

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด
2. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
 - 2.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกับการบริการพยาบาล
 - 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
3. การพัฒนาบุคลากรพยาบาลผ่าตัด
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร
 - 3.2 การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมในการพัฒนาบุคลากร
 - 3.3 การฝึกอบรมพยาบาลผ่าตัดด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
4. คุณภาพบริการพยาบาล
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาล
 - 4.2 การพัฒนาบุคลากรต่อคุณภาพบริการพยาบาล
 - 4.3 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล
 - 4.4 คุณภาพบริการพยาบาลด้านด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล
 - 4.5 คุณภาพบริการพยาบาลด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด

การบริการพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยหรือมาจากบ้าน จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน การพยาบาลผ่าตัดได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาล 1. ระยะก่อนผ่าตัด 2. ระยะระหว่างผ่าตัด 3. ระยะหลังผ่าตัด โดย ปี ค.ศ. 1978 องค์การวิชาชีพพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN = Association of Operating Room Nurses) เป็นผู้กำหนดขึ้น และให้การพยาบาลผ่าตัด เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และความชำนาญทางเทคนิคในการให้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย (กันยา ออประเสริฐ, 2541 : 1) ในปัจจุบันการบริการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนั้นจะต้องมีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ เทคนิคปลอดเชื้อ การทำลายเชื้อโรค และหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการส่งเครื่องมือ และการช่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง

ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด และขณะรอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด จนกระทั่งเคลื่อนย้ายไปนอนบนเตียงผ่าตัด การพยาบาลเริ่มตั้งแต่การดูแลให้ความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลเคลื่อนย้ายด้วยวิธีการที่ถูกต้อง พร้อมทั้งพยาบาลผ่าตัดต้องใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการประเมินสภาพผู้ป่วยตามความต้องการของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสุขสบายและสงบไม่มีเสียงรบกวน ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักทาย พูดคุย แนะนำ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและรับฟังปัญหา ด้วยความสนใจพร้อมที่จะช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงการเคารพในสิทธิของความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการพยาบาลที่ได้รับ

การตรวจสอบข้อมูลเอกสารของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรงกัน ให้การดูแลความพร้อมทางด้านร่างกาย ศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนอีกครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลโดยละเอียด ทั้งชื่อ - สกุล ประวัติการรักษา การแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องทดลอง ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การตรวจสอบสัญญาณชีพ และความผิดปกติด้านร่างกาย พร้อมทั้งตรวจสอบสิ่งที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดมากับผู้ป่วย ฟันปลอมชนิดถอดได้ คอนแทคเลนส์ เครื่องประดับ เป็นต้น เพื่อป้องกันการสูญหายและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative phase) หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมานอนบนเตียงผ่าตัด จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ และเคลื่อนย้ายไปห้องพักฟื้น บทบาทของพยาบาลในระยาะนี้แบ่งเป็น 2 หน้าที่ คือ พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และ พยาบาลผู้ช่วยเหลือทีมผ่าตัด (Circulating nurse)

บทบาทและหน้าที่ กล่าวคือ พยาบาลส่งเครื่องมือจะจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อม เตรียมความพร้อมในการเข้าช่วยผ่าตัดด้วยวิธีการที่ถูกขั้นตอนและถูกเทคนิค เช่น วิธีการปลอดเชื้อ การส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้องพร้อมใช้งาน ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างของสิ่งเหล่านั้นในแผลผ่าตัด สังเกตสิ่งผิดปกติและรีบรายงานทันที พยาบาลผู้ช่วยเหลือทีมผ่าตัด จะทำหน้าที่การจัดเตรียมห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ ให้การดูแลด้านความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการตรวจสอบข้อมูลเอกสาร และรายละเอียดของการเตรียมผ่าตัด เช่น การงดอาหารก่อนผ่าตัด การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และให้ความสนใจตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจ การช่วยเหลือในการจัดทำผ่าตัด ดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การพยาบาลระยะนี้พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในระยาะนี้ได้รับยาระงับความรู้สึกหรือได้รับยาชาเฉพาะที่ ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ขณะนั้น เช่น อันตรายจากการแพ้ยาชา หรือสารเคมี การตกค้างของเครื่องมือ การเสียเลือด การติดเชื้อ อันตรายจากอุปกรณ์ไฟฟ้า และการเกิดอุบัติเหตุ

ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จแล้วเคลื่อนย้ายไปสู่ห้องพักฟื้นจนกระทั่งส่งผู้ป่วยกับหอผู้ป่วย การพยาบาลในระยาะนี้เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว โดยเฉพาะระมัดระวังการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายหลังการผ่าตัด และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาชาเฉพาะที่ จากการตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ และสีผิว จำนวนสารน้ำและเลือด แผลผ่าตัด และอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ติดมากับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ รวมทั้งการดูแลป้องกัน อุบัติเหตุ การจัดทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เป็นต้น ในระยาะนี้พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการสังเกตสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และการบันทึกอาการแสดงในรายงานของผู้ป่วยโดยละเอียด ให้การสนับสนุนอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการพยาบาลที่ได้รับ พร้อมเหตุผลในการต้องพักหรือสังเกตอาการในห้องพักฟื้น

การพยาบาลผ่าตัด จึงเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลผ่าตัดในความรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อย่างต่อเนื่อง

ตลอดเวลา ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยทีมผ่าตัด นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ประสานงานในทีมผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการบริการที่มีประสิทธิภาพตลอดจนปลอดภัยจากการผ่าตัด ได้รับความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ พพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ

สรุปบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

(กันยา ออประเสริฐ, 2541 : 2-3)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดภัย
3. บริหารจัดการ การใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ในการผ่าตัด
4. ปฏิบัติพยาบาลในฐานะพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลผู้ช่วยเหลือในการผ่าตัด บนพื้นฐานความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด
5. ประสานงานและให้ความร่วมมือ กับบุคลากรในทีมสุขภาพ
6. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
7. ปฏิบัติพยาบาลโดยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และครอบครัว ช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ตามประกาศคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ
8. ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ
9. สนับสนุนและเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการ หรือฝึกอบรมในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง
10. สนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรวิชาชีพ

นอกเหนือจากหน้าที่ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยทั่วไปแล้ว การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก็เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลผ่าตัด ซึ่งต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักของการประกอบวิชาชีพพยาบาลและความเสมอภาคตามสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

การพยาบาลผ่าตัด เป็นการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ซึ่งพยาบาลผ่าตัดต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาดังด้วยวิธีการผ่าตัด ด้วยความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วย ในลักษณะครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ การมีความรู้ ความเข้าใจ ในสิทธิผู้ป่วย และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

2.1.1 ความหมาย

คำว่า "สิทธิ" ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า สิทธิ หมายถึง อำนาจที่จะกระทำการใดๆ ได้อย่างอิสระโดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย ส่วน พจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ (1998 : 1156) สิทธิ หมายถึง เป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมและศีลธรรมและมีความสัมพันธ์กับหน้าที่ ความเคารพการปฏิบัติของบุคคลที่มีอิสระในการเลือกสิ่งที่ตนพอใจ หรือเป็นสิทธิอำนาจอย่างหนึ่งของบุคคลที่จะเรียกร้องบุคคลที่จะเรียกร้องให้กฎหมายคุ้มครอง มิให้ถูกคุกคามจากผู้อื่นและต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่นเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2537 : 131) ให้ความหมาย สิทธิ คือ ข้อเรียกร้องอย่างเป็นทางการเป็นธรรมต่อบุคคลอื่นหรือต่อสังคม ให้เคารพในพฤติกรรมหรือเจตคติของคนใดคนหนึ่ง และขณะเดียวกันคนคนนั้นก็มิมีหน้าที่ต่อผู้อื่นทำนองเดียวกัน และชื่นจิตต์ ประสมสุข (2540 : 20) ให้ความหมาย สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม และประโยชน์ของมนุษย์ในการกระทำ ซึ่งได้รับการรับรองและ/หรือได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายและสังคม และต้องไม่ละเมิดต่อสิทธิของผู้อื่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งจาก ประภัศร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542 : 48) กล่าวว่า สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์เป็นส่วนที่มีพึงได้ของบุคคลนั้น

สิทธิผู้ป่วยจึงเข้ามาเกี่ยวข้องกับประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2537 : 19) กล่าวว่า สิทธิของผู้ป่วย คือสิทธิของคนทุกคนที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์ ยังมีผู้ให้ความหมายอื่นๆอีก เช่น สิริยา สัมมาวาจ (2540 : 17) ให้ความหมาย สิทธิผู้ป่วยหมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยที่จะกระทำการบางอย่าง หรือให้ผู้อื่นทำหน้าที่ต่อตนในบางอย่าง และประภัศร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542 : 48) กล่าวว่า สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย ส่วน พัชรีย์ ประเสริฐกิจ (2541 : 15) ได้ให้ความหมาย สิทธิของผู้ป่วยว่า อำนาจอันชอบธรรมของพลเมืองทุกคนที่ได้รับ

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการเลือกตัดสินใจในกิจกรรมการรักษาด้วยตนเองอย่างอิสระและได้รับความคุ้มครองสิทธิ ตามร่างกฎหมายรัฐธรรมนูญปี 2540

ดังนั้นสรุปได้ว่า สิทธิผู้ป่วย หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วย ที่ได้รับการคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ จากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในด้านกฎหมายและจริยธรรม รวมทั้งต้องไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เช่นเดียวกัน

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย

ความเป็นมาในสมัยแรกเริ่มเมื่อผู้คนเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาจากพระหรือหมอเป็นการประกอบพิธีกรรมตามลัทธิและความเชื่อของชุมชนนั้น ซึ่งผู้ป่วยไปขอรับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไข และผู้รักษามีได้เรียกร้องค่าจ้าง เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว มอบความไว้วางใจแก่ผู้รักษา ในสมัยนั้นจึงไม่ปรากฏสิทธิผู้ป่วย และต่อมาเมื่อแพทย์แยกตัวออกจากพระแล้วเริ่มมีกฎเกณฑ์จริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมายก็เข้ามามีบทบาทควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ จนถึงสมัย 1900-1700 ปี ก่อนคริสตกาล ประมวลกฎหมายของพระเจ้าอัมมูราปี ได้มีบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิในร่างกายผู้ป่วย นับได้ว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของโลก ที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 9-11)

ต่อมาสมัยฮิปโปเครติส เป็นครูแพทย์ในยุคของอารยธรรม ปัจจุบันได้รับเกียรติว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล เนื่องจากการรักษาใช้การสังเกตเหตุการณ์ธรรมชาติ และหาทางอธิบายเหตุและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และได้กำหนดคำสาบานให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของเขาได้สาบานตัวก่อนออกไปเป็นแพทย์ นับได้ว่าเป็นจรรยาบรรณแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุดในส่วนหนึ่งของคำสาบาน เช่น การไม่ก่ออันตรายแก่ผู้ป่วย แสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย และการรักษาความลับ แสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันได้นำมาใช้รับรองสิทธิของผู้ป่วยในทางกฎหมายอาญา (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 11-13)

ในปัจจุบันการพัฒนาด้านการแพทย์ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แพทย์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีเหตุและผล และผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บและสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับแนวคิดของระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการสนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์ (Human autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน (Human rights) มีวัตถุประสงค์ให้เห็นความชอบธรรมหรือสิทธินั้นเป็นส่วนสำคัญของชีวิตมนุษย์ที่ถูกต้อง (นพนนิ สุริยะ, 2537 : 13) อำนาจจึงเป็นของผู้ป่วยเอง โดยมีกฎหมายมารองรับ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา เช่น ในเรื่องของความยินยอมที่ได้รับการ

บอกกล่าว และการยอมรับสิทธิที่จะรู้ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 14-15) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สิทธิผู้ป่วยมาจากจริยธรรมของแพทย์ ดังกล่าว

สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิพื้นฐานในการดำรงชีวิตของ มนุษย์ ในการมีเสรีภาพและความเสมอภาคเท่าเทียมกัน สหประชาชาติได้มีการประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) เพื่อให้ทุกคน ยอมรับและถือปฏิบัติต่อสิทธิเหล่านั้น (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537 : 19, คณะกรรมการประสานงาน องค์การสิทธิมนุษยชน, 2540 : 4-9)

การประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย จากความร่วมมือของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพกับผู้ป่วย โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน อันประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ณ วันที่ 16 เมษายน 2541

สิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ดังนี้ คือ

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติใน รัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการ จากผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
- 3) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมในการ รักษาพยาบาล
- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการ ช่วยเหลือรีบด่วน
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของการประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพของผู้ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้ เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการ
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด เว้น แต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
- 9) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนที่ปรากฏ ในเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบทำร้องขอ

10) บิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางร่างกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ทำให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม ซึ่งในปัจจุบันจากการพัฒนาในด้านต่างๆ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร ทำให้การรับรู้ของประชาชนในด้านสุขภาพ มีการตื่นตัวในเรื่องสิทธิมนุษยชน และสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้นมีการเรียกร้องสิทธิในด้านคุณภาพบริการ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529 : 219) ส่งผลให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ต้องให้ความสำคัญในการปกป้องในการกระทำที่จะทำให้เกิดการละเมิดในสิทธิดังกล่าว และจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้นำหลักการมาใช้ในการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติในการประกันความเสียหายที่จะเกิดกับประชาชน กล่าวคือ

1. มาตรการควบคุมทางกฎหมาย
2. มาตรการควบคุมทางศีลธรรม

จากการศึกษาของ พัชรี ประเสริฐกิจ (2541 : 22-32) และ ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล (2542 : 50-53) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542 : 22-28) ได้สรุปสาระสำคัญของสิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง กับกฎหมาย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้รับรองสิทธิของประชาชนไทยในการได้รับบริการด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

หมวด 3 ว่าสิทธิและเสรีภาพของบุคคล

“มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

“มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดให้บริการด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพแก่ประชาชนและกำหนดให้ประชาชนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการที่มีมาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่เพียงพอแก่ประชาชน การขอรับบริการด้านสาธารณสุขจึงเป็นการใช้สิทธิของตนเองตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้รับรองความเสมอภาคของบุคคลไว้ ดังนี้

"มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การประกอบวิชาชีพพยาบาล ในหลักการของสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้สอดคล้องกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ คือการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยในข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ในหมวด 2 ข้อ 4 กล่าวคือ

"ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิทางการเมือง"

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพนี้ (Code of Ethics) ที่สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) ได้กำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกของวิชาชีพถือปฏิบัติด้วยจิตสำนึกในหน้าที่ มีอุดมการณ์และรักในเกียรติแห่งวิชาชีพ

ดังนั้น การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 นี้ ต้องเป็นไปตามการรับรองสิทธิที่รัฐธรรมนูญกำหนดและจากข้อบังคับโดยกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นสิทธิของผู้ป่วย ที่จะต้องยินยอมก่อนได้รับการรักษาพยาบาล ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 31 วรรคแรก "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย" และวรรค 3 "การจับ คุมขัง ตรวจค้นตัวบุคคล หรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธิเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย"

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540 ให้ความหมายของการพยาบาลว่า "พยาบาล คือ การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล" และ

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ข้อ 7 กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพปราศจากการบังคับและขู่เข็ญ”

ในการปฏิบัติกรพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพต้องให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจะตัดสินใจให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำยินยอมจากผู้ป่วย

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแห่งกรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

สิทธิผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ได้รับการรับรองสิทธิตามกฎหมายต่างๆ ดังนี้

1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

“ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนเองอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 36

“ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องควบคุม และดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาวะอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ”

เมื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม

มาตรา 66 “ผู้ฝ่าฝืนมาตรา 36 มีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

3) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 ข้อ 13

"ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่ตนจะต้องช่วยได้"

ผู้ประกอบวิชาชีพฯ ต้องยอมรับหน้าที่ และปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีเมื่ออยู่ในฐานะที่จะให้ความช่วยเหลือได้ รวมทั้งให้การช่วยเหลือตามความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

สถานพยาบาลต่างๆ ในปัจจุบันทั้งของรัฐและเอกชน มีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขาที่ปฏิบัติงานร่วมกันในการช่วยเหลือรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรระดับอื่นๆ ที่สถานพยาบาลจัดไว้ให้บริการต่างๆ แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีการใช้รูปแบบในการทำงานหลากหลาย บุคลากรหรือผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ความสามารถและสิทธิตามกฎหมายในการประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการจึงมีสิทธิที่จะรับทราบชื่อ สกุล ตลอดจนประเภท หรือตำแหน่งการทำงานของผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เพื่อการคุ้มครองสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากบริการนั้นๆ

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 57 วรรคแรก ระบุว่า "สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับการคุ้มครองทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด" นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภคที่ต้องได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

- 1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง
- 2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกสินค้าหรือบริการ
- 3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากสินค้าหรือบริการ
- 4) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาชดเชยความเสียหาย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้เป็นการรับรองความเป็นอิสระของผู้ป่วยในการเลือกและปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง และลดความขัดแย้งตลอดจนความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วยได้รับการรับรองจากกฎหมาย ดังนี้

1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323

“ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา ผู้พยาบาล นางผดุงครรภ์ นักบวช หมอความหรือผู้สอบบัญชีหรือโดยเหตุที่เป็นร่วมในการประกอบอาชีพนั้นแล้วเปิดเผยความลับนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” และที่ปรากฏตามวรรคสองความว่า ผู้รับการศึกษาอบรมใน อาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับผู้อื่น โดยตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น ในประการที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด”

นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2540 ที่บัญญัติว่า “หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ หรือผู้อื่นโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ได้รับอนุญาตให้ไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้นมิได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยเพราะความจำเป็น”

2) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับ สภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 หมวด 2 ข้อ 12

“ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ห้ามเปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนล่วงรู้มาจากการประกอบวิชาชีพ”

หลักการของสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้ ถือเป็นรากฐานที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การเปิดเผยข้อมูลการรักษาพยาบาลจะกระทำได้เมื่อได้รับความ ยินยอมจากผู้ป่วยหรือมีเหตุจำเป็น

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือ ถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

ความจำเป็นในการทดลองในมนุษย์ เพื่อความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีเป็นสิ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ในขณะที่เดียวกันการได้รับความคุ้มครองเพื่อความ ปลอดภัยของผู้ทดลองก็เป็นสิ่งจำเป็น สิทธิที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็น ผู้ทดลอง ได้รับการรับรองสิทธิไว้ คือ

1) ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 309

“ผู้ใดข่มขืนใจผู้อื่นให้กระทำการใดไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใดโดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจนั้นเอง

หรือของผู้อื่นหรือโดยใช้กำลังประทุษร้ายจนผู้ถูกข่มขืนนั้นต้องกระทำการนั้น หรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530

"ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ผู้ทำการทดลองต่อมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ"

"ข้อ 28 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องปฏิบัติกับผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์"

"ข้อ 29 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง"

นอกจากนี้ สภาวิจัยแห่งชาติได้ออกข้อแนะนำการวิจัยในคนไว้ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2518 กำหนดให้ผู้วิจัยมีหน้าที่ต้องชี้แจงให้ผู้ที่ยอมตนให้ทดลองทราบ ดังนี้

1. วิธีการหรือแผนงานที่ผู้อาสาหรือผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ
2. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและภายหลังการวิจัยตลอดจนการป้องกันที่เตรียมไว้
3. ประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากการวิจัย
4. คำอธิบายข้อข้องใจต่างๆ จนหมดความเคลือบแคลงสงสัย

หลักการในสิทธิผู้ป่วยข้อนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับความยินยอมในการรักษาพยาบาล คือ ต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน และยังคงมีสิทธิในการยกเลิกความยินยอมได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย

ข้อที่ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่ละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

เวชระเบียนจะเป็นที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและในบางกรณียังใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย ซึ่งในสิทธิที่ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 ดังนั้นการให้สิทธิผู้ป่วยเพื่อขอรับทราบข้อมูลในเวชระเบียนจะต้องไม่เป็นการละเมิดไปถึง

สิทธิผู้อื่นเช่นกัน รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาของตนเองต่อบุคคลที่ 3 เช่นการทำประกันชีวิต หรือการประกันสุขภาพ

ข้อที่ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุ ไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กระบุไว้ว่า เด็ก หมายถึงมนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่บังคับใช้เด็กนั้น ดังนั้นจึงกำหนดให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กที่อายุไม่เกิน สิบแปดปีบริบูรณ์

การบรรลุนิติภาวะในประเทศไทยนั้น เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2535 มาตรา 19 ซึ่งบัญญัติว่า "บุคคลย่อมพ้นจากภาวะผู้เยาว์ และบรรลุนิติเมื่อมีอายุยี่สิบปีบริบูรณ์ และมาตรา 20 "ผู้เยาว์ย่อมบรรลุนิติภาวะเมื่อทำการสมรส หากการสมรสได้ทำตามบทบัญญัติมาตรา 1448" ซึ่งมาตรา 1148 บัญญัติว่า "การสมรสได้จะทำต่อเมื่อชายและหญิงมีอายุสิบเจ็ดปีบริบูรณ์แล้ว แต่ในกรณีที่เหตุการณ์อันสมควร ศาลอนุญาตให้ทำการสมรสก่อนหน้านั้นได้"

โดยหลักของกฎหมายผู้แทนโดยชอบธรรม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือผู้ใช้อำนาจ ปกครอง คือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองอื่นที่มีชื่อบิดา มารดา แต่อาจเป็นญาติพี่น้องหรืออัยการร้องขอต่อศาลแล้วศาลสั่งให้บุคคลนั้นเป็นผู้ปกครองผู้เยาว์ (ในผู้ที่มีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์) และผู้ซึ่งมีระบุไว้ในพินัยกรรมให้เป็นผู้ปกครองของผู้เยาว์

ส่วนผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตนั้น ต้องเป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยทางสมอง ผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมย่อมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้

คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ มีข้อกำหนดจากมาตรการการควบคุมทางกฎหมาย เป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองโดยมีบัญญัติไว้ในธรรมนูญ การปกครองและกฎหมายของสังคม เพื่อรับรองและบังคับให้ทุกคนเคารพต่อสิทธิซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งด้วยการกำหนดโทษของการฝ่าฝืนและ ล่วงละเมิด และมาตรการควบคุมทางศีลธรรม เป็นสิทธิที่ขึ้นอยู่กับความถูกต้อง ความดีงาม ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของชีวิต พยายามในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามมาตรการควบคุมทางกฎหมายและทางศีลธรรม พยายามจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิ ผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อไม่ล่วงละเมิดในสิทธิดังกล่าว



2.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกับการบริการพยาบาล

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ ต้องกระทำหน้าที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติหรือปกป้องเพื่อผลประโยชน์ ในอำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วย จากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในด้านกฎหมายและจริยธรรม

จริยธรรม หมายถึง ความประพฤติ การกระทำ ความคิด ที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการทำหน้าที่ของตนอย่างสมบูรณ์

จริยธรรมนับได้ว่าเป็นพื้นฐานของการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับวิชาชีพพยาบาล จริยธรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากส่วนประกอบ 3 ประการ (สิวลี ศิริไล, 2537 : 82) คือ

1) ส่วนประกอบทางด้านความรู้ (Moral reasoning) คือความเข้าใจในเหตุผลของความถูกต้องดีงาม สามารถตัดสินใจแยกความถูกต้องออกจากความไม่ถูกต้องๆได้ด้วยการคิด

2) ส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก (Moral attitude and belief) คือความพึงพอใจ ศรัทธา เลื่อมใส เกิดความนิยมยินดีที่จะรับนำจริยธรรมมาเป็นแนวประพฤติปฏิบัติ

3) ส่วนประกอบทางด้านพฤติกรรมแสดงออก (Moral conduct) คือ พฤติกรรมการกระทำที่บุคคลตัดสินใจกระทำถูกหรือผิดในสถานการณ์แวดล้อมต่างๆ

การปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติกับมนุษย์ ซึ่งมีชีวิต จิตใจ ต้องการได้รับการดูแลแบบองค์รวม กล่าวคือ การได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกเหนือจากการที่ให้การปฏิบัติกับผู้ป่วยในด้านการรักษาพยาบาลแล้วนั้น จะต้องให้ความเอื้ออาทร เข้าใจความต้องการที่ได้รับการดูแล โดยเฉพาะในปัจจุบันสังคมไทยกำลังเป็นสังคมแห่งความรู้ ทุกองค์การวิชาชีพต้องพัฒนาการเรียนรู้ การมีคุณธรรมและจริยธรรมในวิชาชีพเพื่อเป็นการสร้างคุณลักษณะในวิชาชีพของตนให้ชัดเจน

มูชา และเดวิด (Mauksch and David, 1977. อ้างถึงใน สิวลี ศิริไล, 2537 : 100) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล หรือข้อกำหนดของวิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้

1) วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการสังคม เพื่อช่วยดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีของมนุษย์ การปฏิบัติพยาบาลจึงต้องอาศัยความรู้ความชำนาญทางวิทยาศาสตร์ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ การพิจารณาไตร่ตรองทบทวนและควบคุมลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่อยู่เสมอ

2) วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง ความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ ในฐานะสิ่งมีชีวิต จิตใจและคุณค่า จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและเป็นพื้นฐานของจริยธรรม กล่าวคือ ความเข้าใจในคุณค่าของมนุษย์จะนำไปสู่สิ่งใดควรทำสิ่งใดไม่ควรทำ

- 3) วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่แตกต่าง บุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัว การพยาบาลต้องใช้วิธีการวางแผนตามกระบวนการพยาบาลของแต่ละบุคคล
- 4) วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของการพยาบาล คือการเข้าไปสัมผัส รับรู้และมีส่วนร่วมในประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือนและไว้วางใจ
- 5) วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่อาศัยรูปแบบความสัมพันธ์แบบร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หรือการให้คำแนะนำเพื่อเลือกแนวทางตัดสินใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการออกความเห็นและตัดสินใจ
- 6) วิชาชีพพยาบาล ต้องอาศัยรูปแบบความสัมพันธ์ ที่ใช้ศิลปะของการเอื้ออาทรจากการแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทางรวมถึงสีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วย
- 7) วิชาชีพพยาบาลเป็นการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคนไม่ว่าเป็นความทุกข์ที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือความทุกข์ทางด้านจิตใจ
- 8) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่ต้องอาศัยความเข้าใจในความรู้สึกซึ่งกันและกัน การเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากความสัมพันธ์ อาจก่อให้เกิดก้าวหน้าที่ดีภายในขอบของจริยธรรมและการตัดสินใจที่ดีของพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วย
- 9) ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ คือ สิ่งที่สำคัญที่สุด กระบวนการพยาบาลใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหาผสมผสานกับมนุษยธรรม ศิลปะและความชำนาญ ความรู้เกี่ยวกับภาวะของความเป็นมนุษย์จะช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายได้ถึงสภาพและลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงตลอดถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย
- 10) แต่ละคนต้องเรียนรู้ตนเองเพื่อจะได้ตระหนักและเข้าใจบุคคลอื่นวิชาชีพพยาบาลมีพื้นฐานความเชื่อสำคัญในเรื่องคุณค่า ลักษณะเฉพาะตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย หรือรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Patient advocacy)

คำว่า Advocacy ตามพจนานุกรม (Oxford English Dictionary, 1989) หมายถึง การแก้ต่าง หรือการสนับสนุน (Pleading for or supporting) มีรากศัพท์มาจากภาษา ลาดิน คำว่า "ad" ตรงกับคำว่า "to" และคำ "vocare" หมายถึง "to call" ซึ่งในทางกฎหมายหมายความถึง ผู้ทำหน้าที่แก้ต่างคดีความของบุคคลในศาล ส่วนทางด้านพยาบาลให้หมายความรวมถึง การให้คำปรึกษา (Counselling) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการพิทักษ์สิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือ (Mallix, 1997 : 131)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Gadow (1979 : 82 cited in Snowball, 1996 : 69) ให้ความหมายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ว่าเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายกังวล สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและมีความชัดเจนในคุณค่าของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เจ็บป่วย

ฟาริดา อิบราฮิม (2538 : 247) กล่าวว่า พยาบาลในบทบาทผู้แทนของผู้ป่วย (Nurse advocator) จะต้องให้การปกป้องหรือปฏิบัติเพื่อผลประโยชน์ สิทธิ และความพึงพอใจของผู้ป่วยตลอดความเป็นอยู่ดี ทั้งนี้ต้องระลึกรั้งประเด็นหลายประการ ซึ่งอาจต้องพิจารณา เช่นใครจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าการกระทำของพยาบาลที่มุ่งเพื่อปกป้องผู้ป่วยให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยจริงๆ และถ้ามีทางเลือกหลายๆทางใครควรเป็นผู้พิจารณาทางเลือกเหล่านั้น และใครเป็นผู้รับผิดชอบความอยู่ดีของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

กฤษณา นาดี (2541 : 65-66) ให้ความหมายว่า การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย คือ การทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง

จากนักวิชาการได้ให้ความหมาย สิทธิ สิทธิผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยไว้ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย หมายถึง การกระทำหน้าที่สนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติหรือปกป้องเพื่อผลประโยชน์ ในอำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วย จากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในด้านกฎหมายและจริยธรรม

การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรม ซึ่ง Fry (1994 : 49-61) ได้กล่าวถึง แนวคิดพื้นฐานที่พยาบาลควรนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

- 1) การปฏิบัติในการสนับสนุนหรือช่วยเหลือเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy)
- 2) การมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและผู้ให้บริการ (Accountable) ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายการประกอบวิชาชีพ และจรรยาบรรณวิชาชีพ
- 3) การมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง (Collaboration) ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ

- 4) การดูแล (Caring) ในการพยาบาลผู้ให้บริการ เป็นสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพ

นอกจากนั้น Fry (1994 : 50-51) ได้อธิบายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ดังนี้

- 1) รูปแบบการปกป้องสิทธิ (Right protection model) คือ การที่พยาบาลเป็นผู้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องในเรื่องสิทธิแก่ผู้ป่วย ปกป้องการล่วงละเมิดสิทธิ อธิบายเหตุ

และผลเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ความถูกต้องทางศีลธรรมและทำรายงานเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

2) รูปแบบการตัดสินใจในพื้นฐานค่านิยม (Value-based decision model) คือ พยายามคำนึงถึงความจำเป็นของผู้ป่วยในการเลือกและตัดสินใจให้เป็นไปตามค่านิยมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเองโดยเปิดโอกาสให้ตรวจสอบข้อดีและข้อเสียในด้านต่างๆ และพยายามไม่บังคับในการตัดสินใจและให้เชื่อตามค่านิยมของพยาบาล

3) รูปแบบการเคารพในบุคคล (Respect for person model) คือ พยายามให้เกียรติ สันติสนุนและปกป้องดูแล โดยคำนึงถึงพื้นฐานคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย รวมทั้งให้ความสนใจและรับผิดชอบในการพยาบาลที่ดีที่สุดอย่างต่อเนื่อง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542 : 21) ได้สรุปกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยไว้ดังนี้

1) การให้ข้อมูล คือ การจัดหาข้อมูลข่าวสารที่ผู้ใช้บริการจำเป็นต้องรู้เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา การให้ความรู้ตลอดจนข้อดีและข้อเสียเพื่อให้ผู้ใช้บริการเป็นข้อมูลในการเลือกและตัดสินใจ

2) การช่วยเหลือและการสนับสนุนการตัดสินใจ คือ การเพิ่มความสามารถและความเป็นอิสระในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ใช้บริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง และสนับสนุนให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือก โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการให้เห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง

3) การปกป้องผู้ป่วย คือ การดูแล ตรวจสอบ ระวังระมัดระวังและป้องกันการกระทำใดๆ ที่เป็นอันตรายหรือให้คงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของผู้รับบริการ เช่น การช่วยให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ การปกป้องสิทธิส่วนตัว ไม่เปิดเผยข้อมูล หรือความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต

4) การเป็นตัวแทน หมายถึง ในกรณีที่ผู้ใช้บริการไม่สามารถที่จะบอกหรือกระทำการใดด้วยตนเอง พยาบาลจะกระทำหน้าที่ในการบอกเล่าแทน หรือตัดสินใจแทน โดยยึดผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ

จากแนวคิดของลักษณะเฉพาะของวิชาชีพ จริยธรรมทางการพยาบาลและรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สรุปได้ว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การช่วยเหลือและสนับสนุน การปกป้องผู้ป่วย และการเป็นตัวแทนผู้ป่วย ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

การพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง ลักษณะงานของพยาบาลผ่าตัดพยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด จนกระทั่งเคลื่อนย้ายไปนอนบนเตียงผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการประเมินสภาพผู้ป่วย ตามความต้องการของแต่ละบุคคล ให้การพยาบาลโดยสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดี เคารพในสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลเอกสารของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ให้การดูแลความพร้อมทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด คือ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกาย เอกสารและอุปกรณ์

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ระยะระหว่างผ่าตัด หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมานอนบนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ และเคลื่อนย้ายไปห้องพักฟื้น การพยาบาลระยะนี้พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยได้รับยาาระงับความรู้สึกหรือได้รับยาชาเฉพาะที่ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ขณะนั้น เช่น อันตรายจาก การแพ้ยา หรือสารเคมี การตกค้างของเครื่องมือ การเสียเลือด การติดเชื้อ การเกิดอุบัติเหตุ ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด คือ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลในฐานะบุคคลแบบองค์รวม

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้อง

ระยะหลังผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จแล้วเคลื่อนย้ายไปสู่ห้องพักฟื้น จนกระทั่งส่งผู้ป่วยกับหอผู้ป่วย การพยาบาลในระยะนี้เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องระมัดระวังการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายหลังการผ่าตัด และการได้รับยาาระงับความรู้สึกหรือยาชาเฉพาะที่ การดูแลป้องกันอุบัติเหตุ การจัดทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เป็นต้น ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด คือ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเตียงหลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากความพร่องในระดับความรู้สึกตัว

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาเฉพาะบริเวณ

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์อย่างเพียงพอ

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยมีความปลอดภัย พร้อมทั้งจะย้ายออกจากห้องพักฟื้น

การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาลที่คณะกรรมการจริยธรรมขององค์การวิชาชีพพยาบาลผ่าตัดนานาชาติ (AORN's Special committee on Ethics) ได้นำหลักเกณฑ์มาจากสมาคมพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (ANA / American Nurses Association) เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีหลักการทางศีลธรรมที่สำคัญ (Standard, Recommended Practices & Guidelines 1999 : 39-56) ดังนี้

- 1) ความเป็นอิสระ : สามารถกำหนดสิ่งต่างๆด้วยตนเอง
- 2) คุณความดี : การทำความดี
- 3) การงดเว้นจากการทำชั่ว : หลีกเลี่ยงหรือป้องกันสิ่งที่ชั่ว
- 4) ความมีสำนึก : พูดยุติความจริง
- 5) ความเชื่อถือ : เป็นที่ไว้วางใจ
- 6) ความยุติธรรม : ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน
- 7) ความซื่อสัตย์ : ซื่อสัตย์ต่อคำมั่นสัญญาและหน้าที่

และจากมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของ AORN ข้อ 5 ทางด้านจริยธรรม ในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด อยู่บนพื้นฐานของสิทธิของบุคคล กล่าวคือ

- 1) การปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- 2) ให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ
- 3) ให้การพยาบาลด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกในความแตกต่างของ ศาสนา เชื้อชาติ และวัฒนธรรม
- 4) การให้การพยาบาลโดยเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล
- 5) พยาบาลผ่าตัด ปกป้องการกระทำจากปัญหาทางจริยธรรม

ภัทรภร สิตลวงวงศ์ (2541 : 24 – 26) ได้ศึกษาและสรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลผ่าตัดตามประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541 ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ที่บัญญัติในรัฐธรรมนูญตามมาตรฐานการพยาบาล

1.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยถูกต้อง ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ได้แก่ มาตรฐานด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การจัดทำผ่าตัด ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ปลอดภัยจากภาวะพร่องความรู้สึก ปลอดภัยจากการแพ้ยาหรือสารเคมี ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ ปลอดภัยจากการผิดพลาดในการปฏิบัติงานของผู้ที่ขาดความชำนาญ

1.2 การต้อนรับผู้ป่วยด้วยอัธยาศัยและมารยาทอันดี เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

2.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกคนด้วยความเสมอภาคเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการให้บริการผ่าตัดเรียงตามลำดับก่อนหลัง ยกเว้นกรณีเร่งด่วนที่ต้องรักษาชีวิตผู้ป่วยก่อน

2.2 การปฏิบัติพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ลัทธิทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อในทางจริยธรรม การเมือง สังคม และลักษณะของความเจ็บป่วย

2.3 การให้ความเคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษาพยาบาลด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน

3.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้คำแนะนำข้อมูลการผ่าตัดตามขอบเขตของวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3.2 การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารการยินยอมผ่าตัดและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยถูกต้องตรงกันกับการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งช่วยประสานงานถ้าความเข้าใจของผู้ป่วยไม่ชัดเจน

3.3 การให้คำแนะนำและคำชี้แจงเกี่ยวกับอุปกรณ์พิเศษเพิ่มเติมที่จะใช้ในการผ่าตัด การส่งตรวจพิเศษ เช่น การส่งตรวจชิ้นเนื้อ การเอกซเรย์ รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด

3.4 ให้ออกผู้ป่วยทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น การจัดทำผ่าตัด การเปิดเผยอวัยวะเพื่อการเตรียมผ่าตัด การผูกยึดกับเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียง เป็นต้น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

4.1 เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ และขั้นตอนการช่วยเหลือชีวิตให้พร้อมปฏิบัติการได้เสมอ จัดให้มีผู้ตรวจสอบและผู้รับผิดชอบต่อเนื่องตลอดเวลา

4.2 ได้รับการทบทวนและปรับปรุงวิธีการช่วยชีวิต เพื่อความพร้อมและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของผู้ที่ให้บริการแก่ตน

5.1 สวมแบบฟอร์มที่ปักชื่อ สกุลและตำแหน่งหรือติดป้ายชื่อตามที่หน่วยงานกำหนด

5.2 แนะนำตนเองโดยบอกชื่อและตำแหน่ง ในการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในครั้งแรกที่พบ

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

การให้การยอมรับในสิทธิของผู้ป่วย โดยการช่วยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและสถานบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยขอความเห็นได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

7.1 การระมัดระวังไม่ติดประกาศที่มีชื่อ สกุล และการผ่าตัดไว้โดยเปิดเผยแก่บุคคลทั่วไป

7.2 การไม่นำชื่อ สกุลจริงของผู้ป่วย มาใช้เป็นกรณีศึกษาในการประชุมปรึกษา

7.3 การช่วยปกปิดร่างกายของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดอย่างเหมาะสมไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

7.4 การปฏิบัติการพยาบาลโดยการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และสถานะภาพส่วนตัว ทั้งที่เป็นข้อมูลลายลักษณ์อักษรและทางวาจา

8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับขอทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8.1 การให้ข้อมูลต่างๆ อย่างครบถ้วน ในกรณีให้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษาวิจัย และต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการทดลอง

8.2 ผู้ทำการวิจัยต้องรับผิดชอบต่ออันตรายและผลเสียหายจากการทดลอง

9. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบทำร้องขอ

การกระทำในการรักษาสหิของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้การยอมรับในสิทธิของผู้ป่วยโดยการสนับสนุนข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนได้รับข้อมูลตามที่ร้องขอ

10. บิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางร่างกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การปฏิบัติของพยาบาล โดยการค้นหาบุคคลที่สามารถใช้สิทธิเป็นผู้แทนของผู้ป่วยไว้ก่อน ในการติดต่อประสานงานในกรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อเซ็นอนุญาตยินยอมการผ่าตัด

การปฏิบัติพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลผ่าตัดต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และปกป้องในการดูแลในสิทธิดังกล่าวตลอดระยะเวลาในห้องผ่าตัดที่ต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนั้นผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤติต้องได้รับการระงับความรู้สึกหรือได้รับยาเฉพาะที่ พยาบาลผ่าตัดต้องเข้าใจในกิจกรรมในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาบุคลากรพยาบาลผ่าตัด

3.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญของกระบวนการบริหารงาน ที่ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้แสดงความคิดเห็นและให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรไว้ ดังนี้

ทองฟู ศิริวงศ์ (2536 : 158) กล่าวถึงความหมายของการพัฒนาพนักงานว่าเป็นการเพิ่มพูนปรับปรุงสมรรถภาพของกำลังคน ประสพการณ์ให้สอดคล้องกับตำแหน่งหน้าที่ที่มีอยู่ ปัจจัยบางอย่างที่ต้องพัฒนาตัวพนักงาน เช่น เศรษฐกิจรุ่งเรืองขึ้น การขยายตัวของสถานที่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีได้จุดหน้าไป และการพัฒนาต่อผู้บริหาร

ฐิระ ประवालพฤกษ์ (2538 : 2) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคคล คือ การดำเนินการเพื่อช่วยให้บุคลากรได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะและทัศนคติในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบให้ดียิ่ง

พงศ์ หรดาล (2539 : 2) สรุปความหมายของการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นกิจกรรมการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เพื่อที่จะปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและทัศนคติ อันเหมาะสมจนสามารถก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

दनัย เทียนพุม (2541 : 153) กล่าวว่า การพัฒนาพนักงาน เป็นลักษณะที่องค์การเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อพนักงานที่มุ่งการวิเคราะห์ ทำให้มั่นใจและช่วยก่อให้เกิดสิ่งใหม่

โดยผ่านการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มโอกาสให้แต่ละบุคคลเติบโต ทำให้คนทำงานได้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพราะว่าเขาเป็นแหล่งความรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ ประสบการณ์ และความรู้จากสิ่งที ดึงออกมาจากการทำงาน

ณัฐพันธ์ เชนรันทน์ (2541 : 163) ได้สรุปความหมายการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรเป็นกิจกรรมสำคัญด้านทรัพยากรบุคคลที่ผู้บริหารทรัพยากรบุคคลสมควรต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและวัตถุประสงค์เป็นอย่างดี เพื่อที่จะประยุกต์ในการปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่องค์การต้องการและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมขององค์การ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์การต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างสอดคล้องต่อกระแสสังคม

Bernardine & Russell (1998 : 172) ให้ความหมายการฝึกอบรมว่า เป็นการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ทักษะ เจตคติและด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น การพัฒนาบุคลากรพยายาม ได้มีนักวิชาการทางการพยาบาลหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539 : 56) ได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคคล หมายถึง กระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โทบิน (Tobin, 1974 : 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่รวมทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ ซึ่งสัมพันธ์กับบทบาทของบุคลากร ที่จัดขึ้นภายในหรือภายนอกหน่วยงาน เพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Association : ANA, 1990 : 3 cited in Kelly-Thomas, 1998 : 32) ได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วยการประชุมนิเทศ การศึกษาขณะปฏิบัติงาน และการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมในการพัฒนาบุคลากรภายในหน่วยงาน เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย และความรับผิดชอบของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

เคลลี (Kelly, 1992 : 31 cited in Kelly-Thomas, 1998 : 26) ได้ให้คำจำกัดความของการพัฒนาบุคลากร หมายถึง การจัดโปรแกรมและกระบวนการที่กำหนดความรับผิดชอบเกี่ยวกับการประเมิน การดำรงไว้และการพัฒนาความสามารถของบุคลากรพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ การประชุมนิเทศ การศึกษาขณะปฏิบัติงาน การศึกษาต่อเนื่อง การพัฒนาผู้นำ และทักษะจากการฝึกอบรม และส่วนมากจะจัดขึ้นภายในหน่วยงาน

จากความหมายและคำจำกัดความของการพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาบุคลากรพยาบาล สรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากรพยาบาล หมายความว่า กระบวนการพัฒนาบุคลากรพยาบาล โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการพัฒนา ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานและบุคลากร เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ เพื่อการดำรงไว้และการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่วนการฝึกอบรม หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

การบริหารเป็นการใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ นำเอาทรัพยากรการบริหาร มาประกอบกันตามกระบวนการบริหาร เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพงษ์ เกษมสิน, 2521 : 6) และ Gillies ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารการพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1. ทรัพยากรหรือปัจจัยในการบริหาร ได้แก่ ข้อมูล คน เงิน และวัสดุ 2. กระบวนการบริหารการพยาบาล มีขั้นตอนที่สำคัญ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การจัดรูปงาน การจัดบุคลากร การแนะนำหรือการนิเทศ และการควบคุม 3. วัตถุประสงค์ของการบริหารงาน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร และการวิจัย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539 : 6-7) จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการบริหาร คือ การพัฒนาบุคลากร ซึ่งการพัฒนาบุคลากรเป็นแนวทางการกระตุ้นและจูงใจบุคลากรซึ่งนอกจากเป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพบุคคล ให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาบุคลากรนั้นยังเป็นกระบวนการพื้นฐานหลักและเป็นยุทธศาสตร์ ที่สำคัญในการพัฒนาความเป็นเลิศทางด้านบริการ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2540 : 16-17) และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน ส่งผลให้ผลงานสูงขึ้น (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539 : 56) อันมีผลโดยตรงต่อความสำเร็จขององค์การ

ความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากร มาจากเหตุผลหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าทางวิทยาการ บทบาทในการพัฒนาทางการพยาบาล วิธีการ เทคนิค ระเบียบปฏิบัติและหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการทำงานย่อมต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย รวมทั้งจากความแตกต่างของบุคลากรในทักษะ การปฏิบัติงาน และประกอบกับธรรมชาติของมนุษย์เมื่อทำงานไปนานเกิดความเฉื่อยชา รวมทั้งความต้องการของประชาชนในด้านคุณภาพการบริการ (Steven, 1978 : 28, วิเชียร ทวีลาภ, 2521 : 247, ประณีต สวัสดิรักษา, 2529 : 127, พะยอม วงศ์สารศรี, 2537) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการพัฒนาบุคลากร สรุปได้ดังนี้ คือ

- 1) เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
- 2) เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล
- 3) เพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล
- 4) เพื่อให้บุคลากรพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

3.1.1 กระบวนการพัฒนามุคลากร

การพัฒนามุคลากรเป็นกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการขององค์กรและบุคลากร ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ตรงกัน (Tobin et. al., 1974 : 4, ANA Standard, 1994, O'Brien,1995 cited in Kelly-Thomas, 1998 :30, , อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534 : 229) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ คือ

1. การสำรวจความต้องการ (Assessment) เป็นการพิจารณาร่วมกันทั้งด้านความต้องการของหน่วยงานโดยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ และจากการประเมินการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาพการณ์ทั่วไปในองค์กรและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
2. การวางแผนจัดโปรแกรมในการพัฒนามุคลากร (Planning) เป็นการจัดเตรียมโครงการ กำหนดรูปแบบโครงการ และนำเสนอโครงการพัฒนามุคลากร
3. การดำเนินงานตามโปรแกรมที่กำหนด (Implement) เป็นการดำเนินการขั้นตอนตามแผนการพัฒนามุคลากรที่กำหนด
4. การประเมินผล (Evaluation) เพื่อเป็นการศึกษาว่าการดำเนินงานตามที่กำหนดมี ปัญหาหรืออุปสรรคใดหรือไม่ ต้องมีการปรับปรุงในกิจกรรมใด รวมทั้งการติดตามผลของการพัฒนาตามโครงการที่ได้ดำเนินไปแล้วนั้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของโครงการมากน้อยเพียงใด

3.1.2 หลักสำคัญในการพัฒนามุคลากร

การเรียนรู้ คือ การที่บุคคลหรือผู้เรียนได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ก่อนข้างถาวรภายใต้สถานการณ์และเงื่อนไขที่เหมาะสม เมื่อการเรียนรู้เกิดขึ้นจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้เรียน แสดงว่าผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง(สุชาติ ศิริสุขไพบูลย์, : 2-3)

การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ Bloom (1956) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาได้อธิบายการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ของบุคคล มี 3 องค์ประกอบ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับ การจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า

2) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (Affective domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกทัศนคติ ค่านิยม เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ค่านิยม แล้วจึงนำสิ่งที่เรียนรู้แล้วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ มีความชำนาญมากขึ้น

บุคคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีอาชีพ มีอิสระในการดำเนินชีวิต มีความรู้และประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าการเรียนรู้ในผู้ใหญ่แตกต่างจากการเรียนรู้ในเด็ก (Knowles, cited in Tobin et. al., 1974 : 22-23) การพัฒนาบุคคลากรจึงต้องใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ได้แก่

1. ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง
2. ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน
3. ผู้ใหญ่ต้องการโอกาสในการแสดงความคิด
4. ผู้ใหญ่ต้องการทราบข้อมูลย้อนกลับ
5. ผู้ใหญ่ต้องการบรรยากาศที่เป็นกันเอง

Edward Lindeman (1926, cited in Knowles, 1984 : 31) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ว่า

- 1) ผู้ใหญ่อยากจะเรียนก็ต่อเมื่อเขามีความต้องการ และความสนใจที่จะเรียน และการเรียนรู้นั้นจะช่วยให้เขาพึงพอใจ
 - 2) ความสนใจ หรือแนวโน้มในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้นจะมุ่งไปที่ชีวิตประจำวัน เป็นศูนย์กลาง การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จึงอยู่ที่สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
 - 3) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่นั้นว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดสำหรับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ การเรียนรู้ที่จำเป็นเบื้องต้น คือวิธีการวิเคราะห์และค้นหาความจริงของประสบการณ์
 - 4) ผู้ใหญ่มีความต้องการจะชี้นำตนเองมากกว่าที่จะให้ใครชี้นำ หรือควบคุมเขา
 - 5) ข้อสำคัญของความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ใหญ่ การจัดการศึกษาจึงจำเป็นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันในเรื่องวิธีการสอน ระยะเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม
- ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเรียนการสอนอย่างมาก (บุญเลิศ ไพรินทร์, 2538 : 28) และ Carl Rogers (อ้างถึงใน

บุญเลิศ ไพรินทร์, 2538 : 25) นักจิตวิทยานำบัณฑิตแนะแนว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอน ในผู้ใหญ่ว่า "เราไม่สามารถสอนผู้อื่นให้เรียนรู้ได้โดยตรง เราเพียงแต่อำนวยความสะดวกเพื่อให้เขาได้เรียนรู้ด้วยตนเองเท่านั้น" ทั้งนี้เพราะคนทุกคนจะอยู่ในแวดวงประสบการณ์ของตนซึ่งเขาจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นประสบการณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา

จากผลการวิจัยของสถาบัน RIL และนักวิชาการด้านการพัฒนาคน ซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้มีการวิจัยหาโมเดลการเรียนรู้ในที่ทำงาน (दनัย เทียนพุด, 2541 : 166-167) พบว่า การเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของแต่ละคนจะดีที่สุดเมื่อเรียนรู้ด้วยตนเอง ในสภาวะแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับงานโดยตรง และสถานที่ทำงานจะช่วยสื่อความเข้าใจ มีอิสระของการร่วมมือและการแลกเปลี่ยนในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการเรียนรู้ ได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากหลักในการเรียนรู้ในผู้ใหญ่แล้วหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือหลักการจูงใจ โดยกลุ่มทฤษฎีที่เน้นกระบวนการของการจูงใจ จะให้ความสำคัญกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดซึ่งจะมีส่วนในการจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ลีดและนักวิชาการคนอื่นๆ ได้เสนอหลักการของลักษณะเป้าหมายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่

1) การตั้งเป้าหมายในลักษณะเฉพาะเจาะจงเพื่อการปฏิบัติงานโดยทั่วไป จะนำไปสู่ผลผลิตที่ดีกว่า

2) เป้าหมายที่ยากและมีลักษณะท้าทายจะดีกว่าเป้าหมายง่าย เมื่อใดเป้าหมายเป็นที่ยอมรับโดยผู้ปฏิบัติงานถึงแม้เป้าหมายนั้นจะยาก ผู้ปฏิบัติงานก็จะพยายามทำงานให้ดีขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

3) การมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ในทฤษฎีนี้จะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมเป็นผู้จัดตั้งเป้าหมายของเขาเอง

3.1.3 กิจกรรมในการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรอาจกระทำได้ทั้งมีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ เป็นกลุ่มหรือรายบุคคล (Gillies, 1994 : 306) ประเภทการพัฒนาแบ่งออกเป็นหลายชนิด (ประณีต และ อุดมรัตน์, 2529 : 130; Gillies, 1994 : 306-307; Loveridge and Cummings, 1996 : 373-374) คือ

1) การปฐมนิเทศ (Orientation) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับองค์การและการปฏิบัติงานแก่บุคลากรใหม่ เพื่อให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม

2) การอบรมขณะประจำการ (Inservice education) เป็นการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานของตนเอง นำสู่กระบวนการคุณภาพ

3) การฝึกปฏิบัติงาน (Skill training) เป็นการเพิ่มทักษะเฉพาะด้านในการปฏิบัติ หรือทดลองปฏิบัติ

4) การศึกษาดูงาน (Field study) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และก่อให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์

5) การศึกษาด้วยตนเอง (Self study) เป็นการศึกษาหาความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้วยตนเองอย่างอิสระ

6) การศึกษาต่อที่สูงขึ้น (Continuing education) เป็นการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นเพื่อปรับปรุงงานและมีความรู้ให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ดำรงอยู่ เพื่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน

การจัดแบ่งประเภทการพัฒนาบุคลากรดังกล่าวพอจะสรุปได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

- 1) ส่งเสริมการเพิ่มวุฒิ ได้แก่ การศึกษาต่อ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลามาก
- 2) การเสริมสมรรถภาพ ได้แก่ การอบรม การฝึกปฏิบัติงาน การศึกษาดูงาน เพื่อเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถมากขึ้น ซึ่งการพัฒนาด้วยวิธีนี้เป็นที่นิยมมากเพราะสามารถปฏิบัติงานได้ทันทีภายหลังการฝึกปฏิบัติงานและสิ้นเปลืองเวลาน้อย (ฐิระ ประวาลพฤกษ์, 2538 : 2)

การพัฒนาบุคลากรด้วยวิธีการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงานเป็นวิธีการเสริมสมรรถภาพวิธีหนึ่ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในงาน ซึ่งหมายถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถมากขึ้น ส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะในงานเพิ่มขึ้น

3.2 การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมในการพัฒนาบุคลากร

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการเสริมสมรรถภาพบุคลากรอย่างหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร เป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้เกิดผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้อย่างมีคุณภาพ

กระบวนการในการจัดการฝึกอบรม

การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผน กำหนดขั้นตอน การปฏิบัติ และระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมไว้อย่างเหมาะสม ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ณัฐพันธ์ เจริญนันท (2541 : 151-153) ได้สรุปขั้นตอนในการจัดการฝึกอบรมไว้ 8 ลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ความต้องการในการจัดการฝึกอบรม จากการวิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจากความก้าวหน้าทางวิทยาการ และทางด้านคุณภาพ เพื่อให้พัฒนาความรู้ความสามารถทันต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. การตรวจสอบความต้องการ การฝึกอบรมต้องพิจารณาความจำเป็นเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแต่ละโครงการตามสถานการณ์และข้อจำกัดที่มี

3. การออกแบบโครงการฝึกอบรม ต้องมีการวางแผน โดยคำนึงถึงลักษณะและประเภทของการฝึกอบรม หัวข้อการฝึกอบรม จำนวนผู้เข้ารับการอบรม สถานที่ วิทยากรและงบประมาณ

4. นำเสนอโครงการต่อผู้บริหารเพื่อให้การฝึกอบรมสามารถดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และสามารถประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

5. จัดวางระเบียบในการดำเนินการ จะต้องจัดการวางระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมถูกต้อง

6. การฝึกอบรม การดำเนินการอบรมตามแผนที่วางไว้

7. การประเมินผล ตรวจสอบว่าการฝึกอบรมบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ มีอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการ เพื่อจะได้ปรับปรุงแก้ไข

8. การติดตามผลเพื่อติดตามผู้เข้ารับการอบรมมีการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนา อย่างไร โดยใช้วิธีการต่างๆ ในการประเมินผล เช่น ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์

วิธีการฝึกอบรม

โครงการฝึกอบรมจะเลือกวิธีโดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ประเภทของการฝึกอบรม วิธีการฝึกอบรม จะมีวัตถุประสงค์ ความมุ่งหมาย ประโยชน์ที่จะได้รับและความเหมาะสมแตกต่างกัน วิธีการฝึกอบรมต่างๆที่ใช้ในปัจจุบัน ดังนี้

1. การบรรยายเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดในการสื่อความหมายที่ทำให้เกิดการคล้อยตามเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้รับฟัง วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บรรยาย

2. การประชุม เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ เพราะการประชุมจะมีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นระหว่างกัน โดยผลของการประชุมจะก่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน

3. การแสดงบทบาทสมมติ จะจัดให้ผู้เข้ารับการอบรมเหมือนกับอยู่ในสถานการณ์จริงที่สุด เป็นการเรียนโดยการลงมือปฏิบัติ

4. การใช้กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ เพื่อต้องการให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถประมวลความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่มีมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนในเวลาจำกัด เพื่อให้เกิดความชำนาญในการตัดสินใจ

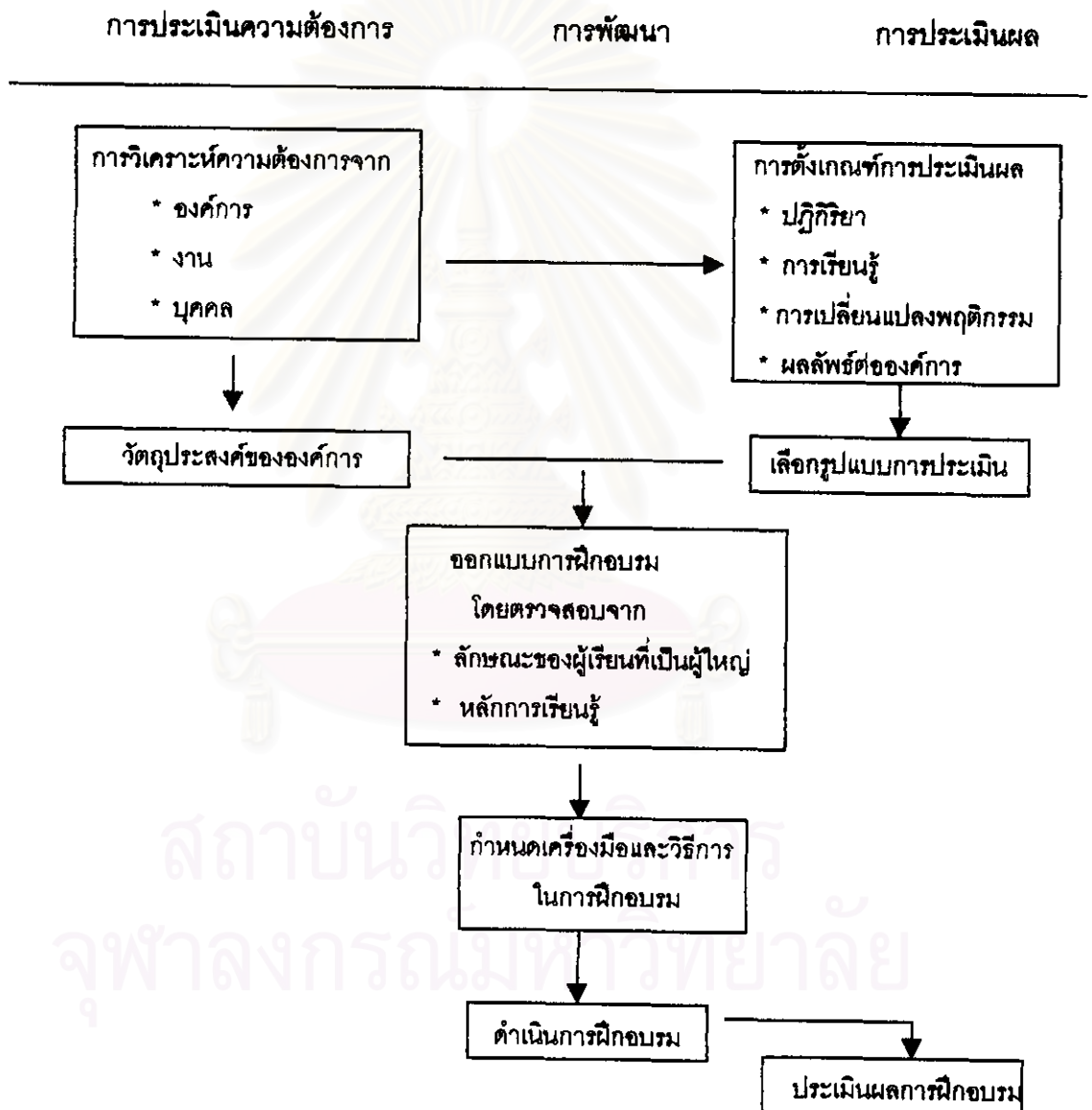
5. การสาธิต เป็นการฝึกอบรมโดยแสดงจากตัวอย่างจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและจดจำตลอดจนนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

6. การสัมมนาเป็นวิธีการฝึกอบรม ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพนักงานที่มีความรู้ เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างเสรี

7. การฝึกงานในสถานการณจริง จะใช้กับบุคลากรในระดับปฏิบัติงานโดยมีการสอนงาน และได้ทดลองในสถานที่จริงเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและสามารถปรับตัวได้รวดเร็ว และจากการศึกษาอีกรูปแบบของการฝึกอบรม

Bernardin & Russell (1998 : 175) ะบวนการฝึกอบรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการฝึกอบรม
2. การพัฒนา
3. การประเมินผลการฝึกอบรม



จะเห็นว่าในการฝึกอบรมนั้นมีขั้นตอนสรุปได้ คือ การประเมินความต้องการซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินจากความจำเป็นที่สอดคล้องกับนโยบายและแนวโน้มที่บุคลากรพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมทั้งในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ใช้บริการรับทราบถึง

สิทธิและจะส่งผลให้มีการเรียกร้องสิทธิตนเองมากขึ้น และการกำหนดวางแผนและวิธีที่ใช้ในการ ในการดำเนินการฝึกอบรม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการเรียนรู้และการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ซึ่งใน ลักษณะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองรวมทั้ง การมีส่วนร่วม ในการกำหนดแนวทางที่ต้องปฏิบัติ ดังนั้นการฝึกอบรมด้วยวิธีการประชุมปรึกษา จึงเป็นวิธีที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ที่มีการนำปัญหาภาวะวิกฤต และร่วมกันเสนอความคิดเห็น นำไปสู่ผลสรุปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และในขั้นตอนสุดท้าย มีการ ประเมินผลการฝึกอบรม

3.3 การฝึกอบรมพยาบาลผ่าตัดด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดด้วยวิธี ผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยจนเสร็จสิ้นการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ได้แบ่ง การพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบกับการจัดการสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกในการ ผ่าตัด เช่น การเตรียมห้องผ่าตัด และการจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ พร้อมทั้งจะใช้ได้ทันที ตลอดเวลา (เรณู อาจสาธิต, 2540 : 19) การพยาบาลที่ให้มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ พยาบาลต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งต้อง ศึกษาในด้านความก้าวหน้าของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องมือชนิดใหม่ และวิธีการ ผ่าตัดชนิดใหม่ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดจึงต้องพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่องในทักษะ ต่างๆ เหล่านี้ด้วย

ในการศึกษาห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นข้าราชการตำรวจ และประชาชนทั่วไป โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 800 ราย ประกอบด้วยหน่วยห้องผ่าตัด จำนวน 6 หน่วย ได้แก่ ห้องผ่าตัดศัลยกรรม ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ห้องผ่าตัดหัวใจ ห้องผ่าตัดอุบัติเหตุและห้องผ่าตัดเล็ก ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร ปัจจุบัน ประกอบด้วย หัวหน้าห้องผ่าตัดแต่ละหน่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบ และมีคณะกรรมการ วิชาการห้องผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยตัวแทนในแต่ละหน่วยห้องผ่าตัด ให้การสนับสนุนทางวิชาการ

การประชุมพิเศษนับได้ว่าเป็นการพัฒนาบุคลากรพยาบาลผ่าตัดที่เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุด ซึ่งมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในระบบของศรูดคลินิก (พี่เลี้ยง) เมื่อพยาบาลใหม่จะได้รับการ ประชุมพิเศษโดยรวมจากงานพยาบาลเกี่ยวกับนโยบาย สายการบังคับบัญชาและชี้แจงกฎระเบียบ ต่างๆ เมื่อเสร็จสิ้นศรูดคลินิกของหน่วยห้องผ่าตัดจะทำการประชุมพิเศษในรายละเอียดที่เกี่ยวกับงาน ห้องผ่าตัด รวมทั้งฝึกหลักพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่ และให้การดูแล แนะนำ ช่วย เหลือ เป็นที่ปรึกษา ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติ และในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ

ของผู้ปฏิบัติงาน จะให้ความสำคัญในทักษะของการใช้เครื่องมือผ่าตัด เทคนิคของเครื่องมือเป็นส่วน ใหญ่ และไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ในการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่างๆ ทั้งในหน่วยงานและนอก หน่วยงาน จะถูกส่งรายชื่อไปโดยหัวหน้าจัดเรียงลำดับเอาไว้ ผู้ที่เข้ารับการอบรมจะไม่ทราบ วัตถุประสงค์ และไม่มีการประเมินผลในสิ่งที่ได้ไปอบรมและถ้ามีสิ่งที่จะต้องแจ้งให้ทราบหรือมี ปัญหาในการปฏิบัติงาน หัวหน้าก็จะนัดประชุมในช่วงเวลาเช้าก่อนผู้ช่วยเข้าผ่าตัดหรือติดประกาศ เพื่อแจ้งให้บุคลากรทราบ มิได้มีการติดตาม รวมทั้งไม่มีการประเมินผลในการปฏิบัติงาน ที่ชัดเจน

จะเห็นได้ว่าในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลผ่าตัดทางด้านคุณภาพบริการพยาบาล หรือการ นำมาตรฐานการมาใช้ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่มีการประเมินการปฏิบัติงานดังกล่าว ผู้วิจัย จึงได้หาแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่จะสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนขึ้น และใน ฐานะพยาบาลผ่าตัดมีบทบาทที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูล ช่วยเหลือ สนับสนุน ปกป้องผู้ป่วยและการเป็นตัวแทนผู้ป่วย จึงจัดการฝึกอบรมพยาบาลผ่าตัดด้านการพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย โดยใช้หลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ จากการประชุมปรึกษาที่มพยาบาล ซึ่งจากลักษณะของ การทำงานของพยาบาลผ่าตัด เวลาที่เหมาะสมที่จะจัดการควรเป็นเวลาช่วงเช้าก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติ งานผู้ป่วยเข้าผ่าตัดซึ่งไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงานและพยาบาลทุกคนมีโอกาที่จะได้รับการฝึกอบรม

รูปแบบการฝึกอบรมเป็นการประชุมปรึกษาวิเคราะห์อุบัติการณ์ เริ่มจากการสร้างความ ตระหนักในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และการวิเคราะห์ อุบัติการณ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งรูปแบบในการฝึกอบรมต้อง เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติจะทำให้ผู้ได้รับการฝึกอบรมได้ประโยชน์อย่างแท้จริง และเพื่อให้ ได้แนวทางในการปฏิบัติพยาบาล สรุปเป็นกิจกรรมในการปฏิบัติพยาบาลด้านการพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย เป็นการเสริมมรรถภาพในการปฏิบัติพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ พยาบาลผ่าตัด

4. คุณภาพบริการพยาบาล

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในด้านคุณภาพและ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนสูงสุด ในโรงพยาบาลและเป็นผู้ให้บริการพยาบาลผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงต้องมีการพัฒนา การบริการเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งสามารถตรวจสอบ และประเมินได้ รวมทั้งสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ใช้บริการ

4.1 แนวคิดของคุณภาพบริการ



สภารับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากแคนาดา (The Canada Council of Health Services Accreditation) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า เป็นการทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดีและลูกค้าพึงพอใจ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541 : 8)

บุญสม มิตรพระพันธ์ (2542 : 14) ได้ให้ความหมายของบริการที่มีคุณภาพ คือ การจัดการด้านบริการต่อผู้ใช้บริการโดยตอบสนองของความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน

เพ็ญจันทร์ แสงประสาน และคณะ (2542 : 16) กล่าวถึง คุณภาพบริการด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมบริการหลัก (Care services) บริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral services) ซึ่งคาดหวังไว้และนอกเหนือความคาดหมายจนเกิดความประทับใจ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2530 : 86) กล่าวว่า คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับภาคโครงสร้างหรือการบริหารบริการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะ ที่ดีของของแต่ละภาคไว้เพื่อการประเมินระดับของมาตรฐาน

ทินิจ ปริชานนท์ และ อัญชลี นวลคล้าย (2540 : 298) ให้ความหมาย คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การพยาบาลที่ดีเลิศที่ให้กับผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล และเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ ทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตลอดจนเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

สรุปได้ว่า คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาล ที่เป็นไปตามตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยจนเกิดความพึงพอใจในบริการนั้น

4.2 การพัฒนาบุคลากรกับคุณภาพบริการพยาบาล

บุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ที่จำเป็นจะต้องส่งเสริม และพัฒนาความรู้ความสามารถเพื่อเป็นประโยชน์แก่งาน องค์กรและวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนสูงสุดและต้องให้บริการกับผู้รับบริการมากที่สุดของบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งจะพบได้ว่าปัญหาการบริการพยาบาลไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอาจเนื่องมาจากมาตรฐานการทำงานไม่ได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับสภาวะในปัจจุบัน และไม่เข้าใจปัญหาตามสภาพของการทำงาน เช่น ขาดผู้รับผิดชอบ ขาดการตรวจสอบ (เพ็ญจันทร์

แสนประธาน และคณะ, 2542 : 11) การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้บุคลากรมีคุณลักษณะ ดังนี้ (Swansburg R. C.,1995) มีการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง พัฒนาศักยภาพตนเองให้เหมาะสม การทำงานร่วมกันกับผู้อื่นโดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

คุณภาพบริการพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่งและเป็นเป้าหมายสูงสุดต่อวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีความรับผิดชอบอันสำคัญที่ต้องให้บริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงเป็นที่พอใจและเชื่อถือ ไว้วางใจของสังคม ผู้ใช้บริการ ต่อพยาบาล หน่วยงานและสถานบริการ ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2530 : 35) ให้มีบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยให้องค์กรพัฒนา อย่างยั่งยืน (เพ็ญจันทร์ แสนประธาน และคณะ,2542 : 14)

ลักษณะสำคัญของคุณภาพบริการ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ,2530 : 86) คือ

1. บริการพยาบาลที่จะได้ดีต้องจัดบริการในปริมาณที่เหมาะสม นั่นคือความสามารถให้บริการในจำนวนขนาดและประเภทที่สอดคล้องกับความต้องการบริการ
 2. ลักษณะของบริการเป็นที่ยอมรับและตระหนักในคุณค่าของบริการทั้งผู้ให้ ผู้ใช้ บริการ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
 3. บริการพยาบาลที่จัดให้ต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีระบบและมีแบบแผน
 4. บริการพยาบาล ต้องมีความครอบคลุมทั้งเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยา และศิลปะของการพยาบาล รวมทั้งการจัดการ
 5. ต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การประเมินผล การพัฒนา และประโยชน์ทางกฎหมาย
 6. ความสามารถในการรักษาคุณภาพบริการไว้ในระดับสูงสุด
- การพยาบาลที่มีคุณภาพจึงประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่แสดงให้เห็นว่าได้รับการควบคุมดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการความต้องการของผู้ใช้ บริการ

การดำรงไว้ซึ่งคุณภาพบริการพยาบาล คือ การควบคุมนโยบายระเบียบข้อบังคับ เช่น การบันทึกรายงาน ข้อมูลปัญหา การประชุมประเมินผลการพยาบาล การปรับปรุงแก้ไขเมื่อต่ำกว่ามาตรฐาน การพัฒนาบุคลากรเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการพยาบาล การอำนวยความสะดวก เริ่มความสนใจในการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาการพยาบาล การใช้ระบบบริหารที่ส่งเสริมการริเริ่มสร้างสรรค์และกำลังใจการปฏิบัติงาน นำไปสู่คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ,2530 : 87)

การพัฒนาบุคลากรพยาบาลจึงเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างเสริมให้พยาบาลเกิดการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติและวิธีการทำงาน โดยการจัดประสบการณ์

ให้เหมาะสม เพื่อนำความรู้ และทักษะมาปรับปรุงการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริม ทำให้ผู้ใช้บริการมั่นใจว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรพยาบาลจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าไปสู่คุณภาพการบริการพยาบาล

4.3 การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล

คุณภาพการบริการพยาบาลต้องมีเกณฑ์ลักษณะที่ชัดเจนในการปฏิบัติ การประเมินผล (ทวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2530 : 86) กิจกรรมหรือวิธีการต่างๆ ในการควบคุมคุณภาพ (Quality control methodologies) สามารถสร้างขึ้นได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และต้องผ่านกระบวนการที่สร้างความเชื่อมั่นได้ และสามารถใช้วัดการปฏิบัติพยาบาลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ทวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2533 : 88)

จากแนวคิดของ Omachonu ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการวัดคุณภาพการบริการพยาบาล คุณภาพด้านบริการมีองค์ประกอบหลักอยู่ 2 อย่าง คือ คุณภาพการปฏิบัติ (Quality in practice) และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception)

Omachonu (1990 : 43-45) กล่าวว่า มี องค์กร 2 องค์กร ที่กำหนดมาตรฐานคุณภาพทางด้านสุขภาพ คือ ANA (The American Nurses' Association) และ JOCAH (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) และในช่วงปี 1960 Donabedian ได้พัฒนากรอบแนวคิด พบว่ามี 3 ปัจจัยได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์

มาตรฐาน คือ สิ่งสำคัญของระบบประกันคุณภาพการพยาบาล ที่จะต้องสร้าง ใช้ และมีการตรวจสอบติดตามให้เกิดขึ้นได้จริงกับผู้ใช้บริการ

มาตรฐานคุณภาพการบริการ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

1. มาตรฐานเชิงเทคนิค (Technical Standard หรือ Standard in Fact) คุณภาพเชิงเทคนิคหรือคุณภาพตามความเป็นจริงนี้ เป็นไปตามที่กำหนดในวิชาชีพ ซึ่งกองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพของงานบริการพยาบาล ตามมาตรฐานสากล 3 รูปแบบ (กองการพยาบาล, 2538 : 1) ดังนี้ คือ

1.1 มาตรฐานการพยาบาลเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) เป็นมาตรฐานการพยาบาลของระบบบริการ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริหารการพยาบาล ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละบุคคล และแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล

1.2 มาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นการกำหนดพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นการกำหนดโดยยึดกระบวนการ

การพยาบาลเป็นหลัก ในเรื่องเกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่พึงกระทำเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการ

1.3 มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ (Outcomes Standard) เป็นการกำหนดมาตรฐานที่เป็นข้อความที่แสดงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในลักษณะผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการแล้ว

2. มาตรฐานเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Standard หรือ Quality in Perception) คุณภาพบริการประเมินจากกระบวนการให้บริการ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการ โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการในบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของการให้บริการ ในการประเมินคุณภาพบริการ (Parasuraman, 1985 : 42) ถ้ากระบวนการบริการเป็นที่พอใจของผู้รับบริการแล้ว แม้ว่าผลจะออกมาไม่ด้นัก ผู้รับบริการมักจะยอมรับได้

ประโยชน์ของมาตรฐานการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญนุรักษ์, 2533 : 90) คือ

1. สร้างความมั่นใจในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นการประกันการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด
3. สร้างความสำเร็จของงานบริการพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล
5. ป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน
6. เป็นการคุ้มครองผู้ป่วย
7. เป็นการใช้ระบบการควบคุมที่มีคุณค่า
8. สร้างเอกลักษณ์ทางวิชาชีพการพยาบาล
9. เป็นการรับรองคุณภาพการพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
10. ให้แนวทางในการใช้ทฤษฎีการพยาบาล

Blumental, David. (1996 : 891-893) กล่าวว่า คุณภาพบริการสามารถวัดได้ 2 มิติ คือ

1. การให้บริการอย่างเหมาะสม หมายถึง การตระหนักถึงการตอบสนอง และการต่อต้านในความต้องการอย่างมีคุณค่าของผู้ใช้บริการ โดยคำนึงถึงความคิดเห็นของผู้ใช้บริการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมสำคัญในการชี้วัดคุณภาพบริการ

2. การให้บริการด้านความชำนาญ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการสามารถประยุกต์การบริการ โดยใช้เวลาน้อยในการทำงาน และทำให้คุณภาพบริการเพิ่มขึ้น

Parasuraman, Zeithaml, Berry, Babakus, et al. (1991) ได้สร้างเครื่องมือและทำการศึกษาลักษณะสำคัญของคุณภาพบริการ สรุปได้ดังนี้

1. คุณลักษณะของเครื่องอำนวยความสะดวก สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร และ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Tangibles)
2. ความสามารถของโรงพยาบาลที่ให้บริการน่าเชื่อถือ ถูกต้องตามสัญญาไว้ (Reliability)
3. ความตั้งใจจริงของโรงพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้บริการ และการให้บริการที่รวดเร็วทันที (Reponsiveness)
4. ความรู้ธัญยาภัยของพยาบาล รวมทั้งความสามารถในการสร้างความมั่นใจแก่ ผู้ใช้บริการ (Assurance)
5. การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ใช้บริการ เป็นรายบุคคล ที่พยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการ (Empathy)

การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากประเมินคุณภาพตามการรับรู้ที่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เป็นความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล และการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐานวิชาชีพ เป็นการประเมินตามความเป็นจริงเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นอีกส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพบริการ ในการวิจัยนี้จึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาล จากความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล และพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาล

4.4 คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล

คุณภาพตามมาตรฐานเป็นเกณฑ์ในการบ่งชี้คุณภาพบริการซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพ มีความเห็นว่าถ้าสามารถทำงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดจะช่วยให้งานมีคุณภาพ แต่ตามความเป็นจริงคุณภาพตามมาตรฐานเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคุณภาพเท่านั้น ทั้งนี้เพราะตามความเห็นและความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่เข้ามาใช้บริการที่มีคุณภาพนั้นหมายถึง การได้รับบริการถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามความคาดหวัง ระดับความพอใจของผู้ใช้บริการ จึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เกื้อหนุนให้เกิดความพอใจ ความประทับใจ และเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการ ระดับความพอใจและการยอมรับจึงมาจากสิ่งที่คุณใช้บริการมีความพอใจเชื่อมั่น หรือระดับความประทับใจ คือมีสิ่งที่คุณคาดหวังจะได้รับ และเมื่อสิ่งนั้นๆ ที่ได้คาดหวังทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดความประทับใจอยากมาใช้บริการอีก (Kotler, 1994 : 474) ดังนั้นผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ นอกจากคุณภาพตามหลักการและมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลนั้นผู้บริหารทางการพยาบาล ต้องนำแนวคิดทางการตลาด คือคุณภาพตามความคิดเห็น

และความรู้สึกของผู้รับบริการมาประยุกต์ใช้ในระบบการบริการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์, 2533 สอดคล้องกับ พนิดา ดามาพงศ์, 2537)

แนวคิดของ Porter and Lawler (อ้างถึงใน สมยศ นาวิกาน, 2531) กล่าวว่า การปฏิบัติงานนำมาซึ่งความพอใจ หมายถึง ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีจะมีความพึงพอใจสูง ในทำนองเดียวกันในฐานะผู้ใช้บริการ ถ้าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพแล้วย่อมเกิดความพึงพอใจต่อบริการนั้น เช่นเดียวกัน

Lynch & Schuler (1990 : 16-22) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 600 คน จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการมี 3 ประการ คือ

- 1) การรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก ทำเลที่ตั้ง มนุษย์สัมพันธ์
- 2) การมารับบริการครั้งก่อน เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องปฐมพยาบาล และห้องฉุกเฉิน เป็นต้น
- 2) ความเชื่อ เช่น ความเชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล ความเชื่อในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษา ที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

Risser (1975) สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วย (Patient Satisfaction instrument) โดยในครั้งแรกสร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน และต่อมาได้มีการพัฒนาและนำมาใช้วัดความพึงพอใจต่อพยาบาลและการบริการในโรงพยาบาลซึ่งกรอบแนวคิดพื้นฐานของ Risser ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า เป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่เขาได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งนับได้ว่าเป็นเกณฑ์ประเมินเชิงผลลัพธ์

ในระยะแรก Risser มีเกณฑ์วัดความพึงพอใจใน 4 ทางด้าน ต่อมาหลังจากได้นำไปใช้ในงานวิจัย ศึกษากิจกรมพยาบาลและได้ทดสอบความพึงพอใจและนำมาปรับปรุงใหม่ สรุปได้เกณฑ์ในการประเมินใหม่เป็น 3 ทางด้าน กล่าวคือ

1. ความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล หรือทักษะและความรู้ความสามารถการปฏิบัติงาน เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน
2. ด้านสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การติดต่อสื่อสาร ของพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความจริงใจ มีความไว้วางใจ เกิดความมั่นใจในบริการ
3. ด้านความสัมพันธ์ในการให้การศึกษา เป็นความสามารถของพยาบาลในการ แลกเปลี่ยนข้อมูล อธิบาย แนะนำตอบข้อซักถาม ตลอดจนการสาธิตให้ผู้ป่วยเข้าใจ

Eriksen (1988) สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับผู้บริหารงานพยาบาล และนักวิจัยที่เป็นพยาบาลในการ ศึกษาลักษณะความพึงพอใจแบบต่างๆ ของผู้ป่วย

โดย Eriksen มีแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ จากนักวิชาการหลายท่าน กล่าวคือ

Donabedine (1980) ให้ความเห็นว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นผลลัพธ์ ของการดูแล ซึ่งบ่งบอกถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการ เป็นการประเมินในความสำเร็จ ของการดูแลในการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยถือว่าผู้ใช้ บริการเป็นผู้ที่มีความสำคัญสูงสุด

นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากการดูแลของ พยาบาล Abdallah and Levine (1957) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงความพอใจและไม่พอใจขณะ อยู่โรงพยาบาล มาจัดเป็นหมวดหมู่ ได้ 7 หมวด คือ 1. เหตุการณ์ที่บ่งบอกถึงความพอใจต่อ การดูแล การได้พักผ่อนและผ่อนคลาย 2. ความต้องการอาหาร 3. การรับถ่าย 4. อนามัย ส่วนบุคคล 5. การดูแลช่วยเหลือ 6. การตอบสนองต่อการรักษา 7. การปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

Tagliacozzo (1965) รายงานว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ตอบสนองที่ไวต่อบุคคลิก และ กิริยาท่าทางของพยาบาล เมื่อรวมความคาดหวังทั้งหมดของผู้ให้สัมภาษณ์ 81% เป็นการดูแล เป็นรายบุคคล และบุคลิกภาพของพยาบาล 55% เป็นการบริการอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 29% เป็นความรู้ความชำนาญ

นอกจากนี้ Doll (1979), Fellows (1983), Perkins (1983) ก็ได้ศึกษาใน ทำนองเดียวกัน ผลสรุปส่วนใหญ่เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังในด้านบุคคลิก และพฤติกรรมที่ แสดงออก ของพยาบาล และประสิทธิภาพของการพยาบาล

Ware และคณะ (1978) ได้จำแนกความพึงพอใจของผู้ป่วย ออกเป็น 8 ด้าน คือ 1. ศิลปะการดูแล 2. คุณภาพทางด้านเทคนิค 3. การเข้าถึงได้ง่าย / ความสะดวก 4. ด้านการเงิน 5. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 6. ความพร้อมในการบริการ 7. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 8. ประสิทธิภาพ หรือ ผลลัพธ์การดูแล

Eriksen ได้สรุปและเห็นว่า ควรตัด ในด้านการเข้าถึงได้ง่าย / ความสะดวก และด้านการเงินออกไป เนื่องจากไม่ได้เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาล โดยตรง เครื่องมือการวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการพยาบาลที่แสดงออกถึงความสนใจเอาใจใส่ในผู้ป่วย มีความเข้าใจและการรับรู้ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น การรับฟังปัญหา การแสดงออกในการนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล มีทักษะและความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง พยาบาลจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยเหมาะสม และจัด แสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียง ให้เหมาะสม

4. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง พยาบาลมีการตรวจสอบและประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพอาการและสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีการถ่ายทอดซึ่งกันและกันเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

6. ประสิทธิภาพ หรือ ผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง พฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา คำแนะนำการสอนและสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่สร้างขึ้น มาจำแนกตามกรอบแนวคิดเครื่องมือการวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมในการบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่องและผลลัพธ์ของการดูแล

4.5 คุณภาพบริการพยาบาลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ ซึ่งจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดในการให้บริการผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ แต่การให้บริการนั้น Kotlor (1994 : 646) กล่าวถึงการบริการมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) ไม่มีตัวตน 2) มองไม่เห็นจับต้องไม่ได้ 3) แบ่งแยกการบริการจากการรับบริการไม่ได้ 4) เก็บรักษาไม่ได้ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในการตรวจสอบเพื่อให้ทราบถึงคุณภาพบริการ หรือการประเมินผลใน

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นไม่สามารถจะวัดออกมาได้อย่างชัดเจน ซึ่งพินิตา ดามาพงศ์ (2538 : 29) ได้วิเคราะห์ลักษณะบริการพยาบาลตามแนวคิดของ Kolter สรุปได้ดังนี้ ต้องทำให้บริการพยาบาลมีสัญญาณ หรือหลักฐานที่แสดงออกว่าคุณภาพ ให้สามารถจับต้องได้ นำมาวัดและประเมินได้

การประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น การประเมินจะเกิดขึ้นเมื่อมีจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ เป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลจึงเป็นการตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาล ในการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลนั้น จากการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ คือ จากการสังเกตพฤติกรรม การพยาบาล การประเมินตนเอง การตรวจสอบจากเอกสาร เช่น การบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ในการวิจัยนี้จึงใช้วิธีการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในพฤติกรรมที่สังเกตได้ และจากแบบสอบถามพฤติกรรมตามการรายงานตนเองของพยาบาลในพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้

การสังเกต (Observation) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ต้องใช้ประสาทสัมผัส โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสาทสัมผัสทางตาและหู การสังเกตเหมาะที่จะใช้ในการศึกษาคุณลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล ใช้เป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้ทั้งวิทยาศาสตร์กายภาพและทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 109) ในทางการพยาบาลใช้วิธีสังเกตกับข้อมูล ดังนี้ (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540 : 98-99) คือ

- 1) คุณลักษณะบุคลิกของบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- 2) การติดต่อสื่อสารด้วยการใช้คำพูดเป็นการสังเกตคำพูดและน้ำเสียงระหว่างบุคคล
- 3) ภาษาท่าทาง เป็นการสังเกตปฏิกิริยาที่แสดงออก
- 4) กิจกรรม เป็นการสังเกตการกระทำที่ต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
- 5) ทักษะและความสามารถ ใช้ในการประเมินผลการเรียนการสอนและการปฏิบัติการพยาบาล

- 6) สภาพแวดล้อม สังเกตสภาวะแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมของมนุษย์

ประเภทของการสังเกต (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540 : 99-100 และพวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 109-110) สรุปได้ ดังนี้

1. แบ่งตามการเข้าร่วม มี 2 ชนิด คือ

1.1 การสังเกตโดยเข้าไปร่วม เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์หรือกิจกรรมนั้นๆ ด้วย ผู้ถูกสังเกตจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ซึ่งการเข้าร่วมแบบนี้ถ้า

ผู้สังเกตไม่รู้ตัวว่าถูกสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออกมามักเป็นธรรมชาติ ไม่เกิดการแสดงหรือข้อมูลที่ได้เป็นความจริง

1.2 การสังเกตโดยไม่เข้าร่วม เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตจะอยู่วงนอก โดยไม่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม ผู้ถูกสังเกตจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ถ้าผู้สังเกตรู้ตัว จะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกมาเปลี่ยนแปลงไปไม่เป็นธรรมชาติ แต่ถึงแม้ว่าผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัว อาจมีข้อเสีย คือ ไม่สามารถติดตามพฤติกรรมได้ทุกอย่าง

2. แบ่งตามการมีโครงสร้าง มี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การสังเกตที่มีโครงสร้างล่วงหน้า ผู้สังเกตจะกำหนดเรื่องและขอบเขตเนื้อหาให้แน่นอนว่าจะสังเกตพฤติกรรมใด จึงมีเครื่องมือช่วยสังเกต หรือบันทึก

2.2 การสังเกตที่ไม่มีโครงสร้างล่วงหน้า เป็นการสังเกตอิสระในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ซึ่งกำหนดไว้กว้างๆ ไม่มีรายละเอียดว่าสังเกตอะไรบ้าง มีพฤติกรรมอะไรเกิดขึ้นก็สังเกตไว้หมด

ข้อดีของการสังเกต

1. การสังเกตทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงได้มาก เพราะเป็นการเก็บข้อมูลจากปฐมภูมิ
2. ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ไม่มีเวลา หรือไม่ยอมให้สัมภาษณ์
3. การสังเกตช่วยในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งใช้ตรวจสอบความเที่ยง และความเชื่อมั่นจากวิธีอื่น

ข้อเสียของการสังเกต

1. การสังเกต มักจะขาดความเป็นปรนัย เพราะข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ต้องเปลี่ยนเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ทำให้แปลความหมายไม่ตรงกัน

2. ถ้าผู้สังเกตรู้ตัว อาจทำให้พฤติกรรมของผู้ถูกสังเกตเปลี่ยนแปลงไป

3. การสังเกตต้องอาศัยการบันทึกที่รวดเร็วและแม่นยำ ถ้าการบันทึกไม่ดีผลก็คลาดเคลื่อนได้

และนอกจากการประเมินด้วยวิธีสังเกตแล้ว เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องของสิทธิผู้ป่วย จึงใช้วิธีการสอบถามพฤติกรรมตามการรายงานตนเองของพยาบาลในสิ่งที่วัดจากการสังเกตไม่ได้ เพื่อให้ครอบคลุมโครงสร้างเนื้อหาในแบบประเมินพฤติกรรมกาปฏิบัติกาพยาบาล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุกัญญา โลงนาภวัฒน์ วัลยา คุโรปรกรณ์พงศ์ และสุชาติ อติวรรณะ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงชานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ มีความคาดหวังไม่แตกต่างกัน และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิในผู้ป่วยที่การศึกษาที่แตกต่างกันได้รับไม่แตกต่างกัน

เคยหอม บุญพันธ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยนอก จำนวน 140 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์และความคาดหวังต่อการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล และความคาดหวังต่อการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ศวีวรรณ มีบุญ (2539) ได้ศึกษาเรื่อง ความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลโดยวัดความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการให้รับข้อมูล 2) ด้านการให้โอกาสผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล 4) ด้านการดูแลอย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ พบว่า พยาบาลมีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยในระดับสูง พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยในระดับต่ำกว่าพยาบาลคิดว่าตนได้ปฏิบัติ

ชีนจิตต์ ประสมสุข (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และเจตคติต่อสิทธิของผู้ป่วย กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 300 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติต่อสิทธิของผู้ป่วยทางบวก และมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และอายุ ประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน การศึกษาอบรม ความรู้ เรื่องสิทธิผู้ป่วย เจตคติต่อสิทธิของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัทรกร สีตลวรางค์ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และค่านิยมด้านวิชาชีพ กับการปฏิบัติการในการรักษาสีตติประโยชน์ของผู้ป่วยของพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลผ่าตัด จำนวน 278 คน พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาสีตติประโยชน์ของผู้ป่วยของพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับสูง และอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การได้รับความรู้/การอบรม ด้านจริยธรรม และการสนับสนุนด้านจริยธรรม ไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติการในการรักษาสีตติประโยชน์

จิตรา เกิดเพชร (2541) ได้ศึกษาระดับคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด และศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 294 คน และเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจำนวน 100 คน พบว่า คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด จำแนกได้เป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัญหาจากผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้ เจตคติต่อการปฏิบัติและวิจารณ์ญาณของพยาบาล 2) ปัญหาจากระบบงาน ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ลักษณะการนิเทศงาน แบบบันทึก อุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติ 3) ปัญหาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาพของผู้ป่วยและความต้องการของแพทย์ผู้ร่วมงาน

จากแนวคิดของการพัฒนาบุคลากร O'bien (1995) กล่าวถึงกระบวนการพัฒนาบุคลากรต้องมีความชัดเจนในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และ Bernardine Russell ได้กำหนดรูปแบบการฝึกอบรมไว้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการการฝึกอบรม การพัฒนาดำเนินการตามแผน และการประเมินผลการฝึกอบรม และจากANA (1994) การพัฒนาบุคลากรให้ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับคุณภาพการบริการพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซีนจิตต์ ประสมสุข (2540) การศึกษาอบรมของพยาบาลในเรื่องสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการเคารพสิทธิผู้ป่วย และการพัฒนาบุคลากรจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539 : 62) และการพัฒนางานโดยเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้มีโอกาสพัฒนาความสามารถ จะปฏิบัติงานได้รับผลสำเร็จเป็นที่ยอมรับเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Curreri, and et al (1985) นอกเหนือจากความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว การจะเกิดคุณภาพบริการได้นั้นต้องเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล (Omachonu, 1990) และจาก Risser (1975) อ้างถึงงานวิจัยของ Gorham (1962) Halliday (1961) และ Tagliocozzo (1965) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า 81% ให้ความสำคัญต่อบุคลิกภาพของพยาบาลในการให้การพยาบาล นอกนั้นเป็นความสามารถ เชิงวิชาการซึ่งเกี่ยวกับความรู้และทักษะการพยาบาล

ดังนั้นสรุปได้ว่าเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลจากการพัฒนาบุคลากรจึงต้องวัดจากการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการของ Omachonu

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการฝึกอบรม ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด

1. **ขั้นกำหนดผู้รับผิดชอบและแผนงาน**
 - 1.1 สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการฝึกอบรมบุคลากรของหัวหน้าห้องผู้ป่วย
 - 1.2 สร้างความเข้าใจให้ตระหนักในความจำเป็นของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
 - 1.3 จัดทำแผนและกำหนดการดำเนินงานการฝึกอบรมบุคลากร
2. **ขั้นดำเนินกิจกรรมการการฝึกอบรมบุคลากร**
โดยการประชุมปรึกษาด้วยการวิเคราะห์อุบัติการณ์
 - 2.1 การสร้างความพร้อมในการพัฒนา
 - 2.2 นำเสนอเหตุการณ์
 - 2.3 ร่วมอภิปรายหาข้อเท็จจริง
 - 2.4 อภิปรายหาประเด็นที่สำคัญของเหตุการณ์
 - 2.5 เสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
 - 2.6 สรุปแนวทางในการปฏิบัติ
3. **ขั้นประเมินการฝึกอบรม**
 - 3.1 ปฏิบัติตามแนวทางที่สรุป
 - 3.2 ทบทวนการทำงานในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

1. **ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล**
 - 1.1 ศิลปะการดูแล
 - 1.2 คุณภาพการดูแลทางเทคนิค
 - 1.3 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
 - 1.4 ความพร้อมในการบริการ
 - 1.5 การดูแลอย่างต่อเนื่อง
 - 1.6 ประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ของการดูแล

คุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด

2. **ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย**
 - 2.1 สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ
 - 2.2 สิทธิที่จะได้รับการ โดยไม่เลือกปฏิบัติ
 - 2.3 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ
 - 2.4 สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับตัวเมื่ออยู่ในสถานะอันตรายถึงชีวิต
 - 2.5 สิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ-สกุล และประเภทการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการตน
 - 2.6 สิทธิที่จะขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการ
 - 2.7 สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง
 - 2.8 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการทดลอง
 - 2.9 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลของตน
 - 2.10 สิทธิของผู้แทนโดยชอบธรรมที่จะใช้สิทธิแทนเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี และผู้บกพร่อง