

#### แบบการอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) ในโครงการวิจัย

ดิฉัน ชื่อ นางจินดา เกียรติศักดิ์โสภณ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปัตตานี ขณะนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และกำลังทำวิจัย เรื่อง เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ประเทศไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท ดิฉันขอรบกวนเวลาคุณสักครู่ บอกเล่าถึงรายละเอียดของการวิจัยให้คุณฟัง เพื่อว่าคุณจะสนใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ซึ่งดิฉันสนใจที่จะเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความคิดเห็น ความรู้สึกของคุณเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ

เมื่อเข้าร่วมการวิจัยคุณจะได้เข้าร่วมสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ผู้อื่นอีก 2 คน รวมเป็น 3 คน เป็นการสนทนาแสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของคุณ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม หากคุณไม่ขัดข้อง ดิฉันขออนุญาตจดบันทึก และบันทึกเสียงพูดคุย แต่จะไม่มี การจดบันทึกหรือบันทึกเสียงการไม่ได้รับอนุญาตจากคุณก่อน คุณจะได้ประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อจริงของคุณ การนำข้อมูลไปเผยแพร่ จะใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล นำไปสร้างเครื่องมือ ข้อคำถามในการทำวิจัยเรื่องนี้ในระยะต่อไป ผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของคุณไม่ว่าคุณเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยการเข้าร่วมสนทนากลุ่มหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อคุณและการรักษาพยาบาลที่คุณจะได้รับจากโรงพยาบาลแต่อย่างใด ระหว่างทำการสนทนากลุ่ม คุณมีความรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สะดวกที่จะพูดคุย คุณมีอิสระที่จะยุติการพูดคุยสนทนากลุ่มได้ ตลอดจนขอข้อมูลของคุณกลับได้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของคุณได้ตลอดเวลา

## ภาคผนวก จ.

เครื่องมือแนวทางคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) การรับรู้สิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วย  
ไทยพุทธและไทยมุสลิม

ส่วนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ได้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อมูลที่เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ

( ) 0 ชาย ( ) 1 หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ศาสนา

( ) 0 พุทธ ( ) 1 อิสลาม

4. ระดับการศึกษา

( ) 0 ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 1 ประถมศึกษา  
( ) 2 มัธยมศึกษา ( ) 3 ประกาศนียบัตร  
( ) 4 ปริญญาตรี ( ) 5 สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานภาพสมรส

( ) 0 โสด ( ) 1 คู่  
( ) 2 หย่าร้าง ( ) 3 หม้าย  
( ) 4 นักบวช ภิกษุ ซี พราหมณ์

6. อาชีพหลัก

( ) 0 นักเรียน / นักศึกษา ( ) 1 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
( ) 2 ค้าขาย (ระบุ) ..... ( ) 3 ถูกจ้าง (ระบุ) .....  
( ) 4 แม่บ้าน ( ) 5 เกษตรกรรม (ระบุ) .....  
( ) 6 อยู่บ้านเฉยๆ ( ) 7 ข้าราชการบำนาญ

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท

8. หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

( ) 0 อายุรกรรม ( ) 1 ศัลยกรรม

## 9. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- |                            |                       |                            |                              |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ | <input type="checkbox"/> 1 | จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง        |
| <input type="checkbox"/> 2 | บัตรประกันสุขภาพ      | <input type="checkbox"/> 3 | ประกันสังคม                  |
| <input type="checkbox"/> 4 | มีบัตรทหารผ่านศึก     | <input type="checkbox"/> 5 | บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย |
| <input type="checkbox"/> 6 | อื่นๆ (ระบุ .....     |                            |                              |

แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group) การรับรู้สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม

1. ท่านเข้าใจ คำว่า “สิทธิผู้ป่วย” ว่ามีความหมายอย่างไร
2. ท่านเคยได้ยิน หรือรับทราบเรื่องเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่
  - 2.1 หากเคยรับทราบ มีอะไรบ้าง
  - 2.2 และมีความคิดเห็นอย่างไรต่อสิทธิที่เคยได้ยินหรือเคยรับทราบนั้น
3. ท่านเคยได้ยินหรือทราบเกี่ยวกับ “ประกาศสิทธิของผู้ป่วย” ของประเทศไทยหรือไม่
  - 3.1 หากท่านเคยได้ยิน หรือรับทราบ กรุณาบอกรายละเอียดที่ท่านจำได้
  - 3.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประกาศสิทธิของผู้ป่วยดังกล่าว
4. ในความคิดเห็นของท่านผู้ป่วยทุกคนควรได้รับสิทธิอะไรบ้าง
5. ท่านมีความต้องการสิทธิในฐานะผู้ป่วยในเรื่องใดบ้าง

## ภาคผนวก ฉ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์สิทธิผู้ป่วยตาม  
การรับรู้ของผู้ป่วยไทยพุทธ และไทยมุสลิมในภาคใต้

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. พรจันทร์ สุวรรณชาติ   | สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ<br>มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช                           |
| 2. รศ.ดร. เพชรน้อย ถึงห้ช่างชัย | ภาควิชา การบริการการศึกษาการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. อาจารย์ อาชิส เบญหวาน        | เลขานุการคณะกรรมการมัชยิตกลาง จังหวัดยะลา   |
| 4. คุณวาสนา สวัสดิ์นฤนาท        | กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช                                    |
| 5. คุณกรรณิกา อังกุล            | กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่   |

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางจินดา เกียรติศักดิ์โสภณ

วัน เดือน ปีเกิด 29 มกราคม 2503

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และอนามัยชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสงขลา	2525
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2529
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2542

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ทำงาน

งานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี  
พ.ศ. 2525-ปัจจุบัน