

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักการศึกษาพยาบาลทั่วโลกต่างยอมรับว่า การประเมินความสัมฤทธิ์ผลของการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษาหรือการบริการ ส่วนใหญ่จะมุ่งผลทั้งในค่านปริมาณ และคุณภาพ ซึ่งผลทางค่านปริมาณส่วนมากจะไม่นับเป็นปัญหานักสำหรับผู้ประเมิน ส่วนผลทางค่านคุณภาพของการพยาบาลนั้น เป็นเรื่องที่ถูกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างให้ความสนใจ คั้งที่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมติดต่อกัน 2 ครั้ง ในเรื่องนี้ คือ การประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 6 ในหัวข้อการประชุมว่า "คุณภาพการพยาบาล"¹ และการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 7 ในหัวข้อการประชุมว่า "ระบบการศึกษานพยาบาล และคุณภาพการพยาบาล"² ในการประชุมดังกล่าวประกอบด้วยผู้ร่วมประชุมที่เป็นพยาบาล วิชาชีพ และบุคลากรที่มงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ สำหรับเนื้อหาสาระของการประชุม ได้แก่การพิจารณาคุณภาพการพยาบาลในหลาย ๆ ลักษณะ ตลอดจนแนวความคิดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ และต่อผู้ป่วยมากมาย เพราะ "การปฏิบัติการพยาบาล เป็นบริการโดยตรงที่ให้แกผู้รับบริการด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมที่ปฏิบัตินั้นจะสนองต่อความต้องการ หรือถูกปรับให้สนองต่อความต้องการ ของผู้รับบริการแต่ละคน แต่ละครอบครัว

¹ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 6 (2-7 พฤศจิกายน 2522), (อัครสาเนา).

² สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 7 (10-11 พฤศจิกายน 2523), (อัครสาเนา).

และแต่ละชุมชนทั้งในภาวะปกติ และ/หรือเมื่อเจ็บป่วย"¹ แต่เนื่องจาก "การปฏิบัติงานของพยาบาลของเท่ากับชีวิตมนุษย์ จึงต้องยึดเป้าหมายของการกระทำว่าผู้รับบริการจะต้องปลอดภัยและมีความสุขสมบูรณ์ขึ้นทุก ๆ ด้านตลอดเวลา"²

ไอรีน จี แรเมย์ (Irene G. Ramey) ผู้อำนวยการมลรัฐเท็กซัส กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาลจะบังเกิดผลได้นั้น จำเป็นจะต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนามาตรฐานการพยาบาล และเครื่องมือในการประเมินผลความพึงพอใจตามความคาดหวังของวิชาชีพ รวมทั้งระดับสติปัญญา ความเฉลียวฉลาดของบุคคล และการพิจารณาผลผลิตทางวิชาชีพ มิใช่จะมองแต่เพียงผลการปฏิบัติงานที่ได้ทำเสร็จสิ้นในช่วงเวลา 8 ชั่วโมงเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาเทคนิคการทำงานด้วยสติปัญญา การทำกิจกรรมการพยาบาลเป็นทีม ตลอดจนความต้องการและการโต้ตอบของผู้ป่วยด้วย³

อีดิธ แอล อเล็กซานเดอร์ (Edythe L. Alexander) กล่าวว่า การศึกษาเกณฑ์วัดคุณภาพของการพยาบาลที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้จาก USPHS Grant (United States Public Health Service) และสถาบันค้นคว้าวิจัยในการศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยครูและมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย พบว่า แนวการสังเกตคุณภาพการพยาบาล วัดได้จาก

¹ กุลยา ตันติผลาชีวะ, "การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลกับการประกันคุณภาพการพยาบาล," ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 6 (2-7 พฤศจิกายน 2522), หน้า 262.

² วรวิไล จันทราภา, "แนวทางในการประสานงานระหว่างระบบการศึกษาพยาบาลและระบบบริการพยาบาล," ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 6 (2-7 พฤศจิกายน 2522), หน้า 194.

³ Irene G. Ramey, "Setting Nursing Standard and Evaluation Care," Planning and Evaluating Nursing Care, 2d ed. (Massachusetts: Contemporary Publishing, 1976): 17.

การปฏิบัติการพยาบาล และ/หรือการโต้ตอบของผู้ป่วย¹

นักการศึกษาหลายท่านมีทัศนะเกี่ยวกับปฏิกริยาต่อกันระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ พยาบาลและแพทย์ ผู้รับบริการคือผู้ป่วยหรือผู้มาขอรับบริการ ด้านสุขภาพอนามัยหลายลักษณะ เป็นต้นว่า

สมพร บุขราทิจ ให้ทัศนะว่า "โดยธรรมชาติ ผู้ป่วยกับหมอย่อมมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เพราะมีจุดหมายปลายทางร่วมกัน คือ ผู้ป่วยต้องการรักษาตัวให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บ หมอต้องการรักษาผู้ป่วยเพื่อลาภ ยศ ชื่อเสียงหรือเพราะพอใจว่าการกระทำนั้นเป็นกุศลกรรม"²

สิวลี ศิริวิไล ให้ความเห็นที่ "แพทย์ คือบุคคลที่ใคร่ว่าเรียนมาในค่านของการบำบัดรักษาและป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นแก่มนุษย์ เป็นบุคคลที่มีคุณค่าสูงสมควรแก่การยกย่อง เชื้อถือและไว้วางใจมากกว่าวิชาอื่น..."³ ดังนั้นในความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มักพบเสมอ จึงมีลักษณะตามที่ กীরติ บุญเจือ กล่าวไว้ คือ "ทุกคนอยากเอาใจแพทย์ไว้ เพราะไม่อยากให้แพทย์ปฏิเสธตนเมื่อตนต้องการความช่วยเหลือ"⁴ ซึ่งตรงกับที่ สิวลี ศิริวิไล กล่าวเน้นว่า "แม้ว่าในบางครั้งมนุษย์เราอาจไม่พอใจต่อพฤติกรรม

¹Edythe L. Alexander, Nursing Administration in the Hospital Health Care System (Saint Louis: C.V.Mosby Company, 1972),p.36.

²สมพร บุขราทิจ, "ผู้ป่วยกับหมอ," สารศิริราช 28 (สิงหาคม 2519): 1821.

³สิวลี ศิริวิไล, "ภาพลักษณ์ของแพทย์ในสายตาของผู้ป่วย," สารศิริราช 30 (กรกฎาคม 2521): 1207.

⁴กীরติ บุญเจือ, จิตวิทยาสำหรับผู้ที่เริ่มเรียน, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2519), หน้า 112.

ของแพทย์ แต่กัจำต้องเก็บซ่อนความรู้สึกดังกล่าวไว้ในส่วนลึกของจิตใจ เพราะเกรงว่าถ้าแสดงความรู้สึกไม่พอใจออกมาแล้วจะกระทบกระเทือนต่อผลของการปฏิบัติที่ตนพึงได้รับจากแพทย์"¹

นอกจากนั้น ในวงการแพทย์แม้จะมีปรัชญาของการแพทย์อยู่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน ไม่ใช่วัตถุ การนำวิชาจิตวิทยาซึ่งจำเป็นทั้งด้านถึงมารยาทและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ละเลยต่อปัญหา และมุ่งสนใจต่อประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลในแนววิทยาศาสตร์มากกว่าสิ่งอื่น การซักถามผู้ป่วยเฉพาะแต่ประเด็นที่ตนสงสัย ขาดความเป็นกันเอง การปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ด้วยกัน ต่อหน้าผู้ป่วย ควบภาษาของการแพทย์ที่มีลักษณะลึกลับ การส่งผู้ป่วยเข้าห้องทดลอง โดยปราศจากการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือเตรียมตัว ย่อมเพิ่มภาวะความเจ็บป่วยทางจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกันเป็นการลดทอนธรรมชาติของมนุษย์จากภาวะซับซ้อนไปสู่ภาวะของวัตถุ และก่อให้เกิดความรู้สึกผิดหวังต่อสภาพลักษณะของแพทย์ที่มนุษย์เคยมีอยู่ในจิตใจ นับเป็นปัญหาสำคัญเชิงจริยศาสตร์ในการแพทย์ปัจจุบัน² ข้อความดังกล่าวคล้ายคลึงกับที่ เอสเทอร์ แบล บราวน์ (Esther L. Brown) ซึ่งอ้างคำกล่าวของฟิลด์ (Field) ไว้ว่า "ผู้ป่วยเปรียบเสมือนตัวทดลอง (Subject) ที่ต้องรับการตรวจ การทดสอบ โดยที่ตนเองไม่เข้าใจ และไม่มีใครอธิบายให้ฟัง"³

สแตนเลย์ เฮช คิง (Stanley H. King) กล่าวว่า "ผู้ป่วยมิใช่สิ่งของที่ไม่มีชีวิต ที่แพทย์หรือพยาบาลจะกระทำไปตามความประสงค์ มิใช่เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค

¹ สิวาลี คิวีล, "ภาพลักษณ์ของแพทย์ในสายตาของผู้ป่วย," : 1207.

² เรื่องเดียวกัน: 1208.

³ Esther L. Brown, Newer Dimension of Patient Care, (New York: Russell Sage Foundation, 1961), p.12.

และมีไข้เป็นเครื่องจักรที่อะลั่ยซำรุด ลึกหรือ"¹

ผู้ไม่ปรากฏนาม กล่าวถึงการผลิตแพทย์ว่า โครงการผลิตแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์ที่อาศัยรูปแบบเดิม ทำให้นักเรียนต้องฟัง ท่อง และจำเพื่อปฏิบัติต่อหลอดแก้ว วัตถุและสัตว์ทดลองอยู่เป็นปี จนขาดการคลุกคลีกับคนไข้หรือคนที่ทุกข์ทรมาน เพราะโรคภัยไข้เจ็บ ย่อมทำให้เกิดความเคยชินกับสิ่งเหล่านี้จนเห็นคนป่วยเสมือนหลอดแก้ว วัตถุหรือสัตว์ทดลองที่ตนจะหาโน่นทำโน้นได้ตามใจชอบ นอกจากนั้นยังทำให้แพทย์ที่ผลิตได้ขาดความสนใจในครอบครัว และสังคมของคนไข้ เพราะหลอดแก้วและสัตว์ทดลองเหล่านั้นไม่มีครอบครัวกับสังคมที่ตนนึกถึงแต่อย่างใด² ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรู้จักตนเองของแพทย์เป็นไปตามลักษณะที่ สมพร บุรราชิจ กล่าวคือ "ตามธรรมชาติ หมอรู้จักตนเองในลักษณะว่า ตนมีความสามารถพิเศษกว่าผู้อื่นเพราะสามารถบำบัด รักษา ทำให้มีความภูมิใจที่รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้"³ จึงทำให้มุ่งเฉพาะการรักษาทางกายมากกว่าทางจิต คั้งที่ผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งกล่าวว่า "ทุก ๆ คนล้วนแต่มีงานมาก รวมทั้งพยาบาลด้วย และไม่มีใครเลยสักคนที่จะมีเวลาพอที่จะรับฟังว่าฉันจะพูดอะไร"⁴

✓ จากการศึกษาของ สเตลล่า เฮย์ และ เฮเลน ซี แอนเดอร์สัน (Stella Hay and Helen C. Anderson) สรุปว่า ความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจาก

¹Stanley H. King, Perception of Illness and Medical Practice, (New York: Russell Sage Foundation, 1972), p.207.

²"การผลิตแพทย์ขนมหวานของใคร?" มติชน '23 (13-14 กันยายน 2523): 29.

³สมพร บุรราชิจ, ผู้ป่วยกับหมอ, : 1821.

⁴Clara Arndt and Loucine M. Daderian Huckabay, Nursing Administration, (Saint Louis: C.V. Mosby Co., 1975), p.192.

พยาบาลนั้น ได้แก่ การปฏิบัติที่ช่วยในคำนำใจ ปลอบใจและต้องการความเข้าใจ เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็งและมีความหวัง ผู้ป่วยต้องการเพื่อนคุยที่สามารถคุยกันได้ โดยไม่ถูกตำหนิหรือดูว่า และต้องการคำแนะนำซึ่งพบว่ามีพยาบาลและแพทย์เป็นส่วนน้อยที่สนองความต้องการนี้¹

✓ แครอล เอ เคอร์ (Carol A. Durr) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่า แม่พยาบาลจะเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วย แต่การที่พยาบาลให้ความช่วยเหลือและพูดคุยกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความไว้วางใจมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล²

จากการสัมมนาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เรื่องแผนการศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาลแห่งชาติ ณ วนอุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ เมื่อเดือนมิถุนายน 2521 สรุปได้ว่า พยาบาลปัจจุบันในสายตาของแพทย์มีความรู้เป็นวิทยาศาสตร์ที่ รู้จักแก้ปัญหา เป็นตัวของตัวเอง แต่มีความอดทน เสียสละน้อย ระเบียบวินัยหย่อน ขอบทำงานสบาย ในความเห็นของพยาบาลเห็นว่า มีความรู้ ความคิดริเริ่มดีแต่ขาดน้ำใจในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขาดน้ำมือเนื่องจากไม่ชอบปฏิบัติ และขาดน้ำคำเพราะไม่สนใจในปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยบ่นว่า พยาบาล ใจกว้างไม่พอเพราะกับผู้ป่วยสามัญ แต่เมื่อเปลี่ยนเสื้อผ้าไปอยู่ห้องพิเศษก็เปลี่ยนสรรพนามจากเรียกนางเป็นคุณ... และจากนิตยสารสยาม ฉบับกุมภาพันธ์ 2522 เรื่อง โรงพยาบาลเอกชน ขูร์กิจฆ่าคน แสดงทัศนคติกับพยาบาลโดยเรียกนางพยาบาลว่านางยมนา และกล่าวว่า พยาบาลและแพทย์ส่วนใหญ่

¹Stella Hay and Helen C. Anderson, "Are Nurse Meeting Patient's Needs," American Journal of Nursing 63 (December 1963): 99.

²Carol A. Durr, "Hand that Help but How?" Nursing Forum 10 (1971): 201.

ใช้กิริยาวาจาและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่เท่าเทียมกัน ใช้วาจากระโชกเหมือนคนเป็น
เจ้าของโรงพยาบาลนั้น และสถิติทางอารมณ์เท่าที่ประเมินจากนางพยาบาล ร้อยละ
60 เป็นผู้มีอาการเช่นนี้กับคนไข้ทุกวัน¹

แมรี่ เอลเลน โคนา (Mary Ellen Doona) กล่าวว่า "พยาบาลที่
ให้การพยาบาลอย่างเป็นวิชาชีพจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิส่วนตัว
ของผู้ป่วย และการให้การดูแลจะเกิดขึ้นไม่ได้ปราศจากการยินยอม"²

ทรงฉัตร โทษยานนท์ กล่าวว่า "มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ก่อนแพทย์จะ
ตรวจผู้ป่วยทุกครั้งต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติแล้วแต่กรณี"³

แพทริเซีย กริส (Patricia Gruise) กล่าวเน้นว่า "การวางแผนการ
พยาบาลต้องมุ่งที่สิทธิของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง...การพยาบาลที่มุ่งยากขับช้อนั้น จริยธรรม
และกฎหมายจะมีส่วนช่วยตัดสินใจมาก"⁴ เพราะจะเกี่ยวข้องไปถึงการดูแลรักษาที่มี
คุณภาพ ดังที่ แมทธิ คอลลินส์ (Mathie Callins) กล่าวว่า การดูแลที่มีคุณภาพ แม้
จะต้องเริ่มจากการวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ การรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มี
ประสิทธิภาพแล้ว คุณภาพของการดูแลต้องเป็นการให้คนทั้งคนด้วย ซึ่งในปัจจุบันคนทั้งคน

¹ วิเชียร ทวีลาภ, "สภาวะการศึกษาพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบัน,"
ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 (2-7 พฤศจิกายน 2522): 17-19.

² Mary Ellen Doona, Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing, 2d ed. (Philadelphia: F.A. Davis Co., 1979), p.25.

³ ทรงฉัตร โทษยานนท์, "นิติเวชศาสตร์: ความยินยอมของผู้ป่วยในการตรวจ
และรักษา ตอนที่ 1," สารศิริราช 26 (เมษายน 2517): 807.

⁴ Irene Murchison, Thomas A. Nichols and Rachel Hanson, Legal Accountability in the Nursing Process, (Saint Louis: C.V. Mosby Co., 1978), p.95.

หมายถึง การคำนึงถึงสิทธิในความเป็นมนุษย์ และ เคารพในสิทธิด้านสัมพันธภาพของบุคคล นั่นคือความเป็นมนุษย์ของพวกพ้องถึงลักษณะ เฉพาะ ของตนและ สภาพล้อมรอบตัวเขา¹

ลอรา แม่ ดูกลาสส์ (Laura Mae Douglass) กล่าวว่า "ถ้าได้นำสิทธิ และองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิทธิของผู้ป่วยมาสัมพันธ์กับค่าปฏิญานตนของแพทย์ พยาบาล จะทำให้การบริการทางสุขภาพมีคุณภาพดี และควรจัดสภาพแวดล้อมใหม่ ที่จะสนองความสามารถในการแสดงออกทางสิทธิของผู้ป่วย"²

ลลช หุทางกูร กล่าวถึงองค์ประกอบของสิทธิมนุษยชน สรุปได้ว่า องค์ประกอบสิทธิมนุษยชน มี 3 ประการ ได้แก่ สิทธิในการมีชีวิต (Right to Live) สิทธิในเสรีภาพ (Right to Liberty) คือ การมีอิสรภาพในการเคลื่อนที่ไป (Freedom of Movement) และการมีอิสรภาพในการพูด (Freedom to Speech) องค์ประกอบที่ 3 คือ สิทธิในความเป็นเจ้าของโดยชอบธรรม (Right to Property) เช่น เป็นเจ้าของร่างกาย ทรัพย์สินของตน เป็นต้น³

นอกจากนี้ มาเรียน อี นิโคลส์ (Marion E. Nicholls) ได้กล่าวว่า "ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพที่ดีที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาการและการตื่นตัวในเรื่องของสิทธิ ซึ่งจะรับประกันคุณภาพในการให้บริการทาง

¹Mathie Collins, Communication in Health Care, (Saint Louis: C.V. Mosby Co., 1977), p. 954.

²Laura Mae Douglass, Review of Leadership in Nursing, 2d ed. (Saint Louis: C.V. Mosby Co., 1977), pp. 8-9.

³ลลช หุทางกูร, จรรยาสาหรับพยาบาล, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2522), หน้า 43-47.

ด้านสุขภาพอนามัย"¹

✓ คลารา อรันด์ และ ลูซีน เอ็ม แดเคอเรียน ฮัคคาเบย์ (Clara Arndt and Loucine M. Daderion Huckabay) กล่าวว่า "การดูแลสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และ เป้าหมายของประเทศชาติในปัจจุบัน มีหลักการเพื่อความเท่าเทียมกันในบริการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน"²

องค์การสหประชาชาติ ได้เห็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชนที่ควรได้รับความเสมอภาคและความมีศักดิ์ศรีโดยเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเป็นใครหรือมาจากที่ไหน ดังระบุไว้ในมาตราที่ 3 ของสิทธิมนุษยชนว่า "มนุษย์ทุกคน มีสิทธิในอันที่จะดำรงชีวิตด้วยเสรีภาพ และ เสถียรภาพของความเป็นบุคคล"³ นอกจากนี้ยังได้ระบุสิทธิที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพอนามัยอีกหลายประการ ดังจะกล่าวในบทต่อไป

จะเห็นได้ว่า คุณภาพในการดูแล รักษาพยาบาล สามารถประเมินได้จากปฏิกริยาสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนการให้ในลักษณะที่ผู้ให้บริการคำนึงถึงในความเป็นมนุษย์ และ เคารพในสิทธิความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้วย

แต่เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ พยาบาล ทำให้การให้บริการต้องกระทำในลักษณะเร่งรีบ และใช้ระยะเวลาอันสั้นกับผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนมากก็ยอมรับว่า แพทย์ พยาบาลไม่ค่อยมีเวลา การซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจด้านการเจ็บป่วย หรือให้ความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาลด้วยระยะเวลาอันรวดเร็ว จึงเป็นไปโดยอัตโนมัติ ทั้งๆ ที่บางครั้งขัดกับความต้องการของตน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับผู้ป่วย

¹Marion E. Nicholls, "Terminology in Quality Assurance,"

Nursing Standard and Nursing Process, (Massachusetts: George Bante Co., 1977), p.44.

²Arndt and Huckabay, Nursing Administration, p.272.

³ลลช หุตทากูร, จรรยาสำหรับพยาบาล, หน้า 50.

ได้มาก และเนื่องจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลไม่มีลายลักษณ์อักษรระบุแนวทางให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนในด้านใดบ้าง หรือจะปรึกษากับแพทย์ พยาบาลในเรื่องใดบ้าง โดยไม่ถูกตำหนิ หรือคว่ำ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจในบริการที่จะได้รับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งมีบรรยากาศของการศึกษาวิจัยร่วมด้วย

การศึกษาคำความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร จะทำให้ทราบความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยว่าเป็นไปในแนวใดและสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งผลจากการวิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการตื่นตัวในเรื่องของสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งในด้านหลักการและการปฏิบัติ อันจะทำให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพดียิ่งขึ้น นอกจากนั้นการตระหนักในความสำคัญและคุณค่าทางจริยธรรมจะได้รับการฟื้นฟูมากขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ควร วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
2. ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
3. เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้บริการแต่ละกลุ่มกับผู้รับบริการทุกกลุ่ม เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
4. เปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ให้บริการแต่ละกลุ่มกับผู้รับบริการทุกกลุ่ม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร แตกต่างกััน นั่นคือ

ก. พยาบาลประจำการกับผู้รับบริการทุกกลุ่มมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

ข. พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผู้รับบริการทุกกลุ่ม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

ค. แพทย์กับผู้รับบริการทุกกลุ่ม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน

2. พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย ไม่แตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้บริการ คือ พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการที่ติดตรวจโรค นอกผู้ป่วยใน (แผนกสามัญ) และผู้ป่วยใน (แผนกพิเศษ) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย แผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการต้องมีสติสัมปชัญญะคือ สามารถตอบข้อสัมภาษณ์ได้ ไม่ใช่ผู้ป่วยหนัก หรืออยู่ห้องแยก หรือได้รับการผ่าตัดในวันสัมภาษณ์ และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้

1. ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความเข้าใจตรงกันว่า สิทธิ หมายถึง สิทธิมนุษยชนที่บุคคลพึงมี พึงได้ในฐานะที่เป็นมนุษย์ มีสิทธิในการที่จะมีชีวิตรอยู่ ในการเป็นเจ้าของของตนเอง และทรัพย์สินของตนเองโดยชอบธรรม และมีเสรีภาพที่จะกระทำการใดๆ ได้ โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

2. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขอขอสัมภาษณ์ตามความคิดเห็นที่แท้จริง ของตน โดยผู้ให้บริการไม่นำสภาพการณ์ในโรงพยาบาล หน้าที่และประสบการณ์ตรงที่ ตนปฏิบัติอยู่มาเกี่ยวข้องของการตอบ อีกทั้งผู้รับบริการไม่นำความต้องการ หรือความ อยากได้ไว้เป็นสิทธิของตน ตลอดจนความประทับใจที่เป็นผลจากประสบการณ์ตรงของ ตนที่เกี่ยวกับบริการที่ได้รับ เข้ามาเกี่ยวข้องของการตอบ

3. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และมีความเที่ยง (Reliability) ตามที่ได้ ทรตรวจสอบแล้ว สามารถนำมาใช้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อกระตุ้นฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลและผู้ให้บริการ ให้ตระหนักและตื่นตัว ในสิทธิของผู้รับบริการและเป็นแนวทางให้มีการรับรองสิทธิของผู้รับบริการในรูปแบบของ กฎหมายคุ้มครองสิทธิต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง หลักสูตรการศึกษาวิชาชีพของผู้ให้บริการ คำนวณสุขภาพอนามัย

3. เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพการศึกษาและมาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาล

ความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัย

- ผู้ให้บริการ หมายถึง พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์
ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
- แพทย์ หมายถึง แพทย์ทุกระดับ ได้แก่ แพทย์ฝึกหัด
แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์แพทย์
- ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่ตึกตรวจโรคคนนอก ผู้ป่วยใน
(แผนกสามัญ) และผู้ป่วยใน (แผนกพิเศษ) ที่เข้ามารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
- ผู้ป่วยใน (แผนกสามัญ) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการ
รักษาโดยพักอยู่ในตึกที่จัดเตียงไว้
สำหรับผู้ป่วย มีจำนวนเตียง
20-40 เตียง
- ผู้ป่วยใน (แผนกพิเศษ) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
โดยพักอยู่ในตึกที่จัดแบ่งเป็นห้อง
อย่างมีสัดส่วนและมีจำนวนห้องไม่
เกิน 15 ห้อง
- ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (แผนกสามัญ) และผู้ป่วยใน (แผนก
พิเศษ) มีสิทธิสัมปชัญญะคือ ไม่เป็นผู้ป่วยหนักหรืออยู่ห้องแยก
หรือเข้ารับการรักษาในวันสัมภาระณ์ ระดับการศึกษาชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป
- สิทธิของผู้รับบริการ คำนวณสภาพอนามัย หมายถึง สิทธิมนุษยชนและสิทธิทางธรรม
ที่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (แผนกสามัญ) และผู้ป่วยใน (แผนก
พิเศษ) ควรได้รู้ หรือควรได้รับในเรื่องที่เกี่ยวกับความ
เจ็บป่วยของตน สิทธิในร่างกายของตนเมื่อเข้ารับบริการ
คำนวณสภาพอนามัย

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ใน
สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย 2 แห่ง คือ
โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย