

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์

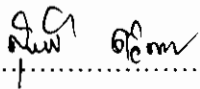
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

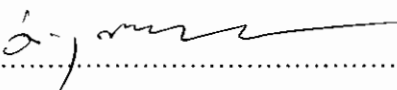
สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

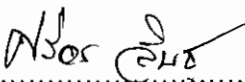
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและคณะกรรมการสอบคุณภาพ ได้พิจารณา
คุณภาพของ โสรรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

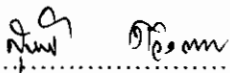
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ

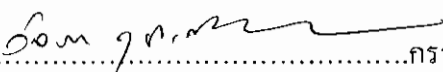

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง)

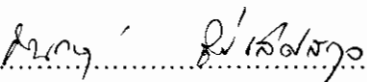

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบคุณภาพ

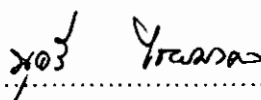

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นสุ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับคุณภาพฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 6 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558

การวิจัยนี้ได้รับทุนจากโครงการพัฒนาอาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปี 2552

กิตติกรรมประกาศ

ตลอดช่วงเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการดูแล ได้ร่วมเรียนรู้ และได้รับโอกาสจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยชาวซึ่งเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นธุ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ให้คำชี้แนะเพื่อปรับปรุง และแก้ไขทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

ระยะเวลาที่ได้เรียนรู้ได้กำลังใจจากแม่ ครอบครัว และกัลยาณมิตรทุกท่านซึ่งจะอยู่ในความทรงจำของผู้วิจัยตลอดไป

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่บอกเล่าเรื่องราวที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ความดีงาม และคุณค่าของวิทยานิพนธ์มอบแด่ดวงวิญญาณของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์ บารมี ผู้จุดประกายให้ผู้วิจัยได้ค้นพบวิธีการแสวงหาความรู้ และพัฒนาตนเอง

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่พิจารณาให้ทุนในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม

52810083: สาขาวิชา: พยาบาลศาสตร์; ปร.ด.

คำสำคัญ: กระบวนการ/ การปกป้องสิทธิผู้ป่วย/ พยาบาลวิชาชีพ

โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม: กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (PROCESS OF ADVOCATING PATIENTS' RIGHTS OF PROFESSIONAL NURSES) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพวิชาชีพ: สุภาภรณ์ คิ้วแพง, พย.ด., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 147 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดระยองทั้งหมดจำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Strauss and Corbin (1998)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กระบวนการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะทำตามและเรียนรู้ 2) ระยะอึดอัด-ขัดแย้ง และ 3) ระยะทุ่มเทสุดความสามารถ ในระยะที่ 1 ทำตามและเรียนรู้ พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามสิทธิพื้นฐานและเรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ระยะที่ 2 อึดอัด-ขัดแย้ง พยาบาลวิชาชีพรู้ว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ เมื่อไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกสับสน และเป็นห่วงผู้ป่วย ระยะที่ 3ทุ่มเทสุดความสามารถ พยาบาลวิชาชีพรู้ว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องทำให้ได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง โดยพยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการด้วยตนเอง ใช้พลังของทีม และผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อปกป้องผู้ป่วย นอกจากนั้น เงื่อนไขที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ การมีพลังในตนเอง และแหล่งสนับสนุน ซึ่งทำให้เกิดผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย รวมทั้งรู้สิทธิของตนเองและรักษาสิทธิให้กับตนเองได้

ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยปรับปรุงเนื้อหาสาระการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้มีความลึกซึ้งเพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ นอกจากนั้น ยังสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

52810083: MAJOR: NURSING SCIENCE; Ph.D. (NURSING SCIENCE)

KEYWORDS: PROCESS/ ADVOCATING PATIENTS' RIGHTS/ PROFESSIONAL NURSES

SORUT WONGSUTTITHAM: PROCESS OF ADVOCATING PATIENTS' RIGHTS OF PROFESSIONAL NURSES. ADVISORY COMMITTEE: SUPAPORN DUNGPAENG, D.N.S., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 147 P. 2015.

The purpose of this grounded theory study was to describe the process of advocating patients' rights of professional nurses. This study was conducted with 20 professional nurses who worked in hospitals in Rayong province. In-depth interview, non-participation observation, and analyzing of nursing records were the strategies used for data collection. The data were analyzed using Strauss and Corbins' approach.

Through data analysis, the process of advocating patients' rights of professional nurses composed of three sequential phases; Following and learning, Uncomfortable and conflict, and Dedicating to the best own ability. In phase 1: Following and learning, professional nurses just only followed the basic patients' rights and learned from experience nurses. For phase 2: Uncomfortable and conflict, professional nurses knew what the right actions they needed to do but still were unable to take action to advocate patients' rights. They felt frustrated. Phase 3: Dedicating to the best own ability is the last phase; professional nurses realized that they needed to take actions when something went wrong with a patient's care. They took actions independently, used power of the team, and many strategies to uphold patients' rights. Perception, professional expert, self-power, and support were conditions to advocate patients' rights. The consequences of this process were that patients' rights were respected. They received treatment safely and realized their rights and protecting themselves.

The finding of this study add in-depth knowledge about advocating patients' rights that can be included in nursing curriculum so that professional nurses will be able to use the knowledge and experience to advocate patients' rights. In addition, finding can be used to develop the professional nurses to have competencies in the process of advocating patients' rights which will give optimal benefits to patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
ฐานแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย.....	9
การวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน	32
ฐานแนวคิดการวิจัย	36
แรงบันดาลใจของผู้วิจัย	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
สถานที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล.....	43
การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล	48
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	55
กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย	63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	66
ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	66
กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	69
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	112
สรุปผลการวิจัย.....	112
อภิปรายผลการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	118
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	136
ภาคผนวก ก	137
ภาคผนวก ข	142
ประวัติย่อของผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สิทธิผู้ป่วยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสำหรับพยาบาล	29
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	67
3	กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ.....	71

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	Sphere of nursing advocacy model	13
2	ตัวอย่างการเปิดรหัส	57
3	สรุปความคิดชั่วคราวของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย.....	63
4	กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ.....	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยอย่างมาก จึงเห็นว่าการเรียกร้องสิทธิในศาสตร์ต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ ด้านของสังคม เป็นต้น การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกคาดหวังจากผู้รับบริการซึ่งปรากฏในภาพของสื่อต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการมีการรณรงค์เพื่อเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ ให้ปรากฏเห็นในสังคมอย่างเสมอ เช่น การเรียกร้องสิทธิ และความคุ้มครองผู้เสียหายจากการได้รับบริการ เป็นต้น ซึ่งการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีพื้นฐานมาจากปรัชญาสิทธิมนุษยชนที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและเสรีภาพของความเป็นมนุษย์ (Bunkers, 2006) การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับ

การปกป้องสิทธิผู้ป่วย หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการบุคคลที่จะเรียกร้องสิทธิให้ตนเองได้ (Hellwig, Yam, & DiGiulio, 2003) หรือเป็นการกระทำเพื่อช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ได้รับความไม่ยุติธรรม หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (Llewellyn & Northway, 2007) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังหมายถึง การสนับสนุนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือก และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระตามความปรารถนาของผู้ป่วย (Carver & Morrison, 2005) ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดที่เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง รวมทั้งยังหมายถึง การป้องกันอันตราย การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการรักษาและตอบสนองในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยด้วย (American Nurses Association [ANA], 2014) จากความหมายดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกับความหมายตามกระบวนทัศน์ของการพยาบาลที่ว่า “การพยาบาลเป็นการกระทำต่อบุคคลในฐานะมนุษย์ การพยาบาลจึงต้องกระทำในสิ่งที่ประ โยชน์เกิดผลดีต่อความเป็นมนุษย์” (Fawcett, 2005, p. 6) ซึ่งการให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการศึกษา การรับรู้ หรือตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล

บทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถกระทำได้ทุกครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล (Craig, 2010) การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงถือว่าเป็นรากฐานในการปฏิบัติการพยาบาล (Craven, Hirmler, & Jensen, 2013; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013) และถูกนำมาเป็นปรัชญาพื้นฐาน และจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล (Curtin, 1979; Selanders & Crane, 2012) การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างมาก โดยองค์กรวิชาชีพการพยาบาลในระดับนานาชาติ และระดับชาติ จึงได้ประกาศนโยบายที่เกี่ยวกับ

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ซึ่งสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (The International Council of Nursing [ICN], 2015) ได้ระบุว่า ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิของทุกคน รวมทั้งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี พยาบาลพึงปกป้อง และส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพของบุคคลในทุกสถานที่ และทุกเวลา สำหรับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยได้กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ใน มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 (2554, 5 มิถุนายน) ในข้อ 3 มาตรฐานที่ 2 ว่าด้วยการรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้ง สภาการพยาบาล (2552, 24 เมษายน) ยังได้กำหนดให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพว่า “ต้องปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลัก คุณธรรมจริยธรรมอย่างเหมาะสม” และเพื่อให้มีแนวปฏิบัติในด้านนี้อย่างชัดเจน นอกจากนั้น สภาการพยาบาล (2552) ได้ระบุการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ในแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559 โดยให้มีการเสริมสร้างศักยภาพในการให้บริการ โดยยึดหลัก ความมีเกียรติ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียม และความเอื้ออาทร บทบาทของพยาบาล วิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นบทบาทที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องกระทำไม่ใช่เพียงปฏิบัติ ตามกฎหมายของวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นจรรยาบรรณ ของวิชาชีพที่จำเป็นต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและถูกต้อง (Driscoll, 2005)

แนวคิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นการกระทำที่คำนึงถึงประโยชน์ตามสิทธิที่ผู้ป่วย พึงได้รับ และการกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความยุติธรรม และได้รับการดูแลที่ถูกต้อง (Llewellyn & Northway, 2007) นอกจากนั้นยังเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือก และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองตามความปรารถนา ของผู้ป่วย (Carver & Morrison, 2005; Gadow, 1990; Kohnke, 1990) ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับหลาย ๆ วิชาชีพในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมายหรือ นักแก้ไขการ พุด (Speech therapy) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) เป็นต้น แต่จากการศึกษาของ McGrath, Holewa, and McGrath (2006) ในมุมมองของผู้ป่วย พบว่า พยาบาลกับสมาชิกในทีมสุขภาพ สามารถร่วมกันปกป้องผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจกับการให้ข้อมูลของแพทย์และ พยาบาลวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างแพทย์ และพยาบาล ในประเด็นเกี่ยวกับเวลาที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย หรือตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพ สามารถให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยได้มากกว่าแพทย์

ในฐานะที่พยาบาลวิชาชีพมีความใกล้ชิดและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพจึงได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Davis, Konisishi, & Tashiro, 2003; Gadow, 1990; McSteen & Peden-McAlpine, 2006) ซึ่งทำให้พยาบาลมีความเข้าใจคุณค่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี (Annas, 1990; Mallik, 1997) พยาบาลวิชาชีพจึงสามารถเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือ ปกป้อง หรือเป็นตัวแทนในการดูแลสิทธิ และประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แม้ว่าผู้รับบริการจะทราบสิทธิของตนเองในการรับบริการแต่ไม่ได้ใช้สิทธินั้นแม้จะถูกละเมิด เนื่องจากความเกรงใจและให้เกียรติต่อผู้ให้บริการ โดยเฉพาะกับแพทย์ ด้วยความไว้วางใจและเชื่อใจในจรรยาบรรณผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (Boyle, 2005) ตลอดจนความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยจนไม่คิดว่าสิทธิของตนจะถูกละเมิด (Iacono, 2007) อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ทุกครั้งอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมุ่งเน้นงานให้เสร็จตามหน้าที่ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ มีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอ (Hanks, 2007; Ware, Bruckenthal, Davis, & O'Conner-Von, 2010) นอกจากนี้การตัดสินใจด้านสุขภาพยังคงเป็นแบบดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติมา ที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล เป็นต้น (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen, & Puukka, 2009) ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกขัดแย้งเชิงจริยธรรมจากการที่ไม่สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ (Schluter, Winch, Holzhauser, & Henderson, 2008; Ulrich et al., 2010) หรือรู้สึกสับสนต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของตนเอง (Hellwig, Yam, & DiGiulio, 2003) มีผลต่อเนื่องไปยังผู้ป่วย กล่าวคือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการตัดสินใจอย่างอิสระของตนเองในขณะที่เจ็บป่วยจากการไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลที่เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและเสรีภาพของความเป็นมนุษย์ (Matiti & Trorey, 2008)

จากธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติการพยาบาลทั้งการประเมินการให้คุณค่า ความหมายของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความจำเป็นและความต้องการการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในระบบบริการสุขภาพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลวิชาชีพเปรียบเสมือนเป็นเจ้าของบ้าน พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรอื่น ๆ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งแพทย์ และสมาชิกทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ เงื่อนไขทั้งที่เป็นอุปสรรค หรือสนับสนุน พยาบาลวิชาชีพจึงต้อง

การเปลี่ยนแปลงการกระทำ และการจัดการโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้น ๆ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงครอบคลุมถึงการกระทำของพยาบาลวิชาชีพที่กระทำเป็นขั้นตอนหรือระยะของการปกป้องผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นกระบวนการซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งมิใช่เป็นเพียงกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งแล้วเสร็จสิ้น แต่เป็นกิจกรรมที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงการกระทำ ที่แตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์ด้วย (Bu & Jezewski, 2006; McSteen & Peden-McAlpine, 2006; Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä, & Suominen, 2006)

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ แต่เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในบริบทสังคมไทย ซึ่งการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนมากเป็นการศึกษาของต่างประเทศจึงทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยตรง เพราะบริบทที่ต่างกันย่อมมีผลต่อการให้ความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่แตกต่างกันด้วย (Bu & Jezewski, 2006) จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานเป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ โดยความรู้และความจริงที่เกิดจากข้อมูลที่ได้จากพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคลสามารถอธิบายการกระทำ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่หลากหลายเมื่อนำมาสังเคราะห์อย่างเป็นระบบจะให้ความหมายที่ซ่อนเร้นในการกระทำของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน (Milliken & Schreiber, 2001) การให้ความหมายจะเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล (Chenitz & Swanson, 1986) ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในบริบทนั้น ๆ

จากปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า องค์ความรู้ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังเป็นช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนา จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่ออธิบายความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่ออธิบายกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไร
2. พยาบาลวิชาชีพมีกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไร

ฐานแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (Symbolic interactionism) และแนวคิดสิทธิมนุษยชน (Human rights) เป็นฐานแนวคิดการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎีในกระบวนการวิจัย และเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ ให้ความหมาย และพฤติกรรมที่แสดงออกในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม

แก่นสาระของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม คือ ความหมายที่สร้างจากบุคคลแต่ละบุคคลตามอัตวิสัย (Subjective meaning) ความหมายที่สร้างขึ้นมิใช่เป็นความรู้ หรือความจริงที่เห็นได้อย่างชัดเจน แต่เป็นเพียงการใช้สัญลักษณ์ที่คน ๆ นั้นใช้สื่อความหมายตามที่มองเห็นความจริง ถ้าเห็นความจริงเป็นอย่างไรบุคคลก็จะกระทำตามที่มองเห็นเช่นนั้น ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นการศึกษาพฤติกรรมของคน ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่า มนุษย์จะกระทำต่อสิ่งต่าง ๆ ตามการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น โดยการให้ความหมายเกิดขึ้นผ่านกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มนุษย์แต่ละคนจะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการให้ความหมายในสิ่งแวดล้อม หรือบริบทนั้น ๆ แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมจึงถือว่าเป็นผลผลิตทางสังคม (Social products) และการให้ความหมายจะผ่านกระบวนการตีความ โดยบุคคลจะกระทำตามการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น (Blumer, 1969) ดังนั้นจุดเน้นของปรัชญานี้จึงขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนว่าสร้างการรับรู้ตามประสบการณ์และให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ อย่างไร ดังนั้นการทำความเข้าใจจากมุมมองของคนใน (Inner) หรือจากคนที่มิประสบการณ์ตรงต่อเรื่องนั้น ๆ ทำให้เรารู้ว่าบุคคลนั้นให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไรจึงทำให้ดำรงชีวิตอยู่ได้และสามารถกระทำตามความเชื่อของตนเองอย่างไร

ผู้วิจัยใช้ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นมุมมองในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในลักษณะที่เป็นกระบวนการตามมุมมองของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้น ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และสมาชิกใน ทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความหมายต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไร และการให้ความหมายนี้ส่งผลต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไร นอกจากนี้ทำให้ผู้วิจัย สามารถอธิบายการกระทำภายใต้สถานการณ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้ รวมทั้งการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงการกระทำเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ด้วย

แนวคิดสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชนมีรากฐานมาจากความเชื่อว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความเท่าเทียมกันใน แง่สิทธิ โดยสิทธิเป็นการรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนที่พึงได้ของบุคคลนั้น ๆ สิทธิมนุษยชน ไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา สถานภาพทางกายและสุขภาพ สิทธิมนุษยชนจึงเป็นสากลที่มนุษย์พึงปฏิบัติแก่กันและกันด้วยความเสมอภาค เพื่อการดำรงชีวิต อย่างมีศักดิ์ศรี และเป็นการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีของมนุษย์ เป็นการช่วยเหลือบุคคล ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และเห็นคุณค่าของคน คุณค่าของคนแต่ละคนมีความเฉพาะที่ แตกต่างกัน การกระทำที่ช่วยส่งเสริมให้คนมีศักดิ์ศรี คือ การช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถที่จะ กระทำในสิ่งที่ดีที่สุดในกับตนเองภายใต้สมรรถนะที่สามารถกระทำได้ การให้อิสระที่จะเลือก และการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง ดังนั้นเสรีภาพและความเป็นมนุษย์ (Human freedom) จึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตให้มีคุณค่า (Curtin, 1982; Fenton & Mitchell, 2002) ถ้าปราศจากการมีเสรีภาพ และความเท่าเทียม (Justice) นั้นหมายถึง มนุษย์ได้สูญเสียสิทธิของตนเอง (Bandman, 1990) ดังนั้นเพื่อให้มนุษย์ทุกคนได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน อย่างเท่าเทียม องค์การสหประชาชาติ จึงมีการกำหนดสาระที่ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในปฏิญญาสากล (United Nations Human Rights [UNHR], 2012) ไว้ดังนี้ 1) สิทธิเสรีภาพในศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์ที่เท่าเทียมกัน 2) สิทธิเสรีภาพที่เสมอภาคโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ 3) สิทธิในการ ดำรงชีวิตและความมั่นคงแห่งร่างกาย และ 4) เสรีภาพจากการถูกบังคับให้อยู่ภายใต้ภาวะจำยอม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิสิทธิผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยสิทธิ หมายถึง กระบวนการกระทำของพยาบาลวิชาชีพโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ และสิทธิที่พึงได้รับ โดยการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ รวมทั้งคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลซึ่งขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในระยะก่อนดำเนินการวิจัย และระยะดำเนินการวิจัย โดยในระยะก่อนดำเนินการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้วิจัยเห็นช่องว่างขององค์ความรู้ เพื่อนำมาสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา และวิธีการวิจัย ส่วนระยะดำเนินการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดที่ศึกษา ช่วยให้เห็นความแตกต่าง และความเหมือนระหว่างแนวคิด (Chen & Boore, 2009; Draucke, Martsolf, Ross, & Rusk, 2007) รวมทั้งจะกระตุ้นให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensitivity) ซึ่งจะเกิดความเข้าใจ และรู้สึกอย่างลึกซึ้งต่อการให้ความหมายของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล มีความสามารถแยกแยะความรู้และความจริง ที่ได้จากการวิจัยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังใช้กระตุ้นการตั้งคำถาม หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย (Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1994) รวมทั้งช่วยในการอภิปรายผลการวิจัยด้วย ดังนั้น จึงสรุปแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

1. แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.3 มิติของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.4 กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.5 ผลที่เกิดขึ้นจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 - 1.6 การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในบริบทสังคมไทย
2. การวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded theory)
 - 2.1 แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน
 - 2.2 รูปแบบของการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน
3. ฐานแนวคิดการวิจัย
 - 3.1 ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม
 - 3.2 แนวคิดสิทธิมนุษยชน
4. แรงบันดาลใจของผู้วิจัย

แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยถูกนำมาเป็นรากฐานในการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่ยุคสมัยของ ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล ซึ่งให้คุณค่าต่อสิทธิมนุษยชน และความเท่าเทียมเสมอภาคของมนุษย์ทุกคน (Selanders & Crane, 2012) ถึงแม้ว่าในยุคสมัยของฟลอเรนซ์ ในดิงเกล จะไม่ได้ระบุความหมาย หรือกล่าวถึงแนวคิด advocacy อย่างตรงไปตรงมา แต่ตลอดช่วงชีวิตของฟลอเรนซ์ ในดิงเกล แนวคิดนี้ได้ถูกแสดงออกผ่านการปฏิบัติการพยาบาล ดังที่เราเห็นว่า พยาบาลในยุคสมัยนั้นจะมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุม ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย รวมทั้งป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งต่อสู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านส่วนคำ “Advocacy” ได้ถูกมาใช้เป็นครั้งแรกโดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nursing) ในปี ค.ศ. 1973 (Vaartio & Leino-Kilpi, 2005)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึงความชอบธรรมที่ผู้ป่วย รวมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพพึงได้รับ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (แพทยสภา, สภาการพยาบาล, สภาเภสัชกรรม, ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบศิลปะ, 2541, 16 เมษายน) ส่วนรากศัพท์ของคำ “Advocacy” มาจากภาษาลาตินว่า “Advocatus” จะหมายถึงการเรียกร้องเพื่อให้บุคคลอื่น ได้ช่วยเหลือ (Called to one’s aid) (Oxford Dictionaries, 2012) ซึ่งพจนานุกรมอังกฤษ-อังกฤษ แปลว่า การกระทำเพื่อแก้ต่าง สนับสนุน และชี้แนะ (The act of pleading for, supporting, or recommending; active espousal) (Oxford Dictionaries, 2012) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมมีการใช้คำ Advocacy ในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น มีการใช้คำว่า การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) ว่าหมายถึง การรับรู้ถึงสิทธิ และกล้าที่จะยืนยันในสิทธิของตัวเองการทำความเข้าใจในเรื่องสิทธิคนพิการ (Disability right) แก่สังคม รวมถึงสามารถปกป้อง/ คุ้มครอง และเรียกร้องให้ได้มาซึ่งสิทธิของตนเองในกรณีที่ถูกละเมิดสิทธิ หรือถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม (สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ยังหมายถึง การทำหน้าที่เพื่อคุ้มครองหรือทำหน้าที่แทนผู้ใช้บริการเมื่อผู้ใช้บริการไม่สามารถกระทำด้วยตนเอง (สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย, 2558)

ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

Advocacy เป็นคำที่มาจากภาษาลาตินว่า “Advocatus” ที่มีความหมายว่า เพื่อเรียกร้อง (To call) Advocacy เริ่มใช้ในทางกฎหมาย ซึ่งต้องมีบุคคลที่สามารถแก้ต่าง (To plead) หรือให้คำปรึกษา (To counsel) ก่อนที่จะนำบุคคลที่เป็นผู้ต้องหาไปขึ้นศาล (Mallik, 1997) ทั้งนี้เพราะบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถแก้ต่างให้กับตนเองได้ เนื่องจากความรู้ในด้านกฎหมายไม่เพียงพอ แนวคิดของการปกป้องถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปี ค.ศ. 1974 โดย Annas and Healey นักกฎหมาย

ที่พบปัญหาเกี่ยวกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ จึงได้มีส่วนร่วมในการเสนอระบบในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย สำหรับความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางด้านสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ เช่น Kohnke (1990) ที่ให้ความหมายว่า เป็นการให้ข้อมูลและสนับสนุนบุคคลให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือ Gadow (1990, p. 43) ให้ความหมายว่า “เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ” นอกจากนี้ตามพจนานุกรมทางการแพทย์ (Mcferran, 2004, p. 10) ได้ให้ความหมายว่า “โดยทั่วไปในทีมสุขภาพผู้ที่ทำหน้าที่ปกป้องผู้ป่วยจะหมายถึงพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุ้มครองให้ผู้ป่วยรับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยรับบริการควรได้รับตามสิทธิของผู้รับบริการ รวมทั้งผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจ จึงถือว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพการปฏิบัติ การพยาบาล”

การให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังค่อนข้างเป็นนามธรรมที่ยังไม่ใช่ความหมายเชิงปฏิบัติการ การให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นไปตามประสบการณ์การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคลที่กระทำ หรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามความหมายที่ได้ให้ไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมการให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไว้ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) การคำนึงถึงประโยชน์ที่ควรได้รับ (Monterosso et al., 2005) 2) การให้ข้อมูล และสนับสนุนให้ตัดสินใจด้วยตนเอง 3) การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้อย่างอิสระ 4) การส่งเสริมคุ้มครองให้ผู้ป่วยรับบริการให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี 5) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง (Llewellyn & Northway, 2007) และ 6) การช่วยเรียกร้องสิทธิให้บุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Hellwig et al., 2003)

การให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความหมายต่าง ๆ กัน ตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล ซึ่งผู้วิจัยนำมาสรุปความหมายเป็นประเด็นหลัก คือ การกระทำที่เป็นประโยชน์ และตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ และการกระทำที่เป็นการช่วยเหลือโดยคำนึงถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย แนวคิดของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยค่อนข้างเป็นนามธรรมและมีความซับซ้อน การให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

แนวคิดเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มีการกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานจากนักปรัชญาหลายท่าน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในผลการศึกษาหรือการอธิบายที่ทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงรวบรวมแนวคิดพื้นฐานของ

การปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังนี้ 1) Human advocacy model 2) Social advocacy model 3) Theory of existential advocacy 4) Functional model of patient advocacy 5) Holistic model of advocacy (HAM) และ 6) Sphere of nursing advocacy model ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. Human advocacy model ของ Curtin (1979) มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ (Humanity) ความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์และสิทธิของความเป็นมนุษย์ ในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและพยาบาลซึ่งจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันในฐานะที่อยู่ร่วมกันในสังคม จึงทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มนุษย์ไม่สามารถแยกเป็นส่วน ๆ ได้ และมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์แต่ละคน (Unique human being) การมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึง อิสรภาพ และการได้รับการยอมรับนับถือ เป็นสิ่งที่ดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายของความเจ็บป่วย โดยพยาบาลต้องเรียนรู้ ทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วย เพื่อสามารถตีความในความหมายของผู้ป่วย ซึ่งมีความเฉพาะและแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนได้

2. Social advocacy model ของ Fowler (1989) เป็นฐานแนวคิดของความเป็นธรรมในสังคม (Social justice) แนวคิดนี้ต้องการให้เกิดความเสมอภาคทั้งในผู้ป่วยระดับรายบุคคล และในระบบการดูแลสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งในแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม (Social change and social criticism) การนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้การพยาบาลกับผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน พยาบาลวิชาชีพจึงต้องกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทั้งในระดับจุลภาค (Microsocial level) ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในคลินิก แล้วยังต้องปกป้องผู้ป่วยในระดับมหภาค (Macrosocial level) คือ พยาบาลต้องเป็นนักกิจกรรมทางสังคมมีส่วนร่วมในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสวัสดิการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับความเป็นธรรมในสังคม พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสุขภาพ และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในระดับนโยบายด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงความ เป็นบุคคล สิทธิ คุณค่า และการมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย รูปแบบการปกป้องประกอบด้วยรูปแบบ 4 รูปแบบ คือ 1) กลุ่มครองสิทธิผู้ป่วย 2) การคงไว้ซึ่งคุณค่าของผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพให้เกิดความยุติธรรมในสังคม (Championing social justice) และ 4) การดูแลประโยชน์ของผู้ป่วย

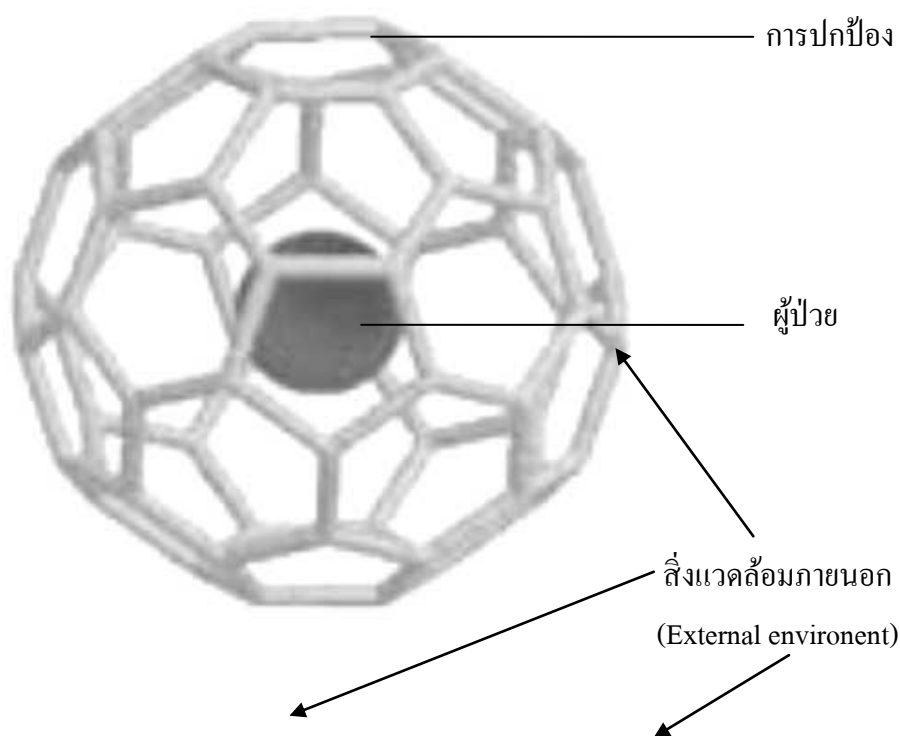
3. แนวคิด Existential advocacy ของ Gadow (1990) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า ผู้ป่วยและพยาบาลสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ (Self-determination) การตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับ การให้คุณค่า ความหมายและความเชื่อตามประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายหรือสถานการณ์ใด ๆ ก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีมุมมองที่

แตกต่างกัน การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงมิใช่เป็นเพียงการกระทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเท่านั้น แต่เป็นความพยายามที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องการจะกระทำ เพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็นคุณค่าหรือการให้ความหมายของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ และใช้คุณค่าหรือการให้ความหมายนั้นเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตรวจสอบตนเองเพื่อให้สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างแท้จริงไม่ใช่เป็นการตัดสินใจโดยบุคคลอื่น แนวคิดของ Gadow ก่อนข้างชัดเจนในการนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความสามารถตัดสินใจในการตัดสินใจด้วยตนเอง แต่อาจเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว เป็นต้น

4. Functional model of patient advocacy ของ Kohnke (1990) เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ชัดเจน โดยเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ประกอบไปด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ 1) การให้ข้อมูล (Inform) เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับในสถานการณ์นั้น ๆ และต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับฟังและเข้าใจในข้อมูลที่พยาบาลได้ให้เพียงพอต่อการตัดสินใจในทางเลือกนั้น รวมทั้งอธิบายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจในสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจากความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอ เช่น ถ้าผู้ป่วยเลือกที่จะตัดสินใจในด้าน A ผลที่ตามมาจะเป็น B ถ้า B เป็นผลลัพธ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจน หรือระบุทางเลือกทางใดทางหนึ่งอย่างชัดเจน พร้อมอธิบายเหตุผลประกอบเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระ และ 2) สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยตัดสินใจได้ถูกต้องและมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง

5. Holistic model of advocacy (HAM) ของ Nelson (1995) ซึ่งมีความเชื่อว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระในการดูแลสุขภาพของตนเอง แนวคิดนี้ได้นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการปกป้องเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) การคุ้มครองผู้ป่วยตามสิทธิผู้ป่วย (Legal advocate) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ และปกป้องผู้ป่วยจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 2) การให้ความสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามหลักคุณธรรมและศีลธรรม (Moral-ethical advocate) โดยยึดหลักคุณค่าในการตัดสินใจ ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ 3) การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยทุกคนได้เข้าถึงการรับบริการอย่างเท่าเทียมกัน (Political advocate) 4) การให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ (Spiritual advocate) และ 5) การปกป้องผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ และเรียกเรื่องสิทธิแทนผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องได้ด้วยตนเอง (Substitutive advocate)

6. Sphere of nursing advocacy Model ของ Hanks (2005) แนวคิดนี้ถูกพัฒนามาจากการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน โดยสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจำนวน 3 ราย แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า ผู้ป่วยต้องการการปกป้องเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ พยาบาลจำเป็นต้องปกป้องผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องไม่รู้สึกลังเล หรือไม่แน่ใจเมื่อต้องกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย พยาบาลต้องไม่ทำให้เกิดอันตรายในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และพยาบาลต้องยอมให้ผู้ผู้ป่วยปกป้องตนเองได้เมื่อผู้ป่วยสามารถทำเองได้ แต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปกป้องตัวเองได้พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้แนวคิดนี้ยังให้ความสำคัญของปัจจัยภายนอกที่มากกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ด้วย รายละเอียดดังภาพที่ 1 แนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ที่เชื่อว่าการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยจะทำให้เกิดผลดีและป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีการนำแนวคิดนี้ไปอธิบาย ทดสอบ หรือนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แต่ได้นำไปใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนา เครื่องมือ Protective Nursing Advocacy Scale (PNAS) ที่ใช้ในการประเมินความเชื่อและกิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเท่านั้น



ภาพที่ 1 Sphere of nursing advocacy model (Hanks, 2005, p. 77)

จากแนวคิดพื้นฐานของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่กล่าวมาพบว่า ให้ความสำคัญกับความ เป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจหรือแก่นแท้ของการปฏิบัติการพยาบาล ในความเป็นมนุษย์นั้น จึงต้องคำนึงถึงการให้คุณค่า และการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยการให้บุคคลนั้น สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระบนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนถ้า ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

มิติของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีมิติที่เกี่ยวข้อง ทั้งในมิติของผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ สมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งในมิติองค์กรด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า มิติที่เกิดขึ้น เป็นมิติที่เกี่ยวข้อง และมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันใน กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจว่าบุคคลใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน สถานการณ์นั้น ๆ กิจกรรมการปกป้องที่ควรกระทำ รวมทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในมิติ ใดบ้าง ซึ่งจะทำให้เกิดภาพและมิติรอบด้านของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงจำแนกมิติ ของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ทั้งหมด 5 มิติ ดังนี้ 1) มิติบุคคล (Individual level) ประกอบด้วย คุณลักษณะผู้ป่วย และคุณลักษณะของพยาบาล 2) มิติบุคคล (Interpersonal level) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ 3) มิติองค์กร (Organization level) และ 4) มิตินโยบาย (Policy level) ซึ่งกล่าวโดยละเอียด ดังนี้

1. มิติบุคคล

มิติบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญได้แก่ คุณลักษณะของผู้ป่วย และ คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

1.1 คุณลักษณะของผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้อง แต่ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลอาจมีความต้องการและความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเปราะบางที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Bu and Jezewski (2006) ซึ่งได้วิเคราะห์แนวคิดของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการสังเคราะห์ และทบทวน วรรณกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974-2006 จำนวน 220 ฉบับ พบว่า ความเปราะบางของผู้ป่วยทำให้ พยาบาลเห็นว่ามีคามจำเป็นในการแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยอาจจะ แสดงออกถึงความต้องการการปกป้อง หรือความไม่รู้ของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการ การปกป้องก็ตาม ความเปราะบางของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งจากสภาพความเจ็บป่วย หรือจากการกระทำ ของบุคคลในทีมสุขภาพ จึงทำให้มีความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพต้องเข้าไปมีบทบาทการปกป้อง สิทธิผู้ป่วย ซึ่งความเปราะบางนี้ หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1.1 บุคคลที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิ ความต้องการ ประโยชน์ ความปรารถนา ของตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งทำให้บั่นทอนความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีความเจ็บป่วยทางจิต (O' Connor & Kelly, 2005)

1.1.2 บุคคลที่รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีความรู้สึกไร้อำนาจจากบุคลิกภาพ ส่วนตัวที่ค่อนข้างเสียบ ความพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง (Benner, 2003) ความประหลาดนี้อาจเกิดจากความแตกต่างกันในเรื่องของภาษา วัฒนธรรม ความบกพร่องในการเรียนรู้ ฐานะเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ ภูมิหลังด้านการศึกษา การเป็นชนกลุ่มน้อย บุคคลด้อยโอกาส การมีประสบการณ์จากการถูกละเลยการดูแลจากระบบบริการสุขภาพ หรือจากโครงสร้างอำนาจ การดูแลด้านสุขภาพ ที่อาจจะทำให้บุคคลากรทางสุขภาพมีอำนาจที่เหนือกว่าผู้ป่วย หรือการกระทำของผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพ เช่น การละเลยหรือการเพิกเฉยไม่ให้ความสนใจผู้ป่วย การบังคับฝืนใจ เป็นต้น (Chafety, Rhea, Shannon, & Spencer, 1998; Mitchell & Bourmes, 2000) การกระทำเหล่านี้สามารถเพิ่มความประหลาดในชีวิตของผู้ป่วยได้ ถึงแม้ว่าความต้องการการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นในบริบทที่มีความยุ่งยากในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอาการรุนแรง หออภิบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ผู้ป่วยอาการเฉียบพลันในหน่วยบริการสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การได้รับความเจ็บปวด เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลเกือบทุกรายจะมีความประหลาดในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แนวคิดการปกป้องจึงมิได้ใช้กับผู้ป่วยที่แสดงความต้องการการปกป้องหรือจะกระทำเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นความขัดแย้งเท่านั้น (Mallik, 1997) แต่เป็นสิทธิของผู้ป่วยทุกคนที่พึงได้รับ (Vaartio et al., 2006)

1.2 คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

คุณลักษณะของพยาบาล เป็นลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยสามารถจัดกลุ่มคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพได้ดังนี้ 1) การให้คุณค่า และความเชื่อเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล (Personal value and belief) 2) ความไวต่อบริบท (Contextual sensitivity) และ 3) ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

1.2.1 การให้คุณค่า และความเชื่อเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

การศึกษาหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่านอกจากความตระหนักในหน้าที่ตามจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้พยาบาลพึงต้องกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยแล้ว การให้คุณค่า และความเชื่อทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความศรัทธาต่อการกระทำการปกป้องต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าถูกหรือผิด รวมทั้งตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องแสดงบทบาท

ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ ดังการศึกษาของ Bleeding and Turner (2002) ซึ่งสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยที่มีอาการในระดับรุนแรง (Critical care unit) พบว่า พยาบาลวิชาชีพจะแสดงบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุน หรือเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองได้กระทำนั้น เป็นสิ่งที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Thacker (2008) พบว่า ความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายสนับสนุนให้พยาบาลได้แสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้จากการศึกษาของ Chafey et al. (1998) โดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การให้คุณค่า และความเชื่อซึ่งเป็นลักษณะภายในของพยาบาลแต่ละบุคคลเป็นลักษณะที่สำคัญมาก ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ควรกระทำให้กับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ในการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น เมื่อแพทย์พูดไม่สุภาพกับผู้ป่วยหรือไม่ได้เข้ามาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อว่าการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยประสานงานกับแพทย์แทนผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ควรกระทำ พยาบาลวิชาชีพจะกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ควรจะได้รับ ดังนั้นการให้คุณค่า และความเชื่อเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญทำให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

1.2.2 ความไวต่อบริบท

ความไวต่อบริบท หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพยอมรับในคุณค่าของสถานการณ์ที่มีความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และพยาบาลต้องกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับผู้ป่วย (Vaartio et al., 2006) ดังการศึกษาของ MacDonald (2007) ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพตั้งแต่ ค.ศ. 1993-2003 พบว่า พยาบาลต้องประเมิน เพื่อทำความเข้าใจและความปรารถนา ความต้องการ เป้าหมาย และความเชื่อของผู้ป่วย (Hanks, 2010; Zomorodi & Foley, 2009) จึงจะทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย ความต้องการของผู้ป่วยมิใช่ของพยาบาล หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ การให้คุณค่าและความหมายในประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย เป็นการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ McSteen and Peden-McAlpine (2006) โดยพยาบาลได้บอกเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า การได้รู้จักเข้าใจคุณค่า สิ่งสำคัญ และเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลสามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการบอกข้อมูล และประสานงานให้สมาชิกในทีมสุขภาพได้ พยาบาลได้ยกตัวอย่างถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการจะขอกลับไปตายที่บ้าน พยาบาลจึงต้องเป็นผู้บอกความต้องการของผู้ป่วยแทน

ผู้ป่วยแก่บุคคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย เป็นต้น โดยให้การดูแลเพื่อการประคับประคอง เพื่อให้ความปรารถนาของผู้ป่วยคือการได้กลับไปอาศัยที่บ้านและได้อยู่กับครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้รับการตอบสนอง

1.2.3 ความรู้และ ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาลพบว่า ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะด้านพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) และทักษะการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ (Professional communication)

1.2.3.1 ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ หรือสมาชิกในทีมสุขภาพได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ O' Connor and Kelly (2005) โดยการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดจากโรคเรื้อรัง พยาบาลต้องมีความรู้ในด้านนี้เพียงพอที่จะเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจได้อย่างถูกต้องและเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วย ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเป็นตัวแทนของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เพียงพอที่จะโต้แย้งเกี่ยวกับหลักการเชิงวิชาการได้อย่างถูกต้อง หรือเมื่อสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายสามารถที่จะวินิจฉัยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Negarandeh, Oskouic, Ahmad, Nikraves, and Hallberg (2006) และ Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen, and Puukka (2008) พบว่า ความรู้และทักษะทางคลินิกเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Work experience) และความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อความต้องการการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระของผู้ป่วย เช่น พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในระดับรุนแรงสามารถที่จะวิเคราะห์ความต้องการการดูแล การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บปวดและตอบสนองต่อการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เป็นต้น (Vaartio et al., 2009)

1.2.3.2 ทักษะด้านพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

พฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้โดยวิธีการแสดงออกที่เหมาะสมคือไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ขณะเดียวกันก็เป็นการแสดงออกเพื่อป้องกันสิทธิของตนเองด้วย (Catalano, 2009) พฤติกรรม

การแสดงออกที่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมที่แสดงความมั่นใจ ตั้งเป้าหมาย สามารถตัดสินใจได้ และรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งพฤติกรรม การแสดงออกจะทำให้พยาบาลมีความกล้าที่จะยืนยันความคิด การกระทำในสิ่งที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย โดยที่ไม่ก่อให้เกิดบรรยากาศความขัดแย้งในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แต่จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ดังการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ McGrath et al. (2006) ซึ่งสัมภาษณ์พยาบาล บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไป พบว่า การที่พยาบาลมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม จะทำให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามอาจเป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลที่จบใหม่ที่ส่วนใหญ่คิดว่าแพทย์เป็นเสมือนเสาหลักที่พยาบาลต้องกระทำตามที่แพทย์สั่งให้ทำเท่านั้น แต่เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากขึ้น พยาบาลจะมีความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าโต้แย้งเพื่อให้เกิดความถูกต้องแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาชาติพันธุ์วรรณาของ Bull (2004) โดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด และวิชาชีพอื่น ๆ พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยประสบผลสำเร็จเช่นเดียวกัน

1.2.3.3 ทักษะการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพ

ทักษะการติดต่อสื่อสารเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นทักษะที่จำเป็นและสำคัญ (McGrath et al., 2006; Monterosso et al., 2005) เนื่องจากในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยพยาบาลต้องมีทักษะนี้เพื่อการฟัง ถาม ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ความเชื่อ เป้าหมาย และประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในการประชุมร่วมกันกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ การอภิปรายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การพูดคุยกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง การอภิปราย หรือโต้แย้งเชิงวิชาการกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ทักษะนี้จึงทำให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยสามารถสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Fourie, McDonald, Connor, & Bartlett, 2005; Ware et al., 2010)

2. มิติบุคคล

มิติบุคคลเป็นมิติที่เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการสร้างสิ่งแวดล้อม บรรยากาศ และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ (Curtin, 1979) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล

กับผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (MacDonald, 2007; Negarandeh et al., 2006; Thacker, 2008) ดังผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Vaartio et al. (2006) ซึ่งได้สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ได้รับความเจ็บปวด พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการ หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวของผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงความต้องการและประสบการณ์ของผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกสรรข้อมูลที่ผู้ป่วยพึงต้องรู้ และข้อมูลการรักษาที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับได้อย่างอิสระและเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยจึงต้องมีการพูดคุยโต้ตอบแบบสองทาง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นความสัมพันธ์ที่เสมือนเป็นการบำบัด (Gadow, 1990) ซึ่ง McSteen and Peden-McAlpine (2006) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ที่เสมือนการบำบัด (Therapeutic relation) ว่าเป็นความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องการกระทำอย่างแท้จริง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และระดับผู้บริหารการพยาบาลทำให้เกิดแรงสนับสนุนที่ดีในการเกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Negarandeh et al. (2006) ซึ่งพบว่า อุปสรรคที่สำคัญในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาล นอกจากนี้จากการศึกษาของ Davis and Konishi (2007) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้รับผิดชอบโดยตรงในหน่วยงานพยาบาล มีอำนาจหน้าที่ตามสายการบังคับบัญชา และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในวิชาชีพและสหวิชาชีพ รวมทั้งมีความสามารถที่จะส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้มีสมรรถนะในการแสดงบทบาทปกป้องผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sorensen & Iedema, 2007) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในระดับต้นได้แก่ หัวหน้าทีม หัวหน้าเวร สามารถช่วยพัฒนาทักษะหรือเป็นแม่แบบแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยให้สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้การสนับสนุน และช่วยเหลือพยาบาลจบใหม่เพื่อให้สามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ (Corish, 2005; Maquis & Huston, 2009; Smith, 2004; Thacker, 2008) ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพทุกระดับจะทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเป็นหนึ่งเดียวกันในการผลักดันให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยสำเร็จได้ (Davis et al., 2003)

2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากบุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (O' Connor & Kelly, 2005) ดังการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณนาของ Bull and FitzGerald (2004) ซึ่งได้สัมภาษณ์และสังเกตพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดและบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนดว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่กำหนดว่ากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความยากง่ายเพียงไรด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ McGrath et al. (2006) พบว่า ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับบุคลากรในทีมสุขภาพจะทำให้เกิดความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมอง ประสบการณ์ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสามารถวางแผนการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ

3. มิติองค์กร

มิติองค์กรเป็นปัจจัยภายในองค์กร ซึ่งให้การสนับสนุน ช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือ และการประสานงานของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งมิติองค์กรจะมีการกำหนดแนวปฏิบัติไว้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น ปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยขององค์กร การกำหนดกฎ ระเบียบ นโยบายขององค์กร ลักษณะสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เป็นต้น (Chafey et al., 1998; Davis et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณของ นิธิวดี อังเรพพาณิชย์ (2550) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับมาก และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติบทบาทการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 16.9 ซึ่งสภาการพยาบาลได้มีการกำหนดไว้ใน มาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 (2554, 5 มิถุนายน). ในข้อ 3 มาตรฐานที่ 2 ว่าด้วยการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และในประกาศสภาการพยาบาล (2552, 24 เมษายน, หน้า 2) เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดเป็นมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาล และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้มีความตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วย

4. มิตินโยบาย

มิตินโยบายเป็นการผลักดันหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการตัดสินใจและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Spenceley, Reutter, & Allen, 2006) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพควรจะต้องมีการกระทำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด (Bu & Jezewski, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Fowler (1989) ซึ่งต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความเสมอภาคทั้งในผู้ป่วยระดับรายบุคคล และในระบบการดูแลสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งในแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงในสังคม นโยบายที่มีความสำคัญมากในมิตินี้ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้ การควบคุมองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และการปกป้องผู้ป่วยบริการจากระบบสุขภาพ (Gilkey, Earp, & French, 2008)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในองค์กร และนโยบายยังไม่มีชัดเจน หรือขาดการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องการกำหนดมาตรฐาน นโยบาย หรือระเบียบต่าง ๆ (Grace, 2001) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาระงานมากเกินไป ขาดการมีอำนาจในองค์กร ไม่มีความสามารถในตนเองเพียงพอที่จำทำให้งานเกิดความสำเร็จ (Sense of personal self-efficacy) ขาดความรู้ในกระบวนการของการจัดทำ และนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือ ไม่มีแม่แบบในวิชาชีพ เป็นต้น (Spenceley et al., 2006) ดังนั้น การสนับสนุนจากองค์กร หรือผู้บริหาร จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเพื่อให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ (Morse, 2008)

กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาจัดเป็นหมวดหมู่ โดยใช้พื้นฐานแนวคิดตามความหมายของการพยาบาล และจากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้กระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปเป็นกิจกรรมหลักของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์ (Promoting patients basic rights as person) 2) การเป็นตัวแทนของผู้ป่วย (Acting on behalf of patients) และ 3) การคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจน (Safeguarding patient's informs) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน และได้รับประโยชน์สูงสุด กิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การปกป้องสิทธิและประโยชน์ของผู้ป่วย (Davis et al., 2003) การปฏิบัติโดยการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความถูกต้อง การป้องกันการ

ละเมิดสิทธิ และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการสนับสนุน การให้ความหมายของความเจ็บป่วย กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐานในฐานะ มนุษย์นี้ เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่พยาบาลวิชาชีพต้องกระทำให้กับผู้ป่วย จึงสามารถใช้ได้สำหรับ ผู้ป่วยทุกคนในฐานะมนุษย์ที่พึงได้รับ

จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ McSteen and Peden-McAlpine (2006) โดยสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ในบางสถานการณ์ ทางเลือก ของผู้ป่วยอาจขัดแย้งกับมุมมองของสมาชิกในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสิ่งที่ดีที่สุด พยาบาล วิชาชีพจึงจำเป็นต้องรู้และเข้าใจความหมายของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงเป้าหมาย ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ยอมรับยาแก้ปวดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ทำให้ครอบครัว แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพรู้สึกวิตกกังวลในสถานการณ์นี้เป็นอย่างมาก พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีบทบาท สำคัญในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยทำความเข้าใจว่า ผู้ป่วยให้ความหมาย ความเชื่อ ความต้องการ และเป้าหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไร ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและแพทย์อาจเข้าใจว่า ผู้ป่วย ทุกรายที่มีความเจ็บปวดมีความต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการปวดเหมือนกันทุกราย แต่เมื่อพยาบาล ได้มีบทบาทการสนับสนุนผู้ป่วยในการให้ความหมายของความเจ็บปวด โดยการฟังผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วย ได้บอกถึงความรู้สึกว่า ไม่ได้มีความต้องการการบรรเทาอาการปวดตลอดเวลา แต่ต้องการให้ตนเอง รู้สึกเจ็บปวดได้ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถทนได้ และต้องการที่จะบอกถึงความรู้สึกความเจ็บปวด ของตนเองให้ครอบครัวรับฟัง ผู้ป่วยต้องการที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของตนเองได้เองหรือ สามารถจะบอกว่าต้องการยาแก้ปวดเมื่อไหร่ตามที่ตนเองรู้สึก

กิจกรรมการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทร เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นได้ทุกครั้งแก่ ผู้ป่วยทุกคนที่พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จากการศึกษาของ Boyle (2005) ได้สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ซึ่งได้บอกเล่าประสบการณ์ใน การปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีจิตใจสงบ รู้สึกไว้วางใจต่อการได้รับการ ดูแล พยาบาลจะบอกทุกสิ่งทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นทั้งในขณะที่ผู้ป่วยหลับ และระหว่างการผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะหลับพยาบาลจะกระซิบให้ผู้ป่วยได้ยินว่าพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี นอกจากนั้น พยาบาลยังได้บอกเล่าประสบการณ์จากการได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งได้รับอุบัติเหตุทำให้ต้อง ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้บอกพยาบาลว่า ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยวิตกกังวลและรู้สึกกลัวมาก กลัวว่าจะตาย ในขณะที่ผ่าตัด เมื่ออยู่ในห้องผ่าตัดเห็นแต่ผู้คนมากมายเดินอยู่ในห้อง ไฟในห้องผ่าตัดที่เปิดสว่าง มาก และได้ยินเสียงกระทบของเครื่องมือผ่าตัดตลอดเวลา ในช่วงเวลานั้นผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีใครบางคน

มาสัมผัสมือของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมองไปพบว่า เป็นพยาบาลที่เข้ามาแนะนำตัว และบอกว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด ไม่ต้องกังวล ผู้ป่วยรู้สึกว่าการวิตกกังวลได้บรรเทาลง และรับรู้ได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยในช่วงเวลาของความกลัวนั้น ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงผลกระทบของพยาบาลที่แตกต่างจากบุคคลากรอื่น ๆ

2. การเป็นตัวแทนของผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่เสมือนเป็นผู้กระทำแทนผู้ป่วย กิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การทำให้เสียงหรือความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง (Carver & Morrison, 2005) การเป็นกระบอกเสียง การประสานงาน หรือเป็นตัวกลาง ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ (McSteen & Peden-McAlpine, 2006; O' Connor & Kelly, 2005) การพูดแทน (Hanks, 2010) การตีความและการแก้ต่าง (Negarandeh, Oskouie, Ahmadi, & Nikravesh, 2008)

กิจกรรมนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยทั้งที่ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ที่มีความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่อาจไม่มีความกล้าที่จะถามคำถามในสิ่งที่ตนเองสงสัยด้วยลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว และต้องการให้มีบุคคลที่เป็นตัวแทนของตนเองสามารถบอกความต้องการหรือความหมายของตนเองไปยังบุคคลอื่นได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย เช่น ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสมเหตุสมผล (Jugessur & Iles, 2009) หรือบุคคลที่พร่องความสามารถในการกระทำด้วยตนเอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้สามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายที่ให้การคุ้มครองผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว โดยยังคงคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ความหมายของประโยชน์ที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ถ้าประโยชน์ที่ควรได้รับไม่ได้มีการประเมินอย่างชัดเจน พยาบาลจะต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยมีความชัดเจนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ ไม่ใช่สิ่งที่เขาควรจะต้องทำ กิจกรรมในการเป็นตัวแทนจะทำให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดี ไม่ก่อให้เกิดอันตรายด้านร่างกาย รวมทั้งไม่ละเมิดด้านจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2008)

จากการศึกษาของ Vaartio et al. (2006) พบว่า พยาบาลต้องพยายามติดตามให้แพทย์ได้มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียงถึงแม้ว่าแพทย์จะมีงานยุ่งมาก และถ้าแพทย์ให้คำสั่งการรักษาเกี่ยวกับขนาดของยา หรือวิธีการตรวจรักษาที่พยาบาลเห็นว่าไม่ถูกต้อง จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาทันที แต่จะมีการสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้อง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Llewellyn and Northway (2007) โดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พัฒนาการด้านจิตใจและสติปัญญา พบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งสามารถสื่อสารได้นั้นจะต้องสามารถพูดแทน เพื่อให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปกป้องตนเองได้ แต่สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ไม่มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และไม่สามารถติดต่อ

สื่อสารได้ นอกจากพยาบาลต้องพูดแทนผู้ป่วยแล้ว ยังต้องมีทักษะการตีความ การตีความนี้เป็นการให้ความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ อาจจะต้องใช้ทักษะการสังเกต หรือทำความเข้าใจในท่าทางหรือลักษณะอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย การตีความในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อความหมายมีความสำคัญมาก เพราะถ้าพยาบาลพูดแทนผู้ป่วย สิ่งที่จะเป็นเพียงความคิดของพยาบาล มิใช่ของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องเรียนรู้ที่จะตีความ หรือให้ความหมายต่อสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกตามความเป็นจริง การพูดแทนผู้ป่วยจึงจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanks (2008) โดยสัมภาษณ์พยาบาลในแผนกอายุกรรมและศัลยกรรม พบว่า พยาบาลต้องสามารถพูดแทนและพูดให้บุคคลอื่นในทีมสุขภาพได้ยินในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเช่นเดียวกัน

3. การคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจน หมายถึง การดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ทั้งจาก พยาบาลวิชาชีพ และสมาชิกในทีมสุขภาพ กิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนและเพียงพอ (Boyle, 2005; Carver & Morrison, 2005; Davis et al., 2003) กิจกรรมในข้อนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Kohnke (1990) ที่กล่าวถึง กิจกรรมการให้ข้อมูลว่าพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงพอต่อการตัดสินใจ รวมทั้งอธิบายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจในสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย เพื่อปกป้องมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจากความไม่เข้าใจที่เกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Seal, 2007) รวมทั้งพยาบาลจะต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับฟังและเข้าใจในข้อมูลนั้นด้วย

โดยสรุปแล้วกิจกรรมที่เกิดขึ้นในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นการกระทำที่พยาบาลวิชาชีพได้การกระทำหรือแสดงออกต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด กิจกรรมนี้มีความเป็นพลวัต (Dynamic process) หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทหรือสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Bu & Jezewski, 2006; McSteen & Peden-McAlpine, 2006; Vaartio et al., 2006) กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อพยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งต้องหาวิธีการจัดการ เช่น เมื่อพยาบาลวิชาชีพประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความกล้าพอที่จะซักถาม ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องตัดสินใจทำกิจกรรมบางสิ่งบางอย่าง โดยการเข้าไปมีบทบาทในการเป็นตัวแทนในการซักถามให้ผู้ป่วย หรือเป็นตัวกลางในการประสานงานให้ผู้ป่วยและแพทย์ได้พูดคุยกันโดยตรงที่ผู้ป่วยต้องการซักถาม เป็นต้น กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงเกิดขึ้นในกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว และสมาชิกในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในบริบทนั้น ๆ

ผลที่เกิดขึ้นจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ผลที่เกิดขึ้นจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Consequences) จำแนกได้ดังนี้ 1) ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย 2) ผลที่เกิดขึ้นต่อพยาบาลวิชาชีพ และ 3) ผลที่เกิดขึ้นต่อวิชาชีพการพยาบาล

1. ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจ (Patient empowerment) และมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination หรือ Autonomy) และ 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจ และมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีแนวความเชื่อเรื่องของการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ที่ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นคน ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือผู้ป่วยสามารถที่จะมีอำนาจตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Baldwin, 2003; Gadow, 1990; Nelson, 1995) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจบนพื้นฐานของการได้รับข้อมูล (Informed decision-making) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับฟังและเข้าใจในข้อมูลที่พยาบาลให้เพียงพอต่อการตัดสินใจในทางเลือกนั้น และอธิบายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจในสถานการณ์นั้น ๆ รวมทั้งสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยด้วย (Kohnke, 1990; Kovtun, Engh, & Jatoti, 2008; McGrath et al., 2006) นอกจากผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระดับบุคคลแล้ว ตามแนวคิดของของ Folwer (1989) ต้องการให้พยาบาลวิชาชีพมีการขยายบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับของสังคม ที่นำไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในระบบสุขภาพด้วย

นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในคลินิกแล้ว พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องขยายบทบาทของตนเอง โดยมีส่วนร่วมในเชิงนโยบายสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความความผาสุกในชีวิตได้ด้วย (Well-being) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์แนวคิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Concept analysis) ของ Bu and Jezewski (2006) โดยการสังเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974-2006 จำนวน 220 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า การเกิดผลที่ตามกับผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับจุลภาค (Microsocial level) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยจะได้รับการปกป้องจากพยาบาลทั้งสิทธิผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจมีอิสระในการตัดสินใจ เกิดคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยในบริการสุขภาพ และ 2) ระดับมหภาค (Macrosocial level) หมายถึง การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลจะนำไปสู่ความต้องการการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Well-being) ของกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ในสังคม

และเกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม หรือทำให้เกิดความเท่าเทียมและคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ

ตามเป้าหมายของการปกป้องที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึง การทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ (Being empowered) หรือการมีอิสระในการตัดสินใจ กระทำตามสิทธิของตนเองอย่างมีเหตุผลและถูกต้องตามหลักจริยธรรม (Boyd & Nihart, 1998) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกระบวนการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ต้องการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรับฟังและวางแผนการดูแลหรือการรักษาของตนเองได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย แต่แนวโน้มของผลที่ตามมาของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นเพียงบางส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Self-care capacity) เท่านั้น ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองนี้เป็นเพียงขั้นหนึ่งของการเกิดพลังอำนาจในตนเองเท่านั้น โดยความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การปรับตัวและยอมรับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ความพึงพอใจในการดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น (Vaartio & Keino-Kilpi, 2005; Vaartio et al., 2006) เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกว่ามี ความมั่นใจมากขึ้น ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การเจ็บปวด การทำให้ปวดน้อยลง วิธีการทำให้ออนหลับและรู้ว่าจะทำอย่างไรเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ ความเจ็บปวด” ซึ่งแสดงว่าผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยยังไม่ได้เกิดขึ้นตามเป้าหมายสูงสุดของแนวคิด การปกป้อง

นอกจากนั้นยังมีข้อมูลสนับสนุนจากมุมมองของผู้ป่วยต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพยังไม่ได้กระทำวิเคราะห้ความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Vaartio et al., 2009) รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละรายเกิดการตัดสินใจด้วยตนเองแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Vaartio et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหูดตา คอและจมูก ซึ่งมีประสบการณ์การได้รับความเจ็บปวดและต้องการการปกป้องจากพยาบาลเพราะหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร ประสบการณ์และระยะเวลาที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความต้องการการปกป้อง และผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเจ็บปวดจะมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .003 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการต่อระดับความเจ็บปวดของตนเองได้ถูกต้องทำให้เกิดประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด

ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ป่วยที่สามารถแสดงออกถึงความปรารถนา และมีความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างอิสระเท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ตกอยู่ในความเงียบ (Silent) ไม่สามารถที่จะติดต่อให้บุคคลอื่น หรือเป็นบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง หรือผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสมเหตุสมผล (Jugessur & Iles, 2009) พยาบาลวิชาชีพก็จำเป็นต้องมีบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ความต้องการการปกป้องในผู้ป่วยทุกราย โดยให้การคุ้มครองผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยพึงได้รับเป็นสำคัญ

1.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยพยาบาลจะกระทำการพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจัดการภาวะเสี่ยง ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Fourie et al. (2005) โดยการสนทนากับกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉียบพลันทางด้านสุขภาพจิต พบว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันอันตรายและการจัดการภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง การสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระมัดระวังผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล การตรวจตราด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ รวมทั้งการปรึกษาสหวิชาชีพเพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการดูแล นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องมีบทบาทในการป้องกันผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้แพทย์เห็นความสำคัญของการเซ็นยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยังไม่เข้าใจในแผนการผ่าตัด หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพกระตุ้นให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลเมื่อพบว่าอัตราค่าลงของพยาบาลไม่เพียงพอซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง อาจเกิดความผิดพลาดในการให้ยา หรือความเหนื่อยล้าของพยาบาลอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้ (Windle, Mamaril, & Fossum, 2008)

นอกจากนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ของ Hellwig, Yam, and DiGiulio (2003) สัมภาษณ์พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case managers) ในหอผู้ป่วยเฉียบพลัน พบว่า ทำให้เกิดคุณภาพการดูแล เนื่องจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจะใช้หลักการดูแลที่เน้นการวิจัย ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล และทำให้สร้างผลลัพธ์การดูแลที่แตกต่างจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เคยปฏิบัติมา การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Gilkey et al. (2008) และ Morse (2008) ที่กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่าทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

ทั้งในแนวทางการปฏิบัติ และการกำหนดนโยบาย

1.2 ผลที่เกิดขึ้นต่อพยาบาลวิชาชีพ

สำหรับผลที่เกิดขึ้นต่อพยาบาลวิชาชีพนั้น ได้แก่ การยอมรับนับถือในวิชาชีพ (Professional recognition) และความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพได้กระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพการเห็นคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจในงาน (Hellwig et al., 2003; O' Connor & Kelly, 2005) พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ดีสำหรับผู้ป่วย ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในตัวเองมากขึ้น พยาบาลรู้สึกพึงพอใจ ปลื้ม ปิติ เบิกบานใจต่อสิ่งที่ได้กระทำให้กับผู้ป่วย (Hanks, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ware et al. (2010) พบว่า พยาบาลมีความรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญหน้ากับแพทย์ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 89 พยาบาลรู้สึกสบายใจต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับความเจ็บปวด คิดเป็นร้อยละ 82 และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง คิดเป็นร้อยละ 66

1.3 ผลที่เกิดขึ้นต่อวิชาชีพการพยาบาล

ผลที่เกิดขึ้นต่อวิชาชีพการพยาบาลทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) ซึ่งการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรในทีมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสาร และความรู้ความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ และได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่น ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ ดังการศึกษาของ Vaartio et al. (2006) โดยการสัมภาษณ์พยาบาลในแผนกอายุรกรรม พบว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยได้สังเกต และสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการที่อยู่ในระยะวิกฤติจึงรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน โดยไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือรุนแรงกว่าเดิม หลังจากเหตุการณ์นั้นทำให้แพทย์ให้การยอมรับและนับถือในฐานะที่เป็นพยาบาล นอกจากนั้นจากการศึกษาเชิงสำรวจของ Vaartio et al. (2008) พบว่า ค่าเฉลี่ยของพยาบาลด้านการทำให้เกิดพลังอำนาจในวิชาชีพสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการทำให้เกิดพลังอำนาจของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974-2006 จำนวน 220 ฉบับ ของ Bu and Jezewski (2006) ที่พบว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยทำให้เกิดผลผลทางด้านบวกต่อวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ ส่งเสริมภาพลักษณ์วิชาชีพ และพัฒนาสถานะของวิชาชีพเช่นเดียวกัน

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในบริบทสังคมไทย

จากสภาพของสังคมไทยที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิทธิของตนเองมากขึ้น และพยายามที่จะปกป้องสิทธิของตนเองในการรับบริการทางด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการได้รับบริการเป็นแนวคิดที่มาจากปรัชญาสิทธิมนุษยชน (Human rights) เพื่อคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานเพื่อป้องกันอันตรายและคุ้มครองผู้ป่วยด้านสุขภาพ (ฉัตรสุมน พุทธิภิญโญ, 2551) นอกจากนี้การแข่งขันด้านคุณภาพการพยาบาลยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในด้านของสิทธิการได้รับบริการ เช่น สถาบันรับรองและคุณภาพโรงพยาบาล ได้ตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วย จึงได้กำหนดเป็นมาตรฐาน และใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาในการรับรองคุณภาพการบริการไว้ ในหมวดที่ 5 เรื่องสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร เป็นต้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2555)

สภาการพยาบาล (2542) ได้มีการประเมินกิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยใช้พื้นฐานจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมากำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสำหรับพยาบาล (รายละเอียดดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของสภาการพยาบาล นั้นค่อนข้างสอดคล้องกับแนวคิดหรือความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้กับบริบททั่ว ๆ ไป ที่ไม่ซับซ้อน แต่ยังไม่มีการนำกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของสภาการพยาบาลไปใช้ในบริบทอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นต้น

ตารางที่ 1 สิทธิผู้ป่วยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสำหรับพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2542)

สิทธิผู้ป่วย	แนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย: สำหรับพยาบาล
1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ	1. การสนองตอบต่อสิทธิพื้นฐานที่จะรับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ	2. สิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ นั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการทุกรายเท่าเทียมกัน
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจ ชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการ	3. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ ในด้านบริการด้านสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจ การรับบริการของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สิทธิผู้ป่วย	แนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิ ของผู้ป่วย: สำหรับพยาบาล
ช่วยเหลือริบคว่นหรือจำเป็น	
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ เป็นผู้ให้บริการแก่ตน	5. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องแสดงข้อมูลบ่งชี้ ชื่อ สกุล ตำแหน่ง และคุณวุฒิของตนเองแก่ ผู้รับบริการ
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้	6. บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่งในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ผู้ป่วย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย	7. บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ	8. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องมีบทบาทในการกำหนดระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของตน
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏ ในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น	9. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องมีบทบาทในการปกป้องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยทั้งในด้านของการปฏิบัติการพยาบาล
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่ง ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้	

การศึกษาเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในบริบทการดูแลสุขภาพในสังคมไทย ชี้ให้เห็นว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในประเทศไทยยังมีช่องว่างในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยซึ่งยังไม่สามารถสนองตอบตามความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคกลางของ วรรณภา พามา

(2549) พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถเป็นสื่อกลางประสานงานระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้ หรือการไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาของผู้ป่วย หรือ ไม่สามารถต่อรองกับแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจถูกละเมิดสิทธิ และพยาบาลบางคน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปกป้องผู้ป่วยได้ทุกครั้งเนื่องจากภาระงานมาก (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2546; ศรีวลี เป็นไม่, 2546) การวิจัยเชิงพรรณนาของ ลักษณ์า ไทยประเสริฐ (2550) พบว่า คณะกรรมการปฏิบัติเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาเชิงพรรณนาของ รุจิรา เข้มงาม (2547) ที่พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนการศึกษาของ จารุพันธ์ พิชัยรัตน์ (2544) พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนบางส่วนรับรู้ว่า การพิทักษ์สิทธิคือการอธิบายให้ผู้ให้บริการทราบ สิทธิและแนะนำการใช้สิทธิบัตร บางส่วนรับรู้ว่า การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่ควรได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพยังไม่เข้าใจตามความหมายที่แท้จริง และยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

จากการศึกษาการปกป้องในมุมมองผู้ป่วยของ พัชรา เล็กประเสริฐ, อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และกุลวดี อภิชาติบุตร (2548) พบว่า มีข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เกี่ยวกับ 1) การให้ข้อมูลเรื่องเกี่ยวกับสิทธิในการเลือกไปรับการรักษาต่อในสถานบริการอื่นและในเรื่องการเข้าร่วมการทดลองหรืองานวิจัย 2) การจัดสิ่งแวดล้อมและให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ 3) การช่วยประสานงานแทนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ และ 4) การตรวจสอบข้อมูลกับแพทย์และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อผู้ป่วยมีความข้องใจในวิธีการรักษา นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของ รุจิรา เข้มงาม (2547) ที่ใช้กรอบแนวคิดตามบทบาทการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ สภาการพยาบาล (2542) พบว่า ปัจจัยด้านค่านิยมต่อวิชาชีพการพยาบาลและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ตามสิทธิผู้ป่วย เมื่อมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจถูกละเมิดสิทธิสามารถขอคำแนะนำได้ และการได้รับอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2554 งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากกิจกรรมตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการของ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบศิลปะ (2541, 16 เมษายน) และตามกิจกรรมการพยาบาลในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย สภาพยาบาล (2542) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การให้ข้อมูล คือ บอกให้ผู้ป่วยรู้ถึงสิทธิของตนในการรับ

บริการด้านสุขภาพ และจัดหาข้อมูลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วย 2) การช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจ คือ การเพิ่มความสามารถความเป็นอิสระในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง และสนับสนุนให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก 3) การปกป้องดูแล คือ การตรวจตรา ระวัง และป้องกันการกระทำใด ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และผลประโยชน์ของผู้ป่วย และ 4) การเป็นตัวแทน คือ การทำหน้าที่ในการบอกเล่าแทนผู้ป่วยในเรื่องความต้องการ ความปรารถนา ความไม่สบายใจและความกลัว และตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้โดยยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากการกำหนดมาตรฐานการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับของสภาการพยาบาลทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นยังไม่มี ความชัดเจน ดังการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมากน้อยเพียงใด แต่ยังไม่สามารถอธิบายหรือทำความเข้าใจในเชิงลึกว่าพยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายที่แท้จริงของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไร รวมทั้งกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างไรบ้าง ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในต่างประเทศไว้หลากหลายบริบทตามที่กล่าวมาแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากบริบททางสังคม วัฒนธรรม มีผลต่อการให้ความหมาย และการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย จึงทำให้ไม่สามารถนำความหมายดังกล่าวมาใช้ได้โดยตรง จากการที่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมถึงพลวัตรหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ การจัดการเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเงื่อนไขสนับสนุน หรือขัดขวางกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย จึงไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับการให้ความหมาย และแนวปฏิบัติการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่ชัดเจน การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ คือ ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องศึกษาความหมาย ซึ่งผลต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และวิธีการจัดการต่าง ๆ ตามเงื่อนไขที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งนี้จะทำให้ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และแนวทางการจัดการเพื่อให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่ชัดเจน และสอดคล้องกับเงื่อนไขที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

การวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน

การวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded theory) เป็นการศึกษาเพื่อใช้อธิบายกระบวนการสังคม ซึ่งนำเสนอพฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ (Benoliel, 1996; Chenitz & Swanson, 1986;

Creswell, 2007; Streubert Speziale & Carpenter, 2011) การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานแตกต่างจากวิจัยเชิงคุณภาพประเภทอื่น ๆ ซึ่งมีใช้เพียงแค่ให้ความหมาย ทำความเข้าใจและพรรณนาในปรากฏการณ์ที่สนใจอย่างลุ่มลึกเท่านั้น แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาทฤษฎีระดับเนื้อหา (Substantive theory) การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจึงเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบนิรนัย และอุปนัย (Inductive and deductive) ที่ได้ข้อมูลมาจากการศึกษาในปรากฏการณ์ โดยผ่านการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ จึงไม่ได้เริ่มต้นจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว แต่เริ่มจากข้อมูลตามความเป็นจริงของบริบทที่ศึกษา (Morse, 2001; Polit & Beck, 2004; Strauss & Corbin, 1990) จึงทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถ่องแท้ ต่อการให้ความหมายในปรากฏการณ์ซึ่งนำไปสู่การกระทำของบุคคล และนำไปใช้ได้ในฐานะการค้นพบจริง (Corbin & Straus, 2008; Schreibe & Stern, 2001; Southern & Devlin, 2010; Strauss & Corbin, 1998) การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจึงทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการวิจัย และการนำผลไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (Chenitz & Swanson, 1986; Peterson & Bredow, 2009) การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจึงเหมาะสมสำหรับปรากฏการณ์ที่ยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างลึกซึ้งมาก่อน (Birks, 2011; Glaser & Strauss, 1967)

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานมีพื้นฐานจากปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (Symbolic interactionism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจชีวิตและการกระทำของมนุษย์ (Human group life and human conduct) (Blumer, 1969) โดยมีแนวคิดว่าโลกซึ่งประกอบด้วยมนุษย์และวัตถุ (Objects) โดยวัตถุได้แก่ 1) วัตถุทางกายภาพ (Physical object) เช่น ต้นไม้ หนังสือ เป็นต้น 2) วัตถุทางสังคม (Social objects) เช่น นักเรียน แม่ เพื่อน ครู เป็นต้น และ 3) วัตถุนามธรรม (Abstract objects) เช่น หลักจริยธรรม ปรัชญา คุณค่า ค่านิยม บรรทัดฐานของสังคม เป็นต้น เมื่อโลกประกอบไปด้วยมนุษย์ซึ่งอยู่ร่วมกันในสังคมจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีการกระทำต่อกันและกัน โดยการกระทำของบุคคลจะมีผลอย่างไรอย่างหนึ่งต่อความคิดหรือการกระทำของบุคคลอีกคนหนึ่ง บุคคลในสังคมจะมีกระบวนการให้ความหมายต่อบุคคลอื่นและตีความการกระทำของบุคคลอื่น รวมทั้งบุคคลเหล่านี้พยายามที่จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการกระทำของบุคคลอื่น ๆ ในสังคมด้วย

การให้ความหมายเป็นวิธีการเห็นวัตถุ การกระทำต่อวัตถุและพูดกล่าวต่อวัตถุนั้น การให้ความหมายถูกตีความผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม การให้ความหมายจึงเป็นหัวใจที่สำคัญของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ การปฏิสัมพันธ์และกระบวนการทางสังคม (Social process) โดยกระบวนการทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันในสังคม (Social interactions) นอกจากนั้นปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม

ยังเชื่อว่ามนุษย์และสังคมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความจริง (Truth) ในสังคมจึงเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนและไม่สมบูรณ์ เพราะการให้ความหมายจะเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล ดังนั้นเพื่อให้เราเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในสังคมได้ดีที่สุดเราจำเป็นต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งในความหมายของผู้ที่มีประสบการณ์ภายในบริบทนั้น ๆ (Chenitz & Swanson, 1986)

ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมมีความเชื่อพื้นฐานว่า มนุษย์จะกระทำต่อสิ่งต่าง ๆ ตามการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น ๆ โดยการให้ความหมายเกิดขึ้นผ่านกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มนุษย์แต่ละคนจะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการให้ความหมายในสิ่งแวดล้อม หรือบริบทนั้น ๆ ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมจึงถือว่าเป็นผลผลิตทางสังคม (Social products) และการให้ความหมายจะผ่านกระบวนการตีความ โดยบุคคลจะกระทำตามการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น และใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารในการสื่อความหมาย (Blumer, 1969) ดังนั้นปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม จึงเป็นแนวคิดที่ต้องการทำความเข้าใจสังคมจาก “ภายใน” หมายถึง จากความคิดของคนที่เป็นผู้ให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ และกระบวนการให้ความหมายที่นำไปสู่การแสดงออกเป็นพฤติกรรมกระทำในบริบทที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เข้าใจว่าบุคคลเหล่านี้คิดอย่างไร จึงกระทำสิ่งนั้น

สัญลักษณ์ (Symbol) ถือเป็นแนวคิดหลักของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม สัญลักษณ์อาจเป็นภาษาที่เป็นคำพูด เป็นภาษาเขียน หรือการกระทำ โดยสัญลักษณ์ซึ่งเป็นคำพูดหรือภาษาเขียนเป็นพื้นฐานของสัญลักษณ์อื่น ๆ ทั้งหมด คำพูดเป็นสัญลักษณ์แทนบางสิ่งบางอย่างที่มีความหมาย ถูกใช้เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับวัตถุทางกายภาพ ความรู้สึก ความคิด คุณค่า นอกจากนั้นยังใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร การอธิบายการกระทำ ส่วนการกระทำสามารถบอกความหมายบางอย่างเพื่อติดต่อกับบุคคลอื่น หรือแสดงให้เห็นบุคคลอื่นรู้ในสิ่งที่เราต้องการหรือมุ่งหวัง เช่นการมองนาฬิกาขณะที่คุยกับคนบางคน เป็นต้น (Charon, 1998)

สัญลักษณ์ถูกสร้างขึ้นจากกระบวนการทางสังคมและถูกใช้เพื่อเป็นเครื่องหมายในการให้ความหมายร่วมกันระหว่างสมาชิกในสังคมหรือในวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกัน (Burbank & Martins, 2009) สัญลักษณ์จึงเกิดจากกระบวนการกล่อมเกลாதงสังคม วัฒนธรรม และการสั่งสมความรู้ของบุคคลคนหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง จากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง จากวัฒนธรรมหนึ่งไปยังกลุ่มคนอื่น ๆ จนเกิดการยอมรับว่าเป็นความจริงในสังคม มนุษย์จึงสามารถเห็นความจริงนี้ผ่านการใช้สัญลักษณ์ สัญลักษณ์สามารถบอกสิ่งที่เราคิด สิ่งที่เรารู้สึก และใช้สัญลักษณ์นี้ในการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อแสดงเป้าหมาย หรือสิ่งที่เราต้องการและให้ความหมายกับบุคคลอื่น ๆ (Charon, 1998) สัญลักษณ์ถูกให้ความหมายในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยบุคคลในสังคม

เป็นผู้สร้างขึ้นมา และเห็นพ้องต้องกันในเรื่องที่พวกเขาใช้เป็นสัญลักษณ์ สัญลักษณ์จึงอาจเป็นธรรมเนียมที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา (Conventional) สัญลักษณ์จึงเป็นสิ่งที่มีความหมาย (Meaningful) และมีความสำคัญ (Significant) ซึ่งหมายถึง ผู้ใช้สัญลักษณ์ต้องเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาแสดงออกให้เห็น และใช้สัญลักษณ์ตามที่เขาเชื่อว่าจะสามารถทำให้บุคคลอื่นเข้าใจได้ รวมทั้งใช้สัญลักษณ์อย่างมีเป้าหมาย หรืออย่างตั้งใจ

ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าสัญลักษณ์ถูกสร้างขึ้นจากกระบวนการทางสังคม กระบวนการของปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมจึงเริ่มต้นจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลคนหนึ่ง และคนอื่น ๆ ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง ทำให้เกิดข้อมูลหรือมุมมองซึ่งเป็นแนวทางให้บุคคลนั้นให้คำจำกัดความต่อสถานการณ์ที่เผชิญ บุคคลนั้นใช้พื้นฐานของการกระทำในการให้ความหมายของสถานการณ์ หลังจากการกระทำนั้นเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ผลของการกระทำจะถูกตีความหรือให้ความหมาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของมุมมองและนิยามของสถานการณ์ มุมมองที่ถูกทำให้เปลี่ยนแปลงและคำนิยามในสถานการณ์นั้นมีผลต่อการกระทำของคน ๆ นั้นในอนาคต ตามที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้นว่าการวิจัยพื้นฐานต้องการศึกษากระบวนการทางสังคม โดยให้ความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างคน เหตุการณ์ และสังคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงส่งผลให้ต้องมีการพัฒนาวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม

รูปแบบของการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน

การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานเป็นวิธีการเรียนรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาและใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของคนในสังคมที่ต้องการศึกษา เมื่อสังคม สภาพแวดล้อม และมีปัจจัยต่าง ๆ มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดการพัฒนาแบบการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานขึ้น ซึ่งการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประเด็นที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน (Guba & Lincoln, 1994) การทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของแนวคิดพื้นฐานของการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานในแต่ละรูปแบบ จะทำให้ผู้วิจัยสามารถตัดสินใจเลือกรูปแบบได้อย่างเหมาะสมกับปรากฏการณ์ที่ต้องการทำความเข้าใจ Richards and Morse (2007) ได้จำแนกการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานไว้ 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) Glaserian grounded theory 2) Straussian grounded theory 3) Dimensional analysis 4) Constructional grounded theory และ 5) Situational analysis

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ Straussian grounded theory เป็นการศึกษาทฤษฎีพื้นฐานของ Strauss and Corbin (1990, 1998) นักปรัชญาได้ให้ข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับปรัชญาพื้นฐานการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานของ Straussian grounded theory โดย Straussian grounded theory มีแนวคิดพื้นฐานเป็นปรัชญาคตินิยมแนวการสร้าง (Constructivism) (Annells, 1996, 1997; Bryant & Charmaz; 2007; Guba & Lincoln, 1994; Kearney, 2007; MacDonald & Schreiber, 2001) ซึ่งมี

ภววิทยา (Ontology) เป็นสัมพัทธนิยม (Relativist) โดยความจริงไม่สามารถรู้ได้จริง แต่สามารถรู้ได้จากการตีความ (Strauss & Corbin, 1990, p. 22) และการตีความจะขึ้นอยู่กับมุมมองที่หลากหลาย (Strauss & Corbin, 1994, p. 280) ส่วนญาณวิทยา (Epistemology) เป็นแบบอัตวิสัย (Subjectivity) ผู้แสวงหาความจริงกับความรู้และความจริงความรู้ไม่สามารถแยกจากกันได้ (Strauss & Corbin, 1994)

Straussian grounded theory ให้ความสำคัญต่อปัจจัยระดับจุลภาค (Micro conditions) และปัจจัยระดับมหภาค (Macro conditions) ซึ่งมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (Anells, 1996) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาข้อมูลให้เป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมมากขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีโครงสร้าง และแบบแผนที่ชัดเจน ซึ่งมีกระบวนการให้รหัส 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การเปิดรหัส (Open coding) 2) การหาความสัมพันธ์ของรหัส (Axial coding) และ 3) การคัดเลือกรหัส (Selective coding) โดยใช้กระบวนการให้รหัส (Coding paradigm) เพื่อหาความสัมพันธ์ของรหัส ซึ่งได้แก่ เงื่อนไข (Condition) การกระทำ (Action/ Interactions) และผลที่ตามมา (Consequences) นอกจากนี้ยังใช้เมตริกซ์ของเงื่อนไข (Conditions/ Consequences matrix) เพื่อเชื่อมโยงปัจจัยระดับจุลภาค และปัจจัยระดับมหภาคในปรากฏการณ์ให้มีความชัดเจนมากขึ้น (Corbin & Strauss, 1996)

ฐานแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยใช้ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม และแนวคิดของสิทธิมนุษยชนเป็นฐานแนวคิด เพื่อให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎี ซึ่งจะเกิดความเข้าใจ และรู้สึกต่อการให้ความหมายของข้อมูลที่ได้จากการกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม

ผู้วิจัยศึกษาใช้ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นมุมมองในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่า ความรู้และความจริงในปรากฏการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งที่มืออยู่แล้ว ทั้งจากกระบวนการกล่อมเกลாதงสังคมของวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งได้กำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติ สิ่งที่ยึดถือในหน่วยงาน ค่านิยม วัฒนธรรม สังคมและการสังสมความรู้จากสมาชิกวิชาชีพการพยาบาลคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง จนเกิดเป็นการยอมรับว่าเป็นความจริงในสังคม พยาบาลวิชาชีพได้รับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่

ละบุคคล และประกอบสร้างความรู้ความจริงของแต่ละบุคคลขึ้นมา (Given, 2008) ความจริงที่เกิดขึ้นในใจของพยาบาลแต่ละบุคคลนั้นต้องผ่านกระบวนการคิด ให้ความหมายในรูปแบบต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล การให้ความหมายจึงเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ และบริบทของพยาบาลแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเชื่อว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และปรากฏการณ์ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสมาชิกในทีมสุขภาพ ความจริงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จึงเป็นความจริงเฉพาะสถานที่ เฉพาะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเฉพาะช่วงเวลานั้น (Schwandt, 1994) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความจริงเหล่านี้ได้ โดยพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้บอกเล่าเรื่องราวการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามประสบการณ์ของตนเอง ความรู้และความจริงที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่สามารถควบคุมได้ (Natural inquiry) ซึ่งผู้วิจัยต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยการพูดคุย เพื่อให้สามารถเข้าถึงความรู้/ ความจริง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว และสมาชิกในทีมสุขภาพในปรากฏการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้

จากความเชื่อพื้นฐานของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมสามารถนำมาอธิบายการให้ความหมายต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ การให้ความหมายของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ (Charon, 1998) และความหมายนี้จะผ่านกระบวนการตีความ และสื่อสารออกมาเป็นการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ วิธีที่ผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงความจริงนี้ได้จากการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยใช้ทั้งวิธีการพูดคุยเชิงลึก และการสังเกตสิ่งที่พยาบาลได้กระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบอกละเอียดสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพคิด และรู้สึกเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นจะทำให้ผู้วิจัยสามารถอธิบายการกระทำภายใต้สถานการณ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการและการเปลี่ยนแปลงการกระทำเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ แนวคิดพื้นฐานนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้ค้นพบความหมายผ่านการกระทำของพยาบาลวิชาชีพ และการรับรู้ถึงกระบวนการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพนี้จะนำไปสู่แนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วย จากปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมจึงเป็นพื้นฐานในการเลือกใช้การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานเพื่ออธิบายถึงการกระทำหรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่เกิดขึ้น ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และบริบททางสังคมที่มีผลต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Cooney, 2010) การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจึงเป็นวิธีการที่สามารถเข้าถึงความรู้และความจริงเหล่านี้ได้อย่างลึกซึ้ง โดยจะกล่าวอย่างละเอียดในวิธีการดำเนินการวิจัยต่อไป

แนวคิดสิทธิมนุษยชน

ธรรมชาติของมนุษย์จะมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความกลัวจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ดังนั้น มนุษย์จึงต้องแสวงหาหลักประกันซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่มนุษย์ควรได้รับสิทธิที่มีมา โดยธรรมชาติตั้งแต่เกิด ด้วยความเชื่อที่ว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับการมีคุณค่า มีวิถีแห่งการดำเนินชีวิตเป็นของตนเอง มีความสามารถในการดำรงตนอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี ที่เหมาะสมอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอหัวข้อ ได้แก่ 1) ความหมายและแนวคิดสิทธิมนุษยชน 2) สิทธิมนุษยชนและวิชาชีพการพยาบาล และ 3) แนวคิดสิทธิมนุษยชนกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รายละเอียดดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคน ไม่แยกเชื้อชาติ เพศ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ระดับการศึกษา ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ ทุกคนมีสิทธิอย่างเท่าเทียม (UNHR, 2012) สิทธิมนุษยชน จึงหมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐาน หรือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่มนุษย์พึงมี เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า หากมีการละเมิดต่อสิทธิดังกล่าวย่อมได้รับการรับรองคุ้มครองโดยกฎหมาย เช่น สิทธิในชีวิตและร่างกาย เป็นต้น สิทธิมนุษยชนประกอบไปด้วยสิทธิต่าง ๆ ครอบคลุมวิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย สิทธิมนุษยชนจึงเป็นทั้งสิทธิทางจริยธรรม (Moral rights) ที่เป็นสิทธิอันชอบธรรมที่มนุษย์พึงมี รวมทั้งเป็นสิทธิตามกฎหมาย (Legal rights) ที่สามารถบังคับให้เป็นไปตามสิทธิได้จริง ซึ่งเกิดจากการที่กฎหมายให้การรับรองและคุ้มครองไว้อย่างชัดเจน เช่น สิทธิในการได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค เป็นต้น สิทธินี้สามารถพิสูจน์ ได้แย้ง หรือบังคับให้เป็นไปตามสิทธิได้ (อุดมศักดิ์ สนิธิพงษ์, 2552)

จากการสู้รบในสงครามโลกครั้งที่หนึ่งและครั้งที่สองได้พรากชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมาก และยังส่งผลกระทบต่อในด้านอื่น ๆ ต่อความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งในรูปแบบของความอดอยาก การทรมานนักโทษ การใช้แรงงานเยี่ยงทาส และการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ ภายหลังจากการสิ้นสุดของสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงได้มีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติขึ้น พร้อม ๆ กับการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (UNHR) ซึ่งได้ถือกำเนิดขึ้นเพื่อประกันสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของปัจเจกชนทั่วทุกแห่ง เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 และถือว่าวันนี้เป็นวันสิทธิมนุษยชนของโลกด้วย ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนฉบับนี้ถือว่าเป็นเอกสารทางประวัติศาสตร์ฉบับแรกของโลกในการวางรากฐานด้านสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติทางใดทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ สถานะทาง สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม กฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนทุกฉบับในปัจจุบันล้วนมีพื้นฐานและได้รับการพัฒนาและมาจากปฏิญญาสากลฉบับนี้

ทิ้งสิ้น

ในวรรณคดีของปัญญาสาครว่าด้วยสิทธิมนุษยชน กล่าวไว้ว่า ทุกคนในโลกแม้ต่างชาติ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม แต่ทุกคนมีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกัน นั่นคือความเป็นมนุษย์ ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิด ศักดิ์ศรีนี้มาพร้อมกับสิทธิที่เท่าเทียมกัน ซึ่งไม่มีใครจะมาเอาไปจากตัวเราได้ การเคารพในสิทธิของแต่ละบุคคล จะช่วยให้เกิดสังคมที่มีความเอื้ออาทร และความสงบสุข อันจะนำไปสู่อิสรภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพของโลกที่เราอาศัยอยู่ ซึ่งถือเป็นความปรารถนาสูงสุดของมนุษย์ทุกคน

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำปัญญาสาครว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยมีเนื้อหาสาระที่สำคัญ ดังนี้

1. สิทธิเสรีภาพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน
2. สิทธิเสรีภาพที่เสมอภาคโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ
3. สิทธิในการดำรงชีวิตและความมั่นคงแห่งร่างกาย
4. เสรีภาพจากการถูกบังคับให้อยู่ภายใต้ภาวะจำยอม
5. เสรีภาพจากการถูกทรมาน
6. สิทธิในการได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลตามกำหนด
7. สิทธิในการได้รับความคุ้มครองโดยไม่เลือกปฏิบัติ
8. สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติจากศาลต่อการละเมิดสิทธิ

สิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะประกันว่า มนุษย์จะสามารถอยู่ร่วมกันระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ อย่างมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เสมอภาคกัน หลักประกันสิทธิมนุษยชนที่แท้จึงแทบไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎหมาย แต่ขึ้นอยู่กับการมีจิตสำนึก และวิธีการคิดเพื่อที่จะเคารพในความเป็นมนุษย์ (ประเวศ วะสี, 2555)

2. สิทธิมนุษยชนและวิชาชีพการพยาบาล

หลังจากที่มีการประกาศการรับรองปัญญาสาครว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นต้นมา ประเทศต่าง ๆ ได้มีการนำหลักการของสิทธิมนุษยชนในปัญญาฯ ดังกล่าวไปบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ สำหรับประเทศไทยได้มีการแก้ไขกฎหมายภายในให้สอดคล้องกับหลักการสิทธิมนุษยชน และมีความสำคัญต่อการจัดทำกฎหมายโดยคำนึงถึงหลักการของสิทธิมนุษยชน เช่นเดียวกัน ดังนั้น ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (2550) จึงมีเนื้อหาสาระที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อบุคคลตามหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งในระบบบริการสาธารณสุขให้บุคคลมีสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ตามมาตรา 51 ที่ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิ

ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพสำหรับสิทธิในการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการ ซึ่งทำให้องค์กรวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด สภานิติบัญญัติ ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบศิลปะ (2541) ได้นำมาสู่การประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient rights)

องค์กรวิชาชีพการพยาบาลกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

องค์กรวิชาชีพการพยาบาลในระดับนานาชาติ และระดับชาติอย่างมากมาย โดยสหภาพพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN, 2015) ได้ประกาศนโยบายที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนกับการปกป้องผู้ป่วยไว้ดังนี้ “รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิของทุกคนที่พึงจะได้รับ ทั้งเรื่องการเงิน ศาสนา สิทธินี้รวมถึงสิทธิที่จะเลือก หรือปฏิเสธการรักษา การเซ็นยินยอม การรักษาความลับและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี พยาบาลพึงปกป้อง และส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพของบุคคลใน ทุกสถานที่และทุกเวลา รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่าทุกคนได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ และสามารถเข้าถึงบริการได้” นอกจากนั้นสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (ANA, 2015) ได้มีการปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลกำหนดแนวคิดการปกป้องผู้ป่วยไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลข้อบัญญัติที่ 3 ว่า “พยาบาลต้องส่งเสริมและพยายามอย่างสุดความสามารถที่จะปกป้องสุขภาพ ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย” จากการให้ความสำคัญดังกล่าว พยาบาลทั่วโลกจึงใช้แนวคิดนี้เป็นพื้นฐาน ในการปฏิบัติการพยาบาล ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลทั่วโลกได้ให้ความสำคัญของการปกป้องผู้ป่วยได้แก่ สมาคมพยาบาลแคลิฟอร์เนีย (California Nurses Association) ได้รวบรวมกลุ่มพยาบาลในการเรียกร้องและรวมพลัง เป็นกระบอกเสียงให้กับผู้ป่วย เพื่อประกาศให้บุคคลทั่วไปในสังคม ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการได้รับรู้และให้ความสำคัญต่อการปกป้องผู้ป่วย (Dumpelel, 2005)

สำหรับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยได้กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ใน มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 (2554, 5 มิถุนายน) ข้อ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ในมาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกันสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้ง สภากาชาด (2552, 24 เมษายน) ยังได้กำหนดให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพว่า “ต้องปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรมจริยธรรมอย่างเหมาะสม” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 โดยปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรมจริยธรรมอย่างเหมาะสม และเพื่อให้มีแนวปฏิบัติในด้านนี้อย่างชัดเจน สภาการพยาบาล (2552) ได้ระบุงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ในแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559 ในแผนงาน 5 เรื่อง การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง โดยยึดหลักความมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ความเท่าเทียม ความพอเพียง และความเอื้ออาทร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาลที่พร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการพยาบาล

3. แนวคิดสิทธิมนุษยชนกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

จากพื้นฐานแนวคิดสิทธิมนุษยชน จึงทำให้สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN, 2015) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพว่า พยาบาลวิชาชีพต้อง มีความรับผิดชอบคุ้มครอง (Safeguard) ให้ความเคารพ (Respect) และส่งเสริม (Promote) สิทธิด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนทุกสถานที่ ทุกเวลา ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนที่จะได้รับการรักษา โดยไม่บังคับหรือฝืนใจ พยาบาลวิชาชีพต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองในการคุ้มครองผู้ป่วยทั้งในระดับการปฏิบัติ และระดับนโยบาย นอกจากนี้สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยหรืออเมริกา (ANA, 2015) ยังได้ใช้แนวคิดสิทธิมนุษยชนกำหนดเป็นบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocate) โดยพยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกสถานที่ ทุกอายุ และพัฒนาความสามารถเพื่อปกป้องผู้ป่วยรวมทั้งให้ความร่วมมือกับสมาชิกอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรมของผู้ป่วยด้วย และปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพด้วย รวมทั้งสร้างองค์ความรู้ให้กับตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และป้องกันการละเมิด (Protect) สิทธิของผู้ป่วยด้วย

แรงบันดาลใจของผู้วิจัย

หลังจากสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนเป็นระยะเวลา 11 ปี หลังจากนั้นจึงเริ่มเข้าสู่บทบาทการเป็นอาจารย์พยาบาลเป็นระยะเวลา 5 ปี จึงศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในสาขาการบริหารทางการพยาบาล ในฐานะที่มีประสบการณ์ทั้งในโรงพยาบาล และในฐานะผู้สอนได้มีประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพได้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และมีการปกป้องสิทธิให้ผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ เริ่มต้นของความสนใจในการศึกษาเรื่องการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์ที่อยู่ในความทรงจำ และเป็นเหตุการณ์หนึ่งในหลาย ๆ เหตุการณ์ที่ผู้วิจัย ได้นึกถึงเรื่องการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัย

ได้ทำหน้าที่ในการนิเทศนักศึกษาในหอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง ในเหตุการณ์วันนี้ ผู้ป่วยอยู่ในอาการที่ไม่รู้สึกตัว ใส่เครื่องช่วยหายใจ และมีความจำเป็นต้องให้เปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนัง (Cut down) หัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในเหตุการณ์เช้าวันนั้นเห็นว่าควรต้องให้แพทย์ผู้ชำนาญท่านนั้นเป็นผู้ที่เปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงตัดสินใจประสานงานกับแพทย์ที่ชำนาญด้านการเปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนัง โดยตรงว่าต้องการขอความช่วยเหลือโดยด่วน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดจากการเปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนังหลาย ๆ ครั้ง รวมทั้งการที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนังได้อย่างรวดเร็วทำให้อาการของผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมากขึ้น อาจทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน จากเหตุการณ์นั้นจึงทำให้ผู้วิจัยรู้สึกว่าประเด็นการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นความรู้สึกฝังในความคิด ในช่วงเหตุการณ์นั้นผู้วิจัยรู้สึกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยท่านนี้ไม่ได้เพิกเฉย หรือละเลย หรือรอให้มีกาเปิดหลอดเลือดดำใต้ผิวหนังจนกว่าจะเปิดเส้นได้ ซึ่งความรู้สึกนี้จุดประกายให้ ผู้วิจัยสนใจที่จะหาคำตอบว่าปรากฏการณ์นี้มีอะไรเกิดขึ้น หลาย ๆ คำถามผุดขึ้นมาในความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยที่ต้องการค้นหาคำตอบ ทำไมพยาบาลวิชาชีพท่านนี้จึงตัดสินใจเช่นนี้ แล้วมีเหตุการณ์อื่น ๆ อีกหรือไม่ ในเหตุการณ์นี้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลได้ทำอะไรบ้างที่บ่งบอกว่าได้ปกป้องผู้ป่วย

โดยสรุปแล้ว การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเป็นการกระทำหรือแสดงออกต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด กิจกรรมนี้มีความเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทหรือสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจึงแตกต่างกันตามเงื่อนไขที่ต่างกัน กล่าวคือ ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจะขึ้นอยู่กับทำให้ความหมาย และความหมายนี้มาจากประสบการณ์การรับรู้ที่แตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล ข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนความรู้ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นฐานความไวเชิงทฤษฎี ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการให้ความหมายของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล และสามารถแยกแยะความรู้และความจริง ที่ได้จากการวิจัยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded theory) เพื่อทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม และแนวคิดมนุษยชนเป็นฐานแนวคิด และใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin (1998) กระบวนการดำเนินการวิจัยที่นำเสนอในบทนี้ประกอบด้วย สถานที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สถานที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

สถานที่ศึกษา

จุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยเลือกหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสถานที่ในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพจังหวัดระยอง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ให้ข้อมูลครั้งแรกในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ขึ้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดระยอง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 2 ปีขึ้นไป 3) สามารถถ่ายทอดประสบการณ์การดูแล คຸ້ມครองและพิทักษ์สิทธิของ ผู้ป่วยได้ และ 4) มีความเต็มใจและยินดีในการให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลว่าต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 2 ปีขึ้นไป แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์มากกว่า 2 ปีมีการบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการจัดการในสถานการณ์ที่ต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย แตกต่างกับ ช่วงเวลาที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปีเป็นจำนวน 3 คน จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 20 คน โดยผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพที่มีบริบททางสังคมและลักษณะการปฏิบัติงานต่าง ๆ กัน ดังรายละเอียดดังนี้

รายที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป 4 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผนกผู้ป่วยมีการบริการเป็นขั้นตอน มีห้องย่อยสำหรับให้บริการการดูแลหัตถการและการผ่าตัดเล็ก มีการมอบหมายงานแบบเป็นทีม และเป็นหน้าที่ เช่น ทำหัตถการ ช่วยแพทย์ในการตรวจผู้ป่วย เป็นต้น

รายที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ 27 ปี มอบหมายงานตามประสบการณ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลช่วยส่งอุปกรณ์ในขณะผ่าตัด พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าเป็นผู้ช่วยเหลือรอบนอก (Circulate nurses) นอกจากนี้ยังมีหัวหน้าเวรที่หน้าที่ประสานงานและการจัดการ รวมทั้งมีหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดด้วย

รายที่ 3 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเด็ก (APN; Advanced Practice Nurse) ในศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี (OSCC; One Stop Crisis Center) โรงพยาบาลศูนย์ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 21 ปี รับผิดชอบเป็นหัวหน้างานของศูนย์ฯ ต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน และติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล เช่น ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ หน่วยพัฒนาสังคมและสถานสงเคราะห์ครอบครัว เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพรายนี้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของคณะกรรมการต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล เป็นต้น

รายที่ 4 พยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางบำบัดทดแทนไต ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 21 ปี ปฏิบัติการพยาบาลในศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลศูนย์ โดยปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับแพทย์ เช่น การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น

รายชื่อ 5 พยาบาลวิชาชีพ แผนกการพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 22 ปี ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกับแพทย์ ใช้ระบบการมอบหมายงานเป็นทีม มีหัวหน้าเวรที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี มีการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลจบใหม่ก่อนขึ้นปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร ทีมการพยาบาลต้องประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมกับพยาบาลจบใหม่ในทุกเวร

รายชื่อ 6 พยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 14 ปี ลักษณะการมอบหมายงานเป็นระบบเจ้าของไข้ร่วมกับกับการมอบหมายงานแบบหน้าที่ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากกว่าพยาบาลที่จบใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่มีเจ้าของไข้ประสานงานกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมอบหมายงานตามหน้าที่ เช่น ให้อาหารทางสายละลายหลอดเลือดดำ ให้อาหารประทาน เป็นต้น

รายชื่อ 7 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการให้คำปรึกษา โรงพยาบาลชุมชน ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 22 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาขั้นสูง ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เป็นต้น มีการประเมินปัญหา และต้องตัดสินใจในการที่จะส่งผู้ป่วยให้คำปรึกษา และการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น รวมทั้ง หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น บ้านพักฉุกเฉิน สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

รายชื่อ 8 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี โรงพยาบาลศูนย์ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 28 ปี โดยได้รับมอบหมายงานและหน้าที่จากหัวหน้าศูนย์ช่วยเหลือสตรีและเด็ก ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายกลับบ้าน ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เช่น การรักษา คำปรึกษา การติดตามอาการและประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

รายชื่อ 9 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชนในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 ปีตั้งแต่จบการศึกษา โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพ ต้องตรวจการรักษาเบื้องต้นให้ผู้ป่วยในวันที่แพทย์ไม่ได้มาตรวจผู้ป่วย โดยต้องประเมินผู้ป่วยตัดสินใจและแก้ปัญหาในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล โดยประสานงานกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า เพื่อส่งตัวผู้ป่วยที่มีอาการชักซ้อนได้ทันที่ รวมทั้งมีการจัดทำโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเสนอต่อหน่วยงานต่างๆ เช่น เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น รวมทั้งตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจากหน่วยต่าง ๆ

รายที่ 10 พยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสพการณ์มา 3 ปี และเคยปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนมา 19 ปี เคยปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งร่วมเป็นผู้นำในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสอทธิผู้ป่วย เช่น การบอกและขออนุญาตผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด เป็นต้น เมื่อมาปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ประสบการณ์ในการตรวจรักษาเบื้องต้น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

รายที่ 11 พยาบาลวิชาชีพ ปริญญาโทการพยาบาลเวชปฏิบัติ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 ปี พยาบาลวิชาชีพต้องตรวจการรักษานี้เบื้องต้นให้ผู้ป่วยในวันที่แพทย์ไม่ได้มาตรวจผู้ป่วย โดยต้องประเมินผู้ป่วย ตัดสินใจและแก้ปัญหาในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงช่วยแพทย์ในการตรวจผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การยาฉีด การจัดยารับประทาน เป็นต้น

รายที่ 12 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมะเร็งลำไส้ โรงพยาบาลศูนย์ ประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 28 ปี ซึ่งโรงพยาบาลมีการเขียนพรรณานักขณะงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงชัดเจน โดยพยาบาล APN รายนี้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คลินิกพิเศษจนถึงเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล จนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการติดตามอาการเมื่อมีการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือหลาย ๆ ครั้ง ต้องให้คำปรึกษาคำแนะนำพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ด้วย รวมถึงเป็นสมาชิกในทีมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ร่วมกับทีมแพทย์ด้วย

รายที่ 13 พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์ ประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 32 ปี บริหารการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการประสานงานกับสมาชิกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เมื่อหัวหน้าเวรไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ รวมทั้งร่วมกำหนดแนวปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งนำเสนอปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยต่อคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

รายที่ 14 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเด็ก แผนกคลินิกพัฒนาการ เด็ก โรงพยาบาลศูนย์ ประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 22 ปี มีแพทย์เป็นหัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ สามารถตัดสินใจส่งปรึกษาผู้ป่วยตามเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกรณีที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการ

รายที่ 15 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 11 ปี พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการ

ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีระดับความสามารถในการดูแล รวมทั้งดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาและสวัสดิการต่าง ๆ เช่น สิทธิเบี้ยเลี้ยงคนพิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานสวัสดิการและสังคม หน่วยงานความมั่นคงของมนุษย์

รายที่ 16 พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 2 ปี ปฏิบัติงานโดยใช้แนวปฏิบัติของห้องผ่าตัด ได้รับมอบหมายหน้าที่จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และงานที่ได้รับมอบหมายเป็นการดูแลผู้ป่วยพื้นฐาน เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น เริ่มปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยแพทย์ในระหว่างผ่าตัด แต่ยังคงมีพยาบาลที่มีประสบการณ์เข้าปฏิบัติร่วมด้วย

รายที่ 17 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 4 เดือน ปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทสมาชิกทีมการพยาบาล โดยได้รับมอบหมายหน้าที่จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ งานที่ได้รับมอบหมายเป็นที่ปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป และหัตถการต่าง ๆ เช่น การทำแผล การให้ยาทางสารละลายหลอดเลือดดำ และเริ่มปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นหัวหน้าเวร โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เป็นที่เลี้ยง

รายที่ 18 พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 2 ปี โดยให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยต้องประเมินและช่วยเหลือตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล ตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง มีการรายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง ปฏิบัติหน้าที่เป็นสมาชิกทีมการพยาบาล งานที่ได้รับมอบหมายเป็นการพยาบาลทั่วไป และหัตถการต่าง ๆ เช่น ทำแผล เย็บแผล เป็นต้น การปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และผ่านการประเมินการปฏิบัติงานจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรได้

รายที่ 19 พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 4 เดือน ปฏิบัติหน้าที่เป็นสมาชิกทีมการพยาบาล งานที่ได้รับมอบหมายเป็นการพยาบาลทั่วไป และหัตถการต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สิทธิการรักษาต่าง ๆ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพรายนี้มีการขอปรึกษาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ เช่น ไม่แน่ใจว่าถูกต้อง ปรึกษาพี่ที่มีประสบการณ์ก่อนรายงานแพทย์ การรายงานอาการผิดปกติของผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพทราบก่อนที่จะรายงานแพทย์ขณะแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เป็นต้น

รายที่ 20 พยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) น ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาล 20 ปี ได้รับมอบหมายให้ร่วมทีมการดูแล ช่วยเหลือแพทย์คัดกรอง และให้คำปรึกษาผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งประสานงานในกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะนิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดระยองเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่คัดสรรและสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดระยองแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลคัดสรรและสาธารณสุขอำเภอเพื่อขออนุญาตให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย จำนวนรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล ความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือเฉพาะทาง ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ลักษณะหลากหลาย ผู้วิจัยเริ่มต้นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอคำแนะนำจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ให้รู้จักกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแล ค้ำครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและยินดีในการให้ข้อมูลเพื่อขอทราบพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เป็นรายแรก

สำหรับการเลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกร่วมกับการพิจารณาคูณลักษณะข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อไว้แล้วมาหาผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการนี้เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปจนกว่าทฤษฎีพื้นฐานที่ได้มีความอิ่มตัว (Theoretical saturation) จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล (Morse, 2007) ซึ่งหมายถึง ไม่มีข้อมูลที่ทำให้เกิดคุณสมบัติของหมวดหมู่ใหม่ หรือข้อมูลที่ได้มาเกิดคุณสมบัติของหมวดหมู่ที่ ซ้ำ ๆ กัน (Charmaz, 2006) หมวดหมู่ได้รับการพัฒนาเป็นอย่างดีแล้ว และความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่มีการตรวจสอบอย่างชัดเจน (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ทั้งหมดจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) (Burg, 2001; Christians, 2005; Fouka & Mantzorou, 2011) การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการปกปิดชื่อ (Confidentiality and anonymity) และการให้ประโยชน์ (Beneficence) (Burn & Grove, 2005; Liamputtong, 2013; Streubert Speziale & Carpenter, 2011) โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำเค้าโครงขุณิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล-

ศาสตราจารย์มหาวิทยาลัยบูรพาเลขที่ 02-10-2556 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2556 และคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยของโรงพยาบาลศูนย์ที่ทำการศึกษารวมถึงการได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา และจากสาธารณชนสุขอำเภอ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล (Informed consent) ผู้วิจัยรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้ตัวเลขรหัสแทนชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล การใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาใช้ในผลการศึกษานี้ไม่สามารถที่ทำให้ระบุถึงตัวบุคคลได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตไม่ระบุเป็นชื่อของบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์การวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยใช้การคัดลอกด้วยลายมือของผู้วิจัยเท่านั้น โดยคัดลอกเฉพาะประเด็นที่นำมาใช้ในการวิจัยและไม่ใช้การถ่ายเอกสาร ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นเอกสารไว้ในตู้ที่มีความปลอดภัย ส่วนข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกเสียง และข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดรหัสผ่านจึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ในช่วงการสัมภาษณ์หากมีคำถามใดที่ไม่สะดวกตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระอย่างเต็มที่ในการไม่ตอบคำถามนั้นหรือถ้าผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเลิกการสนทนาได้ทันที รวมทั้งในระหว่างการสังเกตหากกิจกรรมนั้นผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ผู้วิจัยสังเกตก็สามารถปฏิเสธผู้วิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต และการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในเชิงวิชาการในภาพรวม ไม่ระบุสถานที่ที่ศึกษา หรือชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณืนั้น ๆ ซึ่งเป็นการปกป้องสิทธิ ความลับ และความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ใช้เวลาทั้งหมด 12 เดือน ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2557 โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนั้นยังใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์เป็นวิธีรองในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมด้วย โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์มาสนับสนุนคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่ไ้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น (Angrosino, 2005; Holloway & Wheeler, 2010) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยใช้การพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น การให้ความหมายต่อการกระทำตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Mack, Woodson, Macqueen, Guest, & Namey, 2005) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งว่าบุคคลแต่ละคนให้ความหมายต่อสิ่งที่กระทำนั้นอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถค้นพบได้จากการสังเกต (Blumer, 1969; Seidman, 2006; Stake, 2010)

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลกับพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งหมด 20 ราย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยขออนุญาตจดชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองว่าเป็นนักศึกษาปริญญาเอกของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เช่น หลังเลิกปฏิบัติงาน ในระหว่างพักตอนเที่ยง เป็นต้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกข้อมูล

ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้บรรยากาศเป็นธรรมชาติ และผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยเริ่มต้นการพูดคุยโดยใช้คำถามที่เปิดกว้าง เมื่อมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลที่มีรายละเอียดลึกซึ้งจึงใช้คำถามที่มีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการสังเกตท่าทาง อารมณ์ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์ด้วย บางช่วงเวลาผู้ให้ข้อมูลร้องไห้เมื่อเล่าถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยปล่อยช่วงเวลานั้นให้เงียบชั่วขณะ เพื่อไม่เป็นการกระตุ้นหรือเร่งรีบในการพูดคุย หลังจากปล่อยช่วงเวลานั้นชั่วขณะ ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะเล่าเรื่องราวได้ต่อ ๆ ไป ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลรับฟังเพื่อยืนยันว่าสิ่งที่ผู้วิจัยสรุปให้ฟังนั้นถูกต้องตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า รวมทั้งให้เวลากับผู้ให้ข้อมูลว่าต้องการเล่าเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม พร้อมกับขออนุญาตล่วงหน้าว่าจะขออนุญาตนัดหมายวัน เวลากับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 หลังจากผู้วิจัยได้ถอดเทปแล้วอาจมีข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้ให้ข้อมูลนัดหมายเวลาตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เช่น ช่วงก่อนขึ้นปฏิบัติงาน ช่วงพักเที่ยง หลังลงเวรปฏิบัติงาน เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย ที่ไม่สามารถมาพูดคุยได้ตามเวลาที่นัดหมาย แต่ได้มีการโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยเพื่อขอเลื่อนวันเวลา บางรายเลื่อนเวลา บางรายเลื่อนวันนัดตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

สถานที่ที่ดำเนินการพูดคุยโดยผู้วิจัยคำนึงถึงสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อากาศไม่ร้อน หรือเย็นจนเกินไป เป็นต้น มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่เป็นที่พลุกพล่านซึ่งจะทำให้ชัดเจนขณะพูดคุย ได้แก่ ห้องประชุมในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ได้รื้อไม้ในบริเวณโรงพยาบาล ห้องให้คำปรึกษาผู้รับบริการซึ่งมีม่านกั้นมิดชิด ห้องพักของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมงต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน (เฉลี่ย 1 ชั่วโมง 25 นาทีต่อคน) โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ที่ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก คนละ 2 ครั้ง หลังจากผ่านการสัมภาษณ์ครั้งแรกนาน 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากหลังการถอดเทปแล้วพบว่า มีรายละเอียดที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการซักถาม รวมทั้งมีประเด็นที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation)

การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นการสังเกตเหตุการณ์ และการกระทำของบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ต้องการสังเกต (Mcilfattrick, 2008) Patton (2002) กล่าวว่า การสังเกตเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะทำให้ผู้วิจัยได้เห็นเหตุการณ์ที่เกิดในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ ผู้วิจัยจึงเข้าใจบริบทของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ค้นพบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลอาจไม่ได้พูดถึง หรือไม่ได้มีการบันทึกไว้ในเอกสาร ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตสามารถนำมาสู่การตั้งคำถามในการสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้น (Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008) รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาสนับสนุนคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลให้มีความชัดเจนงานวิจัยจึงมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น (Angrosino, 2005; Holloway & Wheeler, 2010)

ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพที่เริ่มต้นจากการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว และภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรายแล้วพบว่ามีความคิดที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ ๆ ไปด้วย ผู้วิจัยจึงเข้าร่วมสังเกตในช่วงที่มีกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การรายงานการเปลี่ยนเวรตึกต่อเวรเช้า และเวรเช้าต่อเวรบ่าย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ และการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มาตามนัด โดยผู้วิจัยไปยังหอผู้ป่วยหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานตามวัน เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยมีการพูดคุยซักถามรายละเอียดต่าง ๆ กับผู้ให้ข้อมูล หรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในระหว่างการสังเกต แต่การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในบางกิจกรรม เช่น การรายงานอาการผู้ป่วยแก่แพทย์ทางโทรศัพท์ การเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เป็นกิจกรรมที่ไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้า แต่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ และมีเหตุการณ์ที่พยาบาลวิชาชีพกำลังทำกิจกรรมเหล่านี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงมีการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้น

ผู้วิจัยมีการจดบันทึกย่อในระหว่างการสังเกต และเมื่อเสร็จสิ้นการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยขยายบันทึกย่อให้มีรายละเอียดมากขึ้นทันทีภายในวันนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ รวมทั้งบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัยด้วยทุกครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาช่วยสนับสนุนคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมทั้งนำมาตั้งคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในภายหลังได้ เช่น ตัวอย่างคำถามว่า “จากเหตุการณ์เมื่อเช้านี้ที่คุณได้ทำกับผู้ป่วย คุณใช้วิธีการจัดการนั้นเพราะอะไรคะ” เป็นต้น

ผู้วิจัยสังเกตทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ในบางสถานที่ที่เข้าร่วมการสังเกต มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลในช่วงเวลานั้น ได้มีการให้ข้อมูลเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลส่วนนั้นมาเป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษาด้วย

3. การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกและเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จากบันทึกและเอกสารต่าง ๆ ช่วยสะท้อนรายละเอียดของเรื่องราวที่ทำให้ผู้วิจัยเห็นสภาพจริงของสถานการณ์ต่าง ๆ และยืนยันการตีความของผู้วิจัยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Creswell, 2009; Wolff, 2004) รวมทั้งผู้วิจัยสามารถใช้รายละเอียดของข้อมูลที่ได้มาช่วยเป็นตัวนำทาง (Cue) ในการสัมภาษณ์และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมด้วย (Patton, 2002; Rubin & Rubin, 2012)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) แบบแสดงรายการปัญหา/ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Problem list and nursing care plan) บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incident report) เวชระเบียนบันทึกอาการและข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์แผนกฉุกเฉิน (Electronic hospital medical record system) แบบบันทึกการวางแผนการพยาบาลและบันทึกการพยาบาลของศูนย์ช่วยเหลือเด็ก และสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง บันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในศูนย์ไตเทียม (Progress note) และแบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน สำหรับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ คำประกาศต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการภายในหน่วยบริการสุขภาพ แผนพับเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรรู้ เอกสารคุณภาพการพยาบาลฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบบันทึกอื่น ๆ ที่ใช้ในกระบวนการวิจัยดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการวิจัย ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา และมีความเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย (Streubert Speziale & Carpenter, 2011) ผู้วิจัยจึงต้องมีความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensitivity) ซึ่งหมายถึงผู้วิจัยต้องไวต่อภาษา และคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง เข้าใจในข้อมูลและรู้สึกได้ว่าข้อมูลกำลังบอกอะไรบางอย่างกับผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีความไวเชิงทฤษฎีให้มีความสามารถในการซักถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อบอกเล่าประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง รวมทั้งผู้วิจัยยังใช้ความไวเชิงทฤษฎีเพื่ออธิบายเหตุผลเกี่ยวกับการตัดสินใจในระหว่างการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (Strauss & Corbin, 1990, 1994) โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความไวเชิงทฤษฎีดังนี้

1.1 การพัฒนาความรู้และความเข้าใจในระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ การเขียนรายงานและการเผยแพร่งานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในรายวิชา วิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 หน่วยกิต (48 ชั่วโมง) เข้ารับการอบรมเรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพในงานด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 5 วัน และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ Grounded theory: The 3rd Global Congress for Qualitative Health Research เป็นระยะเวลา 4 วัน รวมทั้งผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 3 ราย เพื่อฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้คำแนะนำรวมทั้งศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น

1.2 การพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้วิจัยในบทบาทของผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงต้องมีทักษะในการฟัง เพื่อให้เข้าใจประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้เข้าอบรมเรื่อง “การจับประเด็น” เป็นระยะเวลา 3 วัน เพื่อช่วยเพิ่มพูนทักษะในการฟังเพื่อจับประเด็น ซึ่งสามารถนำมาใช้ในกระบวนการสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ข้อมูลได้เป็นอย่างดี

1.3 การเตรียมความรู้ด้านวิชาการ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย มิติของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และแนวคิดสิทธิมนุษยชนเพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำความเข้าใจต่อการให้ความหมายของ

ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล และสามารถแยกแยะความรู้/ ความจริงที่ได้จากการวิจัยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวทางการสัมภาษณ์ 3) แนวทางการสังเกต และ 4) แนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล/ ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติกรพยาบาล ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน ความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือเฉพาะทาง และประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ

2.2 แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้วัตถุประสงค์การวิจัย และแนวคิดพื้นฐานของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นหลักในการสร้างแนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง โดยแนวคำถามเป็นคำถามกว้าง ๆ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก แนวคำถามช่วยให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดขอบเขตการถามที่ทำให้ได้ประเด็นที่ลึกซึ้งมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเรื่องราวได้มากขึ้น (Legard, Keegan, & Ward, 2003) ดังนั้น แนวคำถามจึงระบุหัวข้อและขอบเขตอย่างกว้าง ๆ ซึ่งมีการปรับคำถามตามธรรมชาติของการสนทนาแต่ละครั้ง รวมทั้งมีการใช้คำถามอื่น ๆ เพิ่มเติมด้วย เช่น คำถามเพื่อตามประเด็นคำถามเพื่อขอรายละเอียดและความชัดเจน การใช้คำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลคิดในสิ่งตรงกันข้าม หรือความแตกต่างของแนวคิดให้มากที่สุด เพื่อช่วยในการเปรียบเทียบ และอธิบายแนวคิดที่เกิดขึ้นให้มีความสมบูรณ์ (Flip-flop technique) เป็นต้น (Kvale, 2007; Patton, 2002; Strauss & Corbin, 1998)

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ได้แก่ 1) ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความคิด ความรู้สึกที่ทำให้ต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย 2) กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และเงื่อนไขที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องผู้ป่วย (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยมีการปรับแนวคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อ ๆ ไปเพื่อให้คำถามมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2.3 แนวทางการสังเกต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย และแนวคิดพื้นฐานของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม โดยผู้วิจัยสังเกตประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ สถานการณ์/ บริบทของสถานที่ขณะเก็บข้อมูล บุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ การจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และช่วงเวลา หรือระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์นั้น ๆ แนวทางการสังเกตนี้สามารถยืดหยุ่น

ได้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เห็นภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ด้วย

2.4 แนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ เหตุการณ์และเงื่อนไขที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย กิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และผลจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลที่เป็นบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตและแนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพหรือมีประสบการณ์ด้านการปกป้องสิทธิผู้ป่วย จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบได้แก่ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ในสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตและแนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้วไปปรับปรุง และนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาจำนวน 3 ราย นอกจากนั้นผู้วิจัยยังใช้แนวคำถามในการทดสอบนาร่องโดยใช้การสนทนากลุ่มอีก 1 ครั้งซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเข้าใจคำถาม และความครอบคลุมของคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากนั้นนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงแนวทางการสัมภาษณ์

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์ เป็นภาษาเขียนของผู้ให้ข้อมูลคนแรกมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้รหัส หลังจากนั้น ผู้วิจัยมีการตั้งสมมติฐานที่เชื่อมโยงกับข้อมูลได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 และถัด ๆ ไป ตามหลักการ

เลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎีจนกว่าข้อมูลที่ได้จะอิ่มตัว การวิเคราะห์ข้อมูลกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินไปพร้อมกันในลักษณะเป็นวงจรโดยผู้วิจัยใช้หลักการเปรียบเทียบอย่างคงที่ (Constant comparative method) ในการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ตั้งสมมติฐาน และปรับแนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ ๆ ไปด้วย รวมทั้งใช้การเขียนบันทึกและ แผนภาพ (Diagram) ไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin (1998) ได้แก่

1) การเปิดรหัส (Open coding) 2) การหาความสัมพันธ์ของรหัส (Axial coding) และ 3) การ คัดเลือกรหัส (Selective coding) โดยขอนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การเปิดรหัส (Open coding)

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุคุณสมบัติ (Properties) และมิติ (Dimensions) ผู้วิจัย อ่านข้อมูลดิบเข้าไปเข้ามา และทำความเข้าใจแต่ละประโยค จับประเด็นที่สำคัญและให้ชื่อรหัส เพื่อ แยกแยะจัดกลุ่ม เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างเหตุการณ์ การกระทำของแต่ละข้อมูลที่ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคิดที่เหมือนและต่างจะถูกจัดเป็นหมวดหมู่ใหญ่ และหมวดหมู่ย่อย มีการกำหนดคุณสมบัติและมิติที่เฉพาะในแต่ละหมวดหมู่ด้วย (Strauss & Corbin, 1990, 1998) ซึ่งคุณสมบัติเป็นลักษณะเฉพาะหรือคุณลักษณะของหมวดหมู่ (Category) (Strauss & Corbin, 1998) ส่วนมิติเป็นการใช้เพื่อขยายมกอยู่ในรูปของการวัดเพื่อขยายความของคุณสมบัติ เช่น เวลา ความถี่ เกี่ยวข้องกับความแตกต่างที่อยู่ภายในของคุณสมบัติ (Dey, 1999) ในการให้ชื่อรหัสนั้น ผู้วิจัยใช้คำที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงมากำหนดเป็นชื่อรหัส (In vivo codes) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มี แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นพื้นฐานการวิจัย การให้รหัสจึงใช้คำกริยา ที่บ่งบอกถึงการ กระทำ พฤติกรรม หรือปฏิสัมพันธ์ เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1990, 1998; Tweed & Charmaz, 2012)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์ เป็นภาษาเขียนของผู้ให้ข้อมูล มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้รหัส โดยวิเคราะห์แบบบรรทัดต่อบรรทัด (Line-by-line) ผู้วิจัยอ่าน ข้อมูลดิบเข้าไปเข้ามา พยายามนึกบททวนภาพตอนที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวหรือให้ความรู้สึกต่อ เหตุการณ์นั้น ๆ อย่างไร และทำความเข้าใจข้อความในแต่ละประโยค ผู้วิจัยบันทึกเหตุผลในการ เลือกใช้ชื่อรหัสนั้น ๆ ด้วย รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนชื่อรหัสได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยบันทึกการ เปลี่ยนแปลงไว้ด้วยทุกครั้ง ผู้วิจัยใช้การให้รหัสด้วยมือในกระดาษ หลังจากนั้นนำรหัสย่อย ๆ ของ ข้อมูลแต่ละราย พร้อมทั้งแหล่งของข้อมูลเพื่อสะดวกในการกลับมาทบทวนในภายหลัง เข้า โปรแกรม Microsoft Excel เพื่อให้ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงความซ้ำซ้อน ความเหมือน หรือความต่าง ของการให้รหัสแต่ละรหัสสามารถกลับมาพิจารณาชื่อรหัส และปรับเปลี่ยนชื่อรหัสได้ หลังจากนั้น

ผู้วิจัยพิมพ์หัตถ์ย่อ ๆ ออกมาเป็นการคัดเล็ก ๆ เพื่อสามารถนำการ์ดหัตถ์ย่อ ๆ ที่เกิดขึ้นมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ และสามารถโยกย้าย เปลี่ยนแปลงหัตถ์ย่อ ๆ ในแต่ละหมวดหมู่ได้สะดวก และมองเห็นภาพของการจัดหมวดหมู่เหมือนการต่อภาพจิ๊กซอร์ รวมทั้งมีการตั้งชื่อของหมวดหมู่และทบทวนหมวดหมู่ย่อย ๆ ที่อยู่ภายใต้หมวดหมู่ใหญ่ด้วย นอกจากนี้ยังกำหนดคุณสมบัติและมิติที่เฉพาะในแต่ละหมวดหมู่ด้วย ผู้วิจัย เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของรหัสข้อมูล เพื่อทำการจัดหมวดหมู่ใหญ่ และหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) รวมทั้งผู้วิจัยมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรหัสที่ตั้งไว้ตอนแรกด้วย เพื่อสร้างเป็นแนวคิดที่มีความสมบูรณ์ และแม่นยำในการอธิบายปรากฏการณ์ ดังภาพที่ 2

11	ตามมาตรฐานอาจารย์บอกว่าต้องเจาะถึงเม็หน้าเหมือน คาวนั แต่ต้องเจาะ	การทำให้ผู้ป่วย
12	เค้ เพื่อให้สิทธิประโยชน์เค้ให้เร็วที่สุด คือพอรู้ว่าเป็นเค้คคาวนับก็คือเรื่อง	ได้รับสิทธิ
13	ของการออกใบรับรองความเป็นพิการนะเรื่องที่จะต้องดูแลเค้ เรื่องของการที่	ประโยชน์เร็วที่สุด
14	ทำให้เค้ไปหาแหล่งที่จะฝึก เค้จะรู้ได้เลย ไม่ใช่รอดูเค้ให้เห็นพัฒนาการว่า	สิทธิคือสิ่งที่เน้น
15	ช้า แล้วค่อยบอกทีหลัง แต่ก่อนโรงพยาบาลเราเค้บอกว่าหน้าคล้ายคาวนัจะเจาะ	มาตรฐาน
16	ทำไม เราเค้ต้องพิทักษ์สิทธิเค้ คัวเค้คคาวนัว่าท้ายังไงจึงจะได้รับการสิขสิ่งทีควร	การ Flight เพื่อให้
17	ได้รับการมาตรฐานเราทำเป็นมาตรฐาน แล้ว Flightในเรื่องนี้ให้เข้าใน PCT	ผู้ป่วยได้รับการดูแล
18	ว่าคุณจะต้องทำตาม โปรแกรมนั้น เราเค้จะเหมือนเป็นตัวแทนเค้ก็อธิบายเชิง	ตามมาตรฐาน
19	เหตุผลเชิงวิชาการ เชมมาตรฐานว่าหมอมทำไม่ต้องเจาะ เจาะเพราะอะไร	พยาบาลเหมือนเป็นตัวแทนผู้ป่วย
20	สุดท้ายก็คือปัจจุบัน หมอ OK หมคทุกคน คือ ถ้าสงสัยก็เจาะ ถึงเม็หน้าจะ	การแสวงหาแหล่ง
21	คล้าย เพราะเค้รู้ว่าเค้จะ ได้ประโยชน์ถ้ารู้ผลเค้ก็สามารถึงจะแสวงหาแหล่ง	แหล่งที่จะช่วยเหลือ
		ผู้ป่วย

1	การทำให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์เร็วที่สุด	I14P1L12
2	สิทธิคือสิ่งที่เน้นมาตรฐาน	I14P1L17
3	การ Flight เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	I14P1L17
4	พยาบาลเหมือนเป็นตัวแทนผู้ป่วย	I14P1L18
5	การแสวงหาแหล่งแหล่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย	I14P1L21
6	การเสียสิทธิคือการไม่รู้ว่าคุณเองเป็นโรคอะไร	I14P1L25
7	เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบและแนวทางการปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	I14P1L30-I14P3L24
8	กรณีผู้ร่วมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยเสียประโยชน์ พยาบาลเป็นตัวแทนเป็นกระบอกเสียงให้กับผู้ป่วย	I14P2L3
9	จบใหม่ยังไม่มี Power ไม่มีความน่าเชื่อถือ	I14P2L4
10	เมื่อมีประสบการณ์เป็นตัวแทนให้ให้ห้อง	I14P2L19
11	คุณลักษณะหลักวิชาการการทำงานให้เห็นผลงานเป็นเชิงประจักษ์เป็น Logo ของงานนั้น	I14P2L22-24
12	การใช้วิธีหาแนวร่วม	I14P2L26

ภาพที่ 2 ตัวอย่างการเปิดรหัส

2. การหาความสัมพันธ์ของรหัส (Axial coding)

หลังจากที่มีการให้ชื่อรหัส และแยกแยะคุณสมบัติ และมิติแล้ว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำรหัสที่เกิดขึ้นมาหาความสัมพันธ์ของรหัส ซึ่งทำให้สามารถเชื่อมโยงรหัสต่าง ๆ เข้าด้วยกันเป็น “กระบวนการ (Process)” จึงสะท้อนให้เห็นระยะ หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของเรื่องราวทั้งหมดได้ ผู้วิจัยจึงมองเห็นปรากฏการณ์ได้อย่างครอบคลุม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการทัศน์การให้รหัส (Coding paradigm) ของ Strauss and Corbin (1998) ในการหาความสัมพันธ์ของรหัส ซึ่งการใช้กระบวนการทัศน์การให้รหัสจะช่วยให้มีการรวบรวมและจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบของพื้นฐานกระบวนการทัศน์ ได้แก่ 1) ปรากฏการณ์ (Phenomenon) ได้แก่ แบบแผน เหตุการณ์ การกระทำต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลตอบสนองต่อปัญหา หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 2) เงื่อนไข (Condition) ได้แก่ เงื่อนไขนี้เป็นเงื่อนไขที่เป็นเหตุ (Causal conditions) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อปรากฏการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หรืออาจเป็นเงื่อนไขที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ (Intervenining conditions) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลกระทบจากเงื่อนไขที่เป็นเหตุให้มีผลมากขึ้นหรือน้อยลง ส่วนเงื่อนไขตามบริบท (Contextual conditions) เป็นเงื่อนไขที่เกิดขึ้นเฉพาะ ณ เวลาและสถานที่ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย 3) การกระทำ (Action/ Interactions) เป็นกลยุทธ์ หรือเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหา เหตุการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคลในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และ 4) ผลที่ตามมา (Consequences) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเริ่มหาความสัมพันธ์ของรหัส หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและเปิดรหัสไปแล้วจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยเปรียบเทียบหมวดหมู่ และทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่เข้าไปซ้ำมา โดยผู้วิจัยใช้การเขียนเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อช่วยขยายความคิดปะติดปะต่อเรื่องราว รวมทั้งใช้การบันทึกและไดอะแกรมช่วยหาความเชื่อมโยงกันระหว่างหมวดหมู่ แต่ละหมวดหมู่ ตัวอย่างการหาความสัมพันธ์ของรหัส เช่น การเปิดรหัสได้หมวดหมู่ต่าง ๆ ได้แก่ การให้พลังแก่ผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย สถานการณ์กระตุ้น ผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย ผู้ป่วยรักษาสติให้กับตนเองได้ ในขั้นตอนการหาความสัมพันธ์ของรหัส ผู้วิจัยใช้กระบวนการทัศน์การให้รหัส ในการหาความสัมพันธ์ของแต่ละหมวดหมู่ โดยมีหมวดหมู่สถานการณ์กระตุ้นเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดหมวดหมู่การให้พลังอำนาจแก่ผู้ป่วย และการผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และหมวดหมู่ผู้ป่วยสามารถรักษาสติให้กับตนเองได้เป็นผลที่ตามมาจากการกระทำ เป็นต้น

3. การคัดเลือกรหัส (Selective coding)

ในขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดหมวดหมู่หลัก (Central category หรือ Core category) ซึ่งเป็นการอธิบายว่ากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเกี่ยวกับอะไรเป็นสำคัญ รวมทั้งเป็นการขัดเกลาแนวคิด (Refining) และทำให้แนวคิดที่เกิดขึ้นมีความสมบูรณ์ (Trimming) (Corbin & Strauss, 2008) สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการเลือกหมวดหมู่หลัก (Strauss, 1987) ได้แก่ 1) การเป็นศูนย์กลางและทั้งหมดของหมวดหมู่ต้องสัมพันธ์กับหมวดหมู่หลัก 2) เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในข้อมูล 3) ความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ต้องถูกอธิบายอย่างมีเหตุผลและมีความสอดคล้องกัน 4) ชื่อหรือวลีที่ถูกใช้อธิบายหมวดหมู่หลักมีลักษณะนามธรรมเพียงพอสามารถนำไปใช้ในการวิจัยอื่น ๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นทฤษฎีทั่วไปได้ (General theory) 5) แนวคิดที่ถูกวิเคราะห์ขึ้นอย่างบูรณาการกับแนวคิดอื่น ๆ ทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นต้องมีความลึกซึ้งและมีอำนาจในการอธิบาย และ 6) สามารถอธิบายได้ถึงแม้ว่าบางส่วนของปรากฏการณ์อาจแตกต่างกัน

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การเขียนเรื่องราวร้อยเรียง (Story line) ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และเรื่องราวทั้งหมดของเรื่องที่ศึกษา อ่านบันทึกที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ และเขียนไดอะแกรมเพื่อเชื่อมโยงเรื่องราวต่าง ๆ ให้เห็นภาพทั้งหมด ร่วมกับใช้เกณฑ์ในการเลือกหมวดหมู่หลัก ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย เป็นหมวดหมู่หลัก โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล ลักษณะของบริบทที่ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบและหาเงื่อนงำที่มีผลต่อหมวดหมู่หลัก การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่มีคุณสมบัติใหม่ของแต่ละแนวคิดเกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีหมวดหมู่ที่สัมพันธ์กับหมวดหมู่หลัก 3 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) ทำตามและเรียนรู้ 2) อึดอัด-ขัดแย้ง และ 3) ทุ่มเหตุผลความสามารถ ซึ่งจะอธิบายในรายละเอียดทั้งหมดในหัวข้อต่อไป

หลักการเปรียบเทียบอย่างคงที่

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้หลักการเปรียบเทียบอย่างคงที่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความเหมือน ความแตกต่างของเหตุการณ์กับเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลคนเดียวกันในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วย เช่น การมีประสบการณ์ในวิชาชีพทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้วิธีการจัดการในสถานการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ประสบการณ์ในแต่ละช่วงเวลาของผู้ให้ข้อมูลคนเดียวกัน และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกนำมาเปรียบเทียบ คุณสมบัติที่ต่างกันถูกนำมาเปรียบเทียบเพื่อหาวิธีการจัดการเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในช่วงเวลาของการมีประสบการณ์ที่ต่างกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้คำถามที่เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างในระหว่างที่มีการพูดคุยด้วย เช่น ที่พูดถึงการปกป้อง

สิทธิ กับพิทักษ์สิทธิตามความคิดของคุณว่าคำ 2 คำนี้ เหมือนหรือต่างกันยังไงบ้าง เป็นต้น

หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี

ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) ตั้งแต่เริ่มวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนแรกแล้วนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจว่า ข้อมูลอะไรที่จะรวบรวมเป็นลำดับต่อไป และสามารถหาข้อมูลเหล่านี้จากผู้ให้ข้อมูลรายใด โดยเลือกตัวอย่างที่สะท้อนเหตุการณ์ (Event) และอุบัติการณ์ (Incident) เพื่อพัฒนาแนวคิดให้มีความหนาแน่น (Conceptual density) และสามารถสร้างความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ได้ (Strauss & Corbin, 1994, 1998) ผู้วิจัยใช้หลักการนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ ๆ ไปจนกระทั่งทฤษฎีพื้นฐานที่ได้มีความอิ่มตัว (Theoretical saturation) เมื่อผู้วิจัยเริ่มพูดคุยเชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลมาได้ 3 ราย ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานเชิงทฤษฎีว่าพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่อาจจะทำเรื่องการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้ไม่สำเร็จเป็นจริงหรือไม่ หรือทำอะไรบ้าง หรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่มีความแตกต่างกันทำให้ได้ทำและไม่ได้ทำ หรือการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทที่ต่างกัน ได้ทำเรื่องการปกป้องสิทธิผู้ป่วย หรือไม่ และทำอะไรบ้าง หรือลักษณะของผู้ป่วยที่มีความต้องการแตกต่างกัน เช่น แผนกผู้ป่วยนอก กับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งความสามารถหรือสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยต่าง ๆ ระยะเวลาพักฟื้น ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจต้องใช้ความสามารถแตกต่างกัน ซึ่งข้อสมมติฐานที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละราย ๆ ที่สะสมมาเรื่อย ๆ ทำให้ผู้วิจัยได้สืบหาว่าข้อมูลที่ควรรวบรวมข้อมูลควรมาจากเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ใดบ้าง

บันทึกช่วยจำและแผนภาพ

ศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การบันทึกช่วยจำ (Memo) การเขียนเรียงร้อยเรื่องราว (Story line) และแผนภาพ (Diagram) เพื่อเป็นการรวบรวมความคิดของผู้วิจัยไว้ในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้เห็นความเชื่อมโยง หรือความสัมพันธ์ของเรื่องราวทั้งหมด มีการสรุปความคิดไว้ ชั่วคราว และสะสมไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหาข้อสรุปที่ชัดเจนและสมเหตุสมผลได้ในที่สุด บันทึกช่วยจำ เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยใช้บันทึกการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ระหว่างกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล (Ghezjeljeh & Emami, 2009) เช่น การสัมภาษณ์และการถอดคำสัมภาษณ์ การสังเกต ขั้นตอนการให้รหัส เป็นต้น (Given, 2008; Poland, 2001) ทั้งนี้เพื่อแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยซึ่งช่วยให้หลีกเลี่ยงอคติจากการนำความรู้สึกส่วนตัวนี้ไปใช้ในกระบวนการวิจัย (Charmaz, 2006) แบบบันทึกที่ใช้ในกระบวนการวิจัยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยใช้บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยการตัดสินใจในทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งช่วยทำให้เกิดความชัดเจนในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย และช่วยเตือนความจำของผู้วิจัยว่าได้ทำอะไร อย่างไรในกระบวนการวิจัย (Charmaz, 2006; Lempert, 2007; Mills, Bonner, & Francis, 2006 a) แบบบันทึก

ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 4 แบบ ได้แก่ บันทึกความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress notes) บันทึกการให้รหัส (Code note) บันทึกความเชื่อมโยงของรหัส (Integrative memo) และบันทึกการสะท้อนคิด (Reflexive notes)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ตัดสินใจให้ชื่อรหัส ความหมายของชื่อรหัส บันทึกความเชื่อมโยงของรหัส โดยการวิเคราะห์คุณสมบัติและหมวดหมู่และจัดหมวดหมู่ และให้เหตุการณ์ตัดสินใจเกี่ยวกับการเปรียบเทียบคุณสมบัติ (Properties) ระหว่างหมวดหมู่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) รวมทั้งความก้าวหน้าของการวิจัย บันทึกเกี่ยวกับทิศทางการเก็บข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บข้อมูลของรหัสใด ที่ไหน และประเด็นที่ต้องการหาข้อมูลเพิ่มเติมแนวคำถาม/ การสังเกตในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป วิเคราะห์ขั้นตอนการวิจัย ปัญหา อุปสรรคและการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมทั้งบันทึกข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการวิจัยมากขึ้น สำหรับบันทึกการสะท้อนคิด ใช้สำหรับผู้วิจัยบันทึกความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่า อารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เป็นส่วนตัวของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยมีจิตสำนึก รู้ตัวว่าตนเองกำลังรู้สึกเช่นใดในขณะนั้น โดยบันทึกการสะท้อนคิดในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ดังตัวอย่าง

บันทึกความก้าวหน้าของการวิจัย

พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

วันนี้ได้พูดคุยกับ Case ที่ 1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ตอบตามคำถามที่ผู้วิจัยชี้ นำ แต่มีการตอบที่ผู้ให้ข้อมูลใช้คำของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามควรจะมีการกลับไปถามซ้ำอีกครั้งเพื่อขยายความในประเด็นต่าง ๆ นอกจากนั้น ผู้วิจัยใช้คำถามที่เป็นการเปรียบเทียบคำเร็วเกินไป (ด่วน Compare) ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้มีการทำความเข้าใจ หรือน่าจะเป็นคำที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ใช้ตามประสบการณ์มากกว่า

บันทึกการให้รหัส

คุณสมบัติและมิติของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

ตอนนี้อาจเพราะเรามีประสบการณ์ไม่มากพอที่จะบอกหมดไปเลยว่า หมอ ไปทำผ่าตัดใหญ่เออะคะ (ทำเสียงสูง) แล้วด้วยหมอก็ไม่ยอมเข้าห้องผ่าตัดใหญ่ด้วย แล้วเราก็ไม่เก่งพอที่จะ Due กับหมอได้ เราก็ต้องปรึกษาพี่ก่อน พอเราการสะสมประสบการณ์มาเรื่อย ๆ ได้ดูแลคนไข้มาเรื่อย ๆ แล้วก็มาเรียนต่อโทด้วย ทำให้เรารู้ว่าแผลมันไม่ดี นะ แล้วมันจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เราก็มีความกล้าที่จะตัดสินใจได้มากขึ้น

จากข้อมูลที่ได้อธิบายถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล และการได้พัฒนาความรู้เป็นคุณสมบัติ โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าพยาบาลที่มีระยะเวลา

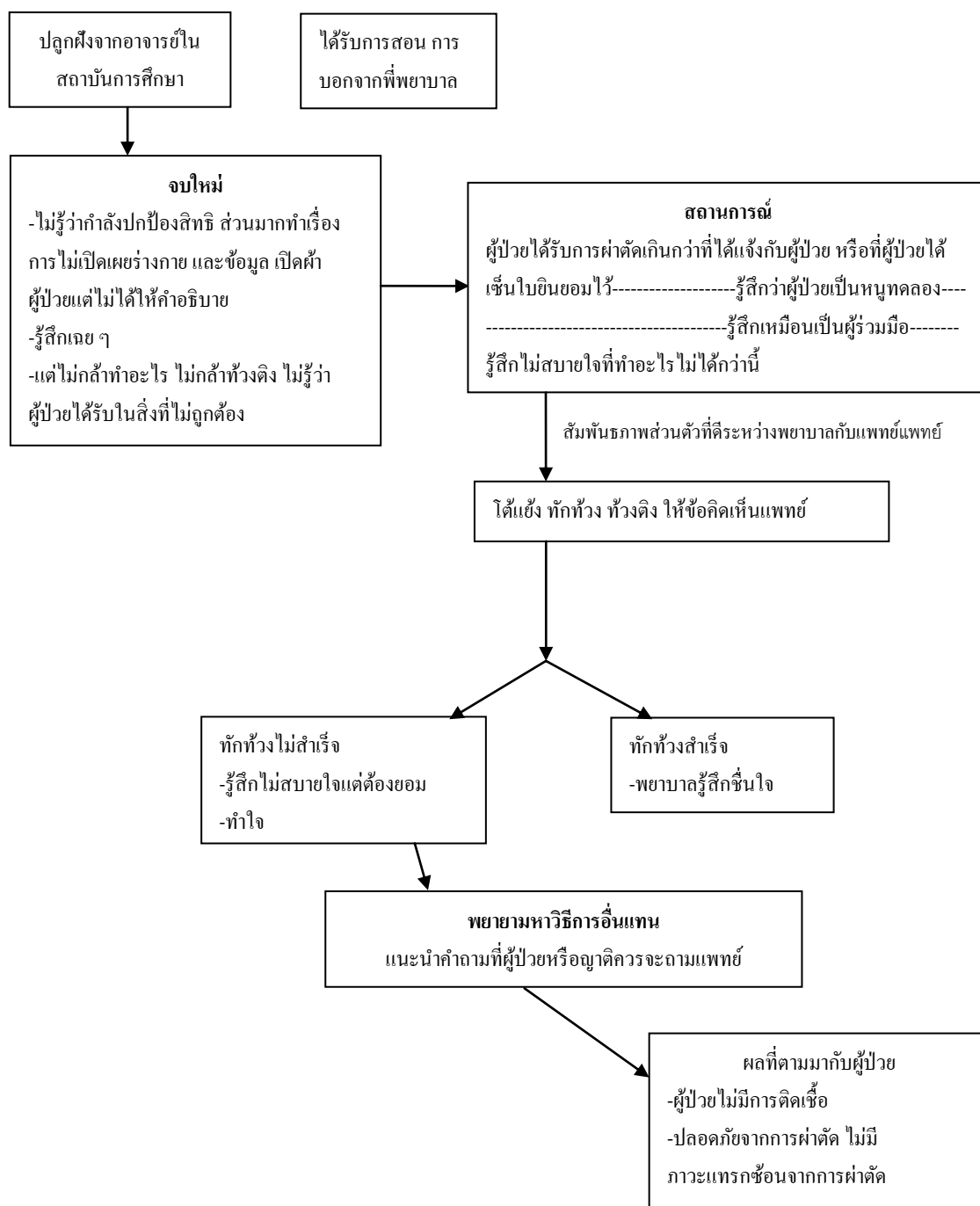
ปฏิบัติการพยาบาลน้อย และเมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น การกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

บันทึกความเชื่อมโยงของรหัส

เมื่อผู้วิจัยกลับมาพิจารณาข้อมูล คำหนึ่งที่ผุดขึ้นมาในความคิดว่า สิ่งให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามที่จะต่อสู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิต่าง ๆ ก็คือการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องฝึกปรือตัวเองให้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ โดยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองให้กระทำบทบาทต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจึงมีหมวดหมู่หลาย ๆ หมวดหมู่ที่เกิดขึ้น และมีความสัมพันธ์กัน เช่น ความรู้สึกเมื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยไม่สบายใจ/ เป็นห่วง การตอบสนองต่อความรู้สึกด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การจำยอม/ ทำใจ คิดว่าไม่ถูก.. แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร และการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เป็นต้น

บันทึกการสะท้อนคิด

บรรยากาศในการพูดคุยวันนี้ค่อนข้างเป็นส่วนตัว มีม่านปิดกั้น อากาศเย็นสบาย ผู้ให้ข้อมูลไม่รีบร้อน พูดคุยเป็นกันเอง วันนี้ได้สัมผัสเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยเหมือนเป็นคนนอกมาก ๆ ไม่เคยมีประสบการณ์การให้คำปรึกษาแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมาก่อน ผู้ให้ข้อมูลตอบได้ชัดเจน บางครั้งมีเรื่องราวที่สะเทือนใจ สถิติของผู้วิจัยออกแวก แต่รู้สึกตัวที่กำลังเพลินไปกับเรื่องราว ผู้วิจัยจึงตั้งสติกลับมาตามที่เขียน Note ไว้ โดยเฉพาะขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวแล้วร้องไห้กับเหตุการณ์ที่เล่า ซึ่งก่อนหน้านี้ผู้วิจัยเคยคิดว่าคำถามของผู้วิจัยนั้นไม่น่าจะทำให้ผู้ข้อมูลสะเทือนใจ แต่ผู้วิจัยเริ่มตระหนักว่าจริง ๆ แล้วไม่ใช่แค่คำถามเท่านั้น แต่เป็นเรื่องราวที่มีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล



ภาพที่ 3 สรุปความคิดชั่วคราวของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ปวย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในการศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ปวยของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยมีความตระหนักในการเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) เพื่อให้เกิดคุณค่าของข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้

1. ความเชื่อมั่น (Credibility) ใช้เป็นเกณฑ์ในการอธิบายข้อสรุปและแปลผลข้อมูลว่า ข้อค้นพบนี้มีความถูกต้องตามความเป็นจริง การสร้างความเชื่อมั่นของงานวิจัยตั้งแต่การสร้าง ความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนทำวิจัย โดยการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และเอกสารตำราที่เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งมีการทดสอบนำร่องเพื่อให้ผู้วิจัย ได้ฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนั้นยังคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การปกป้อง สิทธิผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย และสามารถถ่ายทอด ประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีความยินดีและเต็มใจให้ข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่มีภูมิหลังต่างกัน ได้แก่ อายุ ระดับหน่วยบริการสุขภาพ สถานที่ ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล ตำแหน่งหน้าที่ ความเชี่ยวชาญ พิเศษ หรือเฉพาะทาง ซึ่งผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย แนะนำตนเองว่าเป็นนักศึกษาปริญญาเอก พุดคุยเรื่องทั่วไป นอกจากนั้นผู้วิจัยมีการพุดคุยกับผู้ให้ ข้อมูลเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองได้อย่างไม่ ปิดบัง

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้การศึกษานี้มีความ สมบูรณ์ และช่วยยืนยันว่าผลการศึกษานี้ถูกต้อง การตรวจสอบแบบสามเส้าในครั้งนี้ใช้การ ตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological triangulation) โดยใช้ความหลากหลายวิธีใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การพุดคุยเชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการรวบรวมข้อมูล จากบันทึกทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจสอบแบบสามเส้าจากสถานที่ในการศึกษาที่มีระดับการ ดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันทั้ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งมีการศึกษาในหอผู้ป่วย และแผนกที่แตกต่างกัน เช่น อายุรกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทาง เป็นต้น นอกจากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลให้ นำเชื่อถือ โดยผู้วิจัยทำการให้รหัสข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยนำผลการให้รหัส 2 รายแรก ให้ อาจารย์ที่ปรึกษา 1 ท่าน และผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ครั้งนี้จำนวน 2 ท่าน ช่วยตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะและอภิปรายเหตุผลผลการให้รหัส หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ มาพิจารณาหาข้อสรุปและความสอดคล้อง

ผู้วิจัยตรวจสอบว่าข้อสรุปที่ผู้วิจัยพบนั้นเป็นข้อมูลจริงที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ซึ่งผู้วิจัยนำข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล (Preliminary themes) ให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ได้ตรวจสอบและให้ ข้อคิดเห็นหลังจากได้พุดคุยกับผู้วิจัยประมาณ 1-2 อาทิตย์ นอกจากนั้นในระยะสุดท้ายของการ วิเคราะห์ข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้มีการพัฒนาทฤษฎีขึ้นนั้นผู้วิจัยได้พุดคุยสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ

ที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เพื่อขอความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในรายละเอียดของทฤษฎีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้

2. ความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทอื่น (Transferability) ผู้วิจัยเขียนรายงานผลการศึกษาในทุกขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียดและชัดเจน (Thick description) เพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยเข้าใจและมองเห็นภาพของเรื่องราวได้เป็นอย่างดี จนสามารถนำไปใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

3. ความสามารถในการศึกษาซ้ำได้ (Dependability) ผู้วิจัยบรรยายกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านได้ทำความเข้าใจและสามารถที่จะตรวจสอบ และทำตามได้

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบร่องรอย (Audit trail) และการสะท้อนคิดของผู้วิจัย (Reflexivity) ดังนี้

4.1 การตรวจสอบร่องรอย โดยผู้วิจัยเขียนบันทึกเอกสารทุกชิ้นอย่างละเอียด ตรงไปตรงมา และเก็บรวบรวมเอกสารไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบได้ ซึ่งมีเอกสารดังต่อไปนี้ บันทึกช่วยจำ บันทึกสะท้อนคิด ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวิเคราะห์ บันทึกทางการพยาบาลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เทปบันทึกเสียง บันทึกคำที่ถอดจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวมทั้งเอกสารในการประสานงานหรือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

4.2 การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ในการศึกษาครั้งนี้มีการบันทึกความคิด อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย เพื่อตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อลดความลำเอียง และเป็นหลักฐานช่วยยืนยันว่าผลการศึกษานี้มีความถูกต้องตามความเป็นจริง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้วิธีการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะทำตาม และเรียนรู้ 2) ระยะอึดอัด-ขัดแย้ง และ 3) ระยะทุ่มเทสุดความสามารถ ดังนั้นในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับ ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยอธิบายความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไว้ในแต่ละระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด จำนวน 20 ราย ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง จำนวน 19 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุตั้งแต่ 21-50 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งชำนาญการ จำนวน 14 ราย และตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 7 ราย และปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 5 ราย ส่วนปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน โรงพยาบาลละ 4 ราย ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในทั้งหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกพิเศษเฉพาะทาง ได้แก่ ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี แผนกให้บริการปรึกษาแผนกผู้ป่วยมะเร็ง แผนกพัฒนาการเด็ก แผนกไตเทียม แผนกห้องผ่าตัด และอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 13 ราย ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันเป็นพยาบาลระดับชำนาญการ จำนวน 14 ราย พยาบาลระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 ราย และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ระหว่าง 4 เดือน-32 ปี ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 17.08 ปี ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลมีอายุอยู่ระหว่าง 21-50 ปี จำนวน 9 ราย ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 38.3 ปี

ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ จำนวน 7 ราย ได้แก่ การพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ราย ส่วนสาขาอื่น ๆ สาขาละ 1 ราย คือ การพยาบาลขั้นสูงสาขา

เวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไต การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง
 การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการ
 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

ประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การพยาบาลผู้ป่วย
 ระยะสุดท้าย การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตการพยาบาลเวชปฏิบัติ (รักษาโรคทั่วไป กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 การกระทำความรุนแรง เด็กและสตรี การสืบพยานเด็กตามพระราชบัญญัติหลักสูตรพระราชบัญญัติ
 คุ้มครองเด็กหลักสูตรพระราชบัญญัติความรุนแรง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (จำนวน 20 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	19
อายุ (\bar{X} = 38.3 ปี)	
21-30 ปี	5
31-40 ปี	5
มากกว่า 40 ปี	10
ระดับหน่วยบริการสุขภาพ	
โรงพยาบาลศูนย์	7
โรงพยาบาลทั่วไป	5
โรงพยาบาลชุมชน	4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	13
ปริญญาโท	7
ตำแหน่ง	
พยาบาลระดับปฏิบัติการ	5
พยาบาลระดับชำนาญการ	14
พยาบาลระดับชำนาญการระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล (\bar{X} = 17.07 ปี)	
< 2	2
2-10	3
11-20	5
21-30	9
> 30	1
ความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขา	
การพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก	2
การพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน	1
การพยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไต	1
การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง	1
การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน (การรักษาโรคเบื้องต้น)	1
การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)	1
สถานที่ปฏิบัติงาน	
แผนกผู้ป่วยนอก	1
แผนกผู้ป่วยใน	3
แผนกห้องผ่าตัด	2
ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี (OSCC)	2
แผนกไตเทียม	1
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	2
อายุรกรรม	1
ให้บริการปรึกษา	1
แผนกผู้ป่วยมะเร็ง	1
หอผู้ป่วยพิเศษ	1
แผนกพัฒนาการเด็ก	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ (มากกว่า 1)	
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2
การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยตนเอง	1
(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)	
การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2
การดูแลผู้ป่วย HIV และ TB	1
การให้คำปรึกษาขั้นสูง	1
หลักสูตรอาชีวอนามัย	1
หลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชน สาขาพยาบาล เบื้องต้น	1
การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2
การพยาบาลเวชปฏิบัติ (รักษาโรคทั่วไป)	1
การช่วยฟื้นคืนชีพ	1
การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต	1
กฎหมายที่เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงเด็กและ สตรี	1
หลักสูตรพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก	1
หลักสูตรพระราชบัญญัติความรุนแรง	1
การสืบพยานเด็กตามพระราชบัญญัติ	1

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กระบวนการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะทำตาม และเรียนรู้ 2) ระยะอึดอัด-ขัดแย้ง และ 3) ระยะทุ่มเทสุดความสามารถ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระยะให้ความหมายของการปกป้องสิทธิแตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพในระยะทำตามและเรียนรู้ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไป ส่วนระยะที่ 2 ระยะอึดอัด-ขัดแย้ง พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ และระยะทุ่มเทสุดความสามารถ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องทำให้ได้ เมื่อเห็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเป็นหมวดหมู่หลัก (Central category หรือ Core category) ของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่อธิบายกระบวนการพื้นฐานทางสังคม (Basic social process) โดยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไป หลังจากนั้นเกิดความรู้สึกอึดอัด-ขัดแย้งเมื่อจำเป็นต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย แต่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ และเข้าสู่ระยะทรมานที่สุด ความสามารถที่ต้องทำให้ได้..เมื่อเห็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง กระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาเป็นลำดับขั้น มีความต่อเนื่องกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยพยาบาลวิชาชีพมีการกระทำ หรือกลยุทธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการทั้ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล การมีแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ การมีพลังอำนาจ รวมทั้งอุดมการณ์ และต้นทุนทางคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล เป็นต้น ดังรายละเอียด ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยในรายละเอียดของความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การกระทำ/ กลยุทธ์ ผลที่ตามมา และเงื่อนไขที่เกิดขึ้นของแต่ละระยะ ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ระยะ	ความหมาย	การกระทำ/ กลยุทธ์	ผลที่ตามมา	เงื่อนไขที่เป็นเหตุ และบริบท	คุณสมบัติ
ทำตามและเรียนรู้	การปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไป	การกระทำตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วยคนหนึ่ง การตอบสนองเมื่อต้องปกป้องสิทธิ ลองทำด้วยตนเอง ความรู้สึกลังเลเมื่อไม่ได้ทำการเรียนรู้จากผู้อื่น	ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐาน	ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีประสบการณ์ การมีความมั่นใจในตนเอง การมีแหล่งสนับสนุน การมีสถานการณ์กระตุ้น	-การจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล -เรียนรู้จากสมาชิกในทีมการพยาบาล -บริบทของการปฏิบัติการพยาบาล -ต้องการปรึกษาและความช่วยเหลือ -พัฒนาตนเอง
อึดอัด-ขัดแย้ง	สิ่งที่จำเป็นต้องทำ	การตอบสนองต่อการรับรู้ การจำยอมทำใจ คิดว่าไม่ถูก แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร การแสวงหาวิธีการ ถามแทนที่วางดิ่งแทนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปกป้องตนเอง	ผู้ป่วยเฉพาะรายได้รับ การดูแลตามมาตรฐาน	การรับรู้ การมีสำนึกในตัวเอง การมีพลังในตนเอง การได้รับโอกาส	-พยายามใช้วิธีการต่าง ๆ ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล -พัฒนาตนเอง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระยะ	ความหมาย	การกระทำ/ กลยุทธ์	ผลที่ตามมา	เงื่อนไขที่เป็นเหตุ และบริบท	คุณสมบัติ
ทุ่มที่สุด ความสามารถ	ต้องทำให้ได้ เมื่อเห็น สิ่งที่ไม่ถูกต้อง	การพึ่งพาคอลleague การกระตุ้นให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง การใช้ระบบแนวปฏิบัตินโยบาย	ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างปลอดภัย	การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิ การมีอุดมการณ์	-ผสมผสานหลากหลาย วิธีการ
		การตอบสนอง การจัดการด้วยตนเอง การยึดหลักการดูแลตามมาตรฐาน การให้พลังแก่ผู้ป่วย การใช้พลังของทีม การใช้ระบบปฏิบัติงาน การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพ การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย	ผู้ป่วยรู้สิทธิของตนเอง และรักษาสิทธิให้กับ ตนเองได้	การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ -การมีความไวต่อปัญหา -การคาดการณ์ความเสี่ยง -ได้รับการยอมรับ การมีต้นทุนทางคุณลักษณะ -เป็นคนจริงจัง -กล้าตัดสินใจ	-มีความมั่นใจในการ เลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อให้ปกป้องสิทธิผู้ป่วย ให้สำเร็จ -เปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ไป ตามแต่ละสถานการณ์

1. ระยะทำตามและเรียนรู้

ระยะทำตามและเรียนรู้เป็นระยะของการเริ่มต้นสู่การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษามาเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มตัว นักศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากชีวิตของนักศึกษามาเป็นชีวิตของพยาบาลวิชาชีพอย่างแท้จริง โดยผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลมักจะยืนยันคำว่าพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมากกว่าคำว่าปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยผู้ให้ข้อมูลใช้คำสองคำนี้ในความหมายเดียวกัน

ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพในระยะทำตามและเรียนรู้ได้ให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่าเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไป ซึ่งเป้าหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในระยะนี้มิได้หมายถึงการโต้แย้ง หรือการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย แต่เป็นเพียงการปฏิบัติตามประสบการณ์เดิมที่เคยเป็นนักศึกษา การทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือทำตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หรือหัวหน้าทีมมอบหมายความรับผิดชอบ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลก็ได้เรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กับการมีประสบการณ์การปฏิบัติกรพยาบาลที่มากขึ้นด้วย ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้หลาย ๆ ครั้งที่ไม่รู้ว่ากำลังปกป้องสิทธิผู้ป่วย หรือบางครั้งสามารถแก้ไขสถานการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงอันตราย เสียสิทธิประโยชน์ หรือถูกละเมิดสิทธิได้จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดรู้สึกผิด รู้สึกบาป รู้สึกเป็นห่วง ความรู้สึกนี้เกิดจากความรับผิดชอบที่ได้รับการปลูกฝังทางวัฒนธรรมวิชาชีพ การพยาบาล ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลว่า

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P4L28)

หนูว่าการปกป้องสิทธิก็เป็นการพยาบาลทั่วไป อย่างถ้าปกป้องสิทธิก็ให้คำแนะนำให้ การดูแลเค้าไปด้วยอะไรที่เค้าสงสัยก็ให้คำแนะนำเค้าไป เราไปให้ยา ก็เป็นกิจกรรมการพยาบาล แต่พอคนไข้สงสัย คำ ๆ เราชื่อธิบายไป ก็เป็นสิทธิที่ต้องรู้ อย่างที่หนูคิดว่าหนูก็เหมือนกัน แต่ตอนนั้นก็ไมรู้นะว่ากำลังปกป้องสิทธิคนไข้ แต่คิดว่าคนไข้ควรจะได้รับรู้ข้อมูลคิดเท่านั้น

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสบการณ์ 4 เดือน (I16T2P2L23)

ตอนนั้นมันก็มีเหตุการณ์ที่หนูไมรู้อันผิดปกติ หนูก็ไม่ได้ทำอะไรให้ เป็น Case ผ่าตัด Nerve radius ต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำ ตอนนั้นเพิ่งจบใหม่ หนูเป็น Scrub ขณะที่ทำอาจไม่ระวัง Nerve แล้วก็ไมรู้อันผิดปกตินั้นต้องระวังอะไรบ้าง การผ่าตัดนี้ต้องให้ความสำคัญเรื่องอะไรเป็นพิเศษ ซึ่งจริง ๆ ถ้ารู้ว่าผ่าตัดแบบนี้ทั้งทีมต้องช่วยกันระวังเรื่อง Nerve เป็นพิเศษ โดยเฉพาะตอนที่ใส่ Plate พยาบาลก็ต้องมีการตรวจสอบอย่างละเอียด ตอนหนูไปเยี่ยมหลังผ่าตัด ก็ไม่ได้รู้สึกว่าจะเกิดอะไรผิดปกติที่แขน พี่พยาบาลมาเยี่ยมซ้าก็เห็นว่าแขนตกแล้ว พี่เค้ามาบอกหนูว่าทำไมไม่รายงานแพทย์แทนที่จะทำกายภาพอย่างเดียว คนไข้เลยต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำอีก..

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในระหว่าง 4 เดือนถึง 2 ปี จึงอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ได้เรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในเรื่องที่ที่ไม่ซับซ้อน หรือทำตามความคุ้นเคยจากประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลใช้ความรู้ที่ได้จากการเรียนการสอนที่ถูกกำหนดไว้ในหลักสูตรตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เช่น หัวข้อเรื่องของสิทธิผู้ป่วย หรือในรายวิชากฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้รู้ว่าผู้ป่วยควรได้รับสิทธิพื้นฐานอะไรบ้าง ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้สามารถทำได้ด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในทั่วไป (General nursing practice) เช่น การทำแผล การให้ยาผู้ป่วย การฉีดยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการพยาบาล หรือการบอกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สิทธิการรักษา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่ซับซ้อนหรือต้องเกี่ยวข้องกับสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ รวมทั้งต้องตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพในระยะนี้ยังไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองทั้งนี้จากความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยนั้นถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลจึงมีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นภาวะที่ต้องขอคำชี้แนะคำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์หรือพยายามลองทำด้วยตนเอง ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาในการในระยะนี้แตกต่างกัน บางราย 6 เดือน 1 ถึง 2 ปี หรือบางรายไม่สามารถกำหนดเป็นระยะเวลาที่แน่นอนได้ แต่เมื่อระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลผ่านไปช่วงเวลาหนึ่งและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่าเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพียงพอก็จะมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น เช่น การเป็นหัวหน้าทีม หรือหัวหน้าเวร เป็นต้น ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง เช่น ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การอบรมเพิ่มเติม เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลก้าวผ่านระยะนี้ได้ การก้าวผ่านระยะนี้ได้จึงขึ้นอยู่กับที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาเพิ่มเติม รวมทั้งการได้รับสนับสนุนจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า นอกจากนั้นบริบทของการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันมีทำให้ประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วยทั่วไป แผนกผ่าตัด เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การกระทำตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และ 2) การตอบสนองเมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย

1.1 การกระทำตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

ในระบะนี้ผู้ให้ข้อมูลปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง และการดูแลผู้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วยคนหนึ่ง

1.1.1 การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง

การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่คนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่ต้องได้รับสิทธินี้ติดตัวมา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในระบะนี้ได้ให้การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐาน นั้นครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) เท่าเทียมเสมอกัน และ 2) ให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ ดังรายละเอียด ดังนี้

1.1.1.1 การให้ความเท่าเทียมเสมอกัน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพบว่าไม่ว่าจะให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพในระดับใด ผู้ให้ข้อมูลจะคำนึงเรื่องการให้คุณค่าของความเป็นคน ซึ่งผู้รับบริการทุกรายควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมไม่แยกอาการของโรค ความบกพร่องด้านร่างกาย เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือระดับการศึกษา ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (II9P1L14)

อย่างกรณีคนต่างชาติ แถวจันทบุรีก็จะมีพวกนิโกร กรณีที่เค้าต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง แล้วเราก็สื่อสารกับเค้าไม่รู้เรื่อง อาจารย์เค้าก็จะพูดว่าต้องคุณ ไข้เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วยนะว่าเราต้องดูแลให้คนไข้ได้รับสิทธิเกี่ยวกับการดูแลเหมือนกับคนไข้คนอื่น ๆ

1.1.1.2 การให้คุณค่าความเป็นคน

การให้คุณค่าความเป็นคนเป็นการกระทำเพื่อให้รับบริการได้รับสิทธิพื้นฐาน คนทุกคนมีคุณค่าในตัวเอง การให้คุณค่าความเป็นคนได้แก่ การไม่เปิดเผยร่างกาย และการบอกผู้รับบริการก่อนที่จะให้การดูแล และการไม่เพิกเฉยผู้รับบริการ ดังรายละเอียด ดังนี้

1.1.1.2.1 การไม่เปิดเผยร่างกาย

การไม่เปิดเผยร่างกายผู้รับบริการเป็นสิทธิพื้นฐานตามหลักของสากลที่เป็น การคำนึงถึงควมมีคุณค่าของคน รวมทั้งเป็นการไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของคนทุกคนทั้งใน ช่วงเวลาที่เจ็บป่วย หรือไม่ได้มีภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด ประสบการณ์ 4 เดือน (II6P4L6)

แล้วก็เรื่องการเปิดแพรงกาย เราถูกสอนมาตั้งแต่เรียนมาว่า ตรงนั้นตรงนี้ห้ามเปิด ก็ให้เปิดเฉพาะที่เป็นที่ผ่าตัด แต่รัศมีที่จะเตรียมผ่าตัดมันก็กว้างอยู่ใช่ไหมคะ บางทีเราก็ต้องรอ รอให้คนไข้หลับก่อน แล้วก็ทำ แต่ก็ต้องปิดนะ (เสียงซ่ม) ต้องปิดให้เค้า ก็พิทักษ์สิทธิให้เค้าในส่วนนี้ แล้วก็มีการกั้นม่าน ก็ต้องระวังด้วยเวลาที่เปลี่ยน เพราะเราถูกสอนมาตั้งแต่สมัยเรียนว่าต้องมีผ้าคลุม แล้วถอดได้ผ้า ให้คอยระวังอย่าให้ชายผ้ามันเปิด

1.1.1.2.2 การบอกผู้รับบริการก่อนที่จะให้การดูแล

การบอกผู้รับบริการก่อนที่จะให้การดูแลเป็นสิทธิพื้นฐานที่ทุกคนพึงได้รับ เป็นการให้เกียรติ และมองว่าผู้ให้บริการเป็นคน ๆ หนึ่งที่มีชีวิต และจิตใจ และเป็นปฏิสัมพันธ์ทางธรรมชาติของคนทุกคนที่อยู่ร่วมกันในสังคม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสพการณ์ 2 ปี (I18P1L8)

เวลาเราจะให้การพยาบาลต่าง ๆ ก็ควรจะบอกคนไข้ค่ะว่าให้การพยาบาลอะไร ทำอะไร แล้วจะมีผลอย่างไร เหมือนกับให้ยาอันเนี่ย ว่าให้ยาอะไรไปนะคะ แล้วก็ผลข้างเคียงมัย ยังไงคะ แล้วก็จะมีเรื่องการบอกข้อมูลคนไข้ก่อนให้การพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสพการณ์ 4 เดือน (I19P1L24)

ก่อนที่เราจะให้การพยาบาลเราต้องแจ้งก่อนว่าเราต้องทำอะไรบ้าง แล้วเค้าก็มีสิทธิรับรู้ชื่อ นามสกุลของคนไข้ที่ให้บริการที่หนูทำก็เป็นเรื่องการบอกเค้าว่ามาคิดยาอะไร แก้อะไรบ้าง

1.1.2 การดูแลผู้รับบริการตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งถึงแม้ขีดความสามารถในการดูแลจะมีความแตกต่างกัน แต่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในระดับใดก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลก็ยังจำเป็นต้องดูแลผู้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วยคนหนึ่งในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) การเข้าถึงการบริการ 2) การให้ข้อมูล 3) การปกป้องความลับ และ 4) การให้สิ่งที่ถูกต้อง-ป้องกันความเสี่ยง

1.1.2.1 การเข้าถึงการบริการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลทั้งในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉินแผนกห้องผ่าตัด แผนกไตเทียม ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการได้ง่าย และสะดวก ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทุกรูปแบบที่สอดคล้องที่เลือกใช้ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการในระดับใดให้ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วย ดังนั้นช่องทางบริการจะมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนต้องการการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพเพียงพอ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ หรือสวัสดิการที่ผู้รับบริการควรได้รับสิทธิ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P7L20)

ก็เป็นการช่วยให้คนไข้เข้าถึงการบริการจากเรา อย่างคนไข้เค้าต้องมีถังออกซิเจนไปที่บ้านด้วย เราก็ต้องจัดเตรียมให้ แล้วเราก็ต้องให้เค้าได้เข้าถึงการบริการเมื่อกลับบ้าน เราก็ต้องร่วมกับรพสต. ไปเยี่ยมที่บ้านด้วย

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 2 ปี (I18P4L2)

การทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วยมันเป็นสิ่งที่คุณป่วยควรได้รับการช่วยเหลือ การให้บริการอย่างถูกต้องทำให้เค้าได้ใช้สิทธิของเค้า อย่างเต็มที่ ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและอย่างดี เหมาะสมกับอาการที่เค้าเป็นอย่างเค้ามีบัตรที่ไหน ก็ไม่อยากจะให้เค้าเสียค่าใช้จ่าย ก็นึกถึงถ้าเป็นเรา เค้ามาเพื่อต้องการความช่วยเหลือ เจ็บป่วยมาก ได้รับทุกข์ทรมาน มาเพื่อให้ตัวเองดีขึ้น ในกรณีที่คนไข้ ไม่มีบัตรมา เราก็ต้องช่วยคนไข้ให้รอดชีวิตก่อน

1.1.2.2 การให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลให้การพยาบาลกับผู้รับบริการที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก หรือเป็นผู้รับบริการในศูนย์บริการเฉพาะทางภายในหน่วยบริการสุขภาพในระดับใดก็ตาม ความต้องการข้อมูลเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นสิทธิของผู้รับบริการพึงได้รับ การศึกษาครั้งนี้ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้กับผู้ป่วยได้แก่ ข้อมูลทางสุขภาพของตนเอง เช่น การวินิจฉัยโรคและอาการของตนเอง การปฏิบัติตัว สิทธิเรื่องค่ารักษา แนวทางการรักษาของแพทย์ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการด้วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 2 ปี (I18P1L12)

ให้คนไข้ได้ทราบว่าเค้ามีสิทธิอะไรบ้างในสิทธิของคนไข้ เค้ามีสิทธิอยู่ 10 ข้อ ไข้มีเยอะ. เราก็ทำให้เค้าให้ได้รับตามสิทธิมากที่สุด

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P1L17)

คนไข้ต้องได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลของเค้าว่าเค้าต้องได้รับการ รักษาอะไรบ้างว่าเป็นสิทธิของเค้า ก่อนที่เราจะให้การพยาบาลเราต้องแจ้งคนไข้ก่อนว่าเราต้องทำอะไรบ้าง แล้วเค้าก็มีสิทธิรับรู้ ชื่อ นามสกุลของคนไข้ให้บริการ

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสบการณ์ 4 เดือน (I16P2L28)

ให้ข้อมูลการพยาบาลที่จะทำกับคนไข้ค่ะแล้วก็เป็นการช่วยหรือชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา... อย่างห้องผ่าตัดก็ต้องแนะนำเพราะเป็นสิทธิเค้ที่เค้าจะได้รับข้อมูลการผ่าตัดอะไรบ้าง คนที่จะทำอะไรให้เค้าเนี่ย เป็นใคร แล้วการผ่าตัดที่เค้าจะได้รับเนี่ย ก็อะไรชี้แนะเกี่ยวกับการรักษาจะ ทั้งสิทธิการรักษา การมานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เค้าจะต้องได้รับ การปฏิบัติตัวในการรับการรักษาที่อยู่โรงพยาบาลอย่างในห้องผ่าตัด... ต้องให้เค้าได้รับการรักษาที่ดีที่สุดให้ความสะดวกสบาย เพื่อที่เค้าจะได้สามารถดูแลตัวเองได้ ญาติดูแลเค้าได้ ปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองได้ถูกต้องค่ะ

1.1.2.3 การปกปิดความลับ

สิทธิที่พึงได้รับในฐานะผู้ป่วยคนหนึ่งเมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยนอกก็ตามมีต้องการเรื่องการปกปิดความลับทางด้านปัญหาสุขภาพของตนเองที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นได้ล่วงรู้ เช่น ผลเลือด โรคที่เป็นอยู่ อาการสำคัญที่ทำให้ต้องมาตรวจ เป็นต้น นอกจากนี้ ในปัจจุบันเป็นยุคของการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น การใช้ Line ในการขอคำปรึกษาหรือรายงานอาการผู้ป่วย การถ่ายรูปจากโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ช่องทางเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดการละเมิดเรื่องการปกปิดความลับของผู้รับบริการได้ การปกปิดความลับจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ โดยผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้รหัสตัวเลขแทนรายละเอียดอาการของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ การมีที่ซ่อนตัวสำหรับปกปิดไม่ให้ผู้อื่นล่วงรู้ว่าผู้ป่วยได้เข้าพักในโรงพยาบาล (Safe house) การใช้ระบบ One stop service หรือการไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยกับบุคคลอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม เป็นต้น เพื่อปกปิดข้อมูลผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 2ปี (I18P2L6)

เราจะไม่เรียกชื่อคนไข้ พอคนไข้มาขึ้น แต่คอมพิวเตอร์จะเช็คได้ว่า OPD card ของเค้า หน้าตาเป็นยังไงเราก็จำไว้ คนไข้คนไหนชื่ออะไรพอเราจะเชิญเค้าไปตรวจ เราจะไปเรียกชื่อ แต่เราจะเดินไปหาเค้า เราจะปกป้องไม่ให้คนอื่นรู้ว่าเค้าเป็นใครมาตรวจด้วยอาการอะไร

1.2 การตอบสนองเมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นปกติในชีวิตประจำวัน เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้น เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถโต้แย้งกับสมาชิกในทีมสุขภาพ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพในระยะนี้มีการตอบสนองในลักษณะต่าง ๆ คือ

1) ลองทำด้วยตนเอง 2) ความรู้สึกนึกคิดเมื่อไม่ได้ทำ และ 3) การเรียนรู้จากผู้อื่น รายละเอียดดังนี้

1.2.1 ลองทำด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์ไม่เกิน 2 ปี ผู้ให้ข้อมูลพยายามที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การพยายามที่จะลองทำด้วยตนเองจึงเป็นการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I17P4L13)

ลองด้วยตัวเองก่อน แล้วถ้าไม่ได้ตามที่ถามที่ พี่ก็จะบอกวิธีเรา หนูก็ลองทำตามตามที่พี่บอกด้วยตัวเองก่อน อย่างหนูเป็นน้องใหม่ หนูไม่แน่ใจอะไร หนูก็ถามพี่นั่นแหละ อย่างเมื่อก็การที่หนูพิทักษ์สิทธิคนไข้ไม่ให้เจ็บหลายครั้ง พอหนูไปลองทำด้วยตัวเอง คนไข้ก็เจ็บแค่ครั้งเดียว ไม่ต้องเจ็บหลายครั้งด้วย หนูว่ามันเป็นการป้องกันไม่ให้เจ็บหลายรอบ

พยาบาลวิชาชีพ ER ประสบการณ์ 2 ปี (I18P3L27)

ผิดจากที่เราพลาด ที่เราไม่ได้ทวนแล้วก็ หนึ่งใน คือ ยาชชนิดเดียวกัน แต่ให้ผิดได้ที แล้วเรื่องให้ยา RI เกินขนาดอีก พอเราก็เจาะสเกลน้ำตาล ไขมัน แล้วมันลงเยอะมาก หลังจากนั้น ก็คือความเสี่ยง ก็คือน้ำตาลสวิงไปมา ต้องให้คนไข้ Admit เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด เราก็โทรไปถามอาการที่ Ward แล้ว Admit ว่าเป็นยังไงบ้างเราก็บอกว่าเราให้ยาผิดไป เราก็เป็นห่วงเค้ามาก

1.2.2 ความรู้สึกนึกคิดเมื่อไม่ได้ทำ

พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่มีความรู้สึกผิด รู้สึกบาป เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามการพยาบาลปกป้องผู้ป่วยได้สำเร็จ หรือไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ประสบการณ์ 2 ปี (I17P6L15)

หนูรู้สึกเหมือนทำบาป (น้ำตาลกลูโคส ตาแดง ๆ มีเสียงสูดน้ำมูกเข้าไป) ควรทำยังไง แล้วควรจะถามหมอไปตรง ๆ คือบอกให้เค้ารู้ว่าเค้าควรจะถามข้อมูลหมอให้ได้รายละเอียดมากกว่านี้ เราก็พูดอ้อม ๆ แบบนี้

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนประสบการณ์ 2 ปี

(I18P3L26)

หมอล้าง drip RI เราไปหยิบ RI มาด้วยความเข้าใจผิดเราไม่ได้ดูว่าใน Syringe พี่เค้าเตรียมเท่าไร ผิดจากที่เราพลาด ที่เราไม่ได้ทวนให้ยา RI เกินขนาด รู้สึกผิดมาก ต้องให้คนไข้ Admit เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด เราก็โทรไปถามอาการที่ Ward แล้ว Admit ว่าเป็นยังไงบ้างเราก็บอกว่าเราให้ยาผิดไป เราก็เป็นห่วงเค้ามาก ก็ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์นั้น ยอมรับว่าก็รู้สึกผิด

ความรู้สึกผิด ความรู้สึกผิด รู้สึกบาปเมื่อไม่ได้ทำตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่เป็นความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลเก็บไว้ฝังใจและรู้สึกว่า แต่อย่างไรก็ตามจาก

ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้มีการเพิกเฉย แต่แสดงออกถึงการกระทำที่ทำให้ตนเองได้แก่ การหาทางให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูล เช่น บอกผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแทนที่จะบอกว่าผู้ป่วยเป็นอะไรตรง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับทีมสหวิชาชีพ การแนะนำผู้ป่วยให้ถามแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลอะไรบ้าง การถามนำให้ผู้ป่วย เป็นต้น หรือการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

1.2.3 การเรียนรู้จากผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูลในระยษะนี้มีจำนวน 5 ราย มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลระหว่าง 4 เดือนถึง 2 ปี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตัดสินใจกระทำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการพึ่งพาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในลักษณะต่าง ๆ เช่น การปรึกษาพยาบาลวิชาชีพก่อนที่จะถามแพทย์ในเรื่องที่ตนเองไม่แน่ใจ หรือในสถานการณ์ที่เห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยบริการเกิดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือถูกละเมิดสิทธิ ดังนั้น ในบริบทที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองในสถานการณ์ที่แตกต่างจากที่เคยปฏิบัติมาในการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นพื้นฐาน หรือมีการรับรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนประสบการณ์ 2 ปี (I18P1L19)

ในตอนแรก ๆ ที่เราจบมา คือ เราก็อังไม่ค่อยกล้าคุย ไม่ค่อยกล้าพูด อธิบาย ก็คือจะมีพี่ที่อยู่ในหัวหน้างานแนะนำ ถ้าในกรณีที่เราทำไม่ถูกต้อง เค้าจะมีประสบการณ์เยอะกว่า เค้าก็จะให้คำแนะนำเรา ค่ะ

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P2L20)

อย่างบางตัว หนูก็ถามให้ Stat เลยมัยคะ บางทีที่หนูถามพี่ บางทีหนูอาจจะเข้าใจผิด แล้วมันทำให้หนูมั่นใจก่อนที่หนูจะถามหมอเหมือนยาบางตัวหนูไม่รู้ว่าจะต้องผสมยังง หนูก็จะถามพี่ไม่เคยเจอมาก่อน ไม่เคยทำ ตอนเรียนก็ไม่เคยคิดยาตัวนี้เพราะมันทำให้คนไข้ไม่เกิดอันตราย เพราะถ้ามันพลาดมาแล้วมันก็จะแก้ยาก ส่วนใหญ่หนูถามพี่

พยาบาลวิชาชีพแต่ละรายตอบสนองเมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ กัน บางรายไม่รู้ว่าเป็นเรื่องที่จะต้องเข้าไปปกป้องสิทธิผู้ป่วย บางรายเกิดความรู้สึกนึกคิดบาป เป็นห่วงรู้สึกผิดเมื่อไม่ได้ปกป้องผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยเจตนาที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพในระยษะทำตามและเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการตอบสนองเมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิ

ผู้ป่วย 3) การมีประสบการณ์ 4) การมีความมั่นใจในตนเอง 5) การมีแหล่งสนับสนุน และ 6) การมีสถานการณ์กระตุ้น ดังรายละเอียด

1. ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในช่วงของการเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นความรู้เชิงทฤษฎี และปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจากสถาบัน การศึกษาในระดับปริญญาตรี ทั้งจากอาจารย์ผู้สอนในห้องเรียน จากพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึก เมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในแหล่งบริการสุขภาพ การพำสอน และย้ำเตือนเมื่อนักศึกษาได้ ฝึกประสบการณ์ ได้แก่ สิทธิของผู้ป่วย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การพยาบาลที่ถูกต้องตาม หลักวิชาการ การป้องกันอันตรายให้กับผู้ป่วย การปกปิดความลับของผู้ป่วย การไม่เปิดเผยร่างกาย ผู้ป่วย การให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัว คำสอนเหล่านี้ถูกเก็บไว้เป็นความทรงจำและถูกนำมาใช้ตั้งแต่เมื่อยังเป็นชีวิตของนักศึกษาจนถึงเมื่อมาเริ่มต้นชีวิตการเป็นพยาบาล วิชาชีพ รวมทั้งจากสื่อออนไลน์ของสภาการพยาบาล และข่าวต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟ้องร้อง ของผู้ป่วยจากสื่อต่าง ๆ ด้วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P1L7)

เริ่มแรก ๆ จากก่อนขึ้นฝึกตั้งแต่ปี 2 เค้าก็จะพูดให้ฟังว่าสิทธิของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง แล้วตอนที่ฝึกบางครั้งก็จะมีกรณีเกี่ยวกับสิทธิของคนไข้ อาจารย์เค้าก็พูดขึ้นมา เราก็เรียนรู้ตอนนั้นด้วย อาจารย์เค้าก็จะพูดว่าจะต้องดูคนไข้เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วยนะ ว่าเราต้องดูแลให้คนไข้ได้รับสิทธิ เกี่ยวกับการดูแลเหมือนกับคนไข้คนอื่น ๆ แล้วหนูเคยได้อ่านเรื่องการสิทธิคนไข้จากเว็บไซต์ สภาการพยาบาล มันก็ทำให้เรารู้เรื่องมากขึ้น หรือช่วงโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ว่าฟ้องพยาบาลบ้าง หมอบ้างว่าให้ยาคนไข้ หรือรักษาดูแลไม่ถูกต้อง แบบนี้คะ

2. การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้เมื่อเริ่มเข้ามาปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลวิชาชีพให้ ความสำคัญกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยเน้นเรื่องสิทธิผู้ป่วยเป็นฐาน ความคิด รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้เมื่อเริ่มเข้ามาปฏิบัติการพยาบาลได้รับรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วย จากการปฐมนิเทศของโรงพยาบาล แนวปฏิบัติ กฎระเบียบหรือนโยบายของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ การได้เห็นตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพ หรือการได้รับคำแนะนำจากการพยาบาลที่ ประสบการณ์ นอกจากนั้นสื่อออนไลน์ เช่น จากสภาการพยาบาล ข่าวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การฟ้องร้องในด้านการให้บริการผู้ป่วย ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในด้านสิทธิ ผู้ป่วยมากขึ้น การรับรู้ในขณะนี้เป็นการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วย การไม่เปิดเผยข้อมูลหรือ

ร่างกายผู้ป่วย การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย สิทธิในการรักษา และสิทธิเรื่องค่าใช้จ่าย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสพการณ์ 2 ปี (I18P4L6)

ตอนเราฝึกงาน ว่าถ้าแกทำอะไรผิดพลาด ถ้าคนไข้เป็นอะไรถึงชีวิต นั่นเป็นสิทธิของเค้า ตอนฝึกในหอผู้ป่วยก็ ตั้งแต่เริ่มฝึกก็ ไข้ เริ่มฝึกปี 2 อาจารย์ ก็พูดว่า เราจะทำอะไร ก็นี่ถึงผู้ป่วยด้วย เปิดเผยข้อมูลก็ไม่ได้ เรื่องสิทธิของผู้ป่วยมันเหมือนเป็นประสบการณ์ที่ฟังมาเรื่อย ๆ แล้วพอจบมาที่นี้ มีที่ที่โรงพยาบาล มีนโยบายหรือว่าปฐมนิเทศ บอกเล่าเรา เกี่ยวกับเรื่องนี้ก็อีกเค้าก็พูดถึง สิทธิผู้ป่วย ด้วยเหมือนกัน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสพการณ์ 4 เดือน (I16P5L7)

เรื่องพิทักษ์สิทธินี้ เหมือนซึมซาบมาตั้งแต่เราเรียนแล้ว เอมันก็มีการฝึกปฏิบัติมา เป็นระยะเวลา นาน ๆ เรื่อย ๆ ซ้ำ ๆ ให้เราแบบ ย้ำคิดย้ำทำ เน้นอยู่แล้วคะตอนที่เรียนพยาบาล เค้าก็จะมีการทบทวนของคนที่ 10 ข้อคะ ที่ว่ามีอะไรบ้างแล้วตอน ไปฝึกงานก็มีนะคะ เช่น เวลาจะทำอะไรกับคนไข้ นะคะ ก็ต้องบอกเค้าว่าเราจะทำอะไร มีการถามชื่อ ให้เกียรติเรียก คุณ นำหน้าอาจารย์เค้าก็สอน มาแล้วที่ที่พยาบาลก็บอกอย่างเวลาที่เราจะทำอะไร ให้กับคนไข้ ที่เค้าจะบอก ต้องบอกคนไข้ว่าจะทำอะไรนะคะ อย่างอยู่ที่นี้เหมือนกัน ที่พยาบาลเค้าก็จะบอก เวลาเราจะทำอะไร ให้กับคนไข้ เราต้องบอก เค้าก่อน ต้องมีการแนะนำกันก่อน

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเรื่องสิทธิผู้ป่วย 10 ประการเท่านั้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนว่าทำอย่างไร หรือการมีแนวปฏิบัติ ขั้นตอนเมื่อต้องทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะรับรู้ในโดยการลงมือทำร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ นอกจากนั้นยังมีเจตนาที่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้ ได้แก่ การไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะนี้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสพการณ์ 4 เดือน (I16P2L25)

ก็ไม่ค่อยได้พูดถึงเรื่องนี้เท่าไร แต่พอเข้ามาในห้องผ่าตัดคะ ที่เค้าจะเน้นมากเพราะว่า เค้าสอนเราทุกอย่าง ตั้งแต่ทำอะไรทุกอย่างเลยคะ เพราะว่ามาใหม่ แล้วก็ยังไม่ค่อยรู้อะไร

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ประสพการณ์ 4 เดือน (I19P6L11)

หนูว่าน่าจะเตรียมการอบรมให้กับพยาบาลจบใหม่ในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิคนไข้เรื่องอะไรบ้าง อะไรบ้างที่พยาบาลควรจะต้องทำนะแต่ถ้าสิทธิผู้ป่วยนั้นรู้จะมี 10 ข้อ แต่ในรายละเอียดก็จำไม่หมด

3. การมีประสบการณ์

การมีประสบการณ์ หมายถึง การได้กระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทั้งจากการกระทำด้วยตนเอง เห็นตัวอย่างที่พยาบาลวิชาชีพคนอื่นได้กระทำ หรือในช่วงเวลาที่เป็นนักศึกษาพยาบาลได้

เคยปฏิบัติมาก่อน การมีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขตัวหนึ่งที่จะเพิ่มเติมมาให้ ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 2 ปี (I18P6L25)

ในฐานะที่เราไม่ได้มีประสบการณ์เยอะ แต่คือ เราเจอเคส เจออะไรบ่อย ๆ มันทำให้เรามี ประสบการณ์ที่เราได้ทำงานต่าง ๆ มันสอนให้เรา กล้าตัดสินใจ แล้วก็กล้าตัดสินใจได้ เจอเคส อะไรที่เป็นเยอะ ๆ มา เรารู้แล้วว่าควรทำยังไง เห็นคนไข้ อย่างเนี่ยเราประเมินได้แล้ว เราแก้ไขได้ถูก มันทำให้เรากล้าที่จะคิด กล้าที่จะแก้ไข กล้าที่จะลงมือปฏิบัติ ด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เรารู้สึกว่าประสบการณ์มันช่วยสอนให้เรากล้า กล้าที่จะให้ข้อมูล กล้าที่จะให้การพยาบาล ได้อย่าง มั่นใจ แล้วก็กล้าที่จะให้ข้อมูล กล้า กล้าที่จะคุยกับหมอมากขึ้น

4. การมีความมั่นใจในตนเอง

การมีความมั่นใจในตนเองเป็นเงื่อนไขที่เกิดจากการมีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการกระทำของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้อง และเมื่ออยู่ในภาวะที่ต้องเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย ก็จะสามารถกระทำได้มากกว่าการดูแลเฉพาะเรื่องสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน (I19P2L19)

หนูไม่มั่นใจ ไม่เคยเจอมาก่อน ไม่เคยทำตอนเรียนก็ไม่เคยคิดยาตัวนี้ แล้วจบมาเราทำเอง อันไหนที่ไม่มั่นใจก็จะถามก่อน เพราะมันทำให้คนไข้ไม่เกิดอันตราย เพราะถ้ามันพลาดมาแล้วมัน ก็จะแก้ยาก ส่วนใหญ่หนูลงมือที่เหมือนอย่างยาบางตัว หนูก็ถามให้ Stat เลยมัยยะ บางทีที่หนูลงมือที่ บางทีหนูอาจจะเข้าใจผิด แล้วมันทำให้หนูมั่นใจก่อนที่หนูจะถามหมอ

5. การมีแหล่งสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 4 เดือนถึง 2 ปี ในบาง สถานการณ์จึงไม่สามารถระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง รวมทั้งไม่แน่ใจในสิ่งที่ตนเอง ต้องตัดสินใจ หรือไม่มีความกล้าที่จะท้วงติงแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีแหล่งสนับสนุนที่ดี ได้แก่ การมีพยาบาลที่อาวุโสคอยให้คำชี้แนะ การตัดเตือนจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ถ้าพยาบาล รุ่นน้องปฏิบัติการพยาบาลที่เสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดการถ่ายทอดประสบการณ์ จากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง หรือการได้รับ โอกาสจากผู้บริหารการพยาบาลทั้งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยให้โอกาสในการศึกษาต่อ หรืออบรมเพิ่มเติมความรู้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ในระยะทำตาม และเรียนรู้ได้พัฒนาความสามารถเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความ พร้อมในการแก้ไขสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยง หรือผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง

ตามหลักการได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสบการณ์ 4 เดือน (I16P2L25)

แต่พอเข้ามาในห้องผ่าตัดค่ะ พี่เค้าจะเน้นมากเพราะว่าเค้าสอนเราทุกอย่าง ตั้งแต่ทำอะไรทุกอย่างเลยคะ เพราะว่ามาใหม่ แล้วยังไม่ค่อยรู้อะไรตอนนั้นหนูเห็นพี่เค้าเจอเหตุการณ์แบบนี้เค้าก็บอกหมอเลย เหมือนมี Case ที่เย็บ Skin ข้างนอก Stitch บาง Stitch เย็บไม่แน่น ก็เห็นพี่เค้าบอกเลย รุ่นพี่ก็จะสอนต่อ ๆ มา ว่าถ้าเห็นแบบนี้ต้องบอกเลยนะ เรายังไม่รู้ต้องทำยังไงนะ

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์ 4 เดือน I19P4L25

อย่าง Case ที่มี BP dropเวลาเราไปวัด Vital signs เรายังบอกพี่ก่อนว่าเราต้องรายงาน หมอมีคนไข้อาจจะ Shock ได้ แล้วบางครั้งเค้ามาด้วย GI bleed แล้ว BP dropแล้ว Load iv พอมาถึงที่เรา เรายังเห็นว่า BP มันต่ำลงไป จริง ๆ หมอเค้าก็ไม่ได้สั่งว่าต้อง Keep BP เท่าไหร่ แต่ว่าเพื่อยืนยันเกี่ยวกับการรักษาให้มันถูกต้อง

6. การมีสถานการณ์กระตุ้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการการปกป้อง และมีผลต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่เคยปฏิบัติมา โดยมีการเปลี่ยนแปลงการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจากแบบที่เคยปฏิบัติกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลต้องคิด และหาวิธีการใหม่เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้น ๆ โดยมีเงื่อนไข ด้านการมีประสบการณ์ การมีความเชื่อมั่นในตัวเอง และการมีแหล่งสนับสนุนเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีเงื่อนไขเหล่านี้น้อยมาก ผู้ให้ข้อมูลก็ไม่สามารถทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ได้สำเร็จ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ลักษณะของผู้ป่วย 2) การกระทำของสมาชิกในทีมสุขภาพ และ 3) ปัญหาในการให้ข้อมูล

6.1 ลักษณะของผู้ป่วย

ลักษณะของผู้ป่วย เป็นเงื่อนไขในสถานการณ์ที่กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการกระทำเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยลักษณะของผู้ป่วยได้แก่ อาการของโรค การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งลักษณะสภาพของจิตใจของผู้ป่วยด้วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลอายุรกรรม ประสบการณ์ 14 ปี (I6P22L19)

คนไข้พวกสโตคที่อาละวาด การป้องกันตกเตียง พลัดตก เราใช้ เลสแทนคะ ถ้าเห็นท่าไม่ดี หนูขอญาติเลย ว่าคนไข้เริ่มจะคอนฟิวแล้ว จะบอกญาติว่า พยาบาลขอผูกมือ ด้วยเหตุผลว่าไม่นั้นคนไข้ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น แล้วยังตกเตียง เกิดเลือดออกในสมอง เกิดแขนขาหักขึ้นมา อันตรายมาก การเรสแทนแต่ละครั้ง เราต้องให้สิทธิของผู้ป่วย คือ ไม่ทำให้เค้าเป็นแผล

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสบการณ์ 28 ปี (I12P4L24)
 ความบกพร่อง คงจะมองได้ง่าย ตรงที่ 1 คน ไข้มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมี
 ทางด้านจิตใจมีคนอื่น ไข้คนที่เข้ามารักษากับตัวเอง เค้านำมารักษา แล้วให้ได้รับการดูแลจากตัวเอง
 เนี่ยคนแก่ที่เป็นมะเร็งจะมีความบกพร่องหลาย ๆ อย่าง บางทีเค้าไม่รู้หรอก เค้าไม่รู้ที่จะไปหาหรือ
 พวกหนุ่มสาวที่เป็นมะเร็ง เค้าน่าจะไปเชิร์ท ไปอะไร เค้าน่าจะมีความเข้าใจมากกว่าบางทีคนแก่ เค้า
 ไม่มีความรู้เพียงพอ อันนี้น่าจะเป็นค้อยโอกาส

6.2 การกระทำของสมาชิกในทีมสุขภาพ

การกระทำของสมาชิกในทีมสุขภาพ เป็นการดูแลผู้ป่วยของของสมาชิกในทีมสุขภาพ
 เช่น การพยาบาลในชีวิตประจำวัน การรักษาของแพทย์ เป็นต้น ซึ่งการกระทำของสมาชิกในทีม
 สุขภาพอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยง เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการเตรียมตรวจ ภาวะแทรกซ้อน
 จากการผ่าตัด หรือการที่สมาชิกในทีมสุขภาพไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน เป็นต้น การ
 กระทำของสมาชิกในทีมสุขภาพทำให้เป็นเงื่อนไขทำให้เกิดความต้องการการปกป้องสิทธิผู้ป่วย
 ด้วย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสบการณ์ 2 ปี (I16T2P2L10)

ตอนนั้นหนูช่วยส่งเครื่องมือ วันนั้นผ่าตัดคนด้วย แพทย์ก็เล่า บางคนก็อาจจะขี้มัน
 ไม่ใช่เรื่องของเรา เป็นเรื่องของหมอ แต่ตอนนั้น (เงิบ) หนูคิดแล้วว่า มันยังไม่ Complete นะ คนไข้
 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อาจจะต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำอีก คนไข้จะต้องได้รับการรักษาหลายรอบ
 โดยไม่จำเป็น

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ประสบการณ์ 4 ปี (I1T1P21L1)

ตอนนั้นมีคนไข้เป็นเหตุต้องจีไฟฟ้าหนูทำไม่ Complete เองคือคนไข้เค้าไม่ถอดถุงน่อง
 แล้วหนูไม่ทันสังเกต แล้วน้องผู้ช่วยเอา electrode ไปแปะที่ขาปรากฏว่าพอจีปุ๊บก็ burn case ต่อๆ
 มาเราก็คอยดูแลแล้วว่า Complete มั้ย จะได้ไม่เกิดขึ้นอีก

6.3 ปัญหาในการให้ข้อมูล

สถานการณ์ปัญหาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เป็นการละเมิดสิทธิพื้นฐานของ
 ผู้รับบริการ เช่น การบอกความจริงกับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การกระทำโดยที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจ
 หรือไม่ยินยอม การส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับแพทย์ ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการผ่าตัด
 ตามเวลาที่กำหนดทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่ากำหนด จากความไม่พร้อมในการเตรียมตัว
 ของผู้ป่วยเนื่องจากการได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวจากผู้ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การบอกข้อมูลเกี่ยวกับ
 การปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับบ้าน เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์ปัญหาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนี้เป็น
 เงื่อนไขที่กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพต้องทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยด้วย

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ประสพการณ์ 2 ปี (IIP6L6)

เย็บแผลไป แผลไม่เนียน มี Hematomas แผลไม่บวมโดยตรงหมอก็บอกว่าไม่เป็นอะไร เป็นปกติ ซึ่งจริงๆเรารู้ว่าแผลไม่เนียน มี Hematomas หนูกลัวว่าคนไข้กลับบ้านอาจเกิดอะไรขึ้นได้บ้าง (น้ำตาคลอ ตาแดง ๆ มีเสียงสูดน้ำมูกเข้าไป)

ผู้ให้ข้อมูลในระยะทำตามและเรียนรู้ได้บอกเล่าเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการปกป้องสิทธิว่าเป็นการปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไปที่ได้รับรู้มาจากการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา ผลที่ตามมาในระยะนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐาน พยาบาลวิชาชีพพบใหม่จึงยังไม่สามารถที่จะกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ด้วยข้อจำกัดเรื่องของความรู้ ประสพการณ์ และความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ทำให้หลาย ๆ ครั้งผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้เกิดรู้สึกผิด รู้สึกบาป รู้สึกเป็นห่วง ความรู้สึกนี้เกิดจากความรับผิดชอบทั้งที่ได้รับการปลูกฝังทางวัฒนธรรมวิชาชีพการพยาบาล เมื่อพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงอันตราย เสี่ยงสิทธิประโยชน์ หรือถูกละเมิดสิทธิได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นภาวะที่ต้องขอคำชี้แนะ คำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสพการณ์จึงจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลผ่านระยะนี้ไปได้ รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น

2. ระยะอึดอัด--ขัดแย้ง

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีการกล่าวถึงคำที่ใช้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ การสงวนสิทธิ การปกป้อง และการคุ้มครอง โดยได้ให้ความหมายของคำต่าง ๆ ไว้ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิหรือการสงวนสิทธิ เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ทุกคนมีสิทธิของตัวเอง ไม่มีใครสามารถล่วงละเมิดสิทธินี้ได้การพิทักษ์สิทธิเป็นเรื่องของสิทธิที่ถูกกำหนดมาแล้วว่ามีอะไรบ้าง เช่น สิทธิเปลี่ยนหมอ สิทธิที่จะอยู่อย่างปลอดภัย เป็นต้น ถ้าไม่ปลอดภัยก็มีสิทธิที่จะเรียกร้องได้ ซึ่งคำว่าพิทักษ์สิทธิเป็นรูปธรรมมากกว่าการปกป้อง การปกป้อง เป็นการปกป้องไม่ให้ได้รับอันตราย ไม่ให้มีความเสี่ยงมากขึ้น รวมทั้งการดูแลเรื่องของความปลอดภัย ส่วนการคุ้มครองเป็นการกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับสิ่งที่ควรได้รับ มีความหมายกว้าง ๆ แต่ครอบคลุมถึงสิทธิพื้นฐานทั้งหมด รวมทั้งด้านความเป็นอยู่และสังคมที่ทุกคนเกิดมาก็ต้องได้รับตามที่พระราชบัญญัติได้กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตาม คำทั้ง 3 คำไม่ได้มีความหมายแตกต่างกัน เพราะอยู่ในขอบเขตและเป้าหมายเดียวกัน คือ ทำอย่างไรก็ได้ให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่สมควรจะได้รับ คำ 3 คำจึงใช้ในความหมายเดียวกันได้ แต่คำที่มักได้ยินบ่อย ๆ ตั้งแต่สมัยเรียนมักใช้คำว่า การพิทักษ์สิทธิมากกว่า ผู้ให้ข้อมูลยกตัวอย่างว่า การพิทักษ์สิทธิ การปกป้อง การคุ้มครองอาจทำพร้อม ๆ กันก็ได้ โดยพิจารณาจาก

ความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละสถานการณ์ กิจกรรมเหล่านี้มีความเฉพาะ และมีความลึกซึ้งมากกว่างานพยาบาลทั่วไป และอยู่ในทุกที่ ทุกงาน ในผู้ป่วยทุกราย

ผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้ให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ สิ่งที่ต้องทำเป็นการช่วยเหลือ การเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น ประสานงาน หรือเป็นตัวกลาง ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น หรือเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกละเมิด หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการบางครั้งไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ รวมถึงการปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในทีมสุขภาพทั้ง ๆ ที่ตนเองรู้สึกว่าไม่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้รู้ว่าตนเองต้องแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อปกป้องผู้ป่วย เช่น การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ เป็นต้น แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปกป้องผู้ป่วยได้สำเร็จ ทั้งนี้ด้วยเงื่อนไขหลาย ๆ ประการ เช่น รู้สึกว่าไม่มีพลังในตนเองเพียงพอที่จะปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ เป็นต้น หรือเงื่อนไขทางด้านระบบ นโยบายของหน่วยงานที่ไม่เอื้อต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดภาวะของการจำยอม แต่อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นยังคงวนเวียนอยู่ในความคิด และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลว่าตนเองไม่สามารถที่จะปกป้องผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกอึดอัด รู้สึกไม่สบายใจที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลปฏิบัติงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี ประสบการณ์ 28 ปี (I8P8L2)

มันเป็นสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นทำให้เราก็ต้องตั้งใจว่าเราจะทำยังไงต่อ มันต้องคิด ต้องตัดสินใจ ไม่เหมือนกับการทำแผลก็ทำไป แล้วเสร็จ แต่ต้องคิดมากหน่อยว่าเอาใจดี ทำใจได้ บ้าง อย่าง คนไข้ Fast track ก็พยายามให้คนไข้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ให้ได้รับให้ทันเวลา ถึงแม้จะมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลแล้ว แต่ถ้าไม่คิดจะทำคนไข้ก็ไม่ได้ ก็เป็นความคิดที่อยากให้คนไข้ได้รับสิทธินี้ละ มันจำเป็นต้องทำให้เค้าได้รับสิทธิ

พยาบาลวิชาชีพ รพสต.ประสบการณ์ 11ปี (I15P3L26) บอกเล่าว่า

เราก็มองว่าที่เราทำนะมันเป็นการควบคุมโรคให้เค้า ไม่ให้เกิดอันตรายต่อเค้ามากกว่านี้ ดูแลเรื่องไม่ให้ขาดยา หรือกินยาเกิน ก็ต้องดูแลขนาดนี้ หนูว่าการทำแบบนี้เหมือนมันเป็นเรื่องทีละเยียดอ่อนมาก ไม่ทำให้ก็ได้ แต่ไม่ทำแล้วรู้สึกไม่สบายใจมันเป็นห่วงว่าเค้าจะเป็นยังไงบ้าง จะเกิดอะไรขึ้นบ้างเราต้องคิดตลอดเวลา เรื่องลูกเค้าเราก็ต้องตามว่าเค้ากับลูกติดกันหรือยัง

การศึกษาครั้งนี้เกิดขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล จังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอในหน่วยบริการทั้งแผนกห้องผ่าตัด แผนกไต่เทียม แผนกหน่วยบริการพิเศษให้คำปรึกษาผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ในแต่ละบริบทมีลักษณะการบริการทางด้านสุขภาพแตกต่างกันไป มีทั้งการดูแลเฉพาะทาง การดูแลฉุกเฉิน หรือการ

ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการติดตามอาการผู้รับบริการ การส่งต่อผู้รับบริการระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับ การศึกษานี้พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลอยู่ในระยะนี้จำนวน 9 คน มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระหว่าง 4-28 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน ปริญญาโท จำนวน 1 คน และการพยาบาลขั้นสูงจำนวน 1 คน

ระยะอึดอัด-ขัดแย้ง ประกอบไปด้วย ประเด็นสาระ 2 ประเด็น คือ การตอบสนองต่อการรับรู้ และการแสวงหาวิธีการ ดังนี้

2.1 การตอบสนองต่อการรับรู้

การตอบสนองต่อการรับรู้เมื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นการจัดการกับความความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นห่วงผู้ป่วย รู้สึกลำบากใจ ที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาแล้วว่าในสถานการณ์นั้นผู้ป่วยอาจได้รับความเสี่ยงจากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องหลักการวิชาการ หรือไม่ได้สิทธิที่ควรได้รับ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 22ปี (ISP8L28)

ถ้าคนไข้ใส่ Tube หอมไทม์ใส่ทิว หอมไทม์ใส่ทิวไม่ได้ Sat ไม่ค่อยดี หอมเอา Anes มั้ยที่จะตามให้ ก็คือ ถามตรงเลยนะ หอมตามอะเน็ชมั้ย เหมือน Try ใส่แล้ว 2 ครั้งไม่ได้ ก็จะถามว่า เชิญ อะเน็ชมั้ย เคียวพี่เชิญให้ เพราะเข้ทมันหล่นแล้วนะ หรือว่าถ้าบีพี ครอบบูบ หอมไม่ได้ให้เปิดไอวี หอม บีพี เท่านั้นะ คนไข้อย่างงี้ หอมจะเอาไอวีมั้ย เคียวจะเปิดให้ เพื่อที่จะได้ให้เค้าได้รับความปลอดภัยมากที่สุดตรงนี้ เหมือนเป็นเรสป้อนกันล่ะ กับสหวิชาชีพ มันเป็นการตอบสนองของเพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยกัน คนไข้สมควรที่จะได้รับสิทธิแบบนี้ แต่เราไม่ได้ให้เค้าแบบนี้ แล้วถ้าเราไม่ให้เค้าแบบนี้ คนไข้เกิดอันตรายขึ้น เราไม่สามารถจะให้คนเดียว มีทีมร่วมวิชาชีพเรา เราก็ต้องเรสป้อน กลับไปหาเค้า

พยาบาลชำนาญการอายุรกรรม ประสบการณ์ 14 ปี (I6P14L20)

การทักท้วงแพทย์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรักษาจากแพทย์ เช่น หอม หอมลิ้มอันนี้มั้ย แล้วบางทีก็ให้ยาผิด สมมติว่า เวรคิก หอมสั่ง อะไซ โควเวีย 600 มิลลิกรัม พี่ก็จะบอกว่าทุกทีพี่เคยเจอแต่ 500 หอมคะ คนไข้หน้าหนักตัวไม่เยอะนะ หอมเค้าก็บอกกลับมาว่า อ้าว ผมสั่งผิดก็จะประมาณนี้ หรือ เคียวพี่ถามเภสัชให้ก่อน

การตอบสนองต่อการรับรู้ สามารถจำแนกตามลักษณะได้ 2 วิธี คือ 1) การจำยอมทำใจ 2) คิดว่าไม่ถูก แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร คือ

2.1.1 การจำยอม ทำใจ

การจำยอมทำใจเป็นความคิดว่าไม่ถูก แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ในบางสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งระหว่างความคิด ความรู้สึกของตัวเองกับการรักษาดูแลจากสมาชิกในทีมสุขภาพ บางครั้งไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ และรู้สึกว่าตัวเองต้องปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในทีมสุขภาพทั้ง ๆ ที่ตนเองรู้สึกว่าไม่ถูกต้อง ก็ต้องยอมทำใจ โดยที่ไม่สามารถจะบอกบุคคลอื่นได้ เนื่องจากกลัวผลกระทบต่อหน่วยงาน ดังคำบอกเล่าผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสบการณ์ 28 ปี

ถ้าเราเข้าไปพิทักษ์สิทธิได้ ได้ยากเนี่ยเราอาจจะบอกคนไข้ไม่ได้ เช่น การกระทำพลาดของหมอ เรามองเค้าไม่ได้เลยนะ เนื่องจากมันมีผลจาก ทั้งตัวบุคคลและองค์กรแต่เราก็ให้มันผ่านไป แล้วเราไม่ทำอะไรเลย ความรู้สึกผิดมันจะอยู่ที่เราด้วยนะ แต่เราไม่สามารถจะบอกคนอื่นได้ ไม่สามารถจะบอกให้รู้ได้ (เจียบซั๊กครู)

2.1.2 คิดว่าไม่ถูก แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร

พยาบาลวิชาชีพมีความคิดว่าเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกในทีมสุขภาพให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ มีความรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ รพสต.ประสบการณ์ 23 ปี (I11P6L22)

หนูเคยให้ยาตาม Order หมอ คนไข้ได้ยาเยอะมาก หนูยังคิดในใจว่าทำไมได้เยอะขนาดนี้ บางที่ยังตรวจไม่ละเอียดก็สั่งยาเยอะแยะทำไมไม่ลดไม่เพิ่มอื่นบ้างเลยหรือ หนูก็ทำตาม Order ไปก่อน แต่คิดนะว่ามันไม่ถูกต้อง แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกันนะ ไม่ได้ท้วงติงนะ หนูก็ทำตาม Order หมอ หนูก็ไม่คิดอะไร เราก็กทำตาม Order ไปตามหน้าที่ หนูจะเปลี่ยนได้ยังไงเค้าก็เป็นหมอ หนูแค่พยาบาล จะทำอะไรได้

พยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาต้องทำบางสิ่งบางอย่างด้านตา ประสบการณ์ 27 ปี (I2P2L8)

บางที่เราก็มองเหมือนรู้สึกว่าคนไข้เป็นหนูทดลองหรือเปล่า เช่น มาทำเท่านี้ แล้วเค้าก็ทำเพิ่มไปอีก แล้วเราคิดว่าสิ่งที่เค้าทำไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เค้าจะทำ เราก็กได้แย้งเค้าไป แต่การตัดสินใจเป็นเรื่องของเค้าว่าเค้าจะทำตามที่เรายืนยันหรือเปล่า เราารู้สึกว่าบางที่เราก็มาร่วมมือให้เค้าทำเรารู้สึกไม่สบายใจนะ ที่ทำอะไรไม่ได้กว่านี้

2.2 การแสวงหาวิธีการ

การแสวงหาวิธีการ เป็นการจัดการเพื่อสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ 1) การถามแทน/ ท้วงติงแทนผู้ป่วย 2) ให้ผู้ป่วยปกป้องตนเอง 3) การพึ่งพาคณะอื่น 4) การ

กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 5) การใช้ระบบ/ แนวปฏิบัติ/นโยบาย ดังรายละเอียด

2.2.1 การถามแทน/ท้วงติงแทนผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ถามแทน ท้วงติงแทนหรือโต้แย้งกับสมาชิกในทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย (Defense) หรือทำให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่ควรได้ รวมถึงการถามข้อสงสัยทางด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลต้องทำหน้าที่นี้แทนโดยการทำความเข้าใจกับญาติ หรือชี้แนะญาติให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องแทนผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กประสบการณ์ 22 ปี (I14P8L5)

การรับรองความเป็นพิการเด็กอยู่ภายใต้ความคิดเห็นของแพทย์ เพื่อให้ได้สิทธิดังกล่าวเราก็ต้องเป็นตัวแทนให้ผู้ป่วยยกตัวอย่าง ถ้าหมอตรวจไปเรื่อย ๆ เด็กคนนี้อยู่ข้างของความพิการแต่หมอยังไม่ได้รับรอง แล้วก็ผ่านไปเรื่อย ๆ เราก็ต้องคอยมองว่าคอยเป็นตัวแทนเด็กคนนี้อย่างไรไม่ได้จดทะเบียนเป็นผู้พิการ ซึ่งออกได้เร็ว เด็กก็จะได้รับประโยชน์เร็วขึ้นเร็วที่สุด เพื่อจะได้อย่างน้อย 500 บาทต่อเดือนอย่างน้อยสามารถไปกู้เงินจากประชาสงเคราะห์ ทำอะไรทั้งหลาย สิทธิประโยชน์เยอะมาก เราก็ต้องเป็นตัวแทนเป็นศูนย์กลางที่จะต้องปกป้องประโยชน์ของคนไข้ต้องได้รับการจัดการแล้วนะ

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประสบการณ์ 22 ปี (I5P21L4-9)

อย่างผู้ป่วยมาที่ ER ถ้าไม่รู้สีกตัว เราต้องเดินไปส่งคนไข้ แล้วก็ต้องมีการส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลที่หอออดอีกที ว่าคนไข้เป็นยังไงบ้าง และจำเป็นต้องไปส่งคนไข้ ระหว่างทาง ก็คือ ต้องมีพยาบาลต้องดูแล เราก็จะเตรียมอุปกรณ์ ไม่กคลิ้น ยาที่จำเป็นสำหรับคนไข้ต้องเตรียม ถ้าคนไข้มีประวัติว่า ชัก ก็ต้องเตรียมแวลีเอ็มไปถ้าหมอให้แวะ CT เราก็จะถามหมอก่อนที่จะไป CT ว่า ถ้าเกิดคนไข้ชักขณะ CT คุณหมอมองจะซีแดงหรือเปล่า แล้วคุณหมอมองจะให้อะไร ซีแดง พี่ก็จะได้ให้เลย ก็ให้หมอยื่นออเดอร์มาให้เรียบร้อย ไซค์อันนี้ต้องถามหมอ ท้วงติงหมอไปเลย เหมือนกับว่าเราต้องวางแผนเลยว่า ช่วงที่เราไปส่งเป็นยังไงบ้าง

2.2.2 ให้ผู้ป่วยปกป้องตนเอง

พยาบาลวิชาชีพในขณะนี้ใช้การจัดการ โดยให้ผู้ป่วยปกป้องตนเอง เช่น การถามนำให้ผู้ป่วย หรือ การชี้แนะให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับอาการของโรค หรือวิธีการรักษาของแพทย์ เป็นต้น ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญด้านตา ประสบการณ์ 27 ปี (I2P12L8)

แต่ถ้าไม่สำเร็จ ไม่ได้ เราก็พยายามหาวิธีการอื่นแทน เราก็พยายามแบบนี้ทุกครั้งนะ ถ้าไม่ได้บางทีก็ต้องทำใจ หรือแอบกระซิบคนไข้หรือญาติว่าลองถามหมอแบบนี้ละ ต้องได้นำวิธีใดวิธีหนึ่ง

2.2.3 การพึ่งพามุคคนอื่น

การจัดการกับความความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นห่วงผู้ป่วย รู้สึกลำบากใจ ที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ โดยการพึ่งพามุคคนอื่น ๆ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือหัวหน้างานที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการขอความร่วมมือปรึกษาจากผู้ร่วมงาน ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 21 ปี (I3P9L6)

ก็คือหัวหน้าฝ่ายสนับสนุนก็ยิ่งเต็มที่ แล้วก็มึนๆ เขาก็ช่วยให้ความร่วมมือปรึกษาผู้ร่วมงาน ก็คุยกัน ในคนทำงานเองว่า OK มั้ยเราทำอย่างนี้แล้ว มันมีทางอื่นมั้ย แล้วเราก็จะมีคุยกันกับหัวหน้าด้วย ลองอันนี้รึยัง แล้วถ้าสมมติว่า OK ก็มันอยู่ที่ว่าการตัดสินใจของเค้าเรากี่

บันทึกการสังเกต วันที่ 5 มิถุนายน 2557 เวลา 7.45-9.45 หอผู้ป่วยพิเศษ

กิจกรรมที่สังเกต การรายงานการเปลี่ยนเวร

กิจกรรมการรายงานการเปลี่ยนเวรจากเวรตึกส่งต่อให้เวรเช้า โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างรายงานการเปลี่ยนเวร 4 คน การรายงานอาการของผู้ป่วยแต่ละห้องทั้งหมดจำนวน 16 คน ในระหว่างการรายงานอาการผู้ป่วย มีประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การรายงานเกี่ยวกับการปกปิดข้อมูลผลการตรวจเลือดที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้บุคคลอื่นได้รู้ การเฝ้าระวังการตกเตียง การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย การเป็นตัวกลางบอกความต้องการเกี่ยวกับผลเลือดว่าไม่ต้องการให้แพทย์บอกบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องการบอกผลเลือดกับสามีด้วยตนเองเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความพร้อม รวมทั้งในระหว่างการรายงานการเปลี่ยนเวร หัวหน้าหอผู้ป่วยได้เสนอหัวหน้าเวรให้ข้อมูลกับห้องผ่าตัดว่าผู้ป่วยรายนี้ (ติดเชื้อ HIV) ให้เอาเฉพาะคนที่เข้า CASE เท่านั้นให้คนอื่นรู้เรื่องนี้ น้อยที่สุด แล้วต้องไม่แสดงท่าทีรังเกียจให้คนอื่น ๆ เห็นด้วย

2.2.4 การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นการตอบสนองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด หรือเมื่อสิทธิของผู้ป่วยถูกละเมิด โดยใช้วิธีการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง นำเสนอปัญหาแก่ผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น ดังคำบอกเล่า

พยาบาลวิชาชีพ แผนกให้คำปรึกษา ประสบการณ์ 22 ปี (I7P8L14)

อย่างบางเคส มันไม่จำเป็นต้องเจาะเลือด เราจะบอกว่า มันไม่ใช่เพื่อ HIV ที่ต้องเจาะ HIV ถ้าคนไข้เอ็ดส์ มันไม่ใช่สิ่งที่จะต้องรักษาเร่งด่วน แต่สิ่งที่จะต้องรักษาเร่งด่วน คือ อาการ ณ ตอนนั้น ของคนไข้ คือ เราดูแล มันไม่ใช่ประโยชน์ของคนไข้ แต่เพื่อประโยชน์ป้องกันตัวของเค้า ซึ่งจริงๆ แล้วมันไม่ใช่ ถ้าเรื่องอย่างเนี่ย คุยกับ ผอ. เลย ถ้าเป็นเคสไหนที่เค้าบอกว่า เค้าด่วน เค้า

รับผิดชอบเองแล้วก็เป็นแนวปฏิบัติกันมาแบบนี้เรื่อย ๆ คือ มันไม่จำเป็นต้องเร่งด่วนในการเจาะหาเชื้อ HIV มันไม่จำเป็นจริง ๆ แล้ว ความจำเป็นมันมากน้อยแค่ไหน มันก็เกิดการเปลี่ยนแปลงนะ

พยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง ประสพการณ์ 28 ปี (I12P14L11)

คนไข้เนี่ย เนื้อตายตั้ง เป็นสการ์แล้ว ไม่ได้ Debited เลย ถ้าเรา Debited ไม่ได้ บอกหมอหน่อยข้ามไปก็ไม่ได้ ทิ้งไว้ สงสัยจะไม่ไหวแน่ คนไข้เราแย่นะแบบที่เล่ามานั้นแหละ เราจะเห็นว่า มันก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำของพยาบาลไปด้วย เราอาจไม่ได้เป็นผู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้โดยตรง แต่เราไปกระตุ้นเค้าทำนี่เอง

2.2.5 การใช้ระบบ แนวปฏิบัติ นโยบาย

การใช้ระบบ แนวปฏิบัติต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นการจัดการที่พยาบาลวิชาชีพในระยะนี้ใช้ เพื่อให้สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ เช่น การปรึกษากับสมาชิกในทีมการพยาบาล ทีมการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน (Patient Care Team [PCT]) การเขียนอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นต้น ดังคำบอกเล่า

พยาบาลวิชาชีพ รพสต. ประสพการณ์ 21 ปี (I10P2L22)

คนไข้ต้องเจาะเอดส์ทุกครั้ง ก็เจาะเป็นรูทีนก็เจาะรวมไปกับพวก CBC พวกอะไรไปด้วย เจาะเพื่อให้หมอรู้ แต่ไม่ได้แจ้งคนไข้ เราเอาไปคุยในทีมพยาบาล มันน่าจะมีการฟิคอนเฟอร์เร็น โฟสคอนเฟอร์เร็น ทำให้เหมือนที่อายุกรรม ก็คือ ว่าสิทธิของเค้าที่สมควรที่จะได้ ถึงแม้เป็น ศัลยกรรมที่ต้องเร่งด่วน รีบด่วนก็ตาม เราก็ให้หัวหน้าหูด เอาไปสู่ทีม Head ของหัวหน้าการพยาบาล ว่ามันเป็นปัญหา ก็เข้าที่ระบบ IC ของโรงพยาบาล ที่หัวหน้าเค้าก็เอาไปคุยกับหมอให้ หมอเค้าก็เหมือนมายังคิดนะ มาทบทวนแล้วก็ทำเป็นทีม PCT ขึ้นมา เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี กับ คนไข้คนไข้ได้รับสิทธิในการ pre-post ก่อนเจาะเลือด

เงื่อนไขที่เกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองต่อการรับรู้เมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1) การรับรู้ 2) การมีสำนึกในตัวเอง 3) การมีพลังในตนเอง และ 4) การได้รับโอกาส ดังรายละเอียด

1. การรับรู้

การรับรู้เป็นความรู้สึกภายในใจของผู้ให้ข้อมูล การรับรู้จึงเป็นเงื่อนไขที่เป็นเหตุทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการบุคคลปกป้องสิทธิให้ ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นห่วง และลำบากใจ ที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องผ่าตัด ประสพการณ์ 27 ปี (I2P12L11) บอกเล่าว่า

มีใจเป็นห่วงเค้าคิดถึงเค้า ถ้าก่อนผ่าตัดเหมือนกัน เราก็ต้องบอกขั้นตอนเค้า หมายถึง คนไข้จะมั่นใจ สบายใจขึ้น ไม่ใช่มาถึงเค้าจะทำอะไรเราก็ไม่รู้

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการอายุรกรรม ปรินญาตรีประสบการณ์ 14 ปี (I6PL11)

หมอจะเจาะคอให้คนไข้ โดยสามารถถามญาติก่อนว่าจะเอาที่กลับไปดูแลต่อที่บ้านได้มั๊ย หนูก็แนะนำหมอให้ถามญาติก่อน แต่อยู่ที่หมอ หมอบอกไม่รอ ญาติจะเสียสิทธิ์ที่จะตัดสินใจ อันนี้ทันที หนูแย่งอะไรกันไม่ได้เลย จริง ๆ นะคะ ถ้าใส่ไปแล้วเค้าไม่ต้องเจาะคอละ เค้าหายกลับบ้านละ เดินได้กลับบ้านละ อันนั้น คือ โอกาสเค้าหายไป เราลำบากใจมั๊ย ลำบากใจมากที่ไม่สามารถทำอะไรได้

2. การมีสำนึกในตัวเอง

การมีสำนึกในตัวเอง เป็นความสำนึกในตัวเองต่อชีวิตคนอื่นเป็นความรู้สึกและตระหนักในตัวเอง รู้ถึงคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย และปกป้องสิทธิผู้ป่วยด้วยใจ โดยไม่ต้องรอคำสั่ง หรือรอการมอบหมายให้ทำจากบุคคลอื่น แต่เป็นการหยิบยื่นความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยความสำนึกในตัวเองต่อชีวิตคนอื่นเป็นเสมือนบันไดก้าวแรกของระยะนี้ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถคิดและทำเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยต่อไปได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ 28 ปี (I12P4L3)

ตัวพยาบาลเองเนี่ย ต้อง ต้องมีรู้สึกสำนึกต่อชีวิต ต้องมีความรับผิดชอบต่อคนคนอื่น การที่จะพิทักษ์สิทธิไม่ละเลยด้วยความสำนึก ลึก ๆ ของตัวเค้าเองก่อน

พยาบาลวิชาชีพ รพสต.ประสบการณ์ 11 ปี (I5P25L8)

เพียงแต่ว่า ใจเราจะทำหรือเปล่า แค่นั้นนะ เราจะยอมพิทักษ์สิทธิ์เค้ามั๊ย ถ้าเรายอมพิทักษ์สิทธิ์เค้า มันก็คือ ก็ทำไปได้ด้วยใจ มันก็คือ ก็ทำช่วยเค้าเหมือนกับทำช่วยเค้า ถ้าเกิดว่า มีกฎข้อนี้ ๆ ก็จริง ถ้าเราไม่ทำ พิทักษ์สิทธิ์เค้าไม่ได้ ขึ้นอยู่กับใจ กับความคิดของเรามากกว่า

3. การมีพลังในตนเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าคุณเองไม่มีพลังเพียงพอในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งการมีพลังในตนเองของพยาบาลวิชาชีพเป็นความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การขาดพลังนี้เกิดจากความคิดของพยาบาลวิชาชีพว่า เป็นเพียงวิชาชีพพยาบาลที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น การมีพลังอาจเกิดจากการมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือการเป็นผู้เชี่ยวชาญในงานที่ทำงานเกิดการยอมรับจากวิชาชีพอื่น ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน ประสบการณ์ 22 ปี (I5P11L14)

ถ้าเหมือน BP drop เช่น กลุ่มไฮโปโอมิก คนไข้ก็อาจจะช็อค ช็อคแล้วอันตรายถึงชีวิตได้ ตาหมอไม่สั่งยาไว้ให้เรา เราก็ต้องมีการส่งต่อข้อมูลไปที่หอด ให้แพทย์เวรชายดูแลต่อ เพื่อที่จะได้ช่วยเผื่อระวัง หรือกระตุ้น ดูแล มันอาจจะมียช่องทางอื่นที่จะได้ ช่วยได้คือเรา Power ไม่

พอแล้ว ไม่ได้มีตำแหน่งเป็นหัวหน้างาน ตรงนี้ ก็จะรายงานหัวหน้างานเราต่อ แล้วก็หัวหน้าเค้าไปจัดการ ก็รายงานตามขั้นตอนไป ถ้าเป็นเรื่องของการรักษา ก็จะเอาปัญหาเข้าไปใน PCT ให้มีข้อสรุปจาก PCT ออกมา ว่าจะต้องทำยังไง แล้วมีผลสรุปในที่ประชุมออกมาเป็นบันทึกข้อความว่า มีแนวปฏิบัติอย่างไรบ้าง

พยาบาลวิชาชีพ รพสต. ประสบการณ์ 23 ปี (I11P6L22)

หนูเคยให้ยาตาม Order หมอ คนไข้ได้ยาเยอะมาก หนูยังคิดในใจว่าทำไมได้เยอะขนาดนี้ บางทียังตรวจไม่ละเอียดก็สั่งยาเยอะแยะทำไม ไม่ลด ไม่เพิ่มอื่นบ้างเลยหรือ หนูก็ทำตาม Order ไปก่อน แต่คิดนะว่ามันไม่ถูกต้อง แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกันนะ ไม่ได้ฟังดิงนะ หนูก็ทำตาม Order หมอ หนูก็ไม่คิดอะไร เราก็ทำตาม Order ไปตามหน้าที่ หนูจะเปลี่ยนได้ยังไงเค้าก็เป็นหมอ หนูแค่พยาบาล จะทำอะไรได้

4. การได้รับโอกาส

การได้รับโอกาสเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถเกิดการสะสมองค์ความรู้ การได้รับโอกาสเข้าร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ หรือการได้รับมอบหมายหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องผู้ป่วย เช่น การเป็นกรรมการของคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงาน การเป็นกรรมการของศูนย์ร้องเรียนของผู้รับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในขณะนี้ได้รับการอบรมเฉพาะทางจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ และความสามารถเชิงลึกมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลเติบโตทางความคิดและได้รับการยอมรับจากสมาชิกในทีมสุขภาพด้วย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

พยาบาลปฏิบัติงานศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี ประสบการณ์ 28 ปี (I8PIL17)

ตอนเรามาทำงานเป็นเลขานุการของ Ethic โรงพยาบาล เราก็มารู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย มาเป็นเลขานุการจริยธรรมองค์กร เริ่มเรียนรู้ว่าเปลี่ยนแพทย์ได้นะ มันต้องรักษาความลับคนไข้นะ ตอนเมื่อเราเริ่มมาอยู่ OSCC (One Stop Crisis Center) กับ Ethic ด้วย เริ่มใส่ใจเรื่องนี้เพิ่มขึ้น แล้วสามารถแนะนำคนอื่นได้ว่าควรจะได้เรียกร้องสิทธิของเรานะ ถ้าเค้ายังไม่รู้เราก็ให้ความรู้เค้า

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตประสบการณ์ 23 ปี (I4P12L22)

เราไปอบรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น ทำให้แพทย์ ยอมรับพยาบาลว่า เท่าเทียมกับเค้า คือมีความรู้ไม่ต่างกัน มันเป็นเพราะว่า เค้าก็ยอมรับเรา เค้าก็ยอมรับความคิดเห็นของเค้า แต่ว่า ส่วนใหญ่เท่าที่คุยกัน เราก็จะคุยกันด้วย หลักการและเหตุผล

สำหรับผลที่ตามมากับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเฉพาะรายได้รับการดูแลตามมาตรฐานเท่านั้น แต่ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จทุกราย เป็นเพียงจิตสำนึกว่า จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจขึ้นกับระดับความสามารถของแต่ละบุคคล และประสบการณ์ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย บางคน

อาจอยู่ในช่วงนี้ในระยะเวลาสั้นกว่ารายอื่น อย่างไรก็ตาม เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจเมื่อไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้นั้น เป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีจิตสำนึกที่ดีในการที่จะพยายามปกป้องสิทธิผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้ประสบผลสำเร็จก็ตาม

3. ระบุเหตุผลความสามารถ

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากกว่าผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลระยะนี้จึงต้องใช้ความพยายามอย่างสุดความสามารถโดยใช้ความรู้ และกลยุทธ์ที่หลากหลายในการจัดการเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้สำเร็จ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีการใช้คำที่ว่าการพิทักษ์สิทธิ เป็นคำเดียวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ให้ความหมายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่า ต้องทำให้ได้ เมื่อเห็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้เป็นระยะที่มีประสบการณ์ และได้เรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วย มีความเชี่ยวชาญและลุ่มลึกเฉพาะทางมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมที่จะอยู่ในภาวะของความอึดอัดขัดแย้งแต่พร้อมที่จะทุ่มเทอย่างสุดความสามารถ และมุ่งมั่นให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้สำเร็จ ดังนั้นในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างยุติธรรม ไม่ถูกต้อง/ ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลที่หน่วยงานกำหนดไว้ ไม่ถูกต้องตามหลักการ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจากสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้จะไม่ยอมแพ้ ไม่ถอยใจ ไม่ย่อท้อต่อการแก้ปัญหา แต่พยายามทุ่มเทในการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้พลังของทีม การผสมผสานกลยุทธ์ต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและรู้สิทธิของตนเองและรักษาสิทธิให้กับตนเองได้ ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดของการปกป้องผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ ระบุต้องทำบางสิ่งบางอย่างเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสบการณ์ 28 ปี (I12P1L19)

ปกป้องเหมือนการทำให้คนไข้ให้เกิดความปลอดภัยที่สุด เป็นสิ่งเบื้องต้นที่เราต้องทำ ถ้าจะปกป้องคนไข้ เช่นปกป้องเรื่องการดูแล ให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ไม่ให้ติดเชื้อ หรือว่าไม่ให้เกิดความเสียหายที่จะตกเตียง เราก็จะต้องปกป้องเค้าโดยการดูแลอย่างถูกวิธี ไม่ให้เกิดแผลกดทับ หรือเกิด Infection

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 22 ปี (I14P6L21)

เรารู้สึกอยากแสวงหา สรรหาสิ่งที่จะเกินมาตรฐานด้วย ที่อื่นไม่ทำไม่เป็นไร แต่เรารู้สึกว่าเราต้องได้มากกว่ามาตรฐานที่สุด อย่างหมอสั่งตรวจการได้ยินของเด็ก คนไข้ก็ต้องเดินทางไปทั่ว ไปชลบุรี ไปเกือบครึ่งปีหายไปเลยก็มี ไม่ได้ผลบ้าง มีปัญหาโน่นนี่ เรารู้สึกว่า ไม่ได้แล้ว

อันนี้เราก็เจอน่าจะมีวิธีการที่จะทำยังไงก็ได้ให้คนไข้ได้รับการดูแล เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อคนไข้ โดยที่ถ้าได้ตรวจตั้งแต่เกิด คนไข้จะได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิด แต่ของเราไม่มีเราจะทำยังไงดี เพราะฉะนั้นเราก็จัดการเอาเข้าที่ประชุม PCT มันจะง่าย เราก็จะเป็นตัวแทนของคนไข้ในเรื่องนี้ได้

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ในระยะนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน จากทั้งหมดจำนวน 20 คน ผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ระหว่าง 20-32 ปีขึ้นไป ผู้ให้ข้อมูลมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 ราย และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลขั้นสูงจำนวน 6 ราย แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในระยะเวลาเท่ากัน หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถเป็นผู้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ทุกคน โดยมีเงื่อนไขหลายประการที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ในระยะนี้มีประเด็นสาระ 4 ประเด็น คือ 1) การตอบสนอง 2) การให้พลังแก่ผู้ป่วย 3) การใช้พลังของทีม และ 4) การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย ดังรายละเอียด

3.1 การตอบสนอง

การตอบสนองเมื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยขณะอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างยุติธรรม ไม่ถูกต้อง/ ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลที่หน่วยงานกำหนดไว้ ไม่ถูกต้องตามหลักการ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจากสมาชิกในทีมสุขภาพ โดยการตอบสนองด้วยวิธีการต่าง ๆ 2 วิธี คือ 1) การจัดการด้วยตนเอง 2) การยึดหลักการดูแลตามมาตรฐาน ดังรายละเอียด

3.1.1 การจัดการด้วยตนเอง

การจัดการด้วยตนเองเกิดจากการมีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ หรือผู้ให้ข้อมูลบางรายมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหน่วยงาน เป็นผู้เชี่ยวชาญในงานที่ทำ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจึงสามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ดังคำบอกเล่าดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ประสบการณ์ 32 ปี I13P9L15

แล้วการที่เราเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเนี่ยก็ เราก็สามารถที่จะไปจัดการอะไร ได้อย่างที่ตัวเองคิดว่าถูกต้อง อย่างผู้ป่วยมีแผล หมอเจ้าของไข้เป็นหมอออร์โธ ให้ Consult plastic หมอ plastic ไม่ยอมมาดูคนไข้เรา นื่อง ๆ ตามเท่าไรก็ไม่มา เราก็จัดการเองเลยว่า หมอจำเป็นต้องมาดูเพราะ ก็สำเร็จนะ

พยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาต้องทำบางสิ่งบางอย่างเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งระยะประสพการณ์ 28 ปี (I12P13L4)

ไปเรียนต่อ จบ APN ทำให้เรานั้นใจมากขึ้น ตำแหน่งของ APN มีจ๊อบคิคริบชั้นอยู่นะ เพราะนั่นทุกคนก็จะรู้ว่า เนี่ยเราคนไข้กลุ่มนี้อยู่ เราดูแล คิวอีเอสโตรีมี คิวซีเอ โครอล เวลาเราจะเข้าไปดู เราไปร่วมดูแล คำคืออีกบทบาทหนึ่ง เพราะฉะนั้น ก็ค่อนข้างไม่มีปัญหา

3.1.2 การยึดหลักการดูแลตามมาตรฐาน

การยึดหลักการดูแลตามมาตรฐานเป็นการกระทำที่ผู้ให้ข้อมูลได้มองเห็นว่าในสถานการณ์นี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเหมือนทุกครั้งที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลยึดหลักการดูแลตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพได้ปฏิบัติตามเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน ประสพการณ์ 20 ปี (I9P7L21)

ต้องคำนึงถึงประโยชน์และสิทธิเต็มที่สำหรับผู้ถูกได้รับ แล้วก็ต้องมีวิธีการและหนทางทำอย่างเต็มที่และเต็มที่ ไม่ใช่ทำตามระเบียบอย่างเดียว เราต้องใส่ใจเพื่อให้คนไข้ได้รับสิ่งที่เต็มรูปแบบและสมบูรณ์ มิใช่ให้แค่ขาด ๆ เกิน ๆ เพื่อให้เค้าได้สิทธิที่คุ้มค่าและยั่งยืน

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง ประสพการณ์ 28 ปี (I12P1L26)

เรารู้แล้วมันไม่ใช่ไม่ถูก เราก็ต้องมี Action ต่างจากเดิมแล้ว เหมือนหมอมือที่ไม่ได้ทำตาม Standard เหมือนหมอมือคนอื่น ๆ แบบนี้มันก็เลยไม่ใช่เรื่องที่เคยทำเหมือนทุกวันและเจอ Case ที่ไม่น่า Dead แบบนี้ ซึ่งควรได้รับการดูแลที่ดีกว่านี้ เราก็เอา Case นี้ขึ้นมาพูดในทีมการดูแล

3.2 การให้พลังแก่ผู้ป่วย

การให้พลังแก่ผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้การสะสมประสพการณ์ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จัก และรู้วิธีการในการปกป้องสิทธิให้กับตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลต้องเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงเกิดความไว้วางใจ หลังจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลต้องสามารถประเมินความต้องการการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างละเอียดประเมินความสามารถในการตัดสินใจและคุณลักษณะของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เปรียบเทียบข้อดี ข้อดีของแต่ละทางเลือกก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สามารถมีอิสระทางความคิดและเห็นคุณค่าของตนเองในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้จัก และเข้าใจตนเอง รู้ข้อจำกัด จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง เป็นการคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของคนทุกคนที่พึงมี รวมทั้งให้ออกาสผู้ป่วยได้เลือกและตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองได้ โดยผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยรู้จักสิทธิของตนเองและเรียกร้องสิทธิให้กับตนเองได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสพการณ์ 21 ปี (I3P17L28)

ก็ต้อง ก็ต้องมาเสริมเหมือนเสริมให้เค้ามี *Empower* ให้เค้ารู้ว่าผลที่ตามมาเนี่ยเป็น ینگะ มันอาจจะทำให้เราตายได้แล้วใครจะดูแลดูอย่าง แต่ถ้าเกิดเค้าออกมาตอนนี้ข้อดีเป็น ینگะ ข้อเสีย เป็น ینگะเหมือนพูดให้เค้าจนกว่าเค้าจะมีความมั่นใจ (ผู้ให้ข้อมูลร้องให้ หน้าแดง เซ็ดน้ำตา)

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง ประสพการณ์ 28 ปี (I12P2L22)

คนไข้ *Case* อื่นอย่าง ให้เคมี เราบอกบอกกับตัวคนไข้ด้วยว่าถ้ามีอาการแบบนี้ต้องบอก หมอนะ บางทีเราต้องบอกคนไข้ให้อาการนี้เป็นอาการสำคัญให้บอกหมอเลยว่าแน่นท้องมากครับ ไม่ใช่แล้ว เราก็บอกคนไข้ว่าถ้ามีอาการแบบนี้บอกหมอเลยนะ ถ้ารู้ว่าเม็ดเลือดขาวต่ำ แต่หมอ ไม่ได้ทำตาม *Standard* เช่น ผลเลือดคนไข้ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ *white count* ต่ำ เพชเลจต่ำ อยากให้ เคมี โดยไม่ได้เตรียมคนไข้ก่อน เพื่อที่จะให้มันจบไป แต่ *Standard* มันมีอยู่ ก็บอกอธิบายคนไข้ว่า มันต้องเป็นอย่างเนี่ยนะ คนไข้ดูแลตัวเองได้

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตประสพการณ์ 23 ปี (I4P11L24)

คนไข้กลับบ้าน ไปล้างไตอยู่บ้าน แล้วคนไข้ที่ติดเชื้อมา หนูก็จะโทรไปหาคนไข้ บอก คนไข้ว่า ให้บอกหมอไปนะอย่างเงี้ยคะ ให้บอกที่พยาบาล ไปนะ ว่าเป็นอย่างงี้ ๆ เราก็ต้องชี้แนะไป ว่าบอกอะไรบ้างเนี่ย หนูว่าเป็นเรื่องการพิทักษ์สิทธิเค้าชัดมาก ๆ ตามความคิดหนูนะ เสร็จแล้วเราก็ แอบโทรไปถามเค้าว่า หมอเค้า ทำอะไรให้แล้วหรือยัง คนไข้จะได้เรียกร้องสิทธิของตัวเองได้ ینگะ หลังจากนั้นมา เราก็ต้องทำแบบนี้กับคนไข้ทุกคนที่เจอปัญหาแบบนี้

3.3 การใช้พลังของทีม

การใช้พลังของทีมการดูแลผู้ป่วย เช่นในรูปแบบของคณะกรรมการต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ โดยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะได้มีช่องทางในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การสร้างระบบการปฏิบัติงานกรณีที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วย ในบันทึก รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incident report) การปฏิบัติงานในรูปแบบของชมรม ศูนย์ หรือ คณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร คณะกรรมการสันติสุข ชมรม จริยธรรมและศูนย์รับร้องเรียน ศูนย์ฟังใจ เป็นต้น

การใช้พลังของทีมการดูแลผู้ป่วยกระทำได้ 2 วิธี คือ 1) การใช้ระบบปฏิบัติงาน และ 2) การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพ คือ

3.3.1 การใช้ระบบปฏิบัติงาน

การใช้ระบบปฏิบัติงานเป็นการปกป้องสิทธิผู้ป่วยผ่านพลังของสมาชิกในทีมการดูแลทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการ เช่น ทีมการประชุมปรึกษาการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้เกิดการกำหนดเป็นมาตรฐาน หรือแนวทางการดูแลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยมาเป็นแนวทางการปกป้องสิทธิให้ผู้ป่วยได้ ดังคำบอกเล่าดังนี้

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 21 ปี (I3P19L29)

เราจัดการประสานคนที่รับผิดชอบ โดยตรงแล้วก็ประสานหัวหน้าหอค่ะ แล้วพอเวลาประชุมศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี หัวหน้าเราก็จะบอกว่าช่วงนี้มีปัญหาอะไรบ้าง แล้วก็เข้าไปชี้แจงเวลาประชุมประจำเดือน ออกมาเป็นแนวปฏิบัติให้เรา หรือว่าเคสเด็กผู้ชายที่ถูก Rape ต้องตรวจที่ OPD คัล เพราะว่าต้องตรวจทางทวารหนักค่ะ วันนั้นไปหมอมเค้าไม่ตรวจ หมอคนนั้นบอกมันไม่ใช่หน้าที่ผม เราก็จะเขียนในใบปฏิบัติการ risk ต่าง พอเราเขียนไปแต่เขาเอาไปที่ RISK เขาก็เอาไปประชุม OPD คัลย์ คัลย์เขาบอก Ok ถ้าเป็นเคสผู้ชาย ตรงนี้เราก็มาเพิ่มในแนวทางของเรา การมีระบบแบบนี้ก็ช่วยเราได้ดี ถ้าคนไข้ได้รับอะไรที่ไม่ถูกไม่ควร

พยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

โรงพยาบาลชุมชน ประสบการณ์ 20 ปี (I20P4L5)

ระบบก็เป็นในรูปแบบคณะกรรมการ เป็นทีม แล้วก็ถ้าเป็นทีมเราก็คุยในหลักการ นำเสนอการตัดสินใจตรงนี้ก็ให้เป็นทีมการตัดสินใจ โดยการนำมา conference case ก็มีแพทย์ มีทีมที่ดูแลผู้ป่วย มีแพทย์เป็นประธาน มีพยาบาลเป็นกรรมการทำงาน เราก็ set ไว้เป็นวันพฤหัสบดี ทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบ เอา case มา conference กัน หาทางแก้ไข ออกมาเป็นแนวปฏิบัติให้แพทย์ด้วย ก็ทำให้เราปกป้องคนไข้ได้มาก

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน ประสบการณ์ 20 ปี (I9P4L22)

การทำไคด์ไลน์ ทำมาตรฐานเสนอไปสู่ผู้บริหารว่า ให้ข้อมูลผู้บริหารว่าสถานการณ์ของแพลตฟอร์มมันเป็นอย่างไรการมีมาตรฐาน CPG มันก็ช่วยเราให้ตัดสินใจในกรณีที่เราจะต้องช่วยเค้าให้ไม่เกิดอันตรายต่อชีวิตได้มันเป็นแนวปฏิบัติใหม่ะ เราก็จะตัดสินใจได้ว่า คนไข้อาการหนักมากกว่ามาตรฐานที่เขียนไว้ เราก็ตัดสินใจได้เลย แล้วพอเราส่งต่อ ก็ไม่มีปัญหา โรงพยาบาลที่ต้องรับก็ต้องรับ จะบอกว่าไม่รับไม่ได้ จะอ้างโน่นนี่ไม่ได้เลยหนูว่าตรงนี้ทำให้คนไข้ได้รับสิทธินี้เต็ม ๆ

บันทึกเหตุการณ์ความเสี่ยง (Incident report)

ให้ยาผิดขนาด ผู้ป่วย DTX 6.00 = 116 mg% แพทย์สั่ง Gliben ½ tab แต่พยาบาลให้ 1 tab
เจาะ DTX 7.00 = 45 mg% ให้น้ำหวาน 1 แก้ว เจาะ DTX ซ้ำ ได้ 145 mg% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

แก้ไขโดยการทบทวนชื่อผู้ป่วย ทวน Order แพทย์ อ่านผลตกยาให้ถูกต้อง

- case ถูกกระทำรุนแรงด้านเพศ มารับบริการ ER เวิร์ค เก็บ specimen แล้วไม่ได้ส่งตรวจและเก็บไม่ครบ ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเจ็บจากการเจาะเลือด 2 ครั้ง

3.3.2 การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพ

การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพเป็นวิธีการที่ทำให้สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ โดยผู้บริหารเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาความสามารถและเรียนรู้จนพยาบาลวิชาชีพเกิดความเชี่ยวชาญในงานที่ทำเสมือนเป็นโลโก้ หรือ แบรินด์ของงานที่รับผิดชอบ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีช่องทางในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็ก ประสบการณ์ 22 ปี (I14P18L27)

การสนับสนุนจากผู้บริหาร ช่วยสนับสนุนให้เราทำงาน ให้เราเหมือนเป็นเจ้าของ Brand ที่เราต้องรับผิดชอบมาถึงเราก็ทำอะไรไม่ได้ ไม่มีความชำนาญ ไม่มีความรู้มากพอที่จะช่วยเค้าได้ แล้วเราจะเสริมตัวเองยังไงละ เราก็ขอหัวหน้าไปอบรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กเพื่อดูแลเด็กเหล่านี้ พอเจอเด็กคาวนี่ บางอย่างเราประเมินเด็กไม่ได้ เราก็ค่อย ๆ เพิ่มเติมความรู้ให้เรามีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ 28 ปี (I12P14L229)

ถ้าเราเจอปัญหา แผลกดทับอยู่ทุกเดือน เราก็เอาปัญหามาหาแนวทางแก้ไข เอามาคุยกัน กับน้อง ๆ พยาบาลที่ทำงานด้วยกัน เาน้อง ๆ พยาบาลให้มาคิดร่วมกัน แแชร์ตัวอย่างกัน โดยทำของตัวเองออกมาก่อน ก็คิดว่าตรงนี้ ทำให้ดึงเค้าเข้ามาได้ ตั้งแต่หวิด จนกระทั่งถึงตัวแทนหวิดอันนี้ ก็จะทำให้เค้าเดินทางไปกับเราถึงจะเติบโตและเรียนรู้ไปด้วยกัน มันเป็นการสร้างตัวน้องพยาบาล เราให้มีความ Power ต่อไป ที่จะปกป้องคนไข้ได้

3.4 การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ใช้การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป จะไม่ได้มุ่งเน้นเป็นการแก้ไขผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย มี 4 วิธี ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การใช้ความพยายาม 3) การขอความร่วมมือ 4) การมีความยืดหยุ่น และ 5) การหาผู้ช่วยในการต่อรอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกลยุทธ์ที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้เพื่อให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

ด้วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งบุคคลภายนอกเป็นกลยุทธ์ที่

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก เชี่ยวชาญด้านพัฒนาเด็ก ประสพการณ์ 22 ปี (I14P10L31)

การที่เราจะทำตรงนี้ได้ สัมพันธภาพ มนุษยสัมพันธ์ สิ่งที่เราจะทำ มันทำให้เค้าไม่สูญเสียแล้วเราก็รับผิดชอบในสิ่งที่เราจัดการด้วย มันก็ต้อง *Connection* กับคนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เราต้องจัดการตรงนี้ด้วย หนู *Connection* ตั้งแต่หัวหน้าแผนก หมอ ที่พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลที่เราต้องเกี่ยวข้อง เรามีปัญหาแบบนี้เราจะจัดการ โดยวิธีนี้ เค้าก็ OK เราก็ทำได้ภายใต้เราต้องมีข้อมูล ถ้าทำแบบนี้เราจะได้อะไร ของแบบเก่าจะเสียอะไร เราจะปรับเปลี่ยนตลอด แล้วแต่กรณี ถ้ากรณีทั่ว ๆ ไปพยาบาลจะลำบาก ถ้าสถานที่โอกาส มันอาจจะ *Block* เค้า มันจะไม่เอื้อต่อเค้า เค้าก็ไม่สามารถทำได้

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ประสพการณ์ 20 ปี (I20P8L9)

เราใช้สัมพันธภาพส่วนตัวด้วย พยาบาลก็มีการประเมินก่อนแล้วนำเข้าระบบว่าเกี่ยวข้องกับฝ่ายไหนบ้าง มันก็ช่วยเราได้มาก

3.4.2 การใช้ความพยายาม

การใช้ความพยายาม เป็นการกระทำที่ผู้ให้ข้อมูลในระบะนี้แสดงออกให้เห็น โดยการแสวงหาวิธีการทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิ และประโยชน์สูงสุดอย่างสุดความสามารถ การพยายามดิ้นรนอย่างสุดความสามารถของผู้ให้ข้อมูลเมื่อแสวงหาวิธีใดวิธีหนึ่งแล้วไม่สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาดูแลตามมาตรฐานได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ย่อท้อ พยายามหาวิธีการอื่น ๆ ต่อไป โดยไม่ยอมละทิ้งความพยายามต้องหาหนทางให้ได้ในที่สุด ดังคำบอกเล่า

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสพการณ์ 21 ปี (I3P20L7)

อย่างเมื่อก่อนเรามีหมอสูติ เขาบอกมาเลยเขาไม่ตรวจ ถ้ามี *case* เด็กผู้ชาย ที่ถูก *rape* ซึ่งแนวปฏิบัติต้องตรวจที่ *OPD* คัล เพราะว่าต้องตรวจทางทวารหนักคะวันนั้นไปหมอเค้าไม่ตรวจ หมอคนนั้นบอกมันไม่ใช่หน้าที่ผม ถ้าหมอเค้ามีปัญหาค่อยส่งมาที่ผม เราก็บังคับเค้าไม่ได้ เรายึดหมอเค้าไปก่อน เรายังเขียนใบรายงานความเสี่ยงว่า คนไข้ไม่ได้รับการดูแลแบบนี้มาก็ไม่ตรวจ ก็เคยไปครั้งหนึ่งเขาไม่ตรวจเราก็บอกถ้าหมอไม่ตรวจ หมอให้ยาสิ ขอยาก่อนเพราะว่าให้ให้เร็วเท่าไรวินิจฉัยมัน...มันจะช่วยป้องกันอะไรให้เด็กได้หลายอย่าง ก็ต้องไปหาหมออีกคนหนึ่งคือเหมือนเราต้องต้องพยายามดิ้นรนที่จะหาอะไรก็ได้ให้เป็นประโยชน์กับคนไข้มากที่สุด

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ประสพการณ์ 22 ปี (I14P6L15)

อย่าง Case ที่มีการตรวจการได้ยิน ในทารกที่ไม่ได้รับการตรวจการได้ยินซึ่งทำให้เด็ก พุดช้า จึงจะมาหาเรา หมอก็ส่งตรวจการได้ยิน คนไข้ก็ต้องเดินทางไปทั่ว ไปชลบุรี ไปเกือบครึ่งปี หายไปเลยก็มี ไม่ได้ผลบ้าง มีปัญหาโน่นนี่ เราก็รู้สึกว่าจะไม่ได้แล้ว อันนี้เราก็ต้องหาวิธีการที่จะทำ ยังไงก็ได้ให้คนไข้ได้รับการดูแลโดยที่ถ้าได้ตรวจตั้งแต่เกิดเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อคนไข้ แล้ว Flight ในเรื่องนี้ให้เข้าไปใน PCT (Patient Care Team)

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตประสบการณ์ 23 ปี (I4P7L29)

คนไข้ยูซี ที่เข้ามา แล้วทำไม พอเวลาชีพจรหมด สิทธิที่เค้าจะได้ไปด้วย สิทธิที่เค้าจะได้ จากการไปทำฮีโมไดไลซิส แล้วก็ได้สิทธิยูซี มันโคปเวอร์ช่วยเค้าเท่าไร เราพยายามหาวิธีให้เค้า ได้ข้อมูลโดยวิธีต่าง ๆ ไปด้วย หนูก็คิดว่ามันเป็นสิทธิที่เค้าควรได้

3.4.3 การขอความร่วมมือ

การขอความร่วมมือเป็นกลยุทธ์ที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การขอความร่วมมือจึงเป็นวิธีการที่ทำให้สมาชิกในทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอก หน่วยงานได้ร่วมมือกัน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการปฏิบัติ ระบบ หรือมาตรฐานการดูแล ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสบการณ์ 28 ปี (I12P13L13)

แต่สิ่งที่สำคัญนะคะ คือ การขอความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงานซึ่ง เราต้องการการเปลี่ยนแปลง แต่เราจะไปทำงานร่วมกันกับเค้าให้ได้ นั่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้น คือสิ่งที่ยาก เรา อาจจะไม่ได้สั่งเค้าคนมันไม่ชอบสั่งอยู่แล้วอาจจะบอกว่า หรือเราทำของเราตรงนั้นได้ เรายังทำเช่น มีแผลเต็มตัว ตั้ง 5 6 แผล เต็มตัว แล้วต้องดีไปทั้งนั้นเลย เราจะทำให้เค้าดูซักรัน ทำต่อนะ เต็มตัวที่แพ็คอันนี้ไว้ เต็มตัวอีกแผลหนึ่ง ทำต่ออย่างงี้ละ

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 21 ปี (I3P13L27)

ผู้หญิงบางคนหนีออกมา ตัวเดียวไม่มีเสื้อผ้าไม่มีอะไรเราก็ปรึกษาสังคมสงเคราะห์ เราก็ ให้คำรถตามที่อยู่ที่ต้องการไป มีเงินช่วยได้แต่ไม่ค่อยเยอะนะคะ case นี้ต้องให้พ้นกว่าบาท (ตาแดง น้ำตาไหล) เพราะว่าต้องซื้อตัวให้ลูก ๆ เขาด้วย ซึ่งพอถ้าเกิดเข้ารับดูแลเรื่องความรุนแรงไปโดยตรง ต้องขอความร่วมมือกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ ดำรวจ ถ้าเรามี เครื่องข่าย แบบนั้น ปัญหาต่าง ๆ ที่คนไข้ยังไม่ได้รับสิทธิยังขาดไป เราก็สามารถขอความร่วมมือตรง นี้ได้

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชนประสบการณ์ 20 ปี (I9P1L29)

เรื่องระบบ รพช.กับอนามัย อย่างพยาบาลที่โรงพยาบาลเค้าไม่รู้หรือกว่าระบบบัตรไปถึง ไหนแล้ว ตอนนั้นอสม.ปวดหัวมากไปโรงพยาบาลก็เอาบัตรอสม.กับบัตรประชาชนไปด้วย ยื่นบัตรไป

พยาบาล ER บอกว่าจะอะไรไม่รู้จึกเค้ารู้สึกว่ามันหนักมาก แล้วถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทุกระดับ
อย่างไร ควรแจ้งให้ผู้ปฏิบัติรู้ เพราะถ้าผู้บริหารรับรู้อย่างไร ผู้ปฏิบัติปฏิบัติไม่ตรงกัน ทำให้คนที่
ควรได้รับสิทธิตรงนั้น เค้าสูญเสียไป เราก็ต้องขอความร่วมมือกลับไป ว่าเค้าต้องทำอะไรบ้าง
คนของเราจะรับสิทธินั้น

3.4.4 การมีความยืดหยุ่น

การมีความยืดหยุ่น หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลต้องรู้จักการรอคอย และหาโอกาสในการ
แก้ไขปัญหา กรณีที่เป็นเรื่องเร่งด่วน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจเกิดอันตราย พยาบาลวิชาชีพต้องแก้ปัญหา
ทันที แต่บางสถานการณ์สามารถรอได้เพื่อให้เกิดการแก้ไขอย่างเป็นระบบ และเกิดมาตรฐานการ
ดูแลสำหรับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องพิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสมกับโอกาส
สถานที่ และรู้จักลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต้องหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อให้
สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสพการณ์ 28 ปี (I12P13L17)

เราก็ต้องอาศัยกลยุทธ์หลายอย่างที่จะสามารถทำได้ บางที่เราต้องเข้าไปจุ่ม บางครั้งเรา
ต้องใจเย็นพอ รอคอยโอกาส อย่างปัญหาที่มันรอไม่ได้ ส่วนใหญ่มันก็จะปัญหาที่มันมี
ผลกระทบต่อคนไข้ ณ ขณะนั้นเลยอย่างคนไข้ แน่นท้องขนาดนี้ แล้วมีไข้แล้ว ระวังจะ Leak
หรือจะรั่วหรือเปล่า ตรงนั้นรายงานหมอเถอะ ถ้าเรารายงานเองได้ เราก็รายงานตรงนั้นเลย โทรคุย
กับหมอเลยว่า หมอ เคสเนี่ย ไคอะชายัน หน้าท้องมันไม่คืนะหมอ หมอมา Round หรือยัง แต่บาง
กรณีที่เราได้ ก็ต้องคุยที่ประชุมให้สรุปเป็นแนวทางเลย จะได้ไม่มีปัญหาเวลาต้องเข้าไปช่วยเหลือ
คนไข้

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสพการณ์ 21 ปี (I13P10L17)

เราต้องเรียนรู้นิสัยของหมอด้วย คนนี้อย่างไรไม่ได้ เราก็ต้องหลบไปใช้ชีวิตอื่น อาจจะ
Flexible ไปตามบุคลิกของแต่ละคน ซึ่งเราก็ต้องยอมรับว่าเราทำเพื่อประโยชน์ของคนไข้ ไม่ใช่ว่า
เราต้องยอมหมอ คือ อะไรที่ยอม ก็ยอม แต่เราไม่ได้ทำเพราะว่าเรายอมเค้านะ แต่ที่เราให้ เรายอมทำ
อย่างนี้เพื่อคนไข้เราได้ประโยชน์สูงสุด

3.4.5 การหาผู้ช่วยในการต่อรอง

การหาผู้ช่วยในการต่อรอง เป็นการหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการช่วย
แก้ไขปัญหา เหมือนการหาช่องเร็วให้ผู้ป่วย การใช้เทคนิคซิกแซก โดยที่ไม่ทำให้เกิดความขัดแย้ง
ขึ้นในหน่วยงาน เพียงแต่ต้องอาศัยสัมพันธภาพส่วนตัว หรือหาแนวร่วมจากบุคคลที่ให้ความร่วมมือ
เป็นอย่างดี รวมทั้งต้องแสวงหาบุคคลที่มีความคิดและเป้าหมายร่วมกัน โดยอาศัยสัมพันธภาพ
ส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประโยชน์ และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ในเชิงนโยบายส่งผลดีต่อผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไปด้วย ผู้ให้ข้อมูลซึ่งปฏิบัติการพยาบาลทั้งในหน่วยบริการของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ จึงจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็กประสบการณ์ 22 ปี (I14P3L10)

ถ้าเรารู้ว่าเรามีคนในกลุ่มที่มี power เราจะคุยไว้ก่อนว่า เราต้องการเอาเรื่องนี้ที่เราต้องการให้เกิดมาตรฐานแก่คนไข้เข้าที่ในประชุมนะ ก็จะมีคนกลุ่มนี้มี Power รู้ข้อมูลเรา เรายังก็ต้องอธิบายเหตุผล ตามหลักวิชาการให้เค้าเห็นด้วยกับเราเหมือนกัน เพราะเราจะไปบอกเค้าก่อนประชุม เค้าก็จะเห็นด้วย เพื่อให้ตกลงเป็นมติในที่ประชุม มันก็จะได้โดยอัตโนมัติ ใช้เป็นกลยุทธ์นี้ ถ้าเรื่องที่พยาบาลก็เห็นว่าเป็นปัญหาเราต้องการให้เกิดเป็นมติในที่ประชุมเราก็จะจัดการ โดยวิธีนี้ มันก็จะโยงไปว่าคนที่จะเป็นตัวแทน Advocacy ได้ น่าจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องที่ต้องใช้การตัดสินใจร่วมกัน เช่น...เป็นกรรมการในเรื่องนี้ ตรงนี้ นอกจากจะพูดในที่ประชุม PCT แล้วมันไม่พอ เราต้องเอาไปพูดในที่ประชุม NCH board ผู้บริหารด้วย แล้วเราก็จะมีวิธีการที่จะ Zigzags เพื่อที่จะให้คนไข้ได้รับการตรวจ เพื่อที่จะได้รับการ Investigate เพิ่มเติม ตามมาตรฐานที่ควรได้

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชนประสบการณ์ 20 ปี (I9P3L31)

เราก็ต้องต่อรองให้ได้ว่าถ้าป้องกันได้ เราจะต้องสกัดไม่ให้คนไข้โรคไตเราเพิ่มขึ้นทำงละ นายกว่าเราสนับสนุนเรื่องการป้องกัน ถ้าคนไข้เบาหวานก็ต้องดูแลช่องปากก็ต้องส่งตัวไปโรงพยาบาล เราต้องมีคลินิกทันตกรรมเอง จะได้ไม่ต้องคิดเชื่อในช่องปาก แล้วต้องไปนอน โรงพยาบาล case เบาหวาน บางทีเราก็ต้องแก้ปัญหาด้วยระดับนี้ก่อน เค้าก็ยอมเสียเงินให้เกือบครึ่งล้าน ตรงนี้ถ้าเรารู้จักต่อรองเราก็ต้องไปพูดแผนให้เค้ารู้ว่าอะไรที่จะให้ประโยชน์ต่อคนไข้ในชุมชนเรามากกว่ากัน

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในระยะนี้ คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย 2) การมีอุดมการณ์ 3) การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ และ 4) การมีต้นทุนทางคุณลักษณะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

การรับรู้เป็นความคิด ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์ที่ปกป้องผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างยุติธรรม ไม่ถูกต้อง/ ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลที่หน่วยงานกำหนดไว้ ไม่ถูกต้องตามหลักการ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจากสมาชิกในทีมสุขภาพ ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย ประสบการณ์ 32 ปี (I13P8L26)

คนไข้เป็น CA เคสนึง แล้วคนไข้มีปัญหาของคอโรสโตมที่เค้าทำไว้ เค้าต้องรีไว้ขึ้น เช็ทครั้งที่ 1 เดือน ๆ ๆ ๆ เดือน 3 เดือน น้อยรายงานที่ สามครั้งแล้วเอาไปดี ก็เลยโทรไปคุยกับห้องผ่าตัด

คือ เราก็อู้แล้วห้องผ่าตัด โรงพยาบาล...ก็จะค่อนข้างมีปัญหา แต่มันไม่ได้มีปัญหาห้องผ่าตัดอย่างเดียว มันมีปัญหาเรื่องแพทย์ด้วย เรารู้ว่าไม่ถูก คนไข้มานอนห้องพิเศษก็วันแล้ว แล้วคนไข้ต้อง NPO รอด เลื่อน เดี่ยว ๆ ฟรุ้งนี้ N ใหม่ นะ N ใหม่ จด เลื่อน มันไม่ยุติธรรมนะ มันไม่ถูกแล้วบังคับให้เข้ามานอนทำไม เราก็จะใช้ความพยายามทุกวิถีทางที่จะต้องจัดการให้ได้

2. การมีอุดมการณ์

การมีอุดมการณ์เป็นความเชื่อ ความคิด หลักการของพยาบาลวิชาชีพต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีอุดมการณ์เป็นเงื่อนไขที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเห็นคุณค่าว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญ เพราะถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความพยายามที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้รับการดูแล หรือได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามที่ควรได้ พยาบาลวิชาชีพต้องมีเป้าหมายในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ได้พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีอุดมการณ์ ความเชื่อเป็นตัวนำทางในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลมีแนวคิดที่ว่า เมื่อต้องเข้ามาปกป้องสิทธิผู้ป่วยต้องนึกถึงว่าเส้นทางที่ผู้ป่วยกำลังเดินและกำลังจะเดินต่อไปต้องผ่านเรื่องราวอะไรบ้าง และต้องพยายามที่จะหาทางช่วยเหลือให้อย่างถึงที่สุด ซึ่งการมีอุดมการณ์ของพยาบาล ประกอบไปด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ การมีรู้สึกเหมือนเป็นเจ้าของ และการไม่ยอมแพ้

2.1 การมีรู้สึกเหมือนเป็นเจ้าของ

การมีความรู้สึกเหมือนเป็นเจ้าของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับพยายามที่จะปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้ถึงที่สุด เสมือนการเป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย ต้องการให้ลูกได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้สึกของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเสมือนการเป็นเจ้าของผู้ป่วยที่พยายามรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มากกว่ามาตรฐาน ดังข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็กประสบการณ์ 22 ปี (I14P6L9)

เหมือนการแสดงเป็นเจ้าของในสิ่งที่เค้ารู้สึกว่าจะรักสิ่งนั้นนะ เค้าก็อยากจะปกป้องสิ่งนั้นรู้สึกอยากแสวงหา สรรหาสิ่งทีอาจจะเกินมาตรฐานด้วย ที่อื่นไม่ทำไม่เป็นไร แต่เรารู้สึกว่าเราต้องได้มากกว่ามาตรฐานที่สุดก็คือมันดีกว่าที่อื่น ดีกว่าที่เคยได้ให้เค้าได้รับสิ่งที่มีประสิทธิภาพ ได้รับสิ่งที่เป็น The best คำนี้ถึงประโยชน์และสิทธิเต็มที่สำหรับผู้ถูกได้รับ แลก็ผู้พิทักษ์สิทธิต้องมีวิธีการและหนทางทำอย่างเต็มที่และเต็มใจ ไม่ใช่ทำตามระเบียบอย่างเดียว

2.2 การไม่ยอมแพ้

การไม่ยอมแพ้เป็นลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ที่เป็นผู้ปกป้องต้องพึงมี เป็นลักษณะของคนที่ไม่ยอมแพ้ไม่ว่าหนทางข้างหน้าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง สามารถมองเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ไม่ย่อท้อต่อการแก้ปัญหา และจะต้องพยายามป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

หัวหน้าหอผู้ป่วย ประสบการณ์ 32 ปี (I13P13L12)

เราเป็นคนไม่ยอมแพ้ง่าย ๆ เราจะไม่ยอมที่จะหยุดอะไรง่าย ๆ ถ้ามันยังมี เดี่ยวจะมีวิธีการตรงไหนก็ได้อะเดี่ยวนั้นจัดการได้ ตรงนี้บอกไม่ได้ใช้มัย เดี่ยวขึ้นไปโน่น ต้องหาให้ได้มันไม่มีอะไรในโลกนี้หรือที่มันจะไม่ได้ มันต้องมี เพียงแต่ค้นหาช่องทางนั้นเจอ มัย หรือเปล่า ไปหาให้มันเจอ

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ประสบการณ์ 22 ปี (I14P12L16)

เราเป็นตัวแทน *Advocacy* ให้เด็กแบบนี้ทุก *Case* โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อ *HIV* เวลาเราทำงานเราต้องมองให้สุดทางเลย ว่าสุดทางที่เค้าต้องได้รับ คือเข้า โรงเรียน พอเข้าโรงเรียนคุณเพื่อนเค้าเป็นยังไงบ้าง การเข้าสังคมเป็นยังไง อย่างเด็กพัฒนาการช้าจะไปเข้าโรงเรียนการศึกษาพิเศษ เค้าจะมาขอใบรับรองว่าเด็กพัฒนาการช้า เพื่อเอาไปเข้าโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หนูต้องปกป้องเด็กไว้ก่อน เพราะมันหมายถึงชีวิตเค้า สังคมเค้าที่จะอยู่และเติบโต เราก็จะอธิบายพ่อแม่ว่าจริง ๆ น้องเค้าอายุขนาดนี้ ไม่จำเป็นต้องไปพัฒนาด้านสติปัญญา สิ่งที่เค้าต้องอยู่ให้ได้คือการอยู่ร่วมกับคนในสังคมให้ได้ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เค้าจะได้รับคือ การ ใ้ได้อยู่ใน โรงเรียนที่ปกติ

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 21 ปี (I3P7L4)

ใน *Case* ที่ถูกทำร้ายร่างกายมา แต่เราต้องช่วยชี้นะ ให้ข้อมูล เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียที่เค้าจะอยู่ด้วยกันต่อ ถ้าจะแตกหักเราก็ต้องให้เค้าประเมินตัวเองว่าเค้ามีที่พักพิงหรือยัง ถ้าจะเลิกกัน เค้าเข้มแข็งพอ มัย เราต้องหาข้อมูลทั้งหมด ช่วยมองเส้นทางชีวิตของเค้าด้วย เหมือนเป็นเพื่อนคู่คิดมิตรคู่ใจประมาณนี้ (หัวเราะ) แล้วเราก็ต้องบอกเค้าด้วยว่าถ้าเค้าแจ้งความเค้ามีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายมากน้อยแค่ไหน เราก็ต้องช่วยบอกเค้าด้วย แล้วเค้าต้องการอะไรเกี่ยวกับเรื่องนี้ เค้าต้องการการคุ้มครอง มัย

3. การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ

การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพเป็นความเชี่ยวชาญเชิงลึกที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางจนเกิดเป็นความรู้เชิงลึกในการปฏิบัติงาน และได้ผ่านการอบรมการพยาบาลขั้นสูง และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลขั้นสูงจำนวน 6 ราย ได้แก่ การพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก เวชปฏิบัติชุมชน บำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยมะเร็ง และการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) การมีความรู้เชิงลึก เป็นองค์ความรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะสมมาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท การศึกษาต่อให้มีความรู้เชิงลึกเฉพาะด้าน เช่น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือเป็น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ซึ่งทำให้เกิดระบบความคิดที่ซับซ้อน มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ รวมทั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ในระดับที่เป็นที่ยอมรับของสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอก หน่วยงานจนเป็นโลโก้ หรือ แบนด์ของงานที่รับผิดชอบ การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพนี้ยัง หมายถึง การนำความรู้ในงานวิจัยมาใช้ในพัฒนางานเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่มีประโยชน์สูงสุด ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ประสบการณ์ 22 ปี (I4P12L28)

ถ้าเราจะพิทักษ์สิทธิคนไข้ได้เราก็ต้องมีความรู้ในงานที่เราทำเพียงพอ คนไข้มันจะอยู่ในมือเรา มากกว่าหมอ ถ้าเรารู้ค่าผล lab เราจะรายงานหมอเพื่อให้การรักษาคอนไข้ได้ทัน ให้คำแนะนำคนไข้ได้ ไม่งั้นผลเสียมันก็จะตกอยู่กับคนไข้ค่ะ

พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสบการณ์ 28 ปี (I12P15L14)

คนไข้ทุกคนมีพยาบาลประจำอยู่แล้วแต่เราไป เข้าไปดูในสิ่งที่เกินกว่า สิ่งที่เราจะต้องเข้าไป Take action นั้นแหละ เช่น เคสนี้ ออสโตมี ที่ติดดูอย่างนี้ไม่ดี ติดไม่อยู่ ไม่ได้นะคนไข้เดี่ยวต่อไป ต้องมีแผลรอบลำไส้ หรือหน้าท้องแห้งอะไรอย่างเนี่ย ก็ต้องเข้าไปบอกเค้าว่า เดี่ยวจะเปลี่ยนเป็นอย่างนี้ถ้าเป็นเคสที่เริ่มมีคอมเพล็กซ์แล้ว ต้องให้เราเข้าไปดูแล้ว ต้องใช้ผ้าก๊อครัดธรรมดาแล้ว เราในบทบาทที่ ผู้ไปอบรมมาแล้วก็ได้ไปมีโอกาสดูรู้มากกว่าเค้า เราก็ต้องเข้าไปทำ เราก็บอกน้องพยาบาลว่าใน case ลักษณะนี้ต้องระมัดระวังอะไรบ้าง

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชนประสบการณ์ 20 ปี (I9P8L10-18)

เรามองเห็นทุกอย่างเป็นกระบวนการที่ชัดเจนขึ้น โดยมีทฤษฎีประกอบ เราทำงานโดยอิงทฤษฎี ทำงาน โดยใช้กระบวนการเมื่อก่อนเราสะเปะสะปะ ไม่มีระบบ เราเรียนมารู้จักจัดการระบบแก้ปัญหาเป็น ตอบคนไข้ได้ชัดเจน ยืนยันคำพูดเราได้ และใช้ทฤษฎีในงานวิจัย มาเขียนเป็นโครงการมาปรับใช้เรื่องที่เราจะให้คนไข้ได้รับสิทธิที่มีประโยชน์ ที่ว่าคนไข้มาขอมาตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะเกิดความอาย กลัวหมอ กลัวเจ็บ เราจะมึ่วิธียังไงให้เค้าได้มารับสิทธิตรงนี้ได้ เราก็ใช้ผลการวิจัยเรื่องการให้ reward ให้เค้าก่อนหลังจากนั้นเมื่อมาครั้งแรกเค้ารู้แล้วว่า ไม่ได้เจ็บอย่างที่คิด เค้าจะมาตรวจเพราะกลัวเป็น โรคร มาตรวจก่อนเจอก่อนรักษาหาย นี่คือ Model ต้นแบบ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง ประสบการณ์ 20 ปี (I20P5L7)

หลังจากกลับมาจากอบรม CM (Case Manager) มันทำให้เรามีความรู้เพิ่มขึ้น ก็เรียกร้องสิทธิต่าง ๆ ให้คนไข้ได้มากขึ้น เช่น ต่อรองในเรื่องการดูแลคนไข้กับแพทย์ หรือ เวลาที่เราเห็นว่าคนไข้ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง เราก็รู้ แล้วก็มั่นใจที่จะเข้าไปบอกหมอได้ หมอเค้าก็ฟังเรา ค่ะ

การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพมีประเด็นสาระ 3 ประเด็น คือ การมีความไวต่อปัญหา การคาดการณ์ความเสี่ยง และได้รับการยอมรับ

3.1 การมีความไวต่อปัญหา

การมีความไวต่อปัญหาเป็นความเชี่ยวชาญที่เกิดจากการมีความรู้ทางการแพทย์เป็น ความรู้ลึกที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยสามารถรู้ได้เร็ว เพื่อป้องกัน ฝ้าระวัง ตัดสินใจและแก้ไขไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชนประสบการณ์ 20 ปี (I9P5L14)

ความรู้ ประสบการณ์ของเราด้วย ทำให้เราตัดสินใจได้ ความรู้ในงาน ประสบการณ์มัน บอกเราว่า Case นี้จะเป็นอย่างนั้น เราต้องตัดสินใจให้ไปโรงพยาบาลเลยนะ แล้วความรู้ในงานทำให้ เราฝ้าระวังได้ถูกตัดสินใจได้

ถ้าสมมติคนไข้ *Close fracture* มาแล้วคนไข้เยอะมาก Case นี้เป็นยังไง แล้วรู้อยู่แล้ว ถ้า หมอจะทำให้อะไรให้ต่อ ต้องดู *X-ray* เราก็มามตามทางเลย ถามหมอมว่าหมอมจะส่ง *X-ray* ก่อนมั๊ย หมอมก็บอกได้ ๆ เราก็มไม่ต้องรอไปจนถึงคิว กว่าส่งไป *X-ray* กว่าจะรอด กว่าจะได้ตรวจมันก็ เสียเวลา แล้วเราก็มรู้ว่าการแบบนี้ยิ่งช้าก็อาจจะมี *Bleed* ได้ คนไข้ก็ไม่ต้องเสี่ยง แล้วก็ทำให้คนไข้ เสียเวลา เราก็มจัดการไปก่อน แล้วที่เรามีประสบการณ์การทำงานมาทำให้เรามีความไวต่อการ ตัดสินใจในเรื่องแบบนี้ได้ด้วย

3.2 การคาดการณ์ความเสี่ยง

การคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสมรรถนะที่เกิดจากความเชี่ยวชาญ และความรู้เชิงลึกที่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าจะเกิดเหตุการณ์อย่างไรต่อ ๆ ไป ถ้าไม่ตัดสินใจ แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยจะเกิดผลที่ตามมากับผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะใช้วิธีการทักท้วง ถามแทนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนมี ภาวะแทรกซ้อนได้ ดังข้อมูล

พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน (การรักษาโรคเบื้องต้น) (I9P10L10)

เจอCase หนึ่ง ยายช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มีแผลที่ก้นด้วย ยายบอกลูกทำแผลให้เค้า แต่แผลเหม็นมากเลยนะ เชียวเน่าแล้ว Case แบบนี้หนูตัดสินใจเองเลยว่าไม่สมควรอยู่กับเรา พุงนี้ ถ้าล้างแผลอีก แผลจะเป็นยังไง เข้าไปจับตัวยาย ยายก็เริ่มตัวร้อน เรารู้แล้วว่ายายเริ่มติดเชื้อแน่ เรียก รถโรงพยาบาลมารับ *Admit* จนแผลคีถึงกลับมาทำที่นี่ ก็เป็นประสบการณ์การพิทักษ์สิทธิอันเสี่ยง ต่ออันตรายเราก็มารู้แล้วว่ารอไม่ได้

บันทึกการสังเกต วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2557 เวลา 8.45 -10.45 แผนกไตเทียม

วันนี้ผู้วิจัยได้นัดหมายให้มาสังเกตการณ์ดพบระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยเพื่อ ติดตามอาการของผู้ป่วยล้างไตด้วยเครื่องล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (CAPD) ห้อง

นัดพบระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพมีความเป็นส่วนตัว เมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลวิชาชีพทักทายด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม พยาบาลวิชาชีพถามถึงลักษณะของน้ำยาที่ออกมาภายหลังผู้ป่วยได้ล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยบอกลักษณะของน้ำยามีเหลืองขุ่นเล็กน้อย แต่ยังไม่ไหลออกได้ดี พยาบาลวิชาชีพได้ถามว่าวันนี้ที่นัดให้มาเจาะเลือดได้เจาะมาแล้วหรือยัง ผู้ป่วยบอกว่าเรียบร้อยแล้ว พยาบาลวิชาชีพจึงโทรศัพท์ที่ห้อง Lab หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพได้โทรศัพท์รายงานแพทย์เรื่องผล Lab ซึ่งแพทย์บอกว่าให้น้ำยาเหมือนเดิม Case นี้ไม่ต้องนัดต่อให้สถานีอนามัยใกล้บ้านคุณได้ ซึ่งหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ยื่นพยาบาลวิชาชีพบอกแพทย์ทางโทรศัพท์ว่า มี WBC ขึ้นสูงนะคะหมอ น้ำยาที่ล้างออกมาสีไม่ค่อยดีขุ่น ๆ แล้ว Case นี้บ้านอยู่ไกล หมอให้อะไรหน่อยมัย ไม่งั้นคนไข้อาจติดเชื้อเพิ่มขึ้นนะคะ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าพยาบาลจดยา Cefacilin 1 gm M ทุก 6 hr. * 3 วัน แล้วนัดมาคุยด้วย พยาบาลวิชาชีพจึงให้ผู้ป่วยไปซื้อยา และนำมาฉีดที่แผนกไตเทียม พร้อมนั้นพยาบาลวิชาชีพได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตสี ปริมาณของน้ำยาที่ออกมา พร้อมกับแนะนำสถานีอนามัยใกล้บ้าน ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกมาโรงพยาบาลได้

หลังจากเหตุการณ์นี้ผู้วิจัยจึงได้พูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพว่าที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นทำเพราะอะไร พยาบาลวิชาชีพบอกว่า เราต้องทำให้คนไข้เพราะมีจะนั้นคนไข้จะเสียโอกาส ที่จะได้รับยา เพื่อป้องกันไม่ให้คนไข้ต้องติดเชื้อมากขึ้น ทั้งที่หมอก็ทราบผล Lab ติดเชื้อ น้ำยาก็เริ่มขุ่น ถ้าเราไม่ใส่ใจ คนไข้เราก็จะได้รับการดูแลที่ไม่ครบถ้วน

3.3 ได้รับการยอมรับ

พยาบาลวิชาชีพต้องการได้รับการยอมรับจากสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยต้องการให้รับฟังความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีความรู้เฉพาะทาง ความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขา เช่น การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติ ชุมชน (การรักษาโรคเบื้องต้น) การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จะได้รับการยอมรับจากสมาชิกในทีมสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ ดังข้อมูล

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ประสบการณ์ 20 ปี (I20P5L)

หลังจากไปอบรม CM (Case Manager) ก็ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เหมือนกับเค้ายอมรับเรา เราก็มั่นใจมากขึ้น หมอก็ตะหนักมากขึ้นหมอจะฟังมากขึ้น บอกหมอว่า หมอคนไข้เนี่ย score มันต่ำตามหลักแล้ว ควร refer ได้แล้ว เค้าก็เคลียร์ให้ เค้าก็รีบ ๆ พอระดับ 4 เราก็ต้องส่งไปที่...พอ refer ไปเค้าก็มีเกณฑ์ของเค้าเหมือนกัน ถ้าระดับ 4 เค้าก็ยังไม่ทำอะไร แต่เราก็ส่ง ต้องบอกหมอ หมอ score มันลดลงนะ เราก็ได้เรียนรู้จากที่เราได้เรียนมา

3.4 การมีต้นทุนทางคุณลักษณะ

การมีต้นทุนทางคุณลักษณะ หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะตัวของผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคลในการแสดงออกเมื่อต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขตัวหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การเป็นคนจริงจัง และกล้าตัดสินใจ ดังนี้

3.4.1 เป็นคนจริงจัง

การเป็นคนจริงจังทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ละทิ้งความพยายาม แต่ต้องหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้ถึงที่สุดถ้าเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน ผู้ให้ข้อมูลมีเป้าหมายในการช่วยเหลือ และตั้งใจอย่างเด็ดเดี่ยวไม่ยอมแพ้ที่จะหาหนทาง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ถึงที่สุด ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

หัวหน้าหอผู้ป่วย ประสพการณ์ 32 ปี (I13P9L17)

คำพูดประโยคของคน ประโยคเดียวกันเนี่ย ต่างคนพูด น้ำหนักจะไม่เท่ากัน ทุกคนรับรู้ว่ายี่เราเป็นคนเอาจริงไม่กลัวใคร ตัวคนที่เป็นคนจริงจัง อะไรที่เราเห็นว่าไม่ยุติธรรมกับคนไข้หรือไม่ถูกไม่ควร เราต้องทำเลย ต้องทำให้ถึงที่สุดด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็กประสพการณ์ 22 ปี (I14I5L5)

หนูเป็นคนมุ่งมั่น เป็นคนคิดว่าเราจะดูแลเค้า อธิบายเค้าสุดๆ เพื่อให้เค้าได้รับเต็มที่ ให้เค้าจนหมด แล้วบางครั้งเค้าทุกข์ทรมาน เพราะเค้าอยากได้คำอธิบาย เค้าอยากหาคนที่มาเข้าใจเค้า แล้วตอนที่เค้าไม่รู้ว่กำลังได้รับในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ไม่ครบถ้วน แบบนี้ละเราต้องทำอะไรแล้วละ แล้วบุคลิกหนึ่งของตนเองคือเป็นคนมั่นใจในตัวเอง กล้าที่บอก จะพูดถ้าเปรียบเหมือนมือבחนูจะอยู่หน้า การที่พยาบาลจะ Advocacy ได้สำเร็จต้องกล้าพูดกล้าทำ กล้าแสดงความคิดเห็นนะ หนูว่า (หัวเราะ)

3.4.2 กล้าตัดสินใจ

ลักษณะที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลเมื่อต้องทำบางสิ่งบางอย่างในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้เป็นคนที่คิดได้ คิดเป็น มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถตัดสินใจเพื่อให้เกิดสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น การนำเสนอประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าไม่ถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นี้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลวิชาชีพ ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็กประสพการณ์ 22 (I14P15L5)

หนูเป็นคนมุ่งมั่น เป็นคนคิดว่าเราจะดูแลเค้า อธิบายเค้าสุดๆ เพื่อให้เค้าได้รับเต็มที่ ให้เค้าจนหมด แล้วบางครั้งเค้าทุกข์ทรมาน เพราะเค้าอยากได้คำอธิบาย เค้าอยากหาคนที่มาเข้าใจเค้า แล้วบุคลิกหนึ่งของตนเองคือเป็นคนมั่นใจในตัวเอง กล้าที่บอก จะพูด ต้องกล้าตัดสินใจ (หัวเราะ)

เป็นผู้นำมือบได้มันเกิดขึ้นหลังจากเรียนป.โทนะ ตอนเรียนการพยาบาลเด็ก มันช่วยทำให้เรามีวิธีการเดิมตัวเอง ทำให้เรารู้สึกว่ามีองค์ความรู้มากขึ้น บวกกับประสบการณ์ด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งประสพการณ์ 28 ปี (I12P2L7)
Case แบบนี้ไม่น่า Dead เลยนะ แล้วเป็น Case ที่มาดี ๆ ด้วย พอเราถามก็รู้ว่าเกิดจากการทำเร็วเกินไป ไม่ละเอียดรอบคอบ แล้ว Case แบบนี้แทนที่จะตายตามเวลาของเค้ากลับต้องมาตายก่อนเนี่ยะ เราก็เป็นคนนำประเด็นขึ้นมาเลย เราต้องตัดสินใจว่ายังไงก็ต้องเอา Case นี้มา Conference แล้วแจ้งให้แพทย์รู้โดยทั่วกัน แต่ก็เป็นการยากเหมือนกันที่จะบอก แต่เราก็มีหน้าที่ในการ Feedback แล้วก็ Conference ร่วมกัน แล้วก็ Case อื่น ๆ หลาย ๆ คนที่เจอแบบนี้เหมือนกัน ยังไงเราก็ต้องเอากลับมาพูดแหละ เพื่อไม่ให้เกิดกับคนไข้รายต่อ ๆ ไป บางคนอาจจะไม่ Dead แต่ มันก็มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน โดยใช้เหตุ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างยุติธรรม ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพจึงปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการจัดการด้วยตนเอง การใช้พลังของทีม และการผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย ทั้งการสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ การมีความยืดหยุ่น และการหาผู้ช่วยในการต่อรอง รวมทั้งลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล คือ การเป็นคนจริงจัง ไม่ยอมแพ้ และกล้าตัดสินใจทำให้เกิดผลที่ตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย รู้สิทธิของตนเอง และรักษาสิทธิให้กับตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ผลที่เกิดขึ้นเกิดการปกป้องผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเท่านั้น ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) จนกระทั่งทฤษฎีพื้นฐานที่ได้มีความอิ่มตัว (Theoretical saturation) จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพทั้งใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 20 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงจำนวน 19 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุตั้งแต่ 21-50 ปี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 7 ราย และปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 5 ราย ส่วนปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน โรงพยาบาลละ 4 ราย ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกพิเศษเฉพาะทาง ได้แก่ ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี แผนกให้บริการปรึกษาแผนกผู้ป่วยมะเร็ง แผนกพัฒนาการเด็ก แผนกไตเทียม แผนกห้องผ่าตัด และอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 13 ราย ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 5 ราย พยาบาลระดับชำนาญการจำนวน 14 ราย และหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ระหว่าง 4 เดือน-32 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21-30 ปี ผู้ให้ข้อมูลได้รับการอบรมเพิ่มความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ จำนวน 7 ราย ได้แก่ การพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก การพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไต การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเป็นหมวดหมู่หลัก (Central category หรือ Core category) ของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะทำตามและเรียนรู้ 2) ระยะอีคอค-ขัดแย้ง และ 3) ระยะทุ่มเทสุดความสามารถ ในแต่ละระยะเป็นการพัฒนาความคิด และการกระทำของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง ดังนั้นรูปแบบของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจึงไม่ได้มีลักษณะแบบเส้นตรงที่มีการย้อนกลับ ไปกลับมา แต่เป็นรูปแบบเส้นเกลียวที่หมุนขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้น และเป็นลักษณะเกลียวลูกศร แสดงถึงการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่วนขึ้นไปในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร และต่อเนื่อง (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพพยายามที่จะพัฒนาทักษะและความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทั้งจากการทำตามและเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด และความรู้สึก ตลอดจนการพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญเพื่อให้สามารถปกป้องสิทธิ

ผู้ป่วยได้

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลในตั้งแต่ 4 เดือนถึง 2 ปี ให้ความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามที่ตนเองได้รับการปลูกฝังและเคยปฏิบัติมาในช่วงของการเป็นนักศึกษาพยาบาลว่า เป็นการปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้สามารถปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องทั่ว ๆ ไปที่ไม่ซับซ้อน งานที่ได้รับมอบหมายจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้หลายด้าน (General nursing practice) เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล การให้ยาผู้ป่วย การฉีดยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการพยาบาล หรือการบอกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ให้ผู้ป่วย มีการบอกผู้ป่วยก่อนให้ยา ระหว่างการให้ยามีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีฟองอากาศเข้าเส้นเลือด การไม่ให้ป้อนเนื้อเชื้อโรคก่อน ขณะและหลังฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลทำตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลเท่านั้น ยังไม่สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ ถึงแม้จะมีการกำหนดมาตรฐานคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติและลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์สาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านคุณธรรมจริยธรรมของ กระทรวงศึกษาธิการ (2552, 3 กันยายน) แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาสาระพบว่า มีหัวข้อ สิทธิมนุษยชน สิทธิเด็ก สิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการเรียนการสอนว่า ตอนเรียนตั้งแต่ปี 2 เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ แบบเรียนแบบผ่าน ๆ พอปี 4 ก็เรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย อาจารย์เค้าเน้น เรื่องของสิทธิ เพราะว่าวิชาในกฎหมาย สิทธิของผู้ที่ได้รับการรักษาแต่หนูไม่ได้มีประสบการณ์ว่าต้องปกป้องสิทธิยังไงบ้าง หนูไม่ค่อยได้เข้าไปร่วมทำกับหมอ หรือพี่ ๆ พยาบาลเท่าไร ส่วนใหญ่เป็นงานพื้นฐานทั่วไป ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การจัดเนื้อหา และการเรียนการสอนถึงแม้จะกล่าวถึงจรรยาบรรณวิชาชีพตามแบบแผนการเรียนรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาล (Pattern of knowing) ซึ่งต้องมีศาสตร์ทางการพยาบาล ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ ความรู้เชิงจริยธรรม รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ และการเรียนรู้จากตนเอง (Carper, 1978) แต่ในการเรียนการสอนอาจกล่าวถึงเฉพาะสิทธิผู้ป่วยอย่างกว้าง ๆ แต่ยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ รวมทั้งการไม่มีประสบการณ์จริงในสถานการณ์ที่ต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยทำให้พยาบาลจบใหม่ยังไม่ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Altun and Ersoy (2003) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถแสดงบทบาทนี้ได้ถึงแม้ว่าใกล้จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้วก็ตาม นอกจากนี้ส่วนใหญ่สถานการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่ถ้าพยาบาลวิชาชีพได้สัมผัสประสบการณ์นี้ในสถานการณ์จริง จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเติบโต เข้มแข็ง และพัฒนาความสามารถได้มากขึ้น (Benner, 1991) รวมทั้ง

การมีตัวอย่างที่ดี หรือการได้ร่วมปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ปกป้องสิทธิผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้ได้มากขึ้นด้วย

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่สำคัญทั้งเงื่อนไขส่วนบุคคล และเงื่อนไขสังคม เงื่อนไขส่วนบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายและการรับรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความมั่นใจในตัวเอง การมีสำนึกและพลังในตนเอง ต้นทุนทางคุณลักษณะ การมีอุดมการณ์ การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ส่วนเงื่อนไขสังคม ได้แก่ การมีแหล่งสนับสนุน การได้รับโอกาส

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายและรับรู้ว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่ควรทำ ต้องทำให้ได้ เมื่อเห็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความรู้สึกสับสน ไม่สบายใจ เป็นห่วง ลำบากใจเมื่อไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังข้อมูลว่าบางทีเราก็เหมือนรู้สึกว่าคุณไข้เป็นหนูทดลองหรือเปล่า เช่น มาทำเท่านี้ แล้วเค้าก็ทำเพิ่มไปอีก แล้วเราคิดว่าสิ่งที่เค้าทำไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เค้าจะทำ เราก็ได้แย้งเค้าไป แต่การตัดสินใจเป็นเรื่องของเค้าว่าเค้าจะทำตามที่เราแย้งหรือเปล่า เรารู้สึกว่าบางทีเราก็เป็นผู้ร่วมมือให้เค้าทำเราก็รู้สึกไม่สบายใจนะ ที่ทำอะไรไม่ได้กว่านี้ มันอีกอึดอัดมาก” ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hellwig et al. (2003) ว่า พยาบาลวิชาชีพรู้สึกสับสนในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสมาชิกในทีมสุขภาพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความรู้สึกของตนเองกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากสมาชิกในทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Toda, Sakamoto, Tagaya, and Davis (2014) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจที่จะเข้ามาเป็นตัวกลางในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล หรือ การรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือผู้ป่วยถูกจำกัดอิสรภาพทางความคิด ไม่ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการปลูกฝังจรรยาบรรณวิชาชีพว่าเป็นสิ่งที่ควรทำ แต่เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าตนเองไม่มีพลังและความเชื่อมั่นในตนเองเพียงพอที่จะปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ การขาดพลังและความเชื่อมั่นในตนเองนี้เกิดจากความคิดว่า เป็นเพียงวิชาชีพพยาบาลที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่ากับวิชาชีพอื่น ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพจำยอม ทำใจ คิดว่าไม่ถูกแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ Negarandeh, Oskouic, Ahmad, Nikravesh, and Hallberg (2006) ที่พบว่า การขาดพลังในตนเองทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งผลการศึกษาของ Josse-Eklund, Jossebo, Sandin-Bojo, and Wilde-Larsson (2014) ที่พบว่า การมีความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 ราย และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลขั้นสูงจำนวน 6 ราย แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในระยะเวลาเท่ากัน หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถเป็นผู้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ทุกคน ทั้งนี้ต้องมีต้นทุนทางคุณลักษณะ คือ การเป็นคน

จริงจังและกล้าตัดสินใจร่วมด้วย รวมทั้งมีอุดมการณ์ที่เป็นคนไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค และมีความรู้ลึกของการเป็นเจ้าของผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย รวมทั้งคุณลักษณะที่เอาจริงเอาจังและกล้าตัดสินใจเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญเห็นว่า การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีคุณค่าและสำคัญ เพราะถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความพยายามที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้รับการดูแล หรือได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามที่ควรได้ พยาบาลวิชาชีพต้องมีเป้าหมายในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ได้ รวมทั้งสามารถมองเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ไม่ย่อท้อต่อการแก้ปัญหา และต้องพยายามป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย สนับสนุนแนวคิดของ Benner (1984) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพ ระดับเชี่ยวชาญ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจน มองปัญหาว่าไม่เป็นปัญหา สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพได้ทุกระดับ มีความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sorensen and Iedema (2007) ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย คือ การสร้างสัมพันธภาพ การใช้ความพยายาม การขอความร่วมมือ การมีความยืดหยุ่น และการหาผู้ช่วยในการต่อรอง ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Bull and FitzGerald (2004) และ O' Connor and Kelly (2005) เช่นเดียวกัน

ถึงแม้ว่า สภากาพยาบาลกำหนด ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ (2552, 30 มกราคม) ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย สนับสนุนแนวคิดของ Piren and Reinhard (2009) ที่ว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง และการพยาบาลเฉพาะทางมีการเตรียมความพร้อมในทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปกป้องสิทธิ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ในระดับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเท่านั้น ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จทุกครั้ง รวมทั้งยังไม่สามารถผลักดันหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการตัดสินใจและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ให้ข้อมูลขาดพลังในตนเอง มีความคิดว่าเป็นเพียงวิชาชีพพยาบาลที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น ทำให้เกิดภาวะของความลำบากใจ หรือต้องยอมทำใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Finkelman and Kenner (2013) ว่า การขาดความเชื่อมั่นในวิชาชีพ และสับสนในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาลทำให้เสียงของพยาบาลไม่ได้เป็นเสียงที่จะทำให้บุคคลอื่นได้ยินจึงไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ (Voice is silent) (Pike, 2001) ทั้งนี้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขอื่น ๆ อีกด้วย

เงื่อนไขสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือ การมีแหล่งสนับสนุนและการได้รับโอกาสจากหน่วยงาน การให้การสนับสนุน ช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือ และการประสานงานของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งองค์กรมีการกำหนดแนวปฏิบัติไว้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น ปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยขององค์กร การกำหนดกฎ ระเบียบ นโยบายขององค์กร ลักษณะสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เป็นต้น (Chafety et al., 1998) นอกจากนี้ บริบทที่ปฏิบัติการพยาบาล ข้อจำกัดในโครงสร้างการบริหารองค์กรสุขภาพที่มีระดับความสามารถการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงวัฒนธรรมของหน่วยงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพเติบโตทางความคิด การเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วม หรือ ได้แสดงความคิดเห็นในหน่วยงานแตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพใช้วิธีการให้พลังแก่ผู้ป่วย เช่น ให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaartio et al. (2006) ผลที่ตามมาจากการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐาน ตามมาตรฐานการดูแลและมีความปลอดภัย รวมทั้งผู้ป่วยรู้สิทธิของตนเอง และปกป้องสิทธิให้กับตนเองได้ ซึ่งผลที่ตามมาเกิดขึ้นเฉพาะรายบุคคลเท่านั้น ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงการมีอิสระในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ของ Vaartio and Keino-Kilpi, 2005 และ Vaartio et al. (2006) ที่พบว่า ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย แต่แนวโน้มของผลที่ตามมาของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นเพียงบางส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Self-care capacity) เท่านั้น โดยความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การปรับตัวและยอมรับเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ความพึงพอใจในการดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกระตุ้นจิตสำนึกของพยาบาลวิชาชีพให้เห็นว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกคนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถเพื่อให้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้

นอกจากนั้น จากผลการวิจัยยังพบว่า ปัญหาในการให้ข้อมูล ได้แก่ การให้ความจริงเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพที่ไม่ครบถ้วน เป็นเงื่อนไขที่กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพเห็นว่าเป็นประเด็นที่ต้องปกป้องผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาตนเองให้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ต้องมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ มีความรู้เชิงลึก สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งมีความสามารถที่จะผสมผสานกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถปกป้องผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

นอกจากนั้น จากผลการวิจัยยังพบว่า ในระยะที่ 1 ทำตามและเรียนรู้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เริ่มเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีประสบการณ์และการมีความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลทั้งในระดับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรกำหนดแนวทางในการเพิ่มพูนประสบการณ์เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น รูปแบบการมีพี่เลี้ยง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลจบใหม่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ได้เรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และพัฒนาความสามารถของพยาบาลให้สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การได้รับโอกาสสนับสนุนจากหน่วยงานทำให้พัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพได้ ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับอบรมเพิ่มเติมองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาความสามารถการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ในที่สุด

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระยะแรกยังไม่สามารถปกป้องผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการปกป้องสิทธิในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ซับซ้อนได้ ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลยังขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ เป็นต้น รวมทั้งยังไม่ได้มีบทบาทการปกป้องสิทธิ

ผู้ป่วย งานที่ได้รับมอบหมายเป็นลักษณะการพยาบาลพื้นฐานทั่วไปเท่านั้น ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยปรับปรุงเนื้อหาสาระของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้มีสาระที่มีความลึกซึ้ง รวมทั้งได้มีโอกาสฝึกประสบการณ์วิชาชีพร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ ในทีมสหวิชาชีพด้วย

4. ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า มีเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีประสบการณ์ ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเชิงปริมาณในการพัฒนารูปแบบการปกป้องสิทธิผู้ป่วยหรือหาความสัมพันธ์ของเงื่อนไขต่าง ๆ ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพในบริบทอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เป็นต้น หรือในมุมมองของผู้รับบริการ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพและนักวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาจากบุคคลต้นแบบการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และนำมาถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

5. ด้านนโยบาย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพปกป้องสิทธิของผู้ป่วยได้ในระดับรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถมีบทบาทการปกป้องผู้ป่วยในระดับนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สภาการพยาบาลควรให้ความสำคัญ และพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไว้ในหลักสูตรการอบรม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในระดับโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับหน่วยงาน และผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสำคัญกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยกำหนดเป็นนโยบายการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในรูปแบบความร่วมมือในสหวิชาชีพ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นในเฉพาะพื้นที่ และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหนึ่งเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังบริบทอื่นได้ แต่สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมได้

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ มงคล, อารีรัตน์ ขำอยู่, จุฬาลักษณ์ บารมี และเรณู พงษ์เรืองพันธ์. (2549). เจตคติ
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารกองการ
พยาบาล*, 33(1), 22-35.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2552, 3 กันยายน). *เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์.
ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ ที่ 9/ 2552.*
- ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. (2552, 30 มกราคม).
ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 28-41.
- จารุพันธ์ พิชัยรัตน์. (2544). *บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2546). การฟ้องร้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(3), 85-87.
- ฉัตรสมุน พฤทธิภิญโญ. (2551). *การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ: นโยบาย หลักกฎหมาย และการ
บังคับใช้*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- นิธิวดี อังเรขพาณิชย์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมการได้รับการ
สนับสนุนจากองค์กรกับการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- ประเวศ วะดี. (2555). *ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียมและการพัฒนา: การประชุมสถาบัน
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ครั้งที่ 16*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน
การส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พัชรา เล็กประเสริฐ, อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และกุลวดี อภิชาติบุตร. (2548). การปฏิบัติกิจกรรม
เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยยุติกรรมโรงพยาบาลพิจิตร. *พยาบาลสาร*,
32(1), 80-89.
- แพทยสภา, สภาการพยาบาล, สภาเภสัชกรรม, ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการ
ประกอบศิลปะ. (2541, 16 เมษายน). *เรื่อง คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย.*

- มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544. (2554, 5 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 52-59.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550. (2550, 24 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-127. รุจิรา เข้มงาม. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการต่อการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาศังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลักษณะ ไทยประเสริฐ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา. *วารสารกองการพยาบาล*, 34(2), 117-130.
- วรรณภา พามา. (2549). *ภาพลักษณ์พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีวดี แป้นไม้. (2546). *การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2555). *สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ha.or.th/ha2010/th/process/index.php?key=processBasic&GroupID=78>
- สภาการพยาบาล. (2542). *คู่มือการฝึกอบรมพยาบาลกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: เดอะเบสท์กราฟิคแอนด์พริ้นท์.
- สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559*. นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2552, 24 เมษายน). *เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. ประกาศสภาการพยาบาลที่ 4/2552.
- สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย. (2558). *พิทักษ์สิทธิ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.apht-th.org/>
- สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. (2558). *พิทักษ์สิทธิ*. เข้าถึงได้จาก <http://thaisocialwork.org/>
- อุดมศักดิ์ สีนธิพงษ์. (2552). *สิทธิมนุษยชน (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- Advocacy. (2012). Retrieved from <http://dictionary.reference.com/browse/advocacy>

- Altun, I., & Ersoy, N. (2003). Undertaking the role of patient advocate: A longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*, 10(5), 462-471.
- American Nurses Association [ANA]. (2013). *Position statement: The nurse's role in ethics and human rights*. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Nurses-Role-in-Ethics-and-Human-Rights.pdf>
- American Nurses Association [ANA]. (2015). *ANA's definition of nursing*. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>
- Angrosino, M. V. (2005). Recontextualizing observation: Ethnography, pedagogy, and the prospects for a progressive political agenda. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 729-745). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Annas, G. J. (1990). The patient rights advocate: Can nurses effectively fill the role?. In T. Pence, & J. Cantrall, (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (pp. 75-82). New York: National League for Nursing.
- Annells, M. (1996). Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism. *Qualitative Health Research*, 6, 379-393.
- Annells, M. (1997). Grounded theory method, part I: Within the five moments of qualitative research. *Nursing Inquiry*, 4(2), 120-129.
- Baldwin, M. (2003). Patient advocacy: A concept analysis. *Nursing Standard*, 17(21), 33-39.
- Bandman, B. (1990). The human rights of patients, nurses, and other health professionals. In T. Pence & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (pp. 41-45). New York: National League for Nursing.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1.
- Benner, P. (2003). Current controversies in critical care. Enhancing patient advocacy and social ethics. *American Journal of Critical Care*, 12(4), 374-375.

- Benoiel, J. Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 6(3), 406-428.
- Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: A practical guide*. Los Angeles: Sage.
- Bleeding, J., & Turner, S. (2002). Registered nurses' lived experience of advocacy within a critical care unit: A phenomenological study. *Australian Critical Care*, 15(3), 110-117.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boyd, M. A., & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Boyle, H. (2005). Patient advocacy in the perioperative setting. *Association of Perioperative Registered Nurses*, 82(2), 251-262.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The Sage handbook of grounded theory*. Los Angeles: Sage.
- Bu, X., & Jezewski, M. (2006). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.
- Bull, R., & FitzGerald, M. (2004). Nurses' advocacy in an Australian operating department. *Association of Perioperative Registered Nurses*, 79(6), 1265-1274.
- Bunkers, S. S. (2006). The nurse scholar of the 21st century. In W. K. Cody (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 73-97). Boston: Jones and Bartlett.
- Burbank, P. M., & Martins, D. C. (2009). Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic?. *Nursing Philosophy*, 11(1), 25-41.
- Burg, B. L. (2001). *Qualitative research methods for the social science* (4th ed.). Boston: A Pearson Education.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier/ Saunders.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Carver, N., & Morrison, J. (2005). Advocacy in practice: The experiences of independent advocates on UK mental health wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(1), 75-84.

- Catalano, J. T. (2009). *Nursing now! today's issues, tomorrow's trends* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Chafety, K., Rhea, M., Shannon, A. M., & Spencer, S. (1998). The characteristics of advocacy by practicing nurses. *Journal of Professional Nursing*, 14(1), 43-52.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. In J. A. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology* (pp. 27-49). London: Sage.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 509-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2001). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 675-694). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In M. J. Morse, N. P. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory* (2nd ed.; pp. 127-154). California: Left Coast.
- Charmaz, K., & Henwood, K. (2008). Grounded theory. In C. Willig, & W. Stainton-Rogers, (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (pp. 240-259). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charon, J. M. (1998). *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration* (6th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Chen, H., & Boore, J. (2009). Using a synthesised technique for grounded theory in nursing research. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2251-2260.
- Chenitz, W. C., & Swanson, J. M. (1986). *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. California: Addison-Wesley.
- Christians, C. G. (2005). Ethics and politics in qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 139-164). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cooney, A. (2010). Choosing between Glaser and Strauss: An example. *Nurse Researcher*, 17(4), 18-28.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1996). Analytic ordering for theoretical purposes. *Qualitative Inquiry*, 2(2), 139-150.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corish, C. (2005). Leadership corner, advocacy -- the power to influence. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 478.
- Craig, C. (2010). The health care delivery system. In R. Daniels, R. N. Grendell, & R. F. Wilkins (Eds.), *Nursing fundamentals; Caring & clinical decision making* (pp.26-50). Australia: Delmar Cengage Learning.
- Craven, R. F., Hirnle, C. F., & Jensen, S. (2013). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approached* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
- Curtin, L. (1979). The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 1-10.
- Curtin, L. (1982). What are human rights?. In L. Curtin, & M. Flasherty (Eds.), *Nursing ethics theories and pragmatics* (pp. 3-16). London: Prentice-Hall.
- Davis, A. J., Konisishi, E., & Tashiro, M. (2003). A Pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. *Nursing Ethics*, 10(4), 404-413.
- Davis, A., & Konishi, E. (2007). Whistleblowing in Japan. *Nursing Ethics*, 14(2), 194-202.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory; Guidelines for qualitative inquiry*. London: Academic.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L.C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., & Purnell, L. (2011). Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317-333.

- Draucke, C. B., Martsof, D. S., Ross, R., & Rusk, T. B. (2007). Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1137-1148.
- Driscoll, K. (2005). Law and the professional nurse. In K. Masters (Ed.), *Role development in professional nursing practice* (pp. 221-233). Boston: Jones and Bartlett.
- Dumpel, H. (2005). Collective RN Advocacy. *California Nurse, 101*, 15-18.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research, 16*(3), 377-394.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fenton, E., & Mitchell, T. (2002). Growing old with dignity: A concept analysis. *Nursing Older People, 14*(4), 19-21.
- Finkelman, A., & Kenner, A. (2013). *Professional nursing concepts: Competencies for quality leadership* (2nd ed.). United States: Jones & Bartlett Learning.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). Los Angeles: Sage.
- Foley, B., Minick, M., & Kee, C. (2002). How nurses learn advocacy. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(2), 181-186.
- Fouka, G., & Mantzourou, M. (2011). What are the major ethical issues in conducting research? Is there a conflict between the research ethics and the nature of nursing?. *Health Science Journal, 5*(1), 3-14.
- Fouka, G., & Mantzourou, M. (2011). What are the major ethical issues in conducting research? Is there a conflict between the research ethics and the nature of nursing?. *Health Science Journal, 5*(1), 3-14.
- Fourie, W., McDonald, S., Connor, J., & Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: Perceptions versus reality. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*(2), 134-141.
- Fowler, M. D. (1989). Social advocacy. *Heart and Lung, 18*(1), 97-99.
- Fry, S. T., & Johnstone, M. J. (2008). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. Chichester, U. K.: Blackwell.

- Gadow, S. (1990). Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing. In T. Pence, & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (pp. 41-45). New York: National League for Nursing.
- Ghezeljeh, T., & Emami, A. (2009). Grounded theory: Methodology and philosophical perspective. *Nurse Researcher*, 17(1), 15-23.
- Gilkey, M. B., Earp, J., & French, E. A. (2008). What is patient advocacy?. In J. Earp, E. A. French, & M. Gilkey (Eds.), *Patient advocacy for health care quality: Strategies for achieving patient-centered care* (pp. 3-28). Boston: Jones and Bartlet.
- Given, L. M. (2008). *Encyclopedia of qualitative research methods*. California: Sage.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. California: The Sociology Press.
- Glaser, B. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs forcing*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Grace, P. J. (2001). Advocacy: Widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*, 2, 151-162.
- Guba, E. G. (1990). *The alternative paradigm dialogue*. Newbury Park: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: Sage.
- Hand, H. (2003). The mentor's tale: A reflexive account of semistructured interviews. *Nurse Researcher*, 10, 15-27.
- Hanks, R. (2005). Sphere of nursing advocacy model. *Nursing Forum*, 40(3), 75-78.
- Hanks, R. (2007). Barriers to nursing advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(4), 171-177.
- Hanks, R. (2008). The lived experience of nursing advocacy. *Nursing Ethics*, 15(4), 468-477.
- Hanks, R. (2010). The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nursing Forum*, 45(2), 97-107.

- Heijkenskjold, K., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313-324.
- Hellwig, S., Yam, M., & DiGiulio, M. (2003). Nurse case managers' perceptions of advocacy: A phenomenological inquiry. *Lippincott's Case Management*, 8(2), 53-65.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Oxford: Willey-Blackwell.
- Iacono, M. V. (2007). Nurses: Trusted patient advocates. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(5), 330-334.
- Josse-Eklund, A., Jossebo, M, Sandin-Bojo, A., & Wilde-Larsson, K. (2014). Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenology study. *Nursing Ethics*, 16(2), 673-683.
- Jugessur, T., & Iles, I. (2009). Advocacy in mental health nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(2), 187-195.
- Kearney, M. H. (2007). From the sublime to the meticulous: The continuing evolution of grounded formal theory. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The Sage handbook of grounded theory* (pp. 127-150). London: Sage.
- Kohnke, M. F. (1990). The nurse as advocate. In T. Pence, & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (pp. 56-58). New York: National League for Nursing.
- Kovtun, I., Engh, J., & Jatoi, A. (2008). A survey of patient advocates within the National Cancer Institute's Prostate Cancer SPORE Program: who are they? What motivates them? What might they tell us?. *Journal of Cancer Education*, 23(4), 222-225.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Los Angeles: Sage.
- Legard, R., Keegan, J., & Ward, K. (2003). In-depth interviews. In J. Ritchie, & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 138-169). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lempert, L. B. (2007). Asking questions of the data: Memo writing in the grounded theory tradition. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The Sage handbook of grounded theory* (pp. 245-264). London: Sage.
- Liamputtong, P. (2013). *Qualitative research methods* (4th ed.). Sydney NSW: Oxford University.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

- Llewellyn, P., & Northway, R. (2007). An investigation into the advocacy role of the learning disability nurse. *Journal of Research in Nursing, 12*(2), 147-161.
- MacDonald, H. (2007). Relational ethics and advocacy in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 57*(2), 119-126.
- MacDonald, M., & Schreiber, R. (2001). Constructing and deconstructing: Grounded theory in a postmodern world. In S. R. Schreiber, & N. P. Stern (Eds.), *Using grounded theory in nursing* (pp. 35-54). New York: Springer.
- Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. North Carolina: USAID.
- Mallik, M. (1997). Aadvocacy in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 23*, 130-136.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research* (4th ed.). Thousand Oak, CA: Sage.
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2709-2717.
- McFerran, T. A. (2004). *Oxford dictionary of nursing*. Oxford: Oxford University; Market house.
- McGrath, P., Holewa, H., & McGrath, Z. (2006). Nursing advocacy in an Australian multidisciplinary context: Findings on medico-centrism. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(4), 394-402.
- McIlpatrick, S. (2008). Nursing research designs and methods. In R. Waston, H. Mckenna, S. Cowman, & J. Keady (Eds.), *Observation* (pp. 310-319). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- McSteen, K., & Peden-McAlpine, C. (2006). The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 8*(5), 259-269.

- Milliken, P. J., & Schreiber, R. S. (2001). Can you 'do' grounded theory without symbolic interactionism?. In S. R. Schreiber, & N. P. Stern (Eds.), *Using grounded theory in nursing* (pp. 177-190). New York: Springer.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006 a). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, *12*(1), 8-13.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006 b). The development of constructivist grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*(1), 1-10.
- Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (2000). Nurses as patient advocate? in search of straight thinking. *Nursing Science Quarterly*, *13*(3), 204-209.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., Sly, P. D., Mulcahy, M., Holland, B. G., Grimwood, S., & White, K. (2005). The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: Advocacy, involvement in ethical decisions and communication. *International Journal of Nursing Practice*, *11*(3), 108-117.
- Morse, J. (2001). Situating grounded theory within qualitative inquiry. In S. R. Schreiber, & N. P. Stern (Eds.), *Using grounded Theory in nursing* (pp. 1-16). New York: Springer.
- Morse, J. M. (2007). Sampling in grounded theory. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The Sage handbook of grounded theory* (pp. 230-244). Los Angeles: Sage.
- Morse, K. (2008). Patient advocacy: New skill or core competency? *Nursing Critical Care*, *3*(3), 4.
- Negarandeh, R., Oskouic, F., Ahmad, F., Nikraves, M., & Hallberg, I. R. (2006). Patient advocacy: Barriers and facilitators. *Bio Med Central Nursing*, *5*(3), 1-8.
- Negarandeh, R., Oskouie, F., Ahmadi, F., & Nikraves, M. (2008). The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nursing Ethics*, *15*(4), 457-467.
- Nelson, M. L. (1995). Client advocacy. In M. Snyder, & M. P. Mirr (Eds.), *Advanced practice nursing: A guide to professional development* (pp. 103-115). New York: Springer.
- O' Connor, T., & Kelly, B. (2005). Bridging the gap: A study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nursing Ethics*, *12*(5), 453-467.
- Oxford Dictionaries. (2012). *Advocacy*. Retrieved from <http://oxforddictionaries.com/definition/advocacy?q=advocacy>

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peterson, S., & Brednow, T. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pike, A. (2001). Entering collegial relationships. In J. Dochterman, & H. Grace (Eds.), *Current issues in nursing* (6th ed., pp. 448-452). St. Louis, MO: Mosby.
- Piren, K., & Reinhard, S. C. (2009). Advocacy and the advanced practice nurse. In A. J. Lucille (Eds.), *Advanced practice nursing: Essentials for role development* (pp. 261-274). Philadelphia: F. A. Davis.
- Poland, B. D. (2001). Transcription quality. In J. Gubrium, & J. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 629-676). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Richards, L., & Morse, J. M. (2007). *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (3rd ed.). London: Sage.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, 15(3), 304-321.
- Schreibe, R. S., & Stern, P. N. (2001). *Using grounded theory in nursing*. New York: Springer.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 118-137). London: Sage.
- Seal, M. (2007). Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 29-36.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). New York: Teachers College Press.

- Selanders, L. C., & Crane, P. C. (2012). The voice of florencenightingale on advocacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1), 1-16.
- Smith, A. (2004). Leadership roundtable, patient advocacy: roles for nurses and leaders. *Nursing Economic\$,* 22(2), 88-90.
- Sorensen, R., & Iedema, R. (2007). Advocacy at end-of-life research design: An ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1343-1353.
- Southern, S., & Devlin, J. (2010). Theory development: A bridge between practice and research. *The Family Journal*, 18(1), 84-87.
- Spenceley, S. M., Reutter, L., & Allen, M. N. (2006). The road less traveled: Nursing advocacy at the policy level. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 70(3), 180-194.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. New York: The Guilford Press.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Streubert Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thacker, K. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics*, 15(2), 174-185.
- The International Council of Nursing [ICN]. (2015). *Nurses and human rights*. Retrieved from http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf
- Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M., & Horsburgh, D. (2006). *Nursing ethics* (5th ed.). London: Churchill Livingstone Elsevier.

- Toda, Y., Sakamoto, M., Tagaya, A., & Davis, A. (2014). *Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention*. Retrieved from <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/09/19/0969733014547971.full.pdf>
- Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded theory methods for mental health practitioners. In D. Harper, & R. A. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (pp. 131-146). United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Ulrich, C., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519.
- United Nations Human Rights [UNHR]. (2012). *Human rights*. Retrieved from <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Vaartio, H., & Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing advocacy-A review of the empirical research 1990-2003. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 705-714.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: How is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 282-292.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., & Puukka, P. (2008). The content of advocacy in procedural pain care-patients' and nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 504-513.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., & Puukka, P. (2009). Nursing advocacy in procedural pain care. *Nursing Ethics*, 16(3), 340-362.
- Ware, L. J., Bruckenthal, P., Davis, G. C., & O'Conner-Von, S. K. (2010). Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: Results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Management Nursing*, 12(1), 25-32.
- Windle, P., Mamaril, M., & Fossum, S. (2008). Perianesthesia nursing advocacy: An influential voice for patient safety. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 23(3), 163-171.
- Wolff, S. (2004). Analysis of documents and records. In U. Flick, E. V. Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 284-289). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zomorodi, M., & Foley, B. (2009). The nature of advocacy vs paternalism in nursing: Clarifying the 'thin line'. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1746-1752.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

กระบวนการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

Patient Advocacy Process Among Professional Nurses

ชื่อนิสิต นางโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม

รหัสประจำตัวนิสิต 52810083

หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 10 - 2556

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดระยอง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 30 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลศูนย์ระยอง โรงพยาบาลแก่งโรงพยาบาลวังจันทร์ โรงพยาบาลบ้านค่าย โรงพยาบาลปลวกแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวขวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพะวา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสตรรณ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินพระ จังหวัดระยอง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2557

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

(PROCESS OF ADVOCATING PATIENTS' RIGHTS OF PROFESSIONAL NURSES)

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-10-2556

ชื่อผู้วิจัย นางโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความหมาย และกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพ ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ผู้วิจัยเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้นประมาณ 30 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และขอให้ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานพยาบาล และประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของท่าน โดยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง อย่างน้อย 1-2 ครั้ง ซึ่งจะขอบันทึกเสียงการพูดคุย และจดบันทึกด้วย ส่วนสถานที่พูดคุยจะมีความเป็นส่วนตัว โดยผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามที่ท่านสะดวก นอกจากการพูดคุยกับท่านแล้วผู้วิจัยอาจนัดหมายวัน เวลาที่ท่านสะดวกในการให้ผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลของท่านด้วย โดยผู้วิจัยมีการบันทึกย่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

การถ่ายทอดประสบการณ์ และความรู้สึกของท่านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจทุก ๆ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ท่านสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถีชีวิต และการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นช่วงการ

สัมภาษณ์หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกตอบ ท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามนั้นหรือถ้าท่านต้องการยุติการสนทนา ท่านสามารถยกเลิกการสนทนาได้ทันที ผู้วิจัยบันทึกการพูดคุยด้วยเทปบันทึกเสียง และถ่ายถอดเนื้อหาในเทปเป็นข้อความบนกระดาษ ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการเก็บรักษาให้เป็นความลับ ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใด ๆ ของการพูดคุย หรือในเทปบันทึกเสียง แต่จะใช้นามสมมุติแทนชื่อของท่าน นอกจากนั้นผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นเอกสารไว้ในตู้ที่มีความปลอดภัย ส่วนข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยเป็นไฟล์บันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์เป็นภาษาเขียน ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและเอกสารทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัย บุคคลอื่นไม่มีสิทธิ์ที่จะเข้าถึงข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้ ยกเว้นอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น รวมถึงข้อมูลที่ได้มาจะนำไปถอดความเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยความจริง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในเชิงวิชาการในภาพรวม ไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้น ๆ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยเผยแพร่งานวิจัยแล้ว 1 ปี

จากทั้งหมดที่กล่าวมา หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม หมายเลขโทรศัพท์ 081-632-0170 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-814-3913

นางโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม
ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อคุณฉันทิพนธ์ เรื่อง กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....ปี.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวทางการสังเกต

แนวทางการวิเคราะห์เอกสารทางการแพทย์

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ข้อมูล.....

1. เพศ ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานที่ปฏิบัติงาน

แผนก.....ระยะเวลา.....

แผนก.....ระยะเวลา.....

แผนก.....ระยะเวลา.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ปริญญาตรี ปริญญาโท อื่น ๆ.....

5. ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล.....

6. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลระดับปฏิบัติการ

พยาบาลระดับชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วย

7. ความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือเฉพาะทาง

8. ประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่าง ๆ

หลักสูตร.....ระยะเวลา.....

หลักสูตร.....ระยะเวลา.....

หลักสูตร.....ระยะเวลา.....

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผู้วิจัยใช้วัตถุประสงค์การวิจัย และปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์นี้มีความยืดหยุ่นเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเรื่องราวได้มากขึ้น รวมทั้งอาจมีการปรับคำถามตามธรรมชาติของการสนทนาแต่ละครั้งด้วย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย	แนวคำถาม
1. เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ	-คุณคิดว่าความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างไร -ความคิด ความรู้สึกอะไรที่ทำให้คุณต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย -คุณค่า และความสำคัญที่ทำให้คุณต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย
2. เพื่ออธิบายกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	-คุณปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไรบ้าง... มีปัญหาอะไรเกิดขึ้น..... คุณทำอะไร.....ทำไมจึงทำเช่นนั้น...แล้วเกิดอะไรขึ้น -ในสถานการณ์ดังกล่าว มีเงื่อนไขอะไรที่ทำให้สถานการณ์ดำเนินไปเช่นนั้น -เงื่อนไขอะไรที่ทำให้คุณต้องกระทำเช่นนั้น -เงื่อนไขอะไรที่ทำให้เกิดผลลัพธ์เช่นนั้น

แนวทางการสังเกต

วัน/ เดือน/ ปี.....

สถานที่.....

สถานการณ์/ บริบทของสถานที่ขณะเก็บข้อมูล.....

.....

.....

.....

.....

กิจกรรมที่เกิดขึ้น.....

.....

.....

บุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์และบทบาทของแต่ละบุคคลในสถานการณ์นั้น.....

.....

.....

.....

ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์.....

.....

.....

.....

.....

สรุปประเด็นที่ได้.....

.....

.....

.....

.....

ข้อสังเกตอื่น ๆ.....

.....

.....

.....

แนวทางการวิเคราะห์เอกสารทางการแพทย์

วัน/เดือน/ปี

สถานที่.....

เอกสารทางการแพทย์

- บันทึกทางการแพทย์ (Nurse's note)
- แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)
- บันทึกเหตุการณ์ความเสียหายต่าง ๆ (Incident report)
- บันทึกอื่น ๆ ระบุ.....

รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วย.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปประเด็นที่ได้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อสังเกตอื่น ๆ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....