

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ*

Process of Advocating of Patients' Rights of Professional Nurses

โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม** Ph.D. Sorut Wongsuttitham, Ph.D.

สุภาภรณ์ ต้วงแพ่ง*** พย.ด. Supaporn Dungpaeng, D.N.S.

วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด. Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดระยองทั้งหมดจำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Strauss and Corbin (1998)

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง คือ ระยะเวลาที่ 1 ทำตามและเรียนรู้ พยาบาลวิชาชีพเริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามสิทธิพื้นฐานและการเรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ระยะเวลาที่ 2 อึดอัด-ขัดแย้ง พยาบาลวิชาชีพถึงแม้มีประสบการณ์มากขึ้นแต่เมื่อไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ลำบากใจ เป็นห่วงผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาที่ 3 ทุ่มท้ออย่างสุดความสามารถ พยาบาลวิชาชีพพยายามอย่างสุดความสามารถโดยพยายามจัดการด้วยตนเองใช้พลังของทีม และผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อปกป้องผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า เงื่อนไขที่สำคัญได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ การมีพลังในตนเอง และมีแหล่งสนับสนุนช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปกป้องผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้เกิดผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐานได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย รวมทั้งรู้สิทธิของตนเองและ

รักษาสิทธิให้กับตนเองได้

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องมาใช้สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: การปกป้องสิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purpose of this grounded theory study was to describe the process of advocating patients' rights of professional nurses. This study was conducted in 20 professional nurses, who worked in hospital at Rayong province. In-depth interview, observation, and analyze nursing records were the strategies used in data collection. Strauss and Corbin's (1998) approach was used to analyze the data.

The result showed that the process of advocating patients' rights of professional nurses composes of three sequential phases; 1) Following and learning is the early phase for the beginner nurses. They just do following basic patients' rights and learn from experience nurses. 2) The feeling of uncomfoting and conflict;

* ศึกษานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

professional nurses gain more experience. They feel uncomfortable when they still are unable to advocate patients' rights. 3) Dedicating to the best own ability is the last phase; professional nurses see something that are not right or wrong morally, they just take actions by themselves, or uses power of team and multi-strategies to uphold to advocate patients' rights. Perception, professional expert, self-power, and support were conditions to advocate patients' rights. The consequence of this process was that the patients receive the standard treatments safely, including realizing their rights and protecting themselves.

The finding of this study can be used as the basis to develop competencies of professional nurses to advocate patients' rights. In addition, nursing administrator can use conditions to support professional nurses to advocate patients' rights. This will promote the best benefit of the patients.

Key words: Advocating patients' rights, professional nurses

ความสำคัญของปัญหา

การปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการบุคคลที่จะเรียกร้องสิทธิให้ตนเอง (Hellwig, Yam, & DiGiulio, 2003) หรือเป็นการสนับสนุนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือก และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระตามความปรารถนาของผู้ป่วย (Carver & Morrison, 2005) ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดที่เป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

จากธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติการพยาบาลทั้งการประเมินการให้คุณค่าความหมายของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความจำเป็นและความต้องการการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Curtin, 1979) นอกจากนั้นในระบบบริการสุขภาพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลวิชาชีพ

เปรียบเสมือนเป็นเจ้าของบ้าน พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรอื่นๆ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งแพทย์ และสมาชิกทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ เจ็บป่วยทั้งที่เป็นอุปสรรค หรือสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพจึงจะต้องการเปลี่ยนแปลงการกระทำ และการจัดการโดยวิธีการต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้นๆ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการซึ่งมิใช่เป็นเพียงทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเสร็จสิ้น แต่เป็นกิจกรรมที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่แตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์ด้วย (Bu & Jezewski, 2006; McSteen & Peden-McAlpine, 2006; Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä, & Suominen, 2006)

การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างมาก โดยสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nursing [ICN], 2015) ได้ระบุว่า ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิของทุกคน ทั้งเรื่องการเงิน ศาสนา สิทธินี้รวมถึงสิทธิที่จะเลือก หรือปฏิเสธการรักษา การเซ็นยินยอม การรักษาความลับ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาลพึงปกป้อง และส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพของบุคคลในทุกสถานที่และทุกเวลา สำหรับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยได้กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 (สภาการพยาบาล, 2544) ในข้อ 3 มาตรฐานที่ 2 ว่าด้วยการรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้ง สภาการพยาบาล (2552, 24 เมษายน) ยังได้กำหนดให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพว่า "ต้องปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรมจริยธรรมอย่างเหมาะสม" และเพื่อให้มีแนวปฏิบัติในด้านนี้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นสภาการพยาบาล (2552) ได้ระบุนโยบายปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ในแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550-2559 โดยให้มีการเสริมสร้างศักยภาพในการให้บริการให้กับพยาบาลวิชาชีพโดยยึดหลักความมีเกียรติ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียม

และความเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แม้ว่าผู้รับบริการจะทราบสิทธิของตนเองในการรับบริการแต่ไม่ได้ใช้สิทธินั้นแม้จะถูกละเมิด เนื่องจากความเกรงใจและให้เกียรติต่อผู้ให้บริการโดยเฉพาะกับแพทย์ ด้วยความไว้วางใจและเชื่อใจในจรรยาบรรณผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (Boyle, 2005) ตลอดจนความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยจนไม่คิดว่าสิทธิของตนจะถูกละเมิด (Iacono, 2007) อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ทุกครั้งอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมุ่งเน้นงานให้เสร็จตามหน้าที่ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือมีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอ (Hanks, 2007; Ware, Bruckenthal, Davis, & O'Conner-Von, 2010) ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกขัดแย้งเชิงจริยธรรมจากการที่ไม่สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ (Schluter, Winch, Holzhauser, & Henderson, 2008; Ulrich, Taylor, Soeken, O'Donnell, Farrar, Danis, & Grady, 2010) หรือรู้สึกสับสนต่อการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของตนเอง (Hellwig et al., 2003)

เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในบริบทสังคมไทย ซึ่งการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนมากเป็นการศึกษาของต่างประเทศจึงทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยตรง เพราะบริบทที่ต่างกันย่อมมีผลต่อการให้ความหมายและกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่แตกต่างกันด้วย (Bu & Jezewski, 2006) จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า องค์ความรู้ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังเป็นช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเติมเต็มความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานเป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ โดยความรู้และความจริงทำให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมาย

ของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยกระบวนการคิด และการกระทำของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนมีลักษณะเป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขต่างๆ และขึ้นอยู่กับบริบทสังคมที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการพยาบาล ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายกระบวนการของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ฐานแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม (symbolic interactionism) (Blumer, 1969) และแนวคิดสิทธิมนุษยชน (human rights) (Curtin, 1982) เป็นฐานแนวคิดการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎีในกระบวนการวิจัย และเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ให้ความหมาย และพฤติกรรมที่แสดงออกในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมกล่าวถึงการให้ความหมายซึ่งตีความผ่านกระบวนการทางสังคม (social process) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมทำให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ การให้ความหมายจึงเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล สำหรับแนวคิดสิทธิมนุษยชนมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการสิทธิพื้นฐาน ซึ่งเป็นความชอบธรรมพึงได้รับ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงได้ของตนเอง สิทธิพื้นฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ให้มนุษย์มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า การกระทำที่ช่วยส่งเสริมให้มนุษย์มีศักดิ์ศรี คือ การช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองภายใต้สมรรถนะที่สามารถกระทำได้ รวมทั้งการให้อิสระที่จะเลือก และการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง ดังนั้นเสรีภาพและความเป็นมนุษย์ (human freedom) จึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยหล่อเลี้ยงชีวิตให้มีคุณค่า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐาน มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดระยอง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป 3) สามารถถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยได้ และ 4) มีความเต็มใจและยินดีในการให้ข้อมูลการศึกษาคั้งนี้ถึงแม้ว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลว่า ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการบอกเล่าประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในช่วงเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงต้องมีการเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละช่วงเวลาปฏิบัติการพยาบาลด้วย ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี เป็นจำนวน 2 คน จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 02-10-2556 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2556 และคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยของโรงพยาบาลศูนย์ที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล (informed consent) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยใช้ตัวเลขรหัสแทนผู้วิจัย เก็บรักษาข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ข้อมูลที่เป็นไฟล์บันทึกเสียง และข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวซึ่งผู้วิจัยเป็น

ผู้กำหนดรหัสผ่านจึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา และนำไปใช้ในเชิงวิชาการ ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล/ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน และประสบการณ์การอบรมหลักสูตรต่างๆ

2. แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้วัตถุประสงค์การวิจัย และแนวคิดพื้นฐานของปรัชญาปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยมเป็นหลักในการสร้างแนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ได้แก่ 1) คุณคิดว่าความหมายของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างไร 2) ความคิด ความรู้สึกอะไรที่ทำให้คุณต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วย 3) คุณปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรเกิดขึ้น คุณทำอย่างไร ทำไมจึงทำเช่นนั้น แล้วเกิดอะไรขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับแนวคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไป เพื่อให้คำถามมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

3. แนวทางการสังเกต ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สถานการณ์/บริบท บุคคล และปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

4. แนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น บันทึกทางการพยาบาล บันทึกรายงานความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น โดยบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์และกิจกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

5. บันทึกอื่นๆ ได้แก่ บันทึกการให้รหัส บันทึกความเชื่อมโยงของรหัส และบันทึกการสะท้อนคิด

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกตและแนวทางการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพหรือมีประสบการณ์ด้าน

การปกป้องสิทธิผู้ป่วย จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบได้แก่

- 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล
- 2) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มการพยาบาล
- 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ
- 4) อาจารย์ในสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล และ
- 5) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย รวมทั้งนำไปทดสอบนำร่องโดยใช้การสนทนากลุ่มจำนวน 3 ราย ซึ่งพบว่า ควรมีการปรับภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น คุณมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร ควรเปลี่ยนคำถามว่าคุณทำอะไรบ้างเมื่อคุณปกป้องผู้ป่วย และเพิ่มเติมข้อคำถามว่า มีเงื่อนไขอะไรบ้างที่สนับสนุนให้คุณปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ และถ้าไม่สามารถทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ คุณทำอะไร เพราะอะไร เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งประสานงานกับกลุ่มการพยาบาลเพื่อขออนุเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยจำนวนรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล การอบรมหลักสูตรต่างๆ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะหลากหลาย

2. ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มต้นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอคำแนะนำจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ให้รู้จักกับพยาบาลวิชาชีพตามเกณฑ์คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลเพื่อหาเป้าหมายเป็นผู้ให้ข้อมูลรายแรก ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตจัดซื้อ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายเลือกที่จะสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วน เช่น ห้องประชุมในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ศาลาพักผ่อนภายใน

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

3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยสังเกตท่าทาง สีหน้า ปฏิกริยาและอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-120 นาทีในแต่ละครั้ง (เฉลี่ย 85 นาทีต่อครั้ง) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้ง ภายหลังจากถอดเทปแล้วยังมีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินดีให้สัมภาษณ์ได้

ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตในช่วงที่มีกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การรายงานการเปลี่ยนเวรตึกต่อเวรเช้า และเวรเช้าต่อเวรบ่าย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ และการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มาตามนัด โดยผู้วิจัยไปยังหอผู้ป่วย หรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานตามวัน เวลาที่นัดหมาย อย่างไรก็ตามพบว่า มีบางกิจกรรม เช่น การรายงานอาการผู้ป่วยแก่แพทย์ทางโทรศัพท์ การเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เป็นกิจกรรมที่ไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้า แต่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจึงมีการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจัดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ การสังเกตในกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งบันทึกสะท้อนคิดเพื่อแยกแยะความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันทีหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และเมื่อเข้าร่วมการสังเกตในแต่ละครั้งด้วย

4. หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน หรือต้องการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต่อไป โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 รายที่ดำเนินการสัมภาษณ์รายละ 2 ครั้ง หลังจากผ่านการสัมภาษณ์ครั้งแรกนาน 2-3 สัปดาห์ โดยก่อนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สรุปสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นสัมภาษณ์ข้อมูลที่ประเด็นที่ผู้วิจัยยัง

ไม่ชัดเจน ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

5. สำหรับการเลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปผู้วิจัยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายแรก ร่วมกับการพิจารณาคุณลักษณะข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้วิจัย จัดทำบัญชีรายชื่อไว้แล้วมาหาผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปจนกระทั่งข้อมูลทฤษฎีพื้นฐานที่ได้มีความอิ่มตัว ซึ่งเกิดขึ้นใน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20 จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin (1998) คือ

1. การเปิดรหัส (open coding) โดยผู้วิจัยนำ ข้อมูลที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์เป็นภาษาไทยผู้วิจัย อ่านข้อมูลดิบเข้าไปเข้ามา พยายามนึกทบทวนภาพตอนที่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวหรือให้ความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ อย่างไร และทำความเข้าใจข้อความในแต่ละประโยคแล้ว ให้ชื่อรหัส โดยวิเคราะห์แบบบรรทัดต่อบรรทัด (line-by-line) ผู้วิจัยใช้การให้รหัสด้วยมือในกระดาษ หลังจากนั้น นำรหัสย่อยๆ ของข้อมูลแต่ละราย พร้อมทั้งแหล่งของ ข้อมูลเพื่อสะดวกในการกลับมาทบทวนในภายหลัง เข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อให้ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงความ ซ้ำซ้อน ความเหมือน หรือความต่างของการให้รหัสแต่ละ รหัส เช่น หลังจากนั้นผู้วิจัยพิมพ์รหัสย่อยๆ ออกมาเป็น การ์ดเล็กๆ เพื่อสามารถนำการ์ดรหัสย่อยๆ เปรียบเทียบ ความเหมือนและความแตกต่างของรหัสย่อย แล้วจัดให้เป็น หมวดหมู่ และตั้งชื่อหมวดหมู่ กำหนดคุณสมบัติและมิติ ตัวอย่างการให้ชื่อรหัส เช่น “ก็ไปหาหมออีกคนหนึ่ง คือ เหมือนเราต้องพยายามดิ้นรนที่จะหาอะไรก็ได้ให้เป็น ประโยชน์กับคนไข้มากที่สุด” ผู้วิจัยให้รหัสว่า พยายาม ดิ้นรนหาวิธีการที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

2. การหาความสัมพันธ์ของรหัส (axial coding) ผู้วิจัยเริ่มหาความสัมพันธ์ของรหัส หลังจากสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลและเปิดรหัสไปแล้วจำนวน 5 ราย ผู้วิจัย เปรียบเทียบหมวดหมู่ และทบทวนความสัมพันธ์ระหว่าง หมวดหมู่เข้าไปเข้ามา รวมทั้งใช้การบันทึกและไดอะแกรม ช่วยหาความเชื่อมโยงกันระหว่างหมวดหมู่แต่ละหมวดหมู่

ตัวอย่างการหาความสัมพันธ์ของแต่ละหมวดหมู่ เช่น หมวดหมู่สถานการณ์กระตุ้นเป็นเงื่อนไขทำให้เกิดการ ปกป้องสิทธิผู้ป่วย หมวดหมู่การให้พลังแก่ผู้ป่วย และการ ผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตาม การรับรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และหมวดหมู่ผู้ป่วย สามารถรักษาสิทธิให้กับตนเองได้เป็นผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

3. การคัดเลือกรหัส (selective coding) ใน ขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดหมวดหมู่หลัก (central category หรือ core category) ซึ่งเป็นการอธิบายว่ากระบวนการ ปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเกี่ยวกับอะไร เป็นสำคัญซึ่งพบว่า การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเป็น หมวดหมู่หลักของกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้ 1) ความเชื่อมั่น (credibility) โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนทำวิจัย โดยการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และเอกสารตำรา ที่เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และฝึกปฏิบัติการ สัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ผู้วิจัยยืนยันข้อมูลโดยการตรวจสอบการให้รหัส หลังจากผู้วิจัยทำการให้รหัสข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยนำ ผลการให้รหัส 2 รายแรก ให้อาจารย์ที่ปรึกษา 1 ท่าน และ ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งไม่เกี่ยวข้อง กับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 2 ท่านช่วย รวมทั้งพูดคุยให้เหตุผล ในการให้รหัสจนเห็นพ้องต้องกัน ผู้วิจัยนำข้อสรุปเบื้องต้น ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้ ข้อมูลจำนวน 7 รายได้ยืนยัน และเพิ่มเติมรายละเอียด ใน ระยะเวลาสุดท้ายของการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้พูดคุยสนทนา กลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปกป้องสิทธิ ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เพื่อยืนยันความถูกต้อง 2) ความ สามารถในการนำไปใช้ในบริบทอื่น (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และบริบทที่ ศึกษาอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถนำไปศึกษาในบริบทอื่น ได้ 3) การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยบรรยาย ขั้นตอนเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่การเก็บรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัยอย่าง

ละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านได้ทำความเข้าใจและสามารถตรวจสอบได้ และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่องานวิจัยมีความเชื่อมั่นความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทอื่น และการพึ่งพาเกณฑ์อื่น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 20 คน ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดระยอง มีอายุตั้งแต่ 21-50 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 38.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.98 ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในทั้งหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกพิเศษ เฉพาะทาง ได้แก่ ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี แผนกให้บริการปรึกษา แผนกผู้ป่วยมะเร็ง แผนกพัฒนาการเด็ก แผนกไตเทียม แผนกห้องผ่าตัด และอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 13 คน ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ระหว่าง 4 เดือน-32 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.78 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.49 มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน

2. กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม ตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพเริ่มจบใหม่ จนถึงการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพต้องเรียนรู้และค้นหาวิธีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้สำเร็จโดยเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรอื่นๆ ในสังคม ได้แก่ สมาชิกในวิชาชีพการพยาบาล สมาชิกในสหวิชาชีพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้และมีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ระยะเวลาที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปกป้องผู้ป่วยได้สำเร็จแต่ละรายแตกต่างกัน บางราย 2 ปี บางรายใช้เวลามากกว่า 20 ปี เพราะปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความมุ่งมั่น กล้าตัดสินใจ เป็นต้น รวมทั้งการได้รับโอกาส

สนับสนุนจากหน่วยงานที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาความรู้และความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาความคิด และการกระทำอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง ดังนั้น กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจึงไม่ได้มีลักษณะแบบเส้นตรงที่มีการย้อนกลับไปกลับมา แต่เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นเส้นเกลียวลูกศรที่หมุนขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้น และแสดงถึงการกระทำการปกป้องสิทธิผู้ป่วยที่วนขึ้นไปในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร และต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทำตามและเรียนรู้

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในระหว่าง 4 เดือน ถึง 2 ปี จึงอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิพื้นฐาน ดังนั้นการปกป้องสิทธิผู้ป่วยจึงทำตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่ได้เรียนรู้จากการเรียนการสอนที่ถูกกำหนดไว้ในหลักสูตรตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เช่น หัวข้อเรื่องของสิทธิผู้ป่วย หรือในรายวิชากฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้รู้ว่าผู้ป่วยควรได้รับสิทธิพื้นฐานอะไรบ้าง ผู้ให้ข้อมูลปกป้องสิทธิผู้ป่วยในเรื่องที่ไม่ซับซ้อน โดยการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์ และผู้ป่วยคนหนึ่ง การปกป้องสิทธิผู้ป่วยในระยะนี้ได้หมายถึง การโต้แย้ง หรือการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะนี้คือ ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลตามสิทธิพื้นฐาน อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่ซับซ้อนหรือต้องเกี่ยวข้องกับกรณีตัดสินใจเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คือ ความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองต้องปกป้องสิทธิผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง หรือเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องเรียนรู้จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์โดยการขอคำปรึกษาชี้แนะแนวทาง หรือทำตามพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ระยะนี้มีประเด็นสาระ 2 ประเด็น คือ



ภาพที่ 1 กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

1. **ดูแลผู้ป่วยตามสิทธิพื้นฐานในฐานะมนุษย์ และผู้ป่วยคนหนึ่ง** เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมเสมอ กันทุกคนและให้คุณค่าความเป็นคน โดยการไม่เปิดเผย ร่างกายผู้ป่วย ปกปิดความลับ การดูแลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการ บริการ การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การให้การดูแลที่ ถูกต้อง ป้องกันความเสี่ยงและไม่เพิกเฉยผู้รับบริการ

“การทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย

มันเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือ ทำให้เค้าได้ใช้ สิทธิของเค้าอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและ อย่างดี เหมาะสมกับอาการที่เค้าเป็น ในกรณีที่คุณไข้ ไม่มีบัตรมาก็ตาม เราก็ต้องช่วยคนไข้ให้รอดชีวิตก่อน” (I18P4L2)

“คนไข้ต้องได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลของ เค้าว่าเค้าต้องได้รับการรักษาอะไรบ้างว่าเป็นสิทธิของเค้า

ก่อนที่เราจะให้การพยาบาลเราต้องแจ้งคนไข้ก่อนว่าเราต้องทำอะไรบ้าง แล้วเค้าก็มีสิทธิรับรู้ ชื่อ นามสกุลของคนที่ให้บริการ” (I19P1L17)

2. การเรียนรู้จากผู้อื่น หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ไม่สามารถตัดสินใจกระทำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องเรียนรู้และพึ่งพาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในลักษณะต่างๆ เช่น การปรึกษาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่าก่อนที่จะถามแพทย์ในเรื่องที่ตนเองไม่แน่ใจ หรือในสถานการณ์ที่เห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง หรือการได้เห็นตัวอย่างจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย หรือถูกละเมิดสิทธิ

“ตอนมาทำงานใหม่ๆ เคยมีกรณี case BP ต่ำ หนูไม่รู้ว่าจะต้องรายงานหมอ แต่ตอนที่มา round เค้าให้ hold ความดันไว้ก่อนแบบนี้ แล้วพอหมอมา round ก็รายงานหมอไป ตอนนั้นเห็นพี่เค้าทำ แล้วพี่เค้าก็สอน แล้วบอกหนูด้วย เหมือนหมอลี้ยาเกินขนาดที่คนไข้เคยกิน หนูไม่แน่ใจว่าหนูคิดถูกต้องมั้ยว่ายาเกินขนาด หนูแอบถามพี่ให้แน่ใจก่อน ถึงจะกล้าบอกหมอ หนูต้องถามพี่ให้แน่ใจก่อนค่อยบอกหมอ ตอนเรียนหนูก็ไม่ค่อยได้ทำงานกับหมอ ไม่เคยรายงานเอง ถ้าให้ทำก็ยังไม่กล้าทำหรอก ยังไม่มั่นใจ” (I17P4L13)

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้บางรายเกิดความรู้สึกบปเป็นห่วง รู้สึกผิดเมื่อไม่ได้ปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ได้มีการเพิกเฉย แต่แสดงออกถึงการกระทำที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ขอคำชี้แนะ คำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์หรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับทีมสหวิชาชีพ โดยการบอกผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแทนที่จะบอกว่าผู้ป่วยว่าเป็นอะไรตรงๆ การชี้แนะผู้ป่วยให้ถามแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลอะไรบางอย่าง การถามนำให้ผู้ป่วย เป็นต้น

“เย็บแผลไปแล้วแผลไม่เนียน มี hematoma แล้วหมอไม่บอกโดยตรงหมอก็บอกว่าไม่เป็นอะไร เป็นปกติ ซึ่งจริงๆ เรารู้ว่าแผลไม่เนียน มี hematoma หนูกลัวว่าคนไข้กลับบ้านอาจเกิดอะไรขึ้นได้บ้าง หนูก็บอกได้แค่ข้อมูล que ผู้ป่วยต้องสังเกตคืออะไร สิ่งที่ควรดูแลแผลตนเอง ควรทำยังไง แล้วแนะนำให้คนไข้ว่าควรจะมาหมอบไปตรงๆ

คือบอกให้เค้ารู้ว่าเค้าควรจะถามข้อมูลหมอให้ได้ รายละเอียดมากกว่านี้ เรายิ่งพูดอ้อมๆ แบบนี้ (น้ำตาคลอตาแดง)” (I1T1P6L15)

“แล้วก็มีเหตุการณ์ที่คนไข้ไม่กล้าถามหมอ เช่น ผลขึ้นเนื้อเป็นมะเร็ง หนูก็พาเค้าเข้าไปคุยกับคุณหมออีกรอบหนึ่ง เรายิ่งถามนำให้ว่าคุณหมอคะ คนไข้อยากทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผลขึ้นเนื้อ รบกวนหมอให้ข้อมูลเค้านิดหนึ่งนะคะ” (I1T2P4L28)

ระยะที่ 2 อึดอัด-ขัดแย้ง

ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระหว่าง 4-28 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน ปริญญาโท จำนวน 1 คน และการพยาบาลชั้นสูง จำนวน 1 คน ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้และมีประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือ สิ่งที่จะต้องทำให้ผู้ป่วย

“มันเป็นสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นทำให้เราจะต้องตั้งใจว่าเราจะทำยังไงต่อ มันต้องคิดต้องตัดสินใจ ไม่เหมือนกับงานทำแผลก็ทำไป แล้วเสร็จ แต่เนี่ยต้องคิดมากหน่อยว่าเอาใจใส่ ทำได้บ้าง อย่างคนไข้ fast track ก็พยายามให้คนไข้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ให้ได้รับให้ทันเวลา ถึงแม้จะมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลแล้ว แต่ถ้าไม่คิดจะทำคนไข้ก็ไม่ได้ ก็เป็นความคิดที่อยากให้เห็นคนไข้ได้รับสิทธินี้นะ มันจำเป็นต้องทำให้เค้าได้รับสิทธิ” (I8P8L2)

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วย คือ สิ่งที่จะต้องทำให้ผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมในการปกป้องผู้ป่วย จึงแสวงหาวิธีการต่างในการช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การถามหรือท้วงติงแทนผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ บางครั้งผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ และต้องปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในทีมสุขภาพต่างๆ ที่ตนเองรู้สึกว่าจะไม่ถูกต้องด้วยเงื่อนไขหลายๆ ประการ เช่น รู้สึกว่าไม่มีพลังในตนเองเพียงพอที่จะปกป้องสิทธิผู้ป่วย หรือนโยบายของหน่วยงานที่ไม่เอื้อต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดภาวะของการจำยอม ทำให้จึงเกิดความรู้สึกอึดอัด รู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกเหล่านี้ยังคงวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการมีสำนึกในตนเองจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องพยายามหาวิธี

การอื่น ได้แก่ การพึ่งพาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพที่มีตำแหน่งการบริหารสูงกว่า การมีแหล่งสนับสนุนต่างๆ นี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือเฉพาะรายเท่านั้นที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบการปฏิบัติงาน ระยะนี้ประกอบไปด้วย ประเด็นสาระ 4 ประเด็น คือ

1. การจำยอมทำใจ คือ ความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นห่วงผู้ป่วย รู้สึกลำบากใจ เหมือนภาวะกลืนไม่เข้า คลายไม่ออกเมื่อไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยในเหตุการณ์ ที่ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาแล้วว่าในสถานการณ์นั้นผู้ป่วยอาจได้รับความเสี่ยงจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องหลักการ หรือไม่ได้สิทธิที่ควรได้รับ

“เราเข้าไปปกป้องสิทธิได้ยากเราอาจจะบอกคนไข้ไม่ได้ เช่น การกระทำพลาดของหมอ เรบอกเค้าไม่ได้เลยนะ เนื่องจากมันมีผลทั้งตัวบุคคลและองค์กร แต่เราก็ให้มันผ่านไป แล้วเราไม่ทำอะไรเลย ความรู้สึกผิดมันจะอยู่ที่เราด้วยนะ แต่เราไม่สามารถจะบอกคนอื่นได้ ไม่สามารถจะบอกให้รู้ได้ (เจียงชัชกร) บางทีเราก็เหมือนรู้สึกว่ามีคนไข้เป็นหนูทดลองหรือเปล่า เช่น มาทำเท่านี้แล้วเค้าก็ทำเพิ่มไปอีก แล้วเราคิดว่าสิ่งที่เค้าทำไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เค้าจะทำ เรายังได้แย้งเค้าไป แต่การตัดสินใจเป็นเรื่องของเค้าว่าเค้าจะทำตามที่เรายังหรือเปล่า เรายุติคิดว่าบางทีเราก็เป็นผู้ร่วมมือให้เค้าทำ เรายุติความรู้สึกไม่สบายใจนะที่ทำอะไรไม่ได้กว่านี้” (I2P12L8)

2. ไม่มีพลังในตนเอง หมายถึง พลังความสามารถในตัวของผู้ให้ข้อมูลในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การไม่มีพลังนี้เกิดจากความคิดของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นเพียงวิชาชีพการพยาบาลที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น

“หนูเคยให้ยาตาม order หมอ คนไข้ได้ยาเยอะมาก หนูยังคิดในใจว่าทำไมได้เยอะขนาดนี้ บางทียังตรวจไม่ละเอียดก็สั่งยาเยอะแยะ ทำไมไม่ลดไม่เพิ่มอื่นบ้างเลยหรอ หนูก็ทำตาม order ไปก่อน แต่คิดนะว่ามันไม่ถูกต้อง แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกันนะไม่ได้ท้วงติงนะ หนูก็ทำตาม order หมอ หนูก็ไม่คิดอะไร เราก็กทำตาม order ไปตามหน้าที่ หนูจะเปลี่ยนได้ยังไงเค้าก็เป็นหมอ หนูแค่

พยาบาล จะทำอะไรได้” (I1P6L22)

3. การมีสำนึกในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกและตระหนักในตัวเองต่อชีวิตคนอื่น รู้ถึงคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย และปกป้องสิทธิผู้ป่วยด้วยใจ โดยไม่ต้องรอคำสั่งหรือรอการมอบหมายให้ทำจากบุคคลอื่นเสมือนบันไดก้าวแรกของระยะนี้ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถคิดและทำเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

“ตัวพยาบาลเองเนี่ย ต้องมีรู้สึกสำนึกต่อชีวิต ต้องมีความรับผิดชอบต่อคนอื่น การที่จะปกป้องสิทธิได้ ต้องไม่ละเลย ต้องทำด้วยความสำนึกถึง ๆ ของตัวเองก่อน” (I12P4L3)

4. การแสวงหาวิธีการ เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองต้องพยายามที่จะปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้สำเร็จจึงพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ได้แก่ ถามแทน/ท้วงติงแทนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปกป้องตนเอง โดยการถามนำให้ผู้ป่วย หรือการชี้แนะให้ผู้ป่วยหรือญาติถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ อาการของโรค หรือวิธีการรักษาของแพทย์ เป็นต้น การพึ่งพาบุคคลอื่น ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือหัวหน้างานเพื่อขอคำปรึกษา รวมทั้งการใช้ระบบ/แนวปฏิบัติ/นโยบายของหน่วยงานเพื่อให้สร้างระบบในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เช่น การปรึกษากับสมาชิกในทีมการพยาบาล ทีมการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน เป็นต้น

“ถ้ายังปกป้องสิทธิไม่สำเร็จ เราก็กพยายามหาวิธีการอื่นแทน ถ้าไม่ได้บางทีก็ต้องทำใจ หรือแอบกระซิบคนไข้หรือญาติว่าลองถามหมอแบบนี้ละ ต้องได้นำ วิธีใดวิธีหนึ่ง” (I2P12L8)

“ผู้ป่วยมาที่ ER ไม่รู้สึกตัว ถ้าคนไข้มีประวัติชัก ก็ต้องเตรียม valium ไป ถ้าหมอให้ CT เราก็กจะบอก ถามหมอก่อนที่จะไป CT ว่าถ้าเกิดคนไข้ชักมาขณะ CT คุณหมอมจะซีเดจหรือเปล่า แล้วคุณหมอมจะให้อะไร ก็จะได้ให้เลย ก็ให้หมอเขียน order มาให้เรียบร้อย บางทีเราต้องถามหมอ ท้วงติงหมอไปเลย” (I5P21L4-9)

ระยะที่ 3 ทุ้มที่สุดความสามารถ

ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ ได้เรียนรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วย และมีความเชี่ยวชาญและลุ่มลึกเฉพาะทางมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปกป้องสิทธิผู้ป่วยคือ สิ่งที่ต้องทำให้ได้ เมื่อเห็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น

พฤติกรรมกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้ คือ การไม่ยอมที่จะอยู่ในภาวะของความอึดอัด-ขัดแย้งแต่พร้อมที่จะทุ่มเทอย่างสุดความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้สำเร็จ ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมแพ้ ไม่ถอดใจ ไม่ย่อท้อต่อการแก้ปัญหา แต่พยายามทุ่มเทในการแสวงหาวิธีการต่างๆ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การให้พลังแก่ผู้ป่วย การใช้พลังของทีม การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ การหาผู้ช่วยในการต่อรอง เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในระยะนี้มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลขั้นสูง แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการการพยาบาลในระยะเวลาเท่ากัน หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถเป็นผู้ปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ทุกคน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การเป็นคนจริงจัง เป็นคนกล้าตัดสินใจ ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค ต้องนึกถึงว่าเส้นทางที่ผู้ป่วยกำลังเดิน และกำลังจะเดินต่อไปต้องผ่านเรื่องราวอะไรบ้าง ต้องพยายามหาทางช่วยเหลือให้ถึงที่สุด เป็นต้น ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรู้และรักสิทธิให้กับตนเองได้ ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดของการปกป้องผู้ป่วย

“อย่างเมื่อก่อนเรามีหมอสูติ เขาบอกมาเลยเขาไม่ตรวจ ถ้ามี case เด็กผู้ชาย ที่ถูก rape ซึ่งแนวปฏิบัติต้องตรวจที่ OPD คัลย์ เพราะว่าต้องตรวจทางทวารหนัก ค่ะ วันนั้นไปหมอเค้าไม่ตรวจ หมอคนนั้นบอกมันไม่ใช่หน้าที่ผม ถ้าหมอเค้ามีปัญหาค่อยส่งมาที่ผม เราก็บังคับเค้าไม่ได้ เราก็ยอมเค้าไปก่อน เราก็มาเขียนใบรายงานความเสียหายว่า คนไข้ไม่ได้รับการดูแลแบบนี้มาก็ไม่ตรวจ ก็เคยไปครั้งหนึ่งเขาไม่ตรวจเราก็บอกถ้าหมอไม่ตรวจ หมอให้ยาสิ ขอยาก่อนเพราะว่าให้เร็วเท่าไรยิ่งดีใช้มัย...มันจะช่วยป้องกันอะไรให้เด็กได้หลายอย่าง ก็ต้องไปหาหมออีกคนหนึ่งคือเหมือนเราต้องพยายามดิ้นรนที่จะทำอะไรก็ได้ให้เป็นประโยชน์กับคนไข้มากที่สุด” (I3P20L7)

ระยะนี้มีประเด็นสาระ 3 ประเด็น คือ

1. การจัดการด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ หรือผู้ให้ข้อมูลบางรายมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหน่วยงาน เป็น

ผู้เชี่ยวชาญในงานที่ทำ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจึงสามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้

“แล้วการที่เราเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเนี่ยก็ เราก็สามารถที่จะไปจัดการอะไรได้อย่างที่ตัวเองคิดว่าถูกต้องอย่างผู้ป่วยมีแผล หมอเจ้าของไข้เป็นหมอออร์โธ ให้ consult plastic หมอ plastic ไม่ยอมมาดูคนไข้เรา น่องๆ ตามเท่าไรก็ไม่มา เราก็จัดการเองเลยว่า หมอจำเป็นต่องมาดูเพราะๆๆ ก็สำเร็จนะ” (I13P9L15)

2. การแสวงหาวิธีการ เมื่อผู้ให้ข้อมูลพยายามทุ่มเทอย่างสุดความสามารถไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค หรือปัญหาต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลจึงแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อปกป้องผู้ป่วยให้สำเร็จโดยวิธีการต่างๆ คือ

2.1 การให้พลังแก่ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จัก และรู้วิธีการในการปกป้องสิทธิให้กับตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้จัก และเข้าใจตนเอง รู้ข้อจำกัด จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง เป็นการคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของคนทุกคนที่พึงมี รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือก และตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ได้โดยผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเรียกร้องสิทธิให้กับตนเองได้

“คนไข้ case ให้เคมี เราบอกกับตัวคนไข้ด้วยว่า ถ้ามีอาการแบบนี้ต้องบอกหมอนะ ให้บอกหมอเลย ว่าแน่นท้องมากครับ ไม่ไหวแล้ว ถ้ารู้ว่าเม็ดเลือดขาวต่ำ แต่หมอไม่ได้ทำตาม standard เช่น ผลเลือดคนไข้ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ white count ต่ำ เพชเลจต่ำ อยากให้เคมี โดยไม่ได้เตรียมคนไข้ก่อน เพื่อที่จะให้มันจบไป แต่ standard มันมีอยู่ ก็บอกอธิบายคนไข้ว่า มันต้องเป็นอย่างไรนะ หมอเค้าทำอะไรให้แล้วหรือยัง คนไข้จะได้เรียกร้องสิทธิของตัวเองได้ไงคะ คนไข้จะดูแลตัวเองได้” (I12P2L22)

2.2 การใช้พลังของทีม การใช้พลังของทีม การดูแลผู้ป่วย เช่น ในรูปแบบของคณะกรรมการต่างๆ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ โดยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับสมาชิกในทีมสุขภาพ

“ถ้าเราใช้รูปคณะกรรมการเป็นทีม เราก็คุยในหลักการ นำเสนอการตัดสินใจตรงนี้ก็ให้เป็นทีมการตัดสินใจโดยการนำมา conference case ก็มีแพทย์

มีทีมที่ดูแลผู้ป่วย มีแพทย์เป็นประธาน มีพยาบาลเป็นกรรมการทำงาน ทุกหน่วยงานก็รับผิดชอบ เอา case มา conference กัน หาทางแก้ไขออกมาเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนให้แพทย์ด้วย ก็ทำให้เราปกป้องคนไข้ได้สำเร็จ” (I20P4L5)

2.3 การให้พลังแก่พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลได้พัฒนาความรู้และความสามารถเกิดความเชี่ยวชาญในงานที่ทำเสมือนเป็นโลโก้ หรือแบรนด์ของงานที่รับผิดชอบ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีช่องทางในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

“ถ้าเราเจอปัญหา เอามาคุยกันกับน้องๆ พยาบาลที่ทำงานด้วยกัน เอาน้องๆ พยาบาลให้มาคิดร่วมกัน แคร่ตัวอย่างกัน ตั้งแต่ ward จนกระทั่งถึงตัวแทน ward อันนี้ก็จะทำให้เค้าเดินทางไปกับเรา เค้าถึงจะเติบโต และเรียนรู้ไปด้วยกันมันเป็นการสร้างตัวน้องพยาบาลเรา ให้มีความ power ต่อไป เค้าก็จะชำนาญ เชี่ยวชาญไปไหน ใครก็รู้ว่าชำนาญเรื่องนี้ โดยเฉพาะหมอ หรือพยาบาล ที่ดูแลคนไข้จะเชื่อมั่น เราก็จะปกป้องคนไข้ได้ อะไรๆ ก็ง่าย” (I12P14L29)

3. การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลาย ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ใช้การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ และการหาผู้ช่วยในการต่อรอง

“ถ้าเรารู้ว่าเรามีคนในกลุ่มที่มี power เราจะคุยไว้ก่อนประชุมว่า เราต้องการเอาเรื่องนี้ให้เกิดมาตรฐาน แก่คนไข้ เพื่อให้ตกลงเป็นมติในที่ประชุม มันก็จะได้โดยอัตโนมัติ ใช้เป็นกลยุทธ์นี้ถ้าเรื่องที่พยาบาลก็เห็นว่าปัญหาเราต้องการให้เกิดเป็นมติในที่ประชุมเราก็จะจัดการโดยวิธีนี้ มันก็จะโยงไปว่าคนที่จะเป็นตัวแทน advocacy ได้ น่าจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องที่ต้องใช้การตัดสินใจร่วมกัน เช่น เป็นกรรมการในเรื่องนี้ ตรงนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการปกป้องสิทธิแน่นอน” (I14P3L10)

การอภิปรายผล

กระบวนการปกป้องสิทธิ เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพพยายามที่จะพัฒนาทักษะและความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทั้งจากการทำตามและ

เรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด และความรู้สึก ตลอดจนการพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญเพื่อให้สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทำให้การรับรู้ และพฤติกรรมในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้น ระยะเวลาการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้และรับรู้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะมีทั้งเงื่อนไขส่วนบุคคล และเงื่อนไขบริบทสังคม

เงื่อนไขส่วนบุคคลที่สำคัญในการศึกษาคั้งนี้ คือ การมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ ผลการศึกษาคั้งนี้จึงช่วยขยายและเพิ่มเติมแนวคิดของ Benner (1984) ที่กล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ สามารถแก้ไขปัญหาคืออย่างชัดเจน มองปัญหาว่าไม่เป็นปัญหา สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพได้ทุกระดับ มีความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorensen and ledema (2007) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ต้องใช้การผสมผสานกลยุทธ์ที่หลากหลายได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ และการหาผู้ช่วยในการต่อรองเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าสภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่างๆ (2552, วันที่ 30 มกราคม) ให้มีความพร้อมและมีทักษะต่างๆ ในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Piren and Reinhard (2009) ที่ว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และผ่านการอบรมเฉพาะทาง มีการเตรียมความพร้อมในทักษะต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาคั้งนี้มีข้อมูลสำคัญที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ในระดับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเท่านั้น และไม่สามารถปกป้องสิทธิ

ผู้ป่วยได้สำเร็จทุกครั้ง รวมทั้งยังไม่สามารถผลักดันหรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการตัดสินใจ และปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้

นอกจากนั้น การที่ผู้ให้ข้อมูลขาดพลังในตนเอง พยาบาลวิชาชีพมีความคิดว่า เป็นเพียงวิชาชีพพยาบาลที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่ากับวิชาชีพอื่น ทำให้เกิดภาวะของความล่าช้าใจ หรือต้องยอมทำใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Finkelman and Kenner (2013) ว่า การขาดความเชื่อมั่นในวิชาชีพ และสับสนในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาลทำให้เสียงของพยาบาลไม่ได้เป็นเสียงที่จะทำให้บุคคลอื่นได้ยินจึงทำให้ไม่สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้สำเร็จ (voice is silent) (Pike, 2001)

สำหรับเงื่อนไขบริบทสังคม ได้แก่ มีแหล่งสนับสนุน และบริบทที่ปฏิบัติการพยาบาล ข้อจำกัดในโครงสร้างการบริหารองค์กรสุขภาพที่มีระดับความสามารถการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงวัฒนธรรมของหน่วยงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพเติบโตทางความคิด การเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วม หรือได้แสดงความคิดเห็นในหน่วยงานแตกต่างกัน ส่งผลให้เสียงของพยาบาลวิชาชีพเป็นเสียงที่ไม่มีเสียง ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดของ Fowler (1989) ซึ่งต้องการให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ในระดับนโยบายเชิงสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความเสมอภาค ทั้งในผู้ป่วยระดับรายบุคคล และในระบบการดูแลสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย สามารถที่จะควบคุมองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และการปกป้องผู้รับบริการจากระบบสุขภาพได้

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และระดับผู้บริหารการพยาบาลทำให้เกิดแรงสนับสนุนที่ดีในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพในระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าทีม หัวหน้าเวร สามารถช่วยพัฒนาทักษะหรือเป็นแม่แบบแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยให้สามารถแสดงบทบาทการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการ

สนับสนุนและช่วยเหลือพยาบาลจบใหม่ เพื่อให้สามารถจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ (Maquis & Huston, 2009; Thacker, 2008) นอกจากนั้น การสนับสนุนในระดับหน่วยงาน ทั้งการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติช่วยลดความขัดแย้งในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางที่ชัดเจนในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Josse-Eklund, Jossebo, Sandin-Bojo, Wilde-Larson and Petzall (2014) ว่า เงื่อนไขด้านองค์กร ด้านโครงสร้างการบริหารองค์กร และบรรยากาศการปฏิบัติงานในองค์กรอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างพยาบาลวิชาชีพและสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อจำกัดให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจ หรือรู้สึกโดดเดี่ยวจากการขาดแรงสนับสนุนหรือความร่วมมือจากสมาชิกในทีมสุขภาพในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารการพยาบาลทั้งในระดับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาตนเองให้เข้าสู่การเป็นผู้ปกป้องอย่างเป็นระบบได้เร็วขึ้นโดยใช้รูปแบบการมีที่เสียง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การปกป้องสิทธิผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนั้นจากผลการศึกษายังพบว่า พยาบาลวิชาชีพได้ปกป้องผู้ป่วยได้ในระดับของผู้ป่วยรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถมีบทบาทการปกป้องผู้ป่วยได้ในระดับนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมได้ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องผสมผสานกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ การขอความร่วมมือ และการหาผู้ช่วยในการต่อรอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สภาการพยาบาลควรจัดทำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไว้ในหลักสูตรการอบรมต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษากระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่เกิด

ขึ้นโดยเฉพาะพื้นที่ และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ร่วมแบ่งปันเรื่องราวที่มีคุณค่า และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนจากโครงการพัฒนาอาจารย์

เอกสารอ้างอิง

ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ. (2552, วันที่ 30 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 16 ง. หน้า 28-41 สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559*. นนทบุรี: ศิริยอดการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2552, 24 เมษายน). *เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. ประกาศสภาการพยาบาลที่ 4/2552.

สภาการพยาบาล. (2554). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.

Benner, P. (1984). From novice to expert: *Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Boyle, H. (2005). Patient advocacy in the perioperative setting. *Association of Perioperative Registered Nurses*, 82(2), 251-262.

Bu, X., & Jezewski, M. (2006). Developing a middle range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. New Jersey:

Prentice Hall.

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.

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.

Finkelman, A., & Kenner, A. (2013). *Professional nursing concepts: Competencies for quality leadership* (2nd ed.). United States: Jones & Bartlett Learning.

Fowler, M. D. (1989). Social advocacy. *Heart and Lung*, 18(1), 97-99.

Hanks, R. (2007). Barriers to nursing advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(4), 171-177.

Hellwig, S., Yam, M., & DiGiulio, M. (2003). Nurse case managers' perceptions of advocacy: A phenomenological inquiry. *Lippincott's Case Management*, 8(2), 53-65.

Iacono, M. V. (2007). Nurses: Trusted patient advocates. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 22(5), 330-334.

Josse-Eklund, A., Jossebo, M., Sandin-Bojo, Ann-Kristin., & Wilde-Larsson, K. (2014). Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenographic study. *Nursing Ethics*, 16(2), 673-683.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Sorensen, R., & Ledema, R. (2007). Advocacy at end-of-life research design: An ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1343-1353.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.