

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยด้วยการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พร้อมทั้งบันทึกเทปจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กและมีประสบการณ์ตรงในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หออภิบาลทารกแรกคลอดและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 2 แห่ง จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 64 ราย ผลการวิจัยจะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้ให้ข้อมูล  
ซึ่งประกอบด้วย

1. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
2. วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
3. หลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
4. ผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
5. ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	64	100.00
อายุ (ปี)		
20-25	15	23.44
26-30	25	39.06
31-35	9	14.06
36-40	12	18.70
มากกว่า 40	3	4.69
ศาสนา		
พุทธ	60	93.75
อิสลาม	3	4.69
คริสต์	1	1.56
สถานภาพสมรส		
โสด	35	54.69
คู่	26	40.62
หม้าย/หย่า/แยก	3	4.69
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	63	98.40
ปริญญาโท	1	1.56
หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	28	43.75
หออภิบาลทารกแรกคลอด (NICU)	24	37.50
หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU)	12	18.75
ประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1-5	41	64.07
6-10	13	20.31
11-15	5	7.81
มากกว่า 16	5	7.81

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (ปี)		
1-5	45	70.31
6-10	9	14.07
11-15	5	7.81
มากกว่า 16	5	7.81
การศึกษาเกี่ยวกับจรรยาบรรณในหลักสูตรการศึกษา		
ไม่เคยได้รับ	2	3.13
เคยได้รับ	62	96.87
การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจรรยาบรรณเพิ่มเติมหลังจบการศึกษา		
ไม่เคยเข้าร่วม	5	7.81
เคยเข้าร่วม	59	92.19
เรื่องที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจรรยาบรรณ*		
สิทธิผู้ป่วย	50	78.13
กฎหมาย/จรรยาบรรณวิชาชีพ	47	73.44
การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	18	28.12
ประเด็นขัดแย้งทางจรรยาบรรณ	20	31.20
การตัดสินใจเชิงจรรยาบรรณ	15	23.44

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 64 ราย โดยมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.06 รองลงมาคืออยู่ในช่วงอายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.44 และอายุมากกว่า 40 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.69 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 93.75 นับถือ ศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 54.69 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าเกือบทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 98.44 และร้อยละ 43.75 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมาร เวชกรรม ร้อยละ 37.5 ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกคลอด และร้อยละ 18.75 ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 64.07 มีประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และร้อยละ 70.31 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เด็กระหว่าง 1-5 ปี จากผลการศึกษายังพบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 96.87 ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจ รรยาบรรณในหลักสูตรการศึกษา และร้อยละ 92.19 เคยเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริย

ธรรมภายหลังจากสำเร็จการศึกษา ซึ่งเรื่องที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา จำนวนมากที่สุดได้แก่ เรื่อง สิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 78.13 รองลงมาคือเรื่องกฎหมาย/จรรยาบรรณวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 73.44 ส่วนในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 23.44

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เด็กในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 64 ราย ถึงเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมร้อยละ 1 เหตุการณ์ พบว่า ลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถแบ่งออกเป็น 9 ประเด็น ได้แก่ (1) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น (2) เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (3) ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต (4) คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม (5) เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง (6) อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ (7) ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (8) ยืดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยืดทุกข์ทรมาน และ (9) อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่ โดยนำแต่ละประเด็นขัดแย้งมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (N=64)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
1. ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น	16	25.00
2. เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	12	18.75
3. ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต	10	15.62
4. คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม	7	10.94
5. เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง	5	7.81
6. อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ	4	6.25
7. ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม	4	6.25
8. ยืดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยืดความทุกข์ทรมาน	3	4.69
9. อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่	3	4.69

จากตาราง 2 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 25 (16 ใน 64 ราย) ระบุว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น รองลงมาร้อยละ 18.75 (12 ใน 64 ราย) เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ส่วนเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนน้อยที่สุดระบุว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ ยึดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมานและอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่ ซึ่งมีจำนวน 3 ใน 64 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.69 ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อต้องการให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดีที่สุดจากการดูแลช่วยเหลือโดยบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเด็กซึ่งไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล แต่การรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆให้แก่ผู้ป่วยอยู่นอกเหนือขอบเขตและอำนาจหน้าที่ของตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาคณาจารย์ในสาขาวิชาชีพอื่นเป็นผู้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยแทน แต่เนื่องจากแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรตามมา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ฟังเสียงหายใจแล้วมีเสมหะ เยอะ ก็พยายามจะดูดเสมหะแล้ว แต่ว่าคนไข้ไม่ไอ ดูดเสมหะไม่ออก...คนไข้ก็เหนื่อย เลยปรึกษาหมอ...บอกหมอมว่าคนไข้เขาเหนื่อย ดูดเสมหะไม่ออกเลย เขาไม่สามารถไอออกมาเองได้ น่าจะใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อดูดเสมหะดีไหมเผื่อว่าจะดีขึ้น...หมอไม่ใส่ เพราะบอกว่ามันเสี่ยงที่จะติดเชื้อ...แล้วเราจะทำยังไงละ ในเมื่อเขา (หมอ) ตัดสินใจอย่างนั้นแล้ว เราจะใส่ท่อช่วยหายใจให้คนไข้เองก็ไม่ได้ ก็เลยต้องเคาะปอด แล้วก็ดูดเสมหะให้คนไข้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“...คนไข้เป็นดาวน์ซินโดรมแล้วก็มีปอดบวม...เด็กเหนื่อยมากขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดก็ต่ำ...เลยตัดสินใจรายงานหมอ หมอมาดูสั่งพ่นยาแล้วก็ให้ดูดเสมหะ...สังเกตอาการไปประมาณสักหนึ่งชั่วโมง ระดับออกซิเจนในเลือดก็ยังต่ำ เราดูดเสมหะให้ก็ไม่ดีขึ้น...รายงานหมอไป หมอมาดูก็ยังไม่ได้ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจ...ก็เลยตัดสินใจบอกหมอมว่า หมอน่าจะใส่ท่อช่วยหายใจนะเพราะว่าเด็กเหนื่อยมากขึ้น ดูดเสมหะก็ไม่ดีขึ้น...”

ตอนนั้นก็ไม่ว่าหมอมือเขาจะคิดว่าเราออกคำสั่งหรือเปล่า ที่เราเสนอว่าน่าจะใส่ท่อช่วยหายใจ...เพียงแต่เราต้องการให้คนไข้สบายและให้ได้รับการช่วยเหลือที่เร็วที่สุดแค่นั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 36)

## 2. การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อญาติไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาจากทีมสุขภาพ โดยได้เลือกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของตนเอง ซึ่งเป็นสิทธิของผู้รับบริการในการที่จะปฏิเสธหรือยินยอมรับการรักษา ทีมสุขภาพจึงต้องให้สิทธิในการตัดสินใจ แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลก็รับรู้ว่าการเคารพการตัดสินใจดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรืออาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้อายุประมาณ 3-4 ปี มาด้วยไข้แล้วก็ชัก ตอนหลังก็รู้ว่าเป็นผิวหนังอักเสบ (cellulitis) ขาเด็kbวมมาก รักษาสามสี่วัน ก็ฉีดยาฆ่าเชื้อลินดอล...รักษาค่อนข้างนาน เป็นตั้งแต่บริเวณ ขาหนีบจนถึงตาตุ่ม...แล้วก็เป็นอิสลาม ญาติมาเยี่ยมมาก พอมาเยี่ยมคนโน้นก็พูดอีกแบบ คนนี้ก็พูดอีกแบบ แต่เรา (พยาบาล) รู้ว่าการรักษาอย่างนี้ จะต้องหายแน่นอนเลยที่เคยเห็นๆมา...พอรักษาได้สามสี่วันเขา (ญาติ) ก็จะพากลับไปบ้าน ไปรักษาหมอบ้าน...เรา (พยาบาล) รู้สึกว่าสิ่งที่เขา (ผู้ป่วย) ได้รับตอนนี้ คือดีที่สุดแล้วสำหรับเขา แต่ญาติไม่ยอม จะพากลับบ้านให้ได้ ยิ่งงูๆก็ต้องกลับ...แต่เราก็ทำอะไรไม่ได้เพราะว่ามันเป็นสิทธิของญาติ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 27)

“...เด็กอายุประมาณ 10 ปี โดนงูกะปะกัดมา ที่นี้ต่อมามีอาการแขนบวมแล้วก็มีเนื้อตาย (necrosis) เพิ่มมากขึ้น หมอต้องการทำการผ่าตัดตัดแต่งแผล (debridement) ด้วยความที่ว่าเป็นครอบครัวอิสลาม ญาติเยอะ ครอบครัวใหญ่ ทำให้การตัดสินใจอยู่ที่ผู้อาวุโส อยู่ที่ปู่ตายาย พ่อแม่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้การตัดแต่งแผลช้า ยืดระยะเวลาไปประมาณสองวัน ที่นี้แขนเด็ก็บวมมากขึ้น เนื้อตายเพิ่มมากขึ้น ตอนแรกก็รู้สึกว่าพอเขาจะเซ็นชื่อยินยอมให้ทำแล้ว หมอก็เตรียมผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ปรากฏตอนหลังมาเปลี่ยนใจจะไม่ทำ ที่นี้ก็เป็นความขัดแย้งตรงที่ว่าถ้าเกิดไม่ทำจะเกิดผลเสียกับเด็กตามมา แต่จะทำก็ทำไม่ได้ เพราะญาติก็ยังไม่ยินยอม...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 52)

### 3. ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อญาติต้องการยุติการรักษาโดยไม่ยินยอมให้ทำหัตถการต่างๆ และพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแต่พยาบาลและบุคลากรในที่มสุขภาพเห็นว่าผู้ป่วยควรรับรักษาต่อ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต หรือในกรณีที่ผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาแต่ยังได้รับการช่วยเหลือเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสัญญาณที่บ่งบอกถึงการมีชีวิต พยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งเป็นไปตามบทบาท ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ แม้ว่าจะเกิดความรู้สึกอึดอัดว่าใครควรเป็นบุคคลที่ตัดสินใจยุติการช่วยเหลือชีวิตดังกล่าว ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ผู้ป่วยเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มาด้วยชักเกร็ง...พ่อเขาจะไม่ให้ช่วยซีพีอาร์ (CPR: การช่วยฟื้นคืนชีพ) ไม่ให้การรักษาใดๆทั้งสิ้น...เราพยายามจะคุยกับเขา บอกเขาว่าตอนนี้ลูกยังไม่เสียชีวิต...พยายามใช้วิธีการคุยกับแม่...แต่แม่ก็ให้พ่อตัดสินใจ...พ่อพยายามจะดึงท่อช่วยหายใจออก...หมอก็บอกว่าถ้าเขา (บิดาผู้ป่วย) จะเอาออกก็ให้เอาออก...หมอยังไม่ระบุว่าคนไข้เสียชีวิต...เพียงแต่ว่าสมองอาจจะตายไปแล้ว คิดว่าคนไข้ น่าจะมีสิทธิของเขาที่จะได้รับการรักษาต่อ ถึงเขาจะสมองตายไปแล้ว...น่าจะรอให้เขาเสียชีวิตไปเอง...พ่อเขาก็ไม่ยอมรับ คือจะเอาลูกกลับบ้าน เราก็ทำอะไรไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“...คนไข้ที่คลอดออกมาแล้วมีปัญหาความผิดปกติผิดปกติหลายอย่าง...คนไข้คนนั้นรู้สึกจะอยู่สักสองเดือน...หมอคนแรกไม่ให้การรักษาแล้ว แต่หมอคนที่สองยังต้องการรักษาต่อจนเสียค่ารักษาไปเยอะ ในที่สุดเด็กก็เสียชีวิต...ที่จริงพ่อแม่อยอมรับได้แล้วว่าลูกเขาอยู่ในสภาพแบบนี้ก็ไม่อยากให้ช่วย...ถ้าตามความรู้สึกจริงๆคือไม่น่าจะให้ช่วยเหลือเด็กคน นี้เลยตั้งแต่แรก เพราะว่าตามสภาพที่เป็นนี้มันผิดปกติมาก...เราสามารถรู้สึกได้ คิดว่าน่าจะเป็นอย่างนั้นคิดว่าน่าจะเป็นแบบนี้ แต่ว่าเราไม่มีสิทธิตัดสินใจ เพราะว่าอำนาจการตัดสินใจทั้งหมดมันไม่ได้อยู่ที่เรา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

### 4. คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมกัน ตาม

สิทธิของผู้รับบริการ ที่ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ แต่อยู่นอกเหนืออำนาจที่ตนเองจะสามารถจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันได้ เนื่องจากในสถานการณ์ดังกล่าวตนเองไม่ได้มีอำนาจในการเจรจาต่อรอง ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทุกราย ให้ได้รับการดูแลด้วยความยุติธรรม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีผู้ป่วย 2 ราย เป็นโรคเดียวกัน...เป็นคนไข้ที่จะต้องรอการผ่าตัด ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตค่อนข้างจะใกล้เคียงกัน...คนหนึ่งเป็นลูกของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของเรา แล้วทางหัวหน้าตึกก็อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้และก็อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา ทั้งๆที่ตามระเบียบของตึกไม่ได้มีข้อยกเว้น กับอีกเตียงหนึ่งซึ่งไม่ได้รับสิทธิให้เข้าเยี่ยมเหมือนลูกชายเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล...ตามความรู้สึกของตัวเองคือเกิดความขัดแย้ง... ดูเหมือนกับการแบ่งแยกหรือเปล่า...เพราะเราก็เป็นคนเหมือนกัน...มีความรู้สึกว่ามันไม่ยุติธรรม...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

นอกจากประเด็นในเรื่องของการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังเกิดความรู้สึกคับข้องใจเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤตได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันได้ อันเนื่องมาจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือชีวิตที่ไม่สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกันในช่วงเวลาวิกฤต และเมื่อคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ ทีมสุขภาพส่วนใหญ่จึงมีความเห็นตรงกันที่จะเลือกให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นไปใช้ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยรายอื่นก็มีความต้องการเพื่อใช้ในการช่วยเหลือชีวิตเช่นเดียวกัน จึงทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความยุติธรรม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เด็กคนนี้เป็นเด็กที่ต้องรักษานาน ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอด แต่ว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คือมีคนไข้อื่นที่จำเป็นต้องใช้เครื่องนี้...แพทย์ก็คิดว่าต้องเอาเครื่องจากคนนี้ไปให้คนอื่นหนึ่ง เราทำงานอยู่เราเห็นคนไข้ ถ้าจะเอาของ (เครื่องช่วยหายใจ) เขาไปเขาก็คงหายใจเหนื่อย...เราเป็นคนที่อยู่กับญาติแล้วก็อยู่กับคนไข้ตลอด เหมือนกับว่าเอาของเขาไปให้คนอื่น...เราก็พยายามพูดคุยกับญาติ เพราะว่าอีกคนหนึ่งก็จำเป็น...อาการของคนนี้เรารู้ น่าจะใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างอื่นที่มาเปลี่ยนได้...เราเลยรู้สึกขัดแย้งตรงที่ว่าต้องเอาเครื่องช่วยหายใจของเขาไปให้คนอื่นหนึ่ง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)



#### 5. เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งเมื่อการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นในครอบครัว ไม่ได้ได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล การบอกความจริงเพื่อป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้ได้รับอันตราย การบอกความจริงที่อาจมีผลกระทบต่อประโยชน์ของส่วนรวม ทั้งที่พยาบาลรับรู้ว่าการบอกความจริงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญตามจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่ในบางครั้งก็ไม่สามารถที่จะบอกความจริงทั้งหมดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ จึงทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดใจว่าควรปฏิบัติอย่างไรดี ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เป็นคนไข้เด็กชกจากไข้สูงอาการหนัก เป็นปอดบวมด้วย แรกๆอาการหนักมาก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจตลอด จนเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เรื่อยๆ หมอก็วางแผนที่จะเอาท่อช่วยหายใจออก...ตอนนั้นญาติเขารู้สึกดีแล้วนะว่าเด็กคงจะหาย แต่พอมามากก็เด็กอาการแยลง...วันนั้นเด็กหัวใจหยุดเต้น แล้วก็ต้องปั๊มหัวใจ...ไม่ได้บอกความจริงที่เกิดขึ้นกับญาติหมด แต่ว่าบอกอาการเด็กที่แยลงขณะนั้น...เพราะว่ากลัวว่าเขาจะรับไม่ได้ กลัวว่าเขาจะมองที่งานไปในทางลบ...เรารู้สึกอึดอัดมาก แต่ก็บอกไม่ได้อยู่แล้วนะความจริง ถ้าเกิดบอกไปเขาก็จะมองไปในทางที่ลบหมดเลย ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 50)

“...คนไข้หลังคลอด 4 วัน เป็นลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด...อาการก็แยลง ท้องอืดตึงมากขึ้น แล้วก็มีปัญหาเรื่องการหายใจ...ผ่าตัดไปครั้งที่สองแล้วก็ยังไม่ดีขึ้น พ่อพามาเยี่ยม...ก็มาบอกกับพยาบาล...อยากให้บอกแม่ว่าลูกอาการไม่หนักมาก เพราะว่า เป็นห่วงแม่...เราก็อสงสารนะ แต่ในขณะนั้นเด็กแยลงจริงๆ...แต่ว่าพ่ออยากให้เราคุยกับแม่ ว่าเด็กยังดีอยู่ ยังมีหวังที่จะรักษารอด...ถ้าสมมติว่าเราบอกแม่ไปว่าเด็กอาการยังดีในขณะที่เด็กแย่มากๆ เท่ากับเราไปให้ความหวังเขา แล้วสุดท้ายลูกเขาเสียชีวิตจริงๆ เขาคงจะรับไม่ได้...แต่ถ้าบอกอาการจริงของเด็กให้ได้รับรู้เขาก็จะได้เตรียมตัวเตรียมใจ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 57)

#### 6. อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งในลักษณะของการที่พยาบาลรู้ว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยบางอย่างอาจไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง แต่ตนเองไม่สามารถช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยเฉพาะไม่สามารถตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ เนื่องจากไม่มีอำนาจ

จึงตกอยู่ในภาวะจำยอม แต่ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าต่อไปนี้

“เด็กมีความพิการแต่กำเนิดแล้วก็เป็นโรคหัวใจด้วย...ต้องให้ออกซิเจนตลอด... ตอนนั้นมีปัญหาว่ารับเด็กมาใหม่หลายคนแล้วก็ต้องให้ออกซิเจน...น้องเขา (ผู้ป่วย) อายุ ครบสองเดือน หมอเขาก็พิจารณาว่าให้ย้ายออกไปอยู่อีกตึกที่ต้องให้ญาติเฝ้า...แต่พ่อแม่ เขายังไม่พร้อม...เขาบอกว่าเขาก็มีภาระเหมือนกัน ให้ไปเฝ้า 24 ชั่วโมงแบบนี้เขาก็ไม่ เอะ...เราก็ลำบากใจเหมือนกัน จริงๆแล้วเราก็ไม่อยากจะย้ายแต่ก็มีเหตุ มันจำเป็นต้อง ย้ายออกไป...หัวหน้าบอกว่ายังไงก็ต้องย้ายเด็กคนนี้ออกไป แล้วก็ให้คุยกับหมอ...หมอมมา ก็บอกว่าย้ายเลยไม่ต้องรอแล้ว...สงสารเด็ก จำเป็นต้องย้ายแต่เราไม่อยากจะย้ายเลย...เรา ไม่มีอำนาจตรงนี้จะให้เด็กอยู่...ไม่อยากจะให้ทั้งๆขำๆแล้วตายเหมือนกับว่าไม่สมศักดิ์ ศรีกับชีวิตเขา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 26)

“...มีรับใหม่คนไข้หายใจเหนื่อยและต้องให้ออกซิเจน ตอนนั้นคนไข้ที่ตึกเต็มแล้ว ก็มีเสริมข้างนอก...ก็จำเป็นจะต้องย้ายคนไข้ไปตึกอื่น...หลังจากที่บอกพี่หัวหน้าเวรว่า มีรับใหม่ เขา (พยาบาลรุ่นพี่) ก็ได้สกรีนออกมาคนหนึ่งซึ่งเป็นคนไข้ที่อาการยังต้องติด ตามเพราะยังดูหายใจเหนื่อยๆผลเลือดก็มีเอชโอวีบวกแล้วก็มีเกร็ดเลือดต่ำ...ในตอนนั้นมีความรู้สึกว่าจะไม่ต้องย้ายคนไข้ไป ซึ่งตามข้อตกลงระหว่างตึก ถ้าเกิดว่าคนไข้ที่อาการ ต้องติดตามทางตึกเราจะต้องเป็นคนดู...ก็ได้บอกกับพี่เขาไปว่าเปลี่ยนเป็นคนไข้คนอื่นไม่ได้ เหมอ...ในฐานะที่เขาเป็นหัวหน้าเวร เขายืนยันว่าต้องการที่จะย้ายคนไข้ไป เราก็เลยต้อง ย้ายคนไข้ไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

#### 7. ไร้อำนาจในการตักเตือนเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็น ประเด็นขัดแย้งเมื่อพบว่าบุคลากรใช้วาจาที่ไม่สุภาพ แสดงสีหน้าท่าทาง หรือมีกิริยาก้าวร้าว ต่อผู้ ป่วยและบุคคลในครอบครัว หรือแม้กระทั่งต่อบุคลากรในที่มสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ ไม่มีโอกาสตอบโต้หรืออยู่ในฐานะที่ไม่สามารถชี้แจงได้ ในขณะที่ตัวพยาบาลเองก็รับรู้ว่าเป็นพฤติ กรรมที่ไม่เหมาะสมแต่ไม่สามารถตักเตือนได้ เนื่องจากความต้อยอาวุโสหรือไม่มีอำนาจ จึงกลายเป็น ความรู้สึกอึดอัดใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ผู้ป่วยเด็กเป็นโรคปอดเรื้อรังแล้วก็เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วย...พยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้านไปพบว่าเด็กคนนี้มีไข้สูงมากแล้วก็หายใจเหนื่อย...ก็เลยนำส่งโรงพยาบาล...ผู้ร่วมงานคนหนึ่งพูดว่า เามาทำไม? ไม่ปล่อยให้ตายที่บ้าน เพราะการรักษาที่ให้ก็แค่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย...มีความรู้สึกที่ว่าทำไมต้องพูดอย่างนี้กับเด็กในเมื่อเด็กพูดไม่ได้ แต่สิทธิของผู้ป่วยถึงเขาพูดไม่ได้ว่าต้องช่วยเขา...คิดว่าเราต้องช่วย...มีความรู้สึกแย่มากกว่าทำไมต้องพูด...แต่เราก็ไม่มีอำนาจไปได้แย้งอะไรกับเขา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“...วันนั้นเป็นเจ้าของคนไข้ แต่ว่าจะมีพี่ที่อาวุโสกว่าอยู่เเวร ญาติคนไข้มาเยี่ยม แต่เขาเข้ามา พี่บอกว่าเข้าเยี่ยมไม่ได้ หมดเวลาเยี่ยม แต่ทั้งนี้เสียงและท่าทางที่พูดกับญาติ มีความรู้สึกที่ว่าถ้าเราเป็นญาติก็คงรู้สึกไม่พอใจเหมือนกัน พี่เขาพูดลักษณะแบบนั้น...ถ้าเราเป็นญาติของคนไข้ ถ้าเกิดว่าไม่สบาย เราก็ต้องเป็นห่วง คนเป็นห่วงก็ต้องการที่จะมาดูแล เข้าใจว่าเป็นกฎระเบียบแต่บางทีจิตใจของคนเป็นญาติก็ต้องการเข้าเยี่ยม...ก็ไม่กล้าที่จะพูดขัดแย้งไปว่าพี่ที่พูดจากรุนแรงไป...คือไม่น่าจะพูดแบบนั้น แต่เราก็พูดอะไรไม่ได้...คิดว่าถ้าพูดก็คงมีปัญหาตามมาแน่นอน เพราะว่าพี่เขาอายุมากกว่า...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 49)

#### 8. การยึดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งในลักษณะของผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาแต่ยังได้รับการช่วยเหลือชีวิตด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้เป็นไปตามที่ญาติร้องขอหรือเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่พยาบาลรับรู้ว่าการกระทำดังกล่าว แม้ว่าจะช่วยยืดชีวิตแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ผู้ป่วยมีความผิดปกติของผนังหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดปิดได้...หมอเองก็คุยกับญาติแล้วว่ายังไงก็ปิดแผลไม่ได้ ถ้าปิดไม่ได้เด็กก็ต้องไม่รอดจบด้วยติดเชื้อ แล้วก็เสียชีวิต...ผ่าตัดไปประมาณ 5-6 ครั้ง หลังผ่าตัดทุกครั้งเขาก็ปวด คือแสดงให้เห็น ทั้งสีหน้าแล้วก็สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง...คนไข้ดูทุกข์ทรมานมากขึ้นทุกวัน เพราะว่าจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นก็คือมีติดเชื้อในแผล...ผลมันลงอยู่ที่คนไข้เนาะ เขาทรมาน เห็นสีหน้าเขาไม่เคยมีความสุขเลย...มีความรู้สึกสงสารเด็ก เพราะยังไงเขาก็ต้องเสียชีวิต ทำไมต้องปล่อยให้ทรมานนานขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ตอนอยู่เวรดึกมีเด็กที่แม่ทำแท้งมา...พอมมาถึงที่หน่วยงาน สภาพเด็กตอนนั้นก็ใส่ท่อช่วยหายใจ...ซาก็หักหมด แล้วก็เกิดมาผิดปกติทุกอย่าง แต่หมอก็ตัดสินใจที่จะช่วยสำหรับตัวเองคิดว่าความเป็นไปได้ของเด็กที่จะรอดชีวิตแทบจะไม่มีเลย ถึงแม้ว่าจะช่วยอย่างเต็มที่แล้ว... มีแต่แย่งๆ ช่วยไปก็ไม่ดีขึ้น ก็เลยรู้สึกท้อ...อยากให้เขาได้ตายอย่างสงบสุข ไม่ควรที่จะทำหัตถการอะไรต่างๆแก่เขาแล้วเพราะสภาพเด็กคือไม่ไหวจริงๆ...คิดว่าอยากให้น้องเขาตายอย่างสงบสุขมากกว่า ไม่อยากให้เขาต้องทุกข์ทรมาน...ผลสุดท้ายเด็กก็ไม่ไหวจริงๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18)

9. อยากปฏิเสธรูการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามบทบาทหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งเมื่อต้องการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงและมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายของเชื้อมาสู่ตนเอง โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาติดต่อกันยาวนาน ในบางครั้งจึงต้องการผลึกการดูแลผู้ป่วยไปให้แก่บุคลากรอื่น นอกจากนี้ ยังรับรู้ว่าการทำหัตถการต่างๆจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น แต่ด้วยบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงทั้งที่ตนเองต้องการจะปฏิเสธรูการดูแลผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าต่อไปนี้

“เด็กเป็นวัณโรคและโรคเอดส์ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ ประมาณหนึ่งอาทิตย์...พอหยุดไปวันหนึ่งก็ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยอีก มีความรู้สึกที่ว่าทำไมต้องได้คนเดียว ทำไมคนอื่นไม่ได้...กลัวติดโรคจากคนไข้ อยากให้คนอื่นมามีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้คนนี้บ้าง เราไม่จำเป็นต้องดูแลคนเดียว...คือเราต้องเข้าไปสัมผัสเยาะซึ่งเราอาจจะติดโรคก็ได้ ตอนนั้นมีความคิดว่าจะไปเอ็กซเรย์ดูว่ามีติดโรคปอดรีเปล่า...ก็พูดคุยกับเพื่อนร่วมงานว่าเป็นเราอีกแล้ว แต่เราก็ต้องดูแล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

“เป็นคนไข้ติดเชื้อเอชไอวี มาด้วยปอดบวม...วันนั้นคนไข้หายใจไม่ดี หมอก็ใส่ท่อ

ช่วยหายใจ...มีการรักษาเยอะมาก ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ก็ต้องเจาะเลือดดูระดับออกซิเจน...คนไข้ติดเชื้อเอชไอวีก็เสี่ยงกับพยาบาลในการที่จะต้องไปแทงเส้นตอนที่กำลังซื้อคอกอยู่...อยู่ในบทบาทของพยาบาลก็ต้องทำ...คนไข้แบบนี้ปัจจัยเสี่ยงก็สูงขึ้น ตัวพยาบาลเองก็เสี่ยง หมอที่ใส่ท่อก็เสี่ยงเหมือนกัน...ถ้าเสี่ยงแล้วได้ผลคุ้มค่างี้ควรจะเสี่ยง แต่ว่านี่เสี่ยงแล้ว สุดท้ายเขาก็เสียชีวิตนะ..."

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 64)

### วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สามารถแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ (1) การแสดงบทบาทวิชาชีพโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลัก (2) ปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน และ (3) รักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยนำแต่ละวิธีการมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (ตาราง 3)

#### ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (N=64)

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. แสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลัก	42	65.63
ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่	24	37.50
อธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม	18	28.13
พยายามโน้มน้าวให้บุคลากรอื่นปฏิบัติตาม	6	9.38
2. ปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน	35	54.69
ปรึกษาพยาบาลผู้ร่วมงาน	18	28.13
ปรึกษาแพทย์	17	26.56
ปรึกษาพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย	10	15.62
ปรึกษาพยาบาลเวรตรวจการ	2	3.13
3. รักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง	10	15.62
ปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า	7	10.94
ให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตน	3	4.69

\*หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่า 1 วิธี

จากตาราง 3 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้วิธีการต่างๆกันในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่า 1 วิธี ซึ่งการตัดสินใจ

แสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลัก เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้มากที่สุด จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.63 ในจำนวนนี้ พบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ เป็นสิ่งที่พยาบาลเลือกปฏิบัติเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 สำหรับวิธีการตัดสินใจที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 54.69 ใช้รองลงมา ได้แก่ ปรีกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน ในจำนวนนี้ พบว่า มีการปรึกษาพยาบาลผู้ร่วมงาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.13 และร้อยละ 15.62 ใช้วิธีการหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้งในลักษณะของการปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าและให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตน โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. แสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลัก

1.1 ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 24 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของปฏิบัติการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามความรู้ความสามารถและอยู่ในขอบเขตที่กระทำได้ในขณะนั้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...พ่อแม่มอมปล่ยให้เด็กเสียชีวิตแล้ว...แต่เรายังเห็นน้องเขา เราดูแลน้องเขาอยู่ทุกวัน...จะปล่ยไปยังไง เวลาดูแลก็ต้องดูแลให้...ต้องให้นม เพราะมันเป็นหน้าที่ของเรา...อยากจะทำหน้าที่ของพยาบาลให้ดีที่สุด อยากจะช่วยเหลือคนไข้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้...ถ้าเกิดช่วยน้องเขาต่อไป คิดว่าเขาอาจจะอยู่ได้นานกว่านี้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“...เป็นคนใช้ศัลยกรรม มีแผลผ่าตัดหน้าท้องแล้วก็แผลผ่าตัดลำไส้ รักษาอยู่นาน...หมอก็ไม่มีแผนการรักษาอะไรเพิ่มเติมแล้ว...เราก็ทำเท่าที่ทำได้ หน้าที่ของเราก็คือยังให้นม แล้วก็ยังทำแผลให้ทุกวัน ดูแลความสะอาดทั่วไป...ช่วยดูแลคนไข้คนนี้อย่างปกติ...รู้สึกสงสารเด็ก อยากจะช่วย...ถึงแม้ว่าจะไม่รอดก็อยากจะให้เขาได้เต็มที่ คิดอย่างนั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 62)

1.2 อธิบายหรือให้ข้อมูลแก่ญาติเพิ่มเติม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ใน 64 ราย

คิดเป็นร้อยละ 28.13 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการอธิบายให้ข้อมูลแก่บิดามารดาหรือญาติ รวมทั้งผู้ป่วยในรายที่สามารถรับรู้และเข้าใจ ในเรื่องอาการ วิธีการรักษาและเหตุผลในการปฏิบัติเพื่อความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล อันจะนำมาซึ่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้เจาะคอแล้วก็ต้องให้ออกซิเจน มีเสมหะออกมาก ต้องดูแลให้บ่อยๆ ญาติเห็นว่ารักษานานแล้วไม่มีทางหาย ก็เลยจะพาคนไข้กลับบ้าน...ตอนที่ญาติบอกว่า จะเอากลับบ้านก็คุยอีกรอบหนึ่งว่า ถ้าพากลับบ้านไป คนไข้ก็จะมีเสมหะออกเยอะแล้วก็รู้สึกระส่ำกระส่าย...แต่ยาก็ยังยืนยันว่าจะเอากลับบ้าน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 51)

“...คนไข้เป็นโรคไต...อัลบูมินต่ำ แล้วก็ซีด...จำเป็นต้องให้เลือดและอัลบูมิน มีปัญหาว่าแทงเส้นไม่ได้ แขนงไปหลายครั้งจนญาติไม่พอใจ...บอกเขาว่ามันจำเป็นต้องให้ ถ้าแทงไม่ได้ก็ต้องแทงใหม่...จะแทงใหม่เขาก็ไม่ยอมให้ทำ...บอกญาติว่าเด็กบวม หาเส้นไม่ได้ เราก็อพยายามแล้ว เขาก็ไม่พอใจ ไม่สมัครอยู่จะขอเอาลูกกลับ เขาไม่ยอมทำเดี่ยว... ถ้าเกิดเขาเอากลับไปคืนนั้นเด็กก็แย่นะ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 60)

1.3 พุดคุยโน้มน้าวบุคลากรอื่น ๆ ให้ปฏิบัติตาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.38 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการพยายามพุดคุยเพื่อเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติแก่แพทย์เพื่อให้การรักษาหรือทำการตัดการต่างๆ ที่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...บอกหมอว่าหาเส้นไม่ได้เลย หมอจะทำยังไง...แทงเส้นยาก เด็กมีน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย ให้หมอใส่สายเพื่อให้สารน้ำทางเส้นเลือดที่สะดือ (umbilical cath) ดีกว่า... เพราะว่ามันประมาณครึ่งชั่วโมงแล้ว...เราก็เป็นคนหนึ่งที่พุดโน้มน้าวหมอ...อยากให้คนไข้ดีขึ้นเพราะว่าคนไข้อาจจะเหนื่อยจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าเกิดว่าได้น้ำตาลในเลือดเขาก็จะต้องหายใจดีขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16)

“...เด็กที่คลอดออกมาแล้วมีปัญหาเรื่องการหายใจ...สภาพเด็กที่เห็นตอนนั้นก็คือ

ตัวจะซีด คล้ำ แล้วก็หายใจค่อนข้างลำบาก...ช่วงนั้นเด็กเริ่มแย่งๆ หายใจก็ไม่ได้...รายงานหมอไปบอกว่าเด็กไม่ไหวแล้วนะคะ น่าจะใส่ท่อช่วยหายใจดีไหม ความดันเลือดก็ต่ำด้วย หมอใส่สายเพื่อให้สารน้ำทางเส้นเลือดที่สะดือ (umbilical cath) ดีไหม...ช่วงเวลาตรงนั้นคิดว่าชีวิตของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 32)

## 2. ปรีกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน

2.1 ปรีกษาพยาบาลผู้ร่วมงาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.13 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการพูดคุย ปรีกษาในฐานะผู้ร่วมวิชาชีพเดียวกันและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...อีกเตียงหนึ่งเขาไม่ได้รับสิทธิให้เข้าเยี่ยมนอกเวลาเหมือนลูกชายเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล...เขาก็จะมาชะเง้อดู บางทีก็อาจจะเปิดประตูดู...เลยไปปรึกษากับพี่ (พยาบาลที่อยู่เวรด้วยกัน) บอกว่าถ้าเป็นเราจะรู้สึก ว่าทำไมคนนั้นอยู่ได้แล้วทำไมเราถึงอยู่กับลูกเราไม่ได้ เพราะเราก็เป็นคนเหมือนกัน...ก็ปรึกษากันว่าเราจะทำยังไงกันดี...ให้แม่เขาอยู่กับเด็กดีไหม คือเด็กเขาต้องการแม่ด้วยเพื่อว่าอาการอื่นๆเขาจะดีขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“...พยาบาลเจ้าของไข้เดินเข้าไปดูคนไข้แล้วก็เดินกลับมา นั่งได้สักพัก ญาติก็มาตามอีก บอกว่าเด็กเหนื่อยมากแล้วก็ไอตลอดเลย นอนไม่ได้...เขา (พยาบาลเจ้าของไข้) ก็เดินไปดูแล้วก็เดินกลับมา เขาไม่ได้ทำอะไรเลย เราอยู่ในเหตุการณ์ด้วยเราก็ส่งสารนะ เด็กเหนื่อยแล้วก็ไอตลอด...ก็คุยกันกับพี่หัวหน้าเวรว่าเด็กเหนื่อยนะ ทำไมเจ้าของคนไข้ไม่ทำอะไร...เราก็ไปประเมินอาการ ฟังปอด แล้วก็มาบอกพี่ (พยาบาลหัวหน้าเวร) ว่าจะไปพ่นยาให้เขา (ผู้ป่วย) พ่นยาเสร็จ ดูดเสมหะให้ เด็กก็ดีขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 45)

2.2 ปรีกษาแพทย์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 17 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.56 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาว่าควรตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างไร หรือปรึกษาเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้



“...เด็กคนนี้เป็นเด็กที่ต้องรักษานาน...ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอด แต่ว่าจำเป็น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คือมีประเด็นขัดแย้งตรงที่ว่ามีคนไข้อื่นที่จำเป็นต้องใช้เครื่องนี้... ก็พูดคุยปรึกษากับแพทย์ เมื่อตกลงกับแพทย์แล้วก็จำเป็นต้องเอาเครื่องช่วยหายใจไป จริงๆ ต้องให้คนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดอื่นแทน...หมอเขาก็รับรองว่าจะดูแลให้เต็มที่ เหมือนเดิม...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)

“...ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย แต่มาด้วยเรื่องไข้สูง หาสเหตุ ไม่ได้ หมอก็ให้ลองเจาะเชชไอวี ปรากฏว่าผลบวก พอผลมาแล้วเจาะไม่กล้าบอกผลแก่ พ่อแม่ผู้ป่วย...ก็ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อนที่เราควรบอกวินิจฉัยที่แท้จริงของเขาหรือเปล่า... เพราะเขาจะถามทุกคนเลยว่าลูกเขาเป็นอะไรกันแน่...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 55)

2.3 ปรึกษาพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็น ร้อยละ 15.62 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการพูดคุย เพื่อให้ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าพยาบาลในระดับปฏิบัติการรับทราบปัญหา ช่วย ประสานงานและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ผู้ป่วยมีความผิดปกติของผนังหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดปิดได้...รู้สึกอึดอัด ใจตรงที่ว่า ไม่มีใครสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อไหร่ที่ควรจะหยุดรักษา...คำรักษาก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ...ก็เลยลองคุยกับหัวหน้าอีกครั้งหนึ่ง หัวหน้าตึกเขาก็บอกว่า เขาไม่รู้จะทำไงเหมือนกัน ก็ปล่อยเลยตามเลยแล้วกัน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“...เด็กเป็นวัณโรคและโรคเอดส์ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ ประมาณ หนึ่งอาทิตย์...มีความรู้สึกว่าระยะเวลาที่เราดูนั้นมันยาวนานเกินไป...กลัวติดโรคจากคน ไข้...ก็ไปปรึกษากับหัวหน้าว่าขอเปลี่ยนไปดูแลคนไข้คนอื่นบ้างได้ไหม ตอนนั้นหัวหน้ากำลัง มอบหมายงานพอดี...ถ้าเราพูดมีเหตุผล หัวหน้าเขาก็ฟัง...เขาก็แก้ปัญหาให้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

2.4 ปรึกษาพยาบาลเวรตรวจการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.13 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการพูดคุย

ขอคำแนะนำในการปฏิบัติหรืออยู่นอกเหนืออำนาจของตนเองเมื่อต้องปฏิบัติงานในเวลานอกราชการและไม่มีหัวหน้าหรือผู้ช่วยปฏิบัติงานในขณะนั้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...พอบอกว่าเป็นกฎของโรงพยาบาลต้องรอครบสองชั่วโมงก่อน เขาก็บอกว่าขอกลับก่อนได้ไหม เพราะต้องพาลูกไปทำพิธีให้เสร็จก่อนพระอาทิตย์ตกดิน...ก็โทรติดต่อกับเวรตรวจการ เล่าเหตุการณ์ให้ฟังว่าเรื่องเป็นอย่างไร พี่ก็แนะนำมาว่าให้ทำแบบนี้...บอกว่าให้ญาติเห็นยินยอมว่าขอนำศพไปก่อนที่จะรอจนครบสองชั่วโมง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

### 3. รักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

3.1 ปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 7 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่ต้องหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุคลากรอื่นทั้งที่การกระทำดังกล่าวอาจขัดต่อความรู้สึกของตนเอง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...น้องเขา (ผู้ป่วย) อายุครบสองเดือน หมอก็พิจารณาว่าให้ย้ายออกไปอยู่อีกตึกที่ต้องให้ญาติเฝ้า...แต่พ่อแม่เขายังไม่พร้อม...เราก็ลำบากใจเหมือนกัน...วันนั้นโทรไปไม่เจอญาติ หัวหน้าบอกว่ายังไงก็ต้องย้ายเด็กคนนี้ออกไปแล้วก็ให้คุยกับหมอ...ตกลงว่าต้องตามใจหัวหน้า ตามใจหมอคือย้ายลงไปเลยไม่ต้องรอ ไม่ต้องตามพ่อตามแม่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 26)

“...ตอนนั้นมีความรู้สึกว่าทำไมต้องย้ายคนไข้ไป ซึ่งตามข้อตกลงถ้าเกิดคนไข้มีอาการที่ต้องติดตาม ทางตึกเราจะต้องเป็นคนดูแล...แต่เนื่องจากว่าตอนนั้นพี่เขาเป็นหัวหน้าเวร พี่เขา รับผิดชอบ...ก็ต้องย้ายคนไข้ไปเพราะว่าในฐานะที่เขาคือหัวหน้าเวร เขายืนยันว่าต้องการที่จะให้คนไข้ไป...คือเราไม่ยอมมีปัญหาเพราะว่ายังต้องทำงานร่วมกันอีกนาน ก็เลยย้ายคนไข้ไปดีกว่า จะได้ไม่มีปัญหาอะไรเกิดขึ้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

3.2 ให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ไม่เข้าไปปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองหรือทำหัตถการต่างๆแก่ผู้ป่วยแต่ให้บุคคลอื่นเข้าไปปฏิบัติแทนเมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับญาติ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เด็กไม่สามารถที่จะไอออกมาเองได้ ก็พยายามอธิบายยายเขา (ยายผู้ป่วย) แต่ เขาก็บอกว่าไม่ต้องๆ คือ เขาจะไม่ให้ดูตมทะเลเลย...เราอธิบายไปแล้วเขาก็ไม่ยอมรับ ถ้าเรายังเข้าไป มันก็จะยิ่งเพิ่มความขัดแย้งให้กับเขาแล้วเราก็เพิ่มขึ้น...พยายามไม่เข้าไปยุ่ง...ก็ให้น้องคนอื่นที่ไม่มีปฏิกริยากับเขา (ยายผู้ป่วย) เข้าไปดีกว่า...พยายามเบี่ยงตัวเรา มา เพราะเดี๋ยวจะมีปัญหา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นอกจากพยาบาลจะใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ก็ต้องพยายามหาหนทางให้ตนเองคลายเครียดโดยการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงการพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อให้คลายความรู้สึกอัดอั้นคับข้องใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ต้องทำใจ...ในบทบาทนี้เราก็ยอมรับว่าเราไม่ใช่หัวหน้าเวร เราไม่มีสิทธิ

**ในการ**

**ตัดสินใจ**...เราไม่น่าจะมายึดติดอะไรแบบเดิมๆ เราควรจะประเมินคนไข้ ทำไมไม่คิดว่าเขา (ผู้ป่วย) ต้องได้อะไรดีๆ...ก็ยังรู้สึกแย่นะ พอไปถึงที่พลตก็คุยกับน้องอีกคน คุยๆๆ พอขึ้นมา (ขึ้นปฏิบัติงาน) ก็คุยกับน้อง ถามน้องเขาว่า ถ้าเป็นตัวเองจะทำยังไงก็มาคุยกัน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 39)

“...เวลาที่ดูตมทะเลด้วยกัน เขา (พยาบาลรุ่นพี่) จะทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค (contamination)...คือดูแล้วมันขัดแย้งกับตัวเอง แต่ว่าทำอะไรไม่ได้ เพราะว่าตัวเองเป็นน้องใหม่...เวลากลับไปที่ห้องจะมีเพื่อน มีอะไรคับข้องใจก็จะพูดกัน...อึดอัดก็เลยไปพูดกับเพื่อน เพื่อนเป็นที่ระบายของเรา...กับเพื่อนๆนี้จะคุยได้ทุกเรื่องถ้ามีปัญหาอะไร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 48)

*หลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการหรือเหตุผลที่พยาบาลเด็กใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สามารถแบ่งออกเป็น 9 ประการ ได้แก่ (1) หลักจริยธรรม (2) แนวคิดเชิงจริยธรรม (3) จรรยาบรรณวิชาชีพ

(4) คุณค่า (5) ประสบการณ์ (6) สิทธิผู้ป่วย (7) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก และ (8) กฎหมาย โดยนำแต่ละหลักการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจมาแจกแจงความถี่และหาร้อยละ (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (N=64)

หลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. หลักจริยธรรม	44	68.75
- การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์	21	32.81
- การกระทำที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย	13	20.31
- การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคล	9	14.06
- ความยุติธรรม	8	12.50
- การบอกความจริง	4	6.25
2. แนวคิดเชิงจริยธรรม	22	34.38
- ความเอื้ออาทร	13	20.31
- ความร่วมมือ	6	9.38
- ความรับผิดชอบ	5	7.81
- การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย	3	4.69
3. จรรยาบรรณวิชาชีพ	17	26.56
4. คุณค่า	13	20.31
5. ประสบการณ์	10	15.62
6. สิทธิผู้ป่วย	10	15.62
7. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก	9	14.06
8. กฎหมาย	4	6.25

\*หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลใช้หลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่า 1 อย่าง

จากตาราง 4 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้หลักการหรือมีเหตุผลในการตัดสินใจที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบางรายใช้หลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจมากกว่า 1 อย่าง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จำนวน 44 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75 ใช้หลักจริยธรรมในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงการกระทำที่ดีและเป็นประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 32.81 รองลงมาผู้ให้ข้อมูลใช้แนวคิดเชิงจริยธรรม เป็นหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 34.38 ส่วนกฎหมายเป็นหลักการหรือเหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้น้อยที่สุดคือ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 โดยมีรายละเอียดดังนี้

## 1. หลักจริยธรรม

1.1 การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงถึงความเมตตากรุณา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและถูกต้อง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ถ้าเกิดว่าได้เอาเสมหะออกมา คนไข้ น่าจะหายใจดีขึ้น...คิดว่าทำเพื่อคนไข้ ประโยชน์ของคนไข้ให้มากที่สุด เพื่อให้คนไข้สบายแล้วก็ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“...เราจะยึดคนไข้ก่อน สิ่งไหนให้คนไข้ก่อนได้ก็ให้ก่อน ในความรู้สึกรักษาเราที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ...ก็คือให้ในสิ่งที่ดี ถ้าเกิดว่าทางเขาก็เจ็บ น้ำเกลือก็ไม่ได้ กินก็กินไม่ได้ หายใจเหนื่อย ให้ทางอื่นก็ให้ไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16)

1.2 การกระทำที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.31 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการป้องกันสิ่งที่ไม่ดี ลดความเสี่ยงในการก่อให้เกิดอันตราย หรือกำจัดสิ่งที่ไม่ดีหรืออันตรายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในสภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์คับขัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เด็กเหนื่อยมากขึ้น ดูดมเสมหะก็ไม่ดีขึ้น...ประเมินคนไข้ดูแล้วว่าแย่ง ญาติก็กังวล เลยตัดสินใจไปเลยว่ารายงานหมอดีกว่าให้ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ...เราต้องการให้คนไข้สบายและให้ได้รับการช่วยเหลือที่เร็วที่สุด เพื่อที่อาการของเขาจะไม่แย่งไปกว่านี้แล้ว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 36)

“...หมอมองต้องการทำการผ่าตัดตกแต่งแผล (debridement)...ตอนแรกญาติก็ยังไม่ยินยอม...แต่ถ้าเกิดเข้าไปเด็กอาจจะเสียแขนไปเลย อาจจะมีผลเสียอย่างอื่นตามมา ซึ่งมันเป็นอะไรที่ป้องกันได้ แค่พาไปทำการผ่าตัดตกแต่งแผล โดยที่พ่อแม่ไม่ทำอะไรร้ายแรงถึงขนาดต้องเสียแขน...เราไม่อยากจะให้เขาเป็นอย่างนั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 52)

1.3 การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.06 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในลักษณะของการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นการเคารพในความคิดและการตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพแล้วอาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาได้โดยปราศจากการบีบบังคับ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ความรู้สึกของญาติดูแลแล้วว่าเขาต้องการจะพาลับอย่างเดียว คือไม่ต้องการให้น้องเขาอยู่ที่นี้ ต้องการจะพาไปเสียชีวิตที่บ้าน...ที่จริงเราก็ไม่อยากจะพาไป แต่เขาต้องการ ก็ไปขัดใจเขาไม่ได้เหมือนกัน อาจทำให้เขาไม่พอใจ...ตกลงทำไปทำไมต้องให้เขาเห็นไม่สมควรอยู่ ก็ต้องให้เขาทำอะไรใจออกเอง เพราะความรู้สึกของเราไม่ทำอยู่แล้ว ถ้าถอดก็เหมือนเป็นการให้เขาเสียชีวิตต่อหน้าเรา เพราะว่าเราไม่อยากจะพาไปอยู่แล้วตั้งแต่แรก...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

“...เด็กคนนี้รู้อยู่แล้วว่าพยากรณ์ของโรคไม่ดี...เพราะเห็นแล้วว่ารักษาไปทุกอย่างก็ไม่ดีไปกว่านี้...ดูแลแล้วเด็กไม่น่าจะรอดถึงจะรอดแต่ก็คุณภาพชีวิตไม่ดี...พี่ว่าการให้ข้อมูล เราอย่าให้ข้อมูลแบบไม่โปร่งใส ให้เขามีสิทธิในการตัดสินใจ เกิดอะไรขึ้นเขาจะได้ไม่โทษเราฝ่ายเดียว...พี่จะมีความรู้สึกที่ว่าถ้าบอกข้อมูลไม่ชัดเจนนี้รับไม่ได้นะ มีความรู้สึกเหมือนกับว่า ทำงานยังไงเราถึงไม่รู้ เราเลยไม่ได้บอกเขา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 43)

1.4 ความยุติธรรม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน บนพื้นฐานของความดีและความเหมาะสมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...น้องเขาก็ต้องการแม่เหมือนกัน เตียงโน้นให้อยู่ก็ให้อยู่เหมือนกัน...ตกลงว่าให้เฝ้าทั้งสองเตียงเลย...มันเป็นประเด็นเรื่องของสิทธิผู้ป่วย...คนไข้เหมือนกัน ผู้รับบริการเหมือนกัน ทำไมเราต้องมาแบ่งแยกด้วยว่าคนนี้ถูกเจ้าหน้าที่เราให้อยู่ อีกคนหนึ่งเราไม่ให้อยู่...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“...เพราะคิดว่าคนไข้คนอื่นก็มีความจำเป็น แต่ว่าเราจำเป็นต้องตัดสินใจให้คนอื่น เพื่อเฉลี่ยกันจะได้ช่วยชีวิตคนไข้ คือคนๆนี้เราก็ช่วย เราไม่ถึงกับทิ้งเขาไป แต่เราสลับเปลี่ยนเอาอย่างอื่นมาให้เขา คนโน้นเขาก็จำเป็น คือเราจะไม่ทิ้งคนใดคนหนึ่ง เราต้องช่วย ทั้งสองคน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)

1.5 การบอกความจริง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่ผู้รับบริการมีสิทธิในการที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นจริง แต่ในขณะเดียวกันการบอกความจริงดังกล่าว จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมาภายหลัง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราคิดว่าไม่ถูกต้องเพราะว่าน่าเป็นคนมาเฝ้าไข้...พอเขาก็มีสิทธิที่จะไม่ให้ใครรู้ ความลับของลูกเขา แต่ว่าคนที่มาเฝ้าเขาก็มีสิทธิที่จะต้องป้องกันตัวเอง...น่าเขาก็มีสิทธิรู้ หรือว่ามีสิทธิที่จะป้องกันตัวเอง ก็เลยคุยกับหัวหน้า คุยกับหัวหน้าทีมในการประชุมปรึกษาทางกรพยาบาล...เราเป็นพยาบาลจะมองดูตายไปมันก็ได้ เพราะญาติเขาก็ต้องมีสิทธิที่จะรับรู้ในการป้องกันตนเอง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21)

“...ไม่ได้บอกความจริงที่เกิดขึ้นกับญาติทั้งหมด แต่ว่าบอกอาการเด็กที่แย่งขณะนั้น...เพราะกลัวว่าเขาจะรับไม่ได้ กลัวว่าเขาจะมองที่งานไปในทางลบ...ตอนนั้นก็ปรึกษากับหมอเวรว่าเขาจะรับได้ไหม...เรารู้สึกอึดอัดมาก แต่เราก็บอกไม่ได้อยู่แล้วนะ ความจริง ถ้าเกิดบอกไปเขาก็จะมองไปในทางที่ลบหมดเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 50)

## 2. แนวคิดเชิงจริยธรรม ได้แก่

2.1 ความเอื้ออาทร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.31 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการดูแลที่ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ให้ความเคารพผู้ป่วยและเอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ตอนนี้ น้องเขาตื่น เขาก็คงอยากอยู่กับแม่นะ เหมือนกับเราๆนี่แหละ พอรู้สึกตัว ดีก็ไม่อยากอยู่คนเดียว ก็เลยให้อยู่ บอกแม่ว่าอยู่ต่อได้เลยคะไม่เป็นไร น้องเขาก็ต้องการแม่เหมือนกัน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.2 ความร่วมมือ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.38 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...บางที่เราตัดสินใจเองยังไม่ได้ เราก็ต้องปรึกษาทีม...เพราะว่าทีมการรักษา มีแพทย์ด้วย ก็เลยต้องให้แพทย์มาช่วยตัดสินใจในเรื่องนี้...ถ้าเราทำงานเป็นทีม การตัดสินใจจะทำให้ไม่มีการขัดแย้งในตัวบุคคล ขัดแย้งในด้านการทำงานแล้วก็ขัดแย้งด้านจิตใจ ถ้าเกิดว่าเรามีปัญหาขัดแย้งกัน เราพูดคุยกัน ก็จะทำให้ปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)

2.3 ความรับผิดชอบ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและได้รับความสุขสบาย โดยขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและวิธีการที่พยาบาลสามารถจะกระทำได้ในขณะนั้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...สำหรับตัวเรา เรา รู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบของเราที่จะต้องทำให้เด็กคนหนึ่งรอดชีวิตให้ได้ทุกวิถีทาง คือคุณจะเป็นผักเป็นปลาก็ได้ แต่คือขอให้รอด...ถ้าสุดท้ายแล้วเราถามว่าเขา (ผู้ป่วย) รับเลือดได้ไหม ถ้าไม่ได้เราก็ไม่มีปัญหาตรงนั้น เพราะถือว่าเราทำได้ดีที่สุด ในฐานะบทบาทของเราแล้ว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 63)

2.4 การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ



4.69 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต แทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...บอกหมอว่าคนไข้เหนื่อย ดูดเสมหะไม่ออกเลย...น่าจะใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อ ดูดเสมหะ...พยายามที่จะบอกหมอ แต่เขาก็ประหม่นการหายใจ แล้วบอกว่าไม่เป็นไรคอย ดูไปก่อน...เราจะใส่ท่อช่วยหายใจเองก็ไม่ได้...ก็ทำทุกทาง เช่น เคาะปอด ดูดเสมหะ พยายามกระตุ้นให้ไอเอาเสมหะออกมา...รู้สึกที่เราก็ได้ทำเต็มที่แล้ว เราพิทักษ์สิทธิของคนไข้เต็มที่แล้ว...เพื่อให้คนไข้สบายแล้วก็ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3. จรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 17 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.56 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภายใต้ข้อกำหนดของวิชาชีพพยาบาลเพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงในฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...อย่างน้อยเราก็ต้องช่วยถึงแม้ว่าเราจะช่วยได้ไม่มากในบทบาทของพยาบาล ไม่สามารถที่จะสั่งให้ยาหรือว่าใส่ท่อช่วยหายใจ...แต่ว่าการให้การพยาบาลเบื้องต้น เราทำได้ ถือว่าไม่ผิดจรรยาบรรณ ถือว่าไม่เกินหน้าที่ของเราแน่นอน ก็เลยตัดสินใจช่วย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“...เราเป็นพยาบาล เราต้องทำหน้าที่เราให้ดีที่สุด น้องเขา (ผู้ป่วย) ยังมีสิทธิที่จะ อยู่รอด...ถ้าในเวรก็ดูดเสมหะ ทำตามหน้าที่ก็คือไม่ได้ปล่อยน้องเขา...ยังพ่นยาตลอด... คิดว่าอยากจะทำหน้าที่ของพยาบาล...อยากช่วยเหลือคนไข้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

4. คุณค่า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการมีทัศนคติความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เป็นเด็กที่มีความผิดปกติของร่างกายหลายระบบตั้งแต่แรกคลอดเลย...แต่เขา เกิดมาในสภาพที่มีชีวิต เราจะละเลยที่จะไม่ช่วยก็ไม่ได้...ก็ช่วยเต็มที่ คิดถึงว่าถ้าเด็กคนนี้

เป็นลูกเป็นหลานของเราคือเรารู้ว่าเขาต้องเสียชีวิต แต่เราก็ต้องช่วยเหลือตรงจุดนั้นให้ดีที่สุด...ถึงเขาจะออกมาผิดปกติ แต่ว่าเราก็ช่วยเต็มที่แล้ว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 44)

5. ประสบการณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ได้บอกถึงลักษณะของการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการที่คล้ายๆกันรวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ ในการดูแลให้สามารถพ้นหายจากความเจ็บป่วยและกลับสู่ภาวะสุขภาพดี รวมทั้งการตัดสินใจยุติการรักษา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เด็กเป็นดาวน์ซินโดรมแล้วก็ปากแหว่งเพดานโหว่ ทุกอย่างผิดปกติหมดเลย... พี่ใช้หลักการที่ว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรค แล้วก็ลักษณะความพิการที่เป็นอยู่ทุกอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง จากที่เคยเห็นมา ประมวลดูแล้วว่าเด็กคนนี้ไม่น่าจะรอด...เราก็คูยให้เขา (บิดามารดาผู้ป่วย) ฟังเป็นระยะๆ แล้วก็ให้พบหมอเป็นระยะๆ...เรารู้อยู่แล้วว่าพยากรณ์ของโรคไม่ดี แล้วปล่อยให้เทคโนโลยีมาช่วยยืดเยื้อเขาออกไปทำไม.....”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 43)

6. สิทธิผู้ป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้รับบริการด้านสุขภาพพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ผู้ดูแลเขาแจ้งความจำนงไว้ว่าไม่ให้บอกกับญาติ ก็เป็นสิทธิของเขา ซึ่งเขาก็มีสิทธิโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย...เขาแจ้งความจำนงมาแล้วว่าไม่ให้เราบอก...ผู้ดูแลเขาก็มีสิทธิโดยตรงในการที่จะคุ้มครองเด็กตรงนี้ เขามีสิทธิที่จะรักษาความลับของผู้ป่วย โดยการที่ว่าเขาตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้เพราะว่าผู้ป่วยก็ยังไม่บรรลุนิติภาวะ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19)

7. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.06 ได้บอกถึงหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยคำนึงถึงสิทธิเด็กในด้านต่างๆ ได้แก่ สิทธิของเด็กที่คลอดออกมาแล้วจะต้องมีชีวิตอยู่รอดอย่างปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองในทุกรูปแบบที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก สิทธิในการพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา และสิทธิในการมีส่วนร่วม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...อยากให้อายุให้ถึงที่สุด ถึงแม้ว่าเขาจะไม่รอด อยากช่วยให้เต็มที่ไปเลย...ถ้าสมมติเขาเป็นลูกหลานเราก็อยากจะทำให้เขาได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ถึงแม้ว่าจะไม่รอดก็อยากจะทำให้เขาได้เต็มที่ คิดอย่างนั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 62)

8. กฎหมาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ได้บอกถึงการใช้กฎหมายเป็นหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในฐานะที่พยาบาลเป็นสมาชิกในสังคมที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับของกฎหมาย ที่กำหนดไว้ว่าเด็กและครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐและต้องได้รับการปฏิบัติที่เป็นธรรม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เกี่ยวข้องกับกฎหมายการพิทักษ์สิทธิคนไข้ด้วย...เขา (ญาติผู้ป่วย) อาจจะได้ถึงกับฟ้องร้องได้ว่า ทำไมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลถึงเฝ้าได้ละ แล้วเราก็เป็นคนเหมือนกัน ทำไมถึงเฝ้าไม่ได้ มันก็มีกฎหมายออกมาแล้วว่าจะต้องให้การพยาบาลโดยไม่แยกว่าจะต้องเป็นเชื้อชาติศาสนาอะไร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

#### ผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีสุขภาพ (2) ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการอย่างแท้จริง และ (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังกล่าวถึงผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้ และนำประสบการณ์ในการตัดสินใจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้แต่สามารถนำไปวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางปฏิบัติเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้เช่นเดียวกัน โดยผลลัพธ์ที่ได้ทั้งหมดนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (ตาราง 5)

#### ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (N=64)

ผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
1. ผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยและครอบครัว		
ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มสุขภาพ	32	50.00
ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการอย่างแท้จริง	22	34.37
ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ	10	15.62
2. ผลลัพธ์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น	38	59.38

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดได้บอกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดต่อผู้ป่วยและครอบครัวใน 3 ลักษณะได้แก่ (1) ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มสุขภาพ จำนวน 32 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 (2) ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการอย่างแท้จริง จำนวน 22 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.37 และ (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ จำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.98 สามารถนำผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 32 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ได้บอกถึงผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะของการที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลงหรือการไม่ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มาด้วยภาวะช็อค จะต้องได้รับการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดแต่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ยินยอม...ก็เรียกมาคุย เรียกญาติที่สนิทที่เขาไม่ยินยอม เข้ามาคุย แล้วก็ให้เพื่อนร่วมทีมกับหมอมาคูด้วย...เขา (ญาติ) ก็ยอมรับมากขึ้น พอเราอธิบายว่ามันไม่ได้น่ากลัวอย่างที่เขาคิด แล้วพอได้เลือดไปเด็กก็ดีขึ้น เม็ดเลือดมากขึ้นเด็กก็รอดชีวิตนะ...เรารู้สึกว่าญาติที่มีส่วนทำให้เด็กพ้นภาวะวิกฤตตรงนั้นมา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 63)

2. ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการอย่างแท้จริง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.37 ได้บอกถึงผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะของการที่ผู้ป่วยอาจยังไม่ได้รับการตอบสนองของการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เด็กแรกคลอดน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ...มีน้ำตาลในเลือดต่ำ หมอสั่งให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด...หาเส้นเลือดแทงน้ำเกลือบาก เส้นแตกง่าย...เลยบอกหมอว่าแทงเส้นยาก ให้หมอใส่สายให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดที่สะดือดีกว่า...ตอนนั้นหมอยังไม่ตัดสินใจจะใส่สาย...แทงไปหลายครั้งแล้ว น้ำเกลือก็ยังไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16)

3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ได้บอกถึงผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะของการที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นไปตามความต้องการของผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ภายใต้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้อายุประมาณ 3-4 ปี มาด้วยไข้แล้วก็ชัก ตอนหลังก็รู้ว่าเป็นผิวหนังอักเสบ (cellulitis) ขาเด็กบวมมาก...ปรากฏว่าพอรักษาได้สามสี่วัน เขา (ญาติผู้ป่วย) ก็จะมากลับไปบ้าน ไปรักษาหมอบ้าน...ก็เป็นสิทธิของเขาในการที่จะเลือกรักษา ต้องปล่อยให้เขาไป...ทำอะไรเขาไม่ได้เพราะว่ามันเป็นสิทธิของคนไข้...ตอนนี้ไม่รู้ว่าเป็นยังไงบ้าง ไม่รู้ว่าติดเชื้อหรือช็อคอยู่ที่บ้านหรือเปล่าเพราะว่าจะไปรักษาแบบไหนเราก็ไม่รู้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 27)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 38 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.98 ยังสะท้อนให้เห็นว่าสามารถนำผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้ ในลักษณะที่ทำให้มีประสบการณ์ในการตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในอนาคต ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้เหมือนกัน ผู้รับบริการเหมือนกัน ทำไมเราต้องมาแบ่งแยกด้วยว่าคนนี้ถูกเจ้าหน้าที่เราให้อยู่ อีกคนนึงเราไม่ให้อยู่...ก็คือความรู้สึกของเรามันไม่ถูกนะ...พอดีแม่เขามาขออยู่เลยเวลาเยี่ยมแบบนั้น ก็เลยบอกเขาว่าให้อยู่ต่อได้เลย...ความขัดแย้งในใจเราได้แก๊ไปเลยตรงนี้ พอเราทำได้ทำอย่างนั้น เราก็รู้สึกสบายใจนะ...ส่วนมากลูกเจ้าหน้าที่ก็มีบ่อยก็จะได้เป็นประสบการณ์อาจจะใช้ได้อีกในต่อไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดตามมาจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบในทางบวกและทางลบ จัดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผลกระทบต่อพยาบาล (2) ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว และ (3) ผลกระทบต่อหน่วยงาน โดยผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (ตาราง 6)

ตาราง 6

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (N=64)

ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
ทางบวก	53	82.81
1. ผลกระทบต่อพยาบาล		
- รู้สึกสบายใจ โล่งใจ พอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	24	37.50
- รู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ของพยาบาลอย่างดีที่สุด	16	25.00
2. ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว		
- ญาติมีความพึงพอใจ/ยอมรับผลที่เกิดขึ้น	21	32.81
3. ผลกระทบต่อหน่วยงาน		
- ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากร	7	10.94
ทางลบ	44	68.75
1. ผลกระทบต่อพยาบาล		
- พยาบาลยังรู้สึกคับข้องใจเมื่อปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข	17	26.56
- ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปกับบุคลากรอื่น	15	23.44
2. ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว		
- สัมพันธภาพกับญาติลดลง	9	14.06
3. ผลกระทบต่อหน่วยงาน		
- สิ้นเปลืองทรัพยากรของหน่วยงาน	5	7.81

\*หมายเหตุ เกิดผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่า 1 อย่าง

จากตาราง 6 พบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เกิดผลกระทบตามมาทั้งในทางบวกและทางลบต่อพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต่อหน่วยงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกิดผลกระทบในทางบวก ร้อยละ 82.81 ในขณะที่เกิดผลกระทบในทางลบ ร้อยละ 68.75 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบในทางบวก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 53 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.81 ได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อพยาบาล หน่วยงาน ผู้ป่วยและครอบครัว ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบอกถึงผลกระทบต่อพยาบาลด้านความรู้สึกใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) รู้สึกสบายใจ โล่งใจ พอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 37.50) และ (2) รู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ของพยาบาลอย่างดีที่สุด (ร้อยละ 25) เมื่อได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการในด้านต่างๆ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ในส่วนหนึ่งคิดย้อนกลับมาว่า ถ้าเราให้เขาเต็มที่แล้วเราก็จะได้มีความสบายใจ...อยากช่วยเขาอย่างเต็มที่ก่อน เป็นการช่วยเหลือในระยะสุดท้ายของเขา...ก็มีความสบายใจว่าเราได้ทำไปแล้วเต็มที่...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 44)

“...ตอนที่ได้ช่วยก็ถือว่าดีแล้ว รู้สึกว่าได้ช่วยเขาแล้ว ได้ทำหน้าที่ของเราดีที่สุดแล้วที่เราได้ช่วยนะ ถ้าเห็นว่าหัวใจหยุดเต้นไปแล้วเราไม่ได้ปั๊ม ไม่ได้ทำอะไรถือว่าละเลยหน้าที่...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

1.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 32.81 บอกถึงผลกระทบในทางบวกที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในลักษณะของการที่ญาติมีความพึงพอใจ/ยอมรับผลที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...วันนั้นหลังจากให้คำแนะนำไปว่าสามารถผ่าตัดได้แล้วก็มีพาดานเทียมกลับไปก่อน (ผู้ป่วยมีปากแหว่งพาดานโหว่) แม่ก็รู้สึกสบายใจขึ้น...ยอมรับลูกได้ ช่วงหลังมาให้นมตลอด ดูลูกแล้วก็ไม่ร้องไห้เหมือนช่วงแรกๆ...แม่เขาก็ประทับใจที่เวิร์กด้วย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

“...คิดว่าให้เขา (บิดามารดาผู้ป่วย) ได้รับรู้เพื่อที่เขาจะได้เตรียมตัวเตรียมใจเด็กอาจจะเสียชีวิตในคืนนั้น เขาจะได้ทำใจไปตามลำดับ...ในระยะของความสูญเสียพอกับแม่เขาจะเริ่มรับได้เพราะว่าเป็นลูกคนที่สอง...เราก็อำนาจด้วยความสบายใจเพราะว่าอย่างน้อยเราก็อให้เขารับรู้เป็นระยะๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 57)

1.3 ผลกระทบต่อหน่วยงาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบอกถึงผลกระทบในทางบวกที่เกิดขึ้นที่มีต่อหน่วยงานในลักษณะ ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากร (ร้อยละ 10.94) ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานอื่น โดยการหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ทำให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้ดั้งเดิม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราก็ทำงานร่วมกันได้เหมือนเดิมโดยที่เขา (พยาบาลรุ่นพี่) ไม่รู้ว่าความรู้สึกของเราตอนนั้นเป็นยังไง แล้วตอนนี้เรารู้สึกยังไง...สรุปก็คือปัญหาการทำงานระหว่างเขากับเราก็ไม่มี โดยที่เขาก็ไม่รู้ว่าเรารู้สึกไม่ดีกับเหตุการณ์ครั้งนั้นนะ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

2. ผลกระทบในทางลบ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 44 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75 ได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว และหน่วยงาน ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อพยาบาล พบว่า เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ยังรู้สึกคับข้องใจเมื่อปัญหา ยังไม่ได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 26.56) เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ (2) ไม่แน่ใจใน สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปกับบุคลากรอื่น (ร้อยละ 23.44) โดยเฉพาะสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ภายหลังจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ปกติพยาบาลต้องมีความซื่อสัตย์ ต้องบอกความจริงคนไข้ ก็มีบ้างบางส่วนที่รู้สึกไม่ดีว่าเราไม่ได้บอกความจริงคนไข้ไป ทั้งที่ควรจะต้องบอก แต่ความจริงส่วนนั้นมันอาจจะมีส่วนเสียกับหน่วยงานของเรา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 55)

“...เขา (พยาบาลเด็กประจำหอผู้ป่วยอื่น) ต้องการที่จะเอาเครื่องช่วยหายใจเพียงนี้ ไปช่วยอีกคนซึ่งรับใหม่...ช่วงนั้นติดขัดคุยกันไม่รู้เรื่อง เขาก็จะเอาให้ได้เลยแล้วเราก็ไม่ให้ เพราะเขาก็ไม่มีเครื่องช่วยหายใจเปลี่ยนให้เรา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 24)



2.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 14.06 บอกถึงผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะของการที่เกิดความรู้สึกขัดแย้งและทำให้สัมพันธ์ภาพกับญาติลดลง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ถ้าพี่ประเมินตัวเอง พี่ว่าเขา (ญาติ) ก็อาจจะรู้สึกบางอย่างกับพี่นะ...แต่ว่าในความรู้สึกของพี่ตอนนั้นพี่ไม่ได้แสดงอะไรมาก...เขาอาจจะเห็นกิริยาท่าทางของพี่ อาจจะรับรู้มั่งว่าพี่อาจจะโกรธ อาจจะไม่พอใจเขา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

2.3 ผลกระทบต่อหน่วยงาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 7.81 บอกถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมผลกระทบในทางลบต่อหน่วยงานเนื่องจากการทำให้เป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรของหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีผลกระทบในเรื่องของเศรษฐกิจ คิดว่าคนไข้คนนี้คงไม่ไหว ถ้าเกิดคนไข้เสียชีวิตช่วงนั้น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลก็ลดลง พอช่วยเหลือก็เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 61)

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หออภิบาลทารกแรกคลอด และหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย โดยผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังต่อไปนี้

#### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่พบในการศึกษานี้มีทั้งหมด 9 ประเด็น ซึ่งเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากที่สุด คือ 16 ใน 64 ราย (ร้อยละ 25) ระบุว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก คือ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องอยู่

ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ในขณะที่ผู้ร่วมงานบางรายอาจจะเคยต่อหลักการและจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน ขาดคุณภาพทำให้เกิดเป็นผลเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ประกอบกับนโยบายของหน่วยงานในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติสภาพบรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายขาดความกระตือรือร้น และเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (สิวลี, 2544) ส่วนเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก รองลงมาได้แก่ การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งพบร้อยละ 18.75 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลมีความตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและบุคคลมีโอกาสดำเนินการศึกษ ผู้รับบริการจึงให้ความสำคัญต่อสิทธิของตนมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นชนวนซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามมา (สิวลี, 2544) ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในลักษณะของการยึดชีวิตผู้ป่วยแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน ที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 4.69 ระบุว่า เป็นเหตุการณ์สำคัญ อาจเนื่องมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างมาก อาจทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการยึดชีวิตหรือสิ้นสุดชีวิตในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (สิวลี, 2544) ในขณะที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเกิดขึ้นในลักษณะของการอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 4.69 เช่นเดียวกันที่ระบุว่า เป็นเหตุการณ์สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติกรพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เช่น โรคเอดส์ หรือวัณโรค อาจทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลจะต้องปฏิบัติงานตามหน้าที่ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) จึงไม่อาจปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะที่ปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังนี้

#### 1. ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ร้อยละ 25 เป็นไปในลักษณะของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ใน 16 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองที่มีสิทธิถูกต้องตามกฎหมายได้ตลอดเวลาขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานจำเป็นจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดอันเกิดจากการรักษาพยาบาล แต่ในขณะที่เดียวกันการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยดังกล่าวก็อาจทำให้เกิดการขัดแย้งกับบุคคลอื่นได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลไม่ได้เป็น

บุคคลที่มีบทบาทในการรักษาจึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับพยาบาลอาวุโสหรือผู้ที่มีอำนาจในการปฏิบัติงานเหนือกว่าตนเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 13 ใน 16 ราย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจเมื่อต้องทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จึงทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของ **ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น** ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ ถือเป็นการทำงานที่แทนผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002) โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งในทางกฎหมายถือเป็นการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Annas, 1974 cited by Fry & Johnstone, 2002) แต่การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยก็อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่นได้ จากการศึกษาของพรหมเทพ (Promtape, 2003) เกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตามการรับรู้ของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 5 แห่ง จำนวน 260 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ขัดขวางการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยของพยาบาล ได้แก่ การไม่ได้รับความร่วมมือ และการที่หน้าที่แทนผู้ป่วยได้รับการสะท้อนกลับมาในทางที่ไม่ดี

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่นที่พบในการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศของเซตีแวน (Setiawan, 2002) ซึ่งศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเมืองเมดาน ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า พยาบาลจำนวน 3 ใน 10 ราย เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยกับการรักษาสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดจึงต้องการแสดงบทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยแต่ในขณะเดียวกันหากไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ก็อาจสร้างความไม่พอใจให้บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพและเกิดสัมพันธภาพในทางลบตามมา เช่นเดียวกับที่ กาญจดา (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 10 ราย ของโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ ที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ทางวิชาชีพที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดี

เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ย่อมทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดีแต่ในขณะเดียวกันพยาบาลเกรงว่าจะมีปัญหาขัดแย้งกับบุคลากรผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพและญาติของผู้ป่วยจากการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพของเซาวาลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยกับการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เนื่องจากพยาบาลตระหนักดีว่าตนเองมีบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อมีโอกาสได้รับอันตรายที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงทำให้ต้องเลือกระหว่างการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ในขณะเดียวกันก็ต้องรักษาสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานอื่นๆ โดยเฉพาะความขัดแย้งที่เกิดจากพยาบาลที่ด้อยอาวุโสเนื่องจากไม่มีอำนาจ ซึ่งในบางครั้งพบว่า การที่พยาบาลทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยแต่อาจเป็นการสร้างความไม่พอใจให้แก่บุคลากรอื่นๆ เช่น พยาบาลผู้ร่วมงาน และแพทย์

## 2. เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 18.75 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่ต้องให้สิทธิในการตัดสินใจแก่บิดามารดาหรือผู้อุปการะที่ถูกต้องตามกฎหมายในการยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาจากทีมสุขภาพ ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้บุคลากรไม่สามารถที่จะให้การคัดค้านได้ ทั้งที่รับรู้ว่าการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเกิดผลเสียต่างๆตามมาภายหลัง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของ **เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติแต่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย** ด้วยข้อจำกัดทางด้านวุฒิภาวะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถบอกความต้องการของตนให้บุคคลอื่นทราบและไม่เข้าใจเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคลากรในทีมสุขภาพปฏิบัติต่อตนเอง เด็กจึงเปรียบเสมือนบุคคลที่ได้รับการพิจารณาว่าด้อยความสามารถภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย (Jonsen et al., 2002) ดังนั้น จึงอาจเกิดการละเมิดสิทธิหรือไม่เคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยเด็กได้ในลักษณะต่างๆ ประกอบกับผู้ป่วยเด็กยังไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระโดยเฉพาะการยินยอมรับการรักษา (informed consent) ซึ่งมีความสำคัญในการปฏิบัติต่อบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพเนื่องจากเป็นพื้นฐานที่สำคัญของหลักจริยธรรมที่แสดงถึงการเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) (Davis et al., 1997) แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กยังขาดความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและการตัดสินใจ ความเข้าใจในข้อมูล รวมทั้งการเลือกที่จะตัดสินใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการยินยอมรับการรักษา จึงต้องมีการมอบอำนาจแก่บุคคลอื่น (Beauchamp & Childress, 2001) ซึ่งได้แก่ บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกินสิบ

แปดปีบริบูรณ์ (แสวง และเอนก, 2546) โดยผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 12 ราย ได้เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเพิ่มเติมในเรื่องสิทธิผู้ป่วยทำให้มีการรับรู้และปฏิบัติเพื่อแสดงถึงการเคารพในสิทธิดังกล่าว จึงอาจมีผลให้พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ป่วยต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยเด็กในการยินยอมหรือปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยเด็กมักเป็นบุคคลที่ถูกละเลยในการเคารพในเอกสิทธิ์ของตนเอง ซึ่งเมื่อคำนึงตามหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเด็กภายใต้ข้อบังคับของกฎหมาย โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมเพื่อรับการรักษา ซึ่งตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก กล่าวถึงการที่เด็กมีสิทธิที่จะให้ความยินยอมต่อการรักษาได้ ทั้งนี้โดยการพิจารณาจากวุฒิภาวะและความสามารถในการตัดสินใจของเด็กในขณะนั้น (Spencer, 2000) จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 2001) โดยการทำกลุ่มสนทนาในพยาบาลที่ดูแลเด็ก จำนวน 8 ราย เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ ซึ่งพยาบาลทั้ง 8 ราย เห็นด้วยว่าผู้ป่วยเด็กควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตัดสินใจ โดยวิธีการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและรายละเอียดต่างๆ โดยคำนึงถึงระดับอายุของผู้ป่วย และอาศัยหลักจริยธรรม กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพพร้อมด้วย อย่างไรก็ตาม ความต้องการของเด็กมักไม่ได้รับการตอบสนองโดยเฉพาะในเรื่องการยินยอมรับการรักษา (Clayton, 2000) และเมื่อพยาบาลไม่อาจตัดสินใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่น่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากต้องให้ความเคารพในเอกสิทธิ์ของญาติซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิตามกฎหมาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจกลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับที่ คิลเลน (Killen, 2002) ได้ศึกษาประเด็นจริยธรรมของพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยการเก็บรวบรวมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 146 สถานการณ์ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ประเด็นจริยธรรมที่พบได้บ่อยที่สุดเป็นเรื่องของการยินยอมเพื่อรับการรักษา ร้อยละ 36.3 เมื่อนำมาวิเคราะห์ในหลักการพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับหลักจริยศาสตร์ในเรื่องการเคารพเอกสิทธิ์ (autonomy) มากที่สุด ร้อยละ 33.8 และจากการศึกษาของฮิกกินส์ (Higgins, 2001) เกี่ยวกับบทบาทของญาติจำนวน 24 ราย ซึ่งมีส่วนในการตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยเด็กในการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหัวใจ จำนวน 15 ราย พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจของญาติลักษณะหนึ่ง คือ ตัดสินใจภายใต้เอกสิทธิ์ของตนเอง โดยวิเคราะห์และพิจารณาหาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเด็กในความดูแลของตน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องปฏิบัติตามความต้องการของญาติทั้งที่ตนเองมีความคิดเห็นขัดแย้งแต่ก็ต้องเคารพความป็นเอกสิทธิ์ของญาติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ซึ่งศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลศูนย์ทางภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 10 ราย พบว่า เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเนื่องจากพยาบาลมีเกณฑ์ในการตัดสินใจคุณค่าแตกต่างกับความเชื่อของผู้อื่นโดยเฉพาะญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ จึงตกอยู่ในภาวะจำยอมต้องทำตามความต้องการของญาติผู้ป่วยแม้ว่าตนเองจะไม่เห็นด้วยก็ตาม

### 3. ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต

ด้วยเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้าประกอบกับศาสตร์ทางการแพทย์ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากการเสียชีวิต (Rempel, 2004; Stutts, & Schloemann, 2002a) แต่ในผู้ป่วยเด็กหลายรายที่แพทย์ต้องการยุติการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายและสามารถเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ญาติต้องการให้ช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยไว้ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาแต่ญาติมีความเห็นว่าต้องการยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือในกรณีที่แพทย์ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่พยาบาลมีความเห็นว่าไม่มีโอกาสรอดชีวิต แต่พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อยุติการรักษาได้ ดังที่ ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 15.62 โดยทั้ง 10 ราย เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่เทคโนโลยีสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากการเสียชีวิตโดยต้องให้บุคคลอื่น ได้แก่ บิดามารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือแม้กระทั่งบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ว่า **ใครควรตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต** เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) ที่พบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักและต้องให้บุคคลอื่นมีการตัดสินใจแทนในเรื่องการรักษาหรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวจึงไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง โดยผู้ตัดสินใจอาจเป็นแพทย์ ญาติผู้ป่วย และแม้แต่พยาบาลเอง ทำให้พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าการตัดสินใจแทนจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรือไม่ จึงระบุเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ “ใครควรตัดสินใจ” จากการศึกษาของพัชรี (2547) พบว่า ในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ทีมสุขภาพและญาติมีการตัดสินใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษา แพทย์เจ้าของไข้จะปรึกษาแพทย์คนอื่นเพื่อยืนยันเกี่ยวกับการรักษา แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตแต่ญาติไม่ต้องการรักษา ทีมสุขภาพจะมีการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษา แต่ผู้ที่ตัดสินใจชี้ขาดเกี่ยวกับการรักษาคือญาติผู้ป่วย ซึ่งทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลจะมีการปฏิบัติตามความต้องการของญาติในทุกกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้

#### 4. คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม

ความยุติธรรมเป็นการพยายามจัดสรรประโยชน์อันเกิดจากสิ่งที่ดีและการกระทำที่ถูกต้องให้ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน (Thiroux, 1980 cited by Tschudin, 1994) เช่นเดียวกับสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 2 ซึ่งกล่าวถึง การที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546) และตามจรรยาบรรณพยาบาลข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 10.94 ตกอยู่ในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม จึงทำให้เกิดความไม่สบายใจและสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของความรู้สึก **คับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม** ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 7 ราย เกิดความรู้สึกคับข้องใจในเรื่องสิทธิต่างๆที่ผู้ป่วยควรจะได้รับเท่าเทียมกันโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของพจนาน (2545) ซึ่งได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 ราย ซึ่งพบว่า พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน เกิดจากการที่พยาบาลรับรู้ว่าคุณค่าการในที่มสุขภาพให้การดูแลเป็นพิเศษและมีความสนิทสนมเป็นการส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษจากแพทย์และพยาบาล

นอกจากนี้ประเด็นที่เกี่ยวกับความยุติธรรมในการศึกษาครั้งนี้ยังเกิดจากการต้องจัดสรรทรัพยากรต่างๆโดยเฉพาะอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับด้วยความยุติธรรมและสอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกันออกไป เช่นเดียวกับที่ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 7 ราย เผชิญกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดสรรเครื่องช่วยหายใจด้วยความยุติธรรมจึงทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ที่พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการมีทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดีจึงจะเหมาะสม ซึ่งพยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายว่าตนเองอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ลำบากใจทั้งนี้เพราะทั้งผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และถึง

ที่สุด รวมถึงการได้ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อให้หายเร็วขึ้นหรือคงอยู่ได้ด้วยเครื่องมือ ในขณะที่เครื่องมือมีจำนวนจำกัดและทุกคนก็มีคุณค่า ศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ใครควรจะได้สิทธิในการใช้เครื่องมือดังกล่าว นำมาซึ่งความขัดแย้งทางจริยธรรมให้แก่พยาบาลที่ตกอยู่ในสถานการณ์นั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเซเตียวัน (Setiawan, 2002) ซึ่งพบว่า พยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้งเมื่อไม่สามารถที่จะจัดสรรเครื่องช่วยหายใจที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเพียงพอกับจำนวนของผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต เมื่อพบว่าผู้ป่วยต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่สามารถได้รับการช่วยเหลือโดยการให้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว ทั้งที่ผู้ป่วยทุกรายควรมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาคกัน ดังที่ อรัญญา (2547) กล่าวว่า การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็นซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดให้แก่ผู้ป่วย เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญ

#### 5. เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง

จากการที่พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องบอกความจริงโดยไม่ปิดบังกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริงโดยไม่ถูกหลอกลวง (อรัญญา และวงจันทร์, 2543) จึงเกิดความรู้สึกสบายใจเมื่อได้แสดงให้เห็นถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองในการบอกความจริง (Tuckett, 2004) นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากกว่าแพทย์ ในบางครั้งจึงต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการบอกข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติย่อมคาดหวังว่าพยาบาลย่อมรู้ดีและสามารถตอบข้อสงสัยได้ ทำให้พยาบาลยอมเผชิญกับประเด็นขัดแย้งในการบอกความจริง (สิวลี, 2544)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ใน 64 ราย (ร้อยละ 7.81) เกิดความรู้สึกขัดแย้งในลักษณะ **เมื่อต้องเลือกระหว่างการบอกความจริงกับการไม่บอกความจริง** เนื่องจากเกรงว่าบุคคลอื่นอาจเป็นอันตรายหรือไม่แน่ใจในผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อองค์กรที่ตนปฏิบัติงาน ประกอบกับการที่ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 5 ราย ได้เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ในเรื่องสิทธิผู้ป่วย กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงอาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ลำบากใจ หรือไม่แน่ใจว่าควรเลือกปฏิบัติอย่างไรดีระหว่างการบอกหรือไม่บอกความจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ที่พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย ซึ่งพยาบาล 6 ใน 10 ราย ได้อธิบายถึงความยุ่งยากลำบากใจในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อพยาบาลมีความเชื่อว่าผู้ป่วยและญาติควรจะทราบความจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคที่เลวลงเพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับและวางแผนจัดการเรื่องราวต่างๆเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ แต่ก็ไม่แน่ใจว่าการบอกความจริงอาจทำให้



ญาติไม่สามารถทำใจยอมรับได้ จึงเกิดความไม่แน่ใจว่าควรบอกความจริงอย่างไรจึงจะเกิดผลดีที่สุดและในขณะเดียวกันความจริงที่พยาบาลพยายามบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับรู้เพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ป่วยกลับเข้าใจผิดคิดว่าอาการของผู้ป่วยแย่ลงเป็นเพราะพยาบาลให้การดูแลที่ไม่ดีจึงทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังเกิดความรู้สึกอึดอัดใจเมื่อต้องการบอกความจริงเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถทำใจยอมรับและวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป แต่เนื่องจากขอบเขตและหน้าที่ของพยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่บอกความจริงได้ทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างการบอกความจริงและการไม่บอกความจริง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการที่จะต้องบอกความจริงให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค เพื่อที่จะได้สามารถเตรียมใจเพื่อยอมรับและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่อไป ในขณะที่พยาบาลรับรู้ว่าตนเองไม่มีหน้าที่ในการบอกผลการวินิจฉัยโดยแพทย์ควรเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการบอกความจริงดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังกล่าวถึงการบอกความจริงว่าอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของพจนาน (2545) ที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ “อยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ” ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งระหว่างความต้องการให้ญาติผู้ป่วยเฝ้ารับรู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตายและยอมรับสภาพสิ้นหวังของผู้ป่วย กับหน้าที่ที่ควรประคับประคองจิตใจญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพอาจทำให้ผู้ได้รับการบอกความจริงเกิดความ กังวลใจ คิดมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (จุฬารัตน, 2544; ธารทิพย์, 2544) จากการศึกษาในประเทศไทยของเพ็ญชาน (2541) เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กตามทัศนะนักจริยศาสตร์ตะวันตก พุทธจริยศาสตร์ และการปฏิบัติในสังคมไทย พบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเด็กเฉพาะรายที่มีวุฒิภาวะเพียงพอและเห็นว่าเป็นประโยชน์เท่านั้น นอกจากนี้ ดาซิลวาและคณะ (Da Silva et al., 2003) ยังกล่าวถึง การที่ทีมสุขภาพไม่จำเป็นต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ โดยต้องเป็นการเห็นสมควรจากบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจแก่แพทย์ผู้ให้การรักษา

#### 6. อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ

นอกจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กดั่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ยังได้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ โดยเฉพาะเมื่อขัดกับความรู้สึกของตนเองในลักษณะของ **อยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ** จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ราย ไม่มีอำนาจในการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุดตามการรับรู้ของตนเองจึงต้องปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า จึงอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการด้อยอำนาจในการที่จะไปช่วยเหลือผู้ป่วย แม้ว่าจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลข้อที่ 6 ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ...พึงปฏิบัติหน้าที่ รับผิดชอบหมายงาน และมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่า จะเกิดกับผู้ใช้บริการ...(สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) แต่ตนเองก็ไม่สามารถปฏิบัติได้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการที่พยาบาลอยากช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทำไม่ได้เพราะด้อยอำนาจ ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ที่พยาบาลได้สะท้อนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของ “ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ” ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาคุณภาพต่อการเสียชีวิต และพยาบาลต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีตามมาตราฐานวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่มีอำนาจอิสระที่จะจัดการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรง และในการศึกษาดังกล่าว ยังพบว่าพยาบาล 6 ใน 10 ราย เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของ “จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ” เนื่องจากพยาบาลมีความคิดเห็นที่ต่างจากผู้ร่วมงานคนอื่นในทีมสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแต่ไม่สามารถทำตามความคิดเห็นของตัวเองที่คิดว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้ จึงจำใจต้องปฏิบัติตามความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพทั้งๆที่ไม่อยากกระทำหรือจำใจต้องทำตามทั้งๆที่ไม่เห็นด้วย เนื่องจากไม่มีอำนาจที่จะไปขัดคำสั่งหรือมีเหตุผลเพียงพอที่จะไปได้แย้งให้ผู้ร่วมงานคนอื่นทำตามความต้องการของตัวเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ เซตีวัน (Setiawan, 2002) ที่ได้ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบในพยาบาลจำนวน 4 ใน 10 ราย ในลักษณะของการต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจในการกระทำดังกล่าว จึงทำให้รู้สึกขัดแย้งต่อจรรยาบรรณวิชาชีพในการที่จะต้องช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะการณ์ฉุกเฉินแต่บางครั้งพบว่าตนไม่ได้อยู่ในบทบาทที่จะสามารถกระทำการใดๆเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะว่าไร้อำนาจ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและต้องการความช่วยเหลือ

### 7. ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 64 ราย (ร้อยละ 6.25) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานและมีความด้อยอาวุโส เมื่อรับรู้ว่าการแสดงออกบางอย่างของบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม แต่ตนเองไม่อยู่ในฐานะที่จะสามารถกล่าวตักเตือนได้ เนื่องจากวัยวุฒิและคุณวุฒิที่ต่ำกว่า จึงเกิดความรู้สึกอึดอัดใจหรือลำบากใจเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกคับข้องใจในลักษณะของ **ไร้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อบุคลากรแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม** เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ขัดต่อจรรยาบรรณของพยาบาลในข้อที่ 3 โดยเฉพาะการเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล...(สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) และผู้ป่วยเด็กมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองในทุกรูปแบบที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองจากการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกาย จิตใจและทางเพศ (สถาบันเด็ก มุลนิธิเด็ก, 2547) ในขณะที่นโยบายของหน่วยงานในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติ สภาพบรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้น และเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติงานทั้งภายในตนเอง ระหว่างบุคคลและหน่วยงานได้เช่นกัน (สิวลี, 2544) จากการศึกษาในต่างประเทศของ วอน โปสต์ (von Post, 1996) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งทำการศึกษาในวิสัญญีพยาบาล จำนวน 48 ราย และพยาบาลประจำห้อง ผ่าตัด จำนวน 76 ราย ของประเทศฟินแลนด์ พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อพบว่าบุคลากรในทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอาย ในลักษณะของการแสดงท่าทีที่ไม่สุภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้าหรือดูหมิ่นเหยียดหยามผู้ป่วย

### 8. ยึดชีวิตแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน

สำหรับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 สะท้อนความรู้สึกในลักษณะของ **ยึดชีวิตแต่ต้องยึดความทุกข์ทรมาน** เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบิดามารดาหรือญาติต้องการที่จะให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยการให้ทีมสุขภาพใช้เทคโนโลยีต่างๆทางการแพทย์ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยอาจได้รับความไม่สบายอันเกิดจากการที่ต้องสอดใส่สายต่างๆเข้าสู่ร่างกายโดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจเป็นการยึดระยะเวลาในการเสียชีวิตออกไป ซึ่งการกระทำเหล่านี้ไม่ได้เป็นไปตามที่ผู้ป่วยร้องขอแต่หากเป็นความต้องการของญาติ หรือแพทย์ผู้รักษา ทั้งที่หลังจากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้วควรปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้พยาบาล

เกิดเป็นความรู้สึกขัดแย้งในใจแต่ไม่สามารถตัดสินใจกระทำใดๆเนื่องจากการคัดค้านการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยยอมขัดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคยังเป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยเช่นกัน (ดารารพร, 2541) แต่ในขณะที่เดียวกันการรักษาชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษาแล้วยังเป็นภาระในการดูแลแก่ครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย (สิวลี, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ กาญจนา (2543) ที่พบว่า การรักษาโดยการการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ เป็นสิ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้องหรือไม่ ที่ต้องพยายามช่วยผู้ป่วยทั้งๆที่รู้ว่าผู้ป่วยหมดหนทางช่วยเหลือหรือไม่มีความหวังในการรักษาให้หายและวิธีการช่วยเหลือต่างๆที่กระทำต่อผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศของเซเตียวัน (Setiawan, 2002) ยังพบว่า กรณีที่แพทย์มีแผนการรักษาจะไม่ให้การช่วยเหลือเพื่อฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยเป็นการขัดต่อหลักความเชื่อทางศาสนาของตนเองแต่ในขณะที่เดียวกันก็รับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อก็เป็นเพียงการยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยออกไปก่อนที่จะเสียชีวิต

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้ในลักษณะของการยืดชีวิตหรือยุติชีวิต โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ใน 10 ราย กล่าวถึงการยืดชีวิตโดยการใช้เทคโนโลยีจึงเป็นการต่อเวลาของความทุกข์ทรมาน ซึ่งไม่น่าจะเกิดผลดีกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับที่ชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยืดชีวิตและการยืดความตาย เนื่องจากรับรู้ว่าการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานขึ้นและยังเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สูญเสียเวลาอีกทั้งยังเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัวอีกด้วย และในการศึกษาของพจนา (2545) ยังพบว่า การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอาจทำให้ญาติต้องรู้สึกทรมานเช่นเดียวกันเนื่องจากญาติต้องรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากผลของการรักษาที่เกิดขึ้น

#### 9. อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่

เนื่องจากเด็กเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (Bandman & Bandman, 2002) ประกอบกับจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ข้อที่ 1 ซึ่งกล่าวว่า พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ...(สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้ง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ

ละ 4.69 เกิดความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยแต่จำเป็นต้องทำตามหน้าที่** โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงอันตรายที่ตนเองอาจได้รับการจากการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่อย่างไรก็ตาม เด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีย่อมมีสิทธิทางจริยธรรมในการที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม และสิทธิที่จะได้รับการรักษาและสวัสดิการจากสถานบริการของรัฐ โดยผู้ให้บริการต้องถือหลักการปฏิบัติด้วยความเที่ยงธรรมในการให้บริการเช่นเดียวกัน (รัตนะ, 2543)

ผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพวงา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.82 เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการไม่อยากดูแลผู้ป่วยแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ โดยบอกถึงประเด็นขัดแย้งระหว่างการที่ไม่อยากดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วงที่ตนเองสุขภาพไม่แข็งแรง แต่ด้วยสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลได้ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ซึ่งพบว่า พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องเลือกระหว่างการปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพกับการป้องกันตนเองจากอันตราย เกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือ วัณโรค ซึ่งอาจทำให้ตนเองได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) ที่พบว่า เมื่อพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคติดเชื้ออื่นๆเกิดความรู้สึกกลัวการติดเชื้อโรคจากการให้การดูแลผู้ป่วย และบางคนพยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวซึ่งขัดแย้งต่อพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพการพยาบาล

#### วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอาจใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่า 1 อย่าง ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยทางด้านบุคคล ซึ่งพยาบาลระดับหัวหน้างานจะมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยคำนึงถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ภายใต้การนิเทศร่วมแสดงความรู้และประสบการณ์ (Berggren & Severinsson, 2003) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางด้านนโยบายของหน่วยงาน หรือแนวทางดำเนินงานเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ได้แก่ ขาดที่ปรึกษาทางด้านจริยธรรม ขาดเอกสารหรือคู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และมีภาระงานมาก (สมพร, 2546) ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจโดยการแสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ให้บริการเป็นหลัก มากที่สุดคือร้อยละ 78.13 โดยเป็นไปในลักษณะของการช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ การอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม และการพยายามโน้มน้าวให้บุคลากรอื่นปฏิบัติตาม ส่วนวิธีการตัดสินใจที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้รองลงมา คือ การปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน ร้อยละ 73.44 ส่วนการรักษาสัมพันธ์ภาพโดยหาวิธีเลี่ยงความขัดแย้ง เป็นวิธีการตัดสินใจที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้น้อยที่สุด ร้อยละ 15.62 ทั้งนี้เนื่องจากจากการที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 62 ใน 64 ราย (ร้อยละ 96.87) เคยได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษา ประกอบกับการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเพิ่มเติมหลังจบการศึกษา 59 ใน 64 ราย (ร้อยละ 92.19) ทำให้สามารถรับรู้เอกลักษณ์ของตนเองและพยายามปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุด

จากการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จำนวน 50 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.13 ใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมภายใต้ **การแสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ให้บริการเป็นหลัก** เนื่องจากพยาบาลรับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ไม่ได้ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว (Davis et al., 1997) พยาบาลยังมีเอกลักษณ์ในการทำงานหรือเอกลักษณ์เชิงวิชาชีพ (professional autonomy) โดยที่ตนเองมีสิทธิในการตัดสินใจโดยปราศจากการควบคุมซึ่งเกิดขึ้นควบคู่กับความสำนึกในความรับผิดชอบและกล้าแสดงความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติ นั้นอย่างเต็มที่ (นันทนา, 2538) สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ในข้อที่ 1 ซึ่งกล่าวถึงการที่พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ข้อที่ 2 กล่าวถึงการที่พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยเหลือประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับที่ดีที่สุด ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 3 ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต ภาวะเจ็บป่วย ฆราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ข้อที่ 6 การพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ให้บริการแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชนโดยการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือสภาพแวดล้อมของการทำงาน หรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง และข้อที่ 7 รับผิดชอบต่อในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิต ประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมาย การปฏิบัติดังกล่าวยังเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลได้ให้การดูแลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อีกด้วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้

บริการเป็นหลักโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ ด้วยวิธีการในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ปฏิบัติโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ (ร้อยละ 37.5) การอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม (ร้อยละ 28.13) และการพยายามโน้มน้าวให้บุคลากรอื่นปฏิบัติตาม (ร้อยละ 12.5)

การที่ผู้ให้ข้อมูล **ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่** ซึ่งอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่พยาบาลสามารถกระทำได้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพและเป็นการทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด มีการปฏิบัติโดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญคำนึงถึงความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ประกอบกับการที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.87) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในหลักสูตรการศึกษา และร้อยละ 92.19 มีการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเพิ่มเติมหลังจบการศึกษา โดยสิทธิผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลผ่านการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนามากที่สุด (ร้อยละ 78.13) การช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลซึ่งเป็นการแสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลักในการศึกษาค้นคว้าตลอดคู่กับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ที่พบว่า พยาบาลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่หลากหลาย โดยพยาบาล 3 ใน 10 ราย จะใช้วิธีการตัดสินใจโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่พยาบาลเชื่อว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ช่วยลดความขัดแย้งในใจที่ทำหน้าที่ได้ครบถ้วน เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลไม่มีบทบาทอิสระในการตัดสินใจเพื่อผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ที่พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงการที่พยาบาลต้องใช้วิธีเลี่ยงไปกระทำบทบาทอิสระที่สามารถกระทำได้เพื่อเป็นการทดแทนในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเนื่องจากเกรงจะกระทบสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน

นอกจากนี้ในการศึกษาของพจนาน (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา ยังพบว่า พยาบาลมีการตัดสินใจที่ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ แม้ว่าบางครั้งตนเองอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะกลัวการติดเชื้อแต่พยาบาลมีการรับรู้ที่ตนเองมีความรู้ ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ และจากการศึกษาของนุจรินทร์ (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประการหนึ่งคือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความพึงพอใจ การตอบสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ใกล้ชิดกับญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้มีจิตใจสงบ ให้ทำกิจกรรมตามความเชื่อ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังบอกถึงวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการแสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ให้บริการเป็นหลักด้วยการ **อธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม** (ร้อยละ 28.13) ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนถือเป็นการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) โดยเฉพาะการเคารพความคิดและการตัดสินใจในการเลือกเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับสุขภาพโดยปราศจากการบีบบังคับ ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการปฏิบัติต่อสุขภาพตนเองได้เช่นกัน (Beauchamp & Childress, 2001) การให้ข้อมูลเพื่อการยินยอมรับการรักษาระทำไปเพื่อรับรองสิทธิพื้นฐาน 2 ประการ คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ (the right to know) และสิทธิที่จะตัดสินใจ (the right to self-determination) (แสวง และเอนก, 2546) การอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมยังสอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสวง และเอนก, 2546) วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2546) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 ราย ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา อธิบายในข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ และสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ในขณะเดียวกันการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ยังมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้วิธีการเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ

**การพยายามโน้มน้าวให้บุคลากรอื่นปฏิบัติตาม** เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 12.5 ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายใต้การแสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ให้บริการเป็นหลัก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายรับรองแต่ในขณะที่การทำหัตถการเพื่อการรักษาบางอย่างอยู่นอกเหนือขอบเขตอำนาจหน้าที่จึงไม่สามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง จำเป็นต้องให้บุคลากรในทีมสุขภาพอื่นปฏิบัติหน้าที่แทนตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุยเพื่อโน้มน้าวให้บุคลากรเห็นด้วยกับความคิดเห็นของตนเองในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของโคนิชิและคณะ (Konishi et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้สัมพันธภาพส่วนตัวในการพูดคุยกับแพทย์หรือญาติผู้ป่วย โดยการโน้มน้าวให้บุคคลเหล่านี้มีความเห็นคล้อยตามโดยไม่ทำลายสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 47 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.44 ใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดย **ปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน** ได้แก่ พยาบาลผู้ร่วมงาน (ร้อยละ



28.13) แพทย์ (ร้อยละ 26.56) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 15.63) และพยาบาลเวรตรวจการ (ร้อยละ 3.13) การปรึกษาผู้อื่น เกิดขึ้นโดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลในฐานะผู้ให้การปรึกษาที่ทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งที่เป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหาและสามารถทำให้ผู้รับการปรึกษาแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง (จีน, 2540) ซึ่งวิธีการปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2546) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงวิธีการแก้ปัญหาด้วยการนำกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) ที่พบว่า พยาบาล 6 ใน 10 ราย อธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย หลังจากที่พยายามหาวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองหลายวิธีแล้วแต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ พยาบาลจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่คิดว่าพอมีอำนาจในการช่วยเหลือได้

การที่พยาบาล **ปรึกษาพยาบาลผู้ร่วมงาน** ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นผู้ร่วมวิชาชีพเดียวกัน ทำให้เข้าใจลักษณะงาน และระบบอาวุโสที่พยาบาลรุ่นน้องจะต้องอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่มีความอาวุโสกว่าจนกว่าจะสามารถเป็นหัวหน้าเวรดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยได้เองทั้งหมด ประกอบกับสัมพันธ์ภาพส่วนตัวที่ดีต่อกันจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการแก้ไขความขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการพูดคุยปรึกษาผู้ร่วมงานทั้งในลักษณะของการปรึกษารุ่นพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่า ในขณะที่ปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ เพื่อหาแนวทางตัดสินใจร่วมกันในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในสิ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ซึ่งพบว่า เมื่อพยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและเกิดความไม่แน่ใจ ลังเลว่าควรปฏิบัติอย่างไรดี หากตัดสินใจโดยลำพังก็เกรงว่าอาจเกิดความผิดพลาดเนื่องจากตนเองด้อยประสบการณ์ จึงใช้วิธีปรึกษารุ่นพี่หรือพยาบาลรุ่นพี่ที่ปฏิบัติงานร่วมกันในขณะนั้น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหหรือหาข้อตกลงร่วมกัน เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) ที่พบว่า พยาบาล 5 ใน 10 ราย ใช้วิธีปรึกษาเพื่อนร่วมงานเมื่อประสบเหตุการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะเกรงว่าจะตัดสินใจผิดพลาดและเกิดผลเสียตามมาภายหลัง

เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นหัวหน้าทีมในการรักษาผู้ป่วย และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและไม่มีบุคคลอื่นใดที่จะสามารถให้การรักษาหรือทำหัตถการต่างๆได้นอกจากแพทย์ นอกจากนี้แพทย์ยังเป็นบุคลากรอีกกลุ่มหนึ่ง

ในที่มสุขภาพที่ได้รับยอมรับจากญาติ ผู้ให้ข้อมูลจึงใช้วิธีการปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยเฉพาะในลักษณะของการร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ จากการที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 26.56 ได้ตัดสินใจ**ปรึกษาแพทย์** ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์บาลมีทั้งงานที่อิสระและบางส่วนเป็นงานที่ไม่อิสระต้องประสานงานกับบุคลากรทางด้านการรักษาหรือแพทย์ ได้แก่ คำสั่งการรักษาหรือให้ยา (นันทนา, 2538) พยาบาลให้ความสำคัญในการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลในฐานะที่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเซเตียวัน (Setiawan, 2002) ที่พบว่า พยาบาล 7 ใน 10 ราย ใช้วิธีการปรึกษาแพทย์และ/หรือพยาบาลระดับหัวหน้างานเมื่อไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของออฟาไล (Orfali, 2004) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและหน่วยงานที่มีความแตกต่างกัน โดยทำการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสซึ่งแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในฐานะเป็นผู้ปกครองและสหรัฐอเมริกาซึ่งจะเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติผู้ป่วย ได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกจำนวน 60 รายและญาติจำนวน 71 ราย รวมทั้งเอกสารรายงานของผู้ป่วยย้อนหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการยึดหรือยุติชีวิตผู้ป่วยในทั้ง 2 ประเทศไม่มีความแตกต่างกัน คือ แพทย์ยังมีอำนาจในการตัดสินใจในประเด็นเหล่านี้มากกว่าญาติผู้ป่วย

การที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 15.63 ตัดสินใจ**ปรึกษาพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย** และร้อยละ 3.13 **ปรึกษาพยาบาลเวรตรวจการ** ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพราะส่วนใหญ่พยาบาลที่อยู่ในระดับผู้บริหารเหล่านี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและได้ผ่านการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมาแล้วเกือบทั้งสิ้น จึงเป็นบุคคลที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้แก่ผู้ร่วมงานในบทบาทของการเป็นผู้บริหาร ประกอบกับความอาวุโส มีประสบการณ์ในการทำงานและมีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าตนเอง (กาญจนา, 2543) ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญในการขอคำแนะนำปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาของเบอร์เกอร์นและเซเวอรินส์สัน (Berggren & Severinsson, 2003) เกี่ยวกับลักษณะการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติของพยาบาลระดับหัวหน้างาน พบว่า พยาบาลระดับหัวหน้างานจะมีความตระหนักในบทบาทของตนเอง มีการเตรียมตัว เตรียมความรู้ และยินดีที่จะเข้าร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยได้มีการคำนึงถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้หลักจริยธรรมและ จรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ภายใต้การนิเทศร่วมแสดงความรู้และประสบการณ์ ภาย

ได้ทำให้คุณค่าบุคคลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับที่ ฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) ได้กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนพยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาของวัฒนาวรรณ (2544) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 364 ราย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และตำแหน่งในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อก่อให้เกิดผลดีและมีประสิทธิภาพสูงสุคนั้น นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดย **รักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง** โดยตัดสินใจใน 2 ลักษณะ คือ การปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า (ร้อยละ 10.94) และการให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตน (ร้อยละ 4.69) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่อยู่ในระดับปฏิบัติการและส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี (มากกว่าร้อยละ 50) เนื่องจากมีผู้ที่อาวุโสกว่าในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวร รวมทั้งแพทย์ ทำให้ขาดอำนาจในการต่อรองจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งตามจรรยาบรรณข้อที่ 7 ได้กำหนดไว้ว่า พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล...ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดีและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งในและนอกวงการศึกษา ในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและระหว่างประเทศ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) พบว่า เมื่อพยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพแต่ในขณะเดียวกันก็เกรงว่าจะมีปัญหาขัดแย้งกับบุคลากรผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากการที่พยาบาลพยายามทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และในบางครั้งที่ต้องปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาและแพทย์อาจมีความคิดเห็นขัดแย้งกับตนเอง จึงต้องยอมปฏิบัติตามความคิดเห็นของแพทย์เพราะไม่อยากให้มีปัญหาสัมพันธภาพ ในขณะเดียวกันเมื่อต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลในวิชาชีพเดียวกันแต่มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่พยาบาลก็ไม่กล้าเข้าไปก้าวร้าวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้ร่วมงานเสียหน้าและอาจมีปัญหาสัมพันธภาพตามมา

การรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดย**ให้ผู้อื่นดูแลผู้ป่วยแทนตน** เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือญาติ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและไม่เกิดอันตราย ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางกฎหมายจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้มาตรการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเพื่อสร้างความประทับใจในทางที่ดีแก่ผู้รับบริการ และในขณะเดียวกันพยาบาลก็ได้คำนึงถึงสิทธิในการที่จะได้รับความปลอดภัย (the right to safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (the right to be informed) และสิทธิที่จะเลือก (the right to choose) ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งและเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจ (พรจันทร์, 2541)

นอกจากวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 ยังใช้วิธีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกเมื่อไม่สามารถใช้วิธีการอื่นๆ เพื่อแก้ไขความรู้สึกอัดอั้นคับข้องใจที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงเลือกวิธีการดังกล่าวให้ตนเองรู้สึกสบายใจมากขึ้น คลายความอัดอั้นใจลงได้บ้าง หลังจากที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญ ซึ่งบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลพูดคุยด้วยอาจเป็นที่เป็นผู้ที่ตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันหรือบุคคลภายนอกหน่วยงานของตนเอง เนื่องจากยอมรับฟังและเข้าใจความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของพจนาน (2545) ที่พบว่าพยาบาล 1 ราย จากจำนวน 110 ราย ที่ใช้วิธีปรึกษาหารือเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อต้องตัดสินใจว่าจะควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์อย่างไรดี สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ซึ่งพยาบาล 9 ใน 10 ราย นิยมนำมาใช้เพื่อลดความรู้สึกเครียดและคับข้องใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยการระบายความรู้สึกในลักษณะต่างๆ เช่น การร้องไห้เมื่อไม่มีใครคอยรับฟังปัญหา วิธีการพูดคุยเพื่อระบายปัญหาและความรู้สึกกับเพื่อนๆ ผู้ร่วมงาน บุคคลในครอบครัว หลังจากระบายความรู้สึกแล้วทำให้พยาบาลรู้สึกสบายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิตและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ที่พบว่า พยาบาลใช้วิธีการระบายความรู้สึก เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับหัวหน้าหอ เพื่อนหรือผู้ร่วมงานอื่น เพื่อเป็นการระบายความเครียดมากกว่ามุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

#### หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับหลักการ/เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 9 ประการ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายใช้หลักการในการตัดสินใจมากกว่า 1 อย่าง โดยหลักการที่

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.75 ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ หลักจริยธรรม รองลงมา ได้แก่ แนวคิดเชิงจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลจะมีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง และในแต่ละเวรจะมีพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบ แทนหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ทำให้พยาบาลตระหนักในบทบาทของตนเอง มีการเตรียมตัว เตรียมความรู้ และใช้หลักการทางจริยศาสตร์เพื่อตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Berggren & Severinsson, 2003) ส่วนหลักการทางด้านกฎหมาย มีผู้ให้ข้อมูล เพียง 4 ราย (ร้อยละ 6.25) ที่เลือกใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายในฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพโดยเฉพาะ (พรจันท์, 2541) ดังนั้น เมื่อพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามจรรยาบรรณวิชาชีพจึงอาจไม่ได้ตระหนักถึงการนำหลักการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายมาประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การที่ผู้ให้ข้อมูลนำ **หลักจริยธรรม** มาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม อันได้แก่ **การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์** (ร้อยละ 32.81) ซึ่ง บิวแชมป์และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) กล่าวไว้ว่า การกระทำในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์ (beneficence) เป็นการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่แสดงถึงความเมตตากรุณา มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการรู้จักให้อภัย ตามหลักจริยศาสตร์จึงหมายถึง พันธะทางจริยธรรมในการปฏิบัติต่อสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพข้อ 2 ที่กล่าวถึงการที่พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุดในตลอดวงจรของชีวิตนับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) หลักการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร (2546) ซึ่งพบว่า พยาบาลจำนวน 4 ใน 22 ราย ใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ด้วยการประเมินภาวะความเจ็บป่วย อาการ และการพยากรณ์โรค ถ้าหากมีโอกาสรักษาให้หายจากภาวะความเจ็บป่วยได้ก็สนับสนุนให้รับการรักษาต่อ แต่ถ้าหากไม่มีโอกาสรักษาจะมีการอธิบายแก่ญาติเพื่อยุติการรักษาดังกล่าว นอกจากนี้ การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ยังเป็นการแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของถนอม (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไปในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ แผนกละ 30 ราย รวม 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ในลักษณะต่างๆ ได้แก่

ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้รอดตาย/หายป่วย (ร้อยละ 90) พุดจาตี มีหน้าตาขี้มึนแหม่ม (ร้อยละ 47.8) เอาใจใส่ ถามไถ่อาการ (ร้อยละ 37.8) และช่วยเหลือทันทีที่มีปัญหา (ร้อยละ 37.8)

นอกจากการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์แล้ว ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 20.31 ยังใช้หลักจริยธรรมด้าน **การกระทำที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย** เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการช่วยลดความเสี่ยงในการก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่บุคลากรในทีมสุขภาพพึงตระหนักสูงสุด โดยเฉพาะในสภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์คับขันเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้งในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะปกติหรือเสมือนไร้ความสามารถ ได้แก่ การไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนหรือได้รับอันตราย (Beauchamp & Childress, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของถนอม (2544) ที่พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านการไม่กระทำในสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตราย โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 94.4 มีประสบการณ์ดังกล่าวในลักษณะของการที่พยาบาลไม่ทำให้เจ็บปวดหรือเกิดอันตรายเพิ่มขึ้น

หลักจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 14.06 ใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ **การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคล** ซึ่งเป็นหลักการที่กล่าวถึง การเคารพในความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระที่จะกำหนดความต้องการหรือปฏิบัติตามความต้องการของตนได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนถือเป็นการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) โดยเฉพาะการเคารพความคิดและการตัดสินใจในการเลือกเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับสุขภาพโดยปราศจากการบีบบังคับ ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการปฏิบัติต่อสุขภาพตนเองได้เช่นกัน (Beauchamp & Childress, 2001) ตรงกับสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น ในขณะที่สิทธิข้อที่ 10 กล่าวว่า บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสงวง, 2546) จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคลผ่านผู้ดูแลที่ถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคล...(สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) นอกจากนี้การเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) ยังเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับในคุณค่าทางจริยธรรมของบุคคลอื่นที่แตกต่างจากตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในทางจริยศาสตร์และ

สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติภายใต้บริบทที่แตกต่างกันออกไป (Davis et al., 1997) หลักการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2546) ที่พบว่า พยาบาลจำนวน 18 ใน 22 ราย ได้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ในการยินยอมให้ปฏิเสธการรักษา และการไม่ให้ช่วยฟื้นคืนชีพ

จิตติมา (2547) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและพยาบาลในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน กลุ่มละ 175 ราย พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย ด้านการเคารพการกระทำตามที่ได้ตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากเช่นกัน และในการศึกษาของถนอม (2544) ยังพบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านการเคารพความเป็นอิสระ ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.7 โดยมีประสบการณ์ในลักษณะของการที่พยาบาล บอกให้ทราบก่อนทำการพยาบาลและร้อยละ 30 มีประสบการณ์ในลักษณะของ ถ้ามถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับที่ ชนุตตรา (2542) กล่าวว่า ก่อนที่จะกระทำการใดๆแก่ผู้ป่วย ควรได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เพื่อความร่วมมือที่ดี เป็นการเคารพสิทธิส่วนบุคคลและป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 12.50 ได้ใช้หลักจริยธรรมในเรื่องของ **ความยุติธรรม** เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น บิวแชมป์และชาเยเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) กล่าวว่า ความยุติธรรมเป็นหลักการที่กล่าวถึงการปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความเหมาะสม บนพื้นฐานที่กล่าวถึง สิ่งที่เท่ากันย่อมต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกันและสิ่งที่ต่างกันก็ย่อมต้องได้รับการปฏิบัติที่ต่างกันออกไป จากการศึกษาของถนอม (2544) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.2 รับรู้ว่าพยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านความยุติธรรม ในลักษณะของการที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างดีโดยไม่มีความแตกต่าง สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 ในเรื่องของผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546) หลักการเกี่ยวกับ ความยุติธรรม ยังตรงกับจรรยาบรรณข้อที่ 4 ที่กล่าวว่า

พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) และตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดสิทธิและเสรีภาพ ตามมาตรา 82 ระบุว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (แสง, 2545ก) นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 ยังระบุไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ...(แสง, 2545ข)

สำหรับหลักจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 6.25 ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมว่าด้วยเรื่องของ **การบอกความจริง** เป็นหลักการที่ว่าด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง ครบถ้วน สามารถที่จะเข้าใจได้ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกตัดสินใจรับบริการทางด้านสุขภาพ (Beauchamp & Childress, 2001) ตรงกับสิทธิผู้ป่วย ข้อที่ 9 ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546) โดยผู้รับบริการมีความต้องการในการบอกความจริงลักษณะต่างๆ กัน ได้แก่ การให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริง ควรบอกตามความเป็นจริง ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมด และผู้รับบริการบางรายยังเห็นว่าการบอกความจริงของทีมสุขภาพจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที่ (จุฬารวรรณ, 2544) โดยเฉพาะการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเอง และบอกความจริงเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรคและการรักษา (สุระพร, 2547) ในขณะที่ทีมสุขภาพอาจมีวิธีการบอกความจริงในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การบอกตามความเป็นจริง ค่อยๆบอกเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยรับได้ และอาจใช้การกระทำและคำพูดเป็นสื่อ (ธารทิพย์, 2544) ซึ่งในการศึกษาของถนอม (2544) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.1 ได้อธิบายประสบการณ์ด้านการบอกความจริงของพยาบาล ในลักษณะของการบอกข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ได้อธิบายถึงประสบการณ์ที่พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยา และการปฏิบัติตัวด้วยการบอกโดยใช้ภาษาต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

นอกจากการนำหลักจริยธรรมดังกล่าวมาแล้วข้างต้นที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นหลักการหรือเหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.38 ยังใช้ **แนวคิดเชิงจริยธรรม** เป็นหลักการในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย **ความเอื้ออาทร** คิดเป็นร้อยละ 20.31 ทั้งนี้เนื่องจากความเอื้ออาทร (caring) เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นบทบาทและเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ลักษณะดังนี้ (Forrest, 1989 cited by Fry & Johnstone, 2002) (1) การไม่



ทอดทิ้งผู้ป่วย (being there for the patient) (2) การให้ความเคารพผู้ป่วย (respecting the patient) (3) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (feeling with and for the patient) และ (4) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (closeness with the patient) จากการศึกษาของกุสุมา (2545) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีแผนการการรักษาให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างเดือน มีนาคมถึงสิงหาคม 2544 เลือกรุ่นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน โดยใช้แบบวัดการดูแลเอาใจเชิงวิชาชีพของ สเวนสัน พบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลเอาใจจากพยาบาลในระดับสูง

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 9.38 ได้นำแนวคิดเชิงจริยธรรมเรื่อง **ความร่วมมือ** มาใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากความร่วมมือ (cooperation) เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยเรื่องของความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทั้งยังเปรียบเสมือนการสร้างพลังอำนาจให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมีพันธะสัญญา ตระหนักในผลดีที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการยอมรับในคุณค่าของข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทั้งในและนอกวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ส่วนแนวคิดเชิงจริยธรรมเรื่อง **ความรับผิดชอบ** ที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 7.81 ใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยเรื่องของหน้าที่ความรับผิดชอบที่พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ความสามารถในการชี้แจงหรืออธิบายเหตุผลในการปฏิบัติของตนเอง (answerability) และความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติ (responsibility) (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งความรับผิดชอบตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะความเจ็บป่วย ฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และบรรเทาความทุกข์ทรมาน (ICN, 2000 cited by Fry & Johnstone, 2002) หน้าที่ความรับผิดชอบตามแนวคิดเชิงจริยธรรมของพยาบาลจึงได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและขจัดความกังวลใจ โดยขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและแนวทางที่สามารถกระทำได้ในขณะนั้น (มัญชุภา, 2541) นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 5 ในการที่พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ ปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความรู้ในการกระทำ และสามารถอธิบายเหตุผลได้ทุกกรณี... และ ข้อที่ 9 ในการที่พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

**การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย** เป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมอีกประการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 4.69 นำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocacy) กล่าวคือ พยาบาลมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ (Fry & Johnstone, 2002) โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งในทางกฎหมายถือเป็นการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Annas, 1974 cited by Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งรูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ พยาบาลจะต้องเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้มากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยเด็กเป็นบุคคลที่ยังไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดี (กาญจนา, 2543) นอกจากนี้ พยาบาลยังตระหนักดีว่าตนเองมีบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อมีโอกาสได้รับอันตรายที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Chaowalit et al., 2002) จากการศึกษาของพรหมเทพ (Promtape, 2004) เกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตามการรับรู้ของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 5 แห่ง จำนวน 260 ราย ผลการวิจัยพบว่า บทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน การให้ข้อมูล การปกป้องผู้ป่วย การเอื้ออำนวยความสะดวก และการเคารพผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และในการศึกษาของเปรมทิพย์ (2544) ยังพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยในของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนืออยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม การแสดงบทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก็อาจสร้างความไม่พอใจให้บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพและเกิดสัมพันธภาพในทางลบตามมาได้เช่นเดียวกัน (Setiawan, 2002)

ในผลการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 26.56 ใช้ **จรรยาบรรณวิชาชีพ** เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล กำหนดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ให้เป็นหลักนำการประกอบวิชาชีพ เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาวการณ์ปัจจุบัน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) คำว่า “จรรยาบรรณ” ในความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ (สิวลี, 2544) ซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) กำหนดไว้ 9 ข้อ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จรรยาบรรณวิชาชีพที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่ ข้อที่ 2 ซึ่งกล่าวว่า พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต... ข้อที่ 3 ซึ่งว่าด้วยมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชน... ข้อที่ 4 การยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น จะเห็นได้ว่า จรรยาบรรณพยาบาลแต่ละข้อมีความหมายครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทางจริยธรรมแต่ละหมวดอย่างกว้างขวาง สามารถใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกด้าน ในทุกสถานที่ และทุกตำแหน่งหน้าที่ ใช้เป็นหลักนำการประกอบวิชาชีพให้มีมาตรฐานสูง สอดคล้องตรงกันทั่วประเทศ รวมทั้งเป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานในวิชาชีพอื่นๆ และประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงจรรยาบรรณที่พยาบาลยึดถือในการประกอบวิชาชีพและแสดงความมุ่งมั่นของพยาบาลที่จะประกอบวิชาชีพให้มีคุณภาพในมาตรฐานสูง (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) การใช้จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนาวรรณ (2544) ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 364 ราย มีการตัดสินใจตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพทุกสถานการณณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สรวงสุดา (2545) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 185 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 15 แห่ง มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในต่างประเทศของเบอร์กเกรนและเซเวอรินสัน (Berggren & Severinsson, 2003) ที่พบว่า พยาบาลระดับหัวหน้างานมีการใช้จรรยาบรรณวิชาชีพในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

นอกจากหลักการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น เรื่อง **คุณค่า** ยังเป็นหลักการที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 18.75 นำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการให้ค่าของความคิด ทัศนคติ ประเพณี หรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของบุคคล (Potter & Perry, 1997) ซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป สามารถเปลี่ยนแปลงและแบ่งปันกันได้ (ฟาริดา, 2541) ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้น มีขั้นตอนแรกที่สำคัญคือการประเมินคุณค่าและการหาความกระจ่างในคุณค่าทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ศาสนา คุณค่าต่อตนเองและวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพที่สอดคล้องกับคุณค่าของตนเองจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานโดยไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งหรือคับข้องใจ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องหาความกระจ่างในคุณค่า (values clarification) ทั้งส่วนบุคคลและวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยหาความกระจ่างในคุณค่าของตนเอง (ฟาริดา, 2541) และพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

และการดูแลผู้ป่วยในที่สุด (Burkhardt & Nathaniel, 2002) ซึ่ง พอตเตอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1997; Potter & Perry, 2001) กล่าวว่า คุณค่าสามารถถ่ายทอดผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การเป็นแบบอย่าง (modeling) การสอนในสิ่งที่ต้องมีจริยธรรม (moralizing) การให้อิสระเสรีในการเลือกเรียนรู้และรับคุณค่า (laissez-faire) การให้อิสระในการเรียนรู้คุณค่าแต่อยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัว (responsible choice) การให้รางวัลและการลงโทษ (reward and punishment) ดังนั้น ผู้ที่ได้มีโอกาสศึกษาหลักการและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาจริยศาสตร์จึงมีโอกาสที่จะเรียนรู้ที่จะหาความกระจ่างในคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่นได้ดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการเรียนการสอนจำนวน 62 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.87 และร้อยละ 92.19 ผ่านการเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเพิ่มเติมหลังจบการศึกษาแล้ว

จากการศึกษาของศรีสกุล และคณะ (2543) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสอนวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเพื่อส่งเสริมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและเชิงพรรณนา โดยมีรูปแบบการสอนที่ใช้ คือ การกระจ่างค่านิยม การประชุมปรึกษาในคลินิก การเสนอกกรณีศึกษาและการทำแฟ้มสะสมผลงาน ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เรียนตามรูปแบบการสอนที่ภาคิวิชาจัดให้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การเคารพปัจเจกบุคคล การยึดมั่นในความยุติธรรม การรักษาความลับของผู้ป่วย การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติพยาบาลดี และการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ( 2) พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การเรียนรู้และได้รับถ่ายทอดคุณค่าผ่านประสบการณ์ของตนเองจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่พยาบาลได้มาซึ่งการให้คุณค่าของสิ่งต่างๆ และเมื่อพยาบาลหาความกระจ่างในคุณค่าของตนเองได้ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเข้าใจการให้คุณค่าของผู้ป่วยรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นอีกด้วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Potter & Perry, 2001) จากการศึกษาของพัชรี (2547) พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 5 แห่งในภาคใต้ คำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและญาติ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตของทีมสุขภาพ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติยืนยันไม่รักษาตามความเชื่อทางศาสนา ทีมสุขภาพก็ต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติเช่นกัน

ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 15.62 ได้กล่าวถึงการใช้ **ประสบการณ์** เป็นเหตุผลในการตัดสินใจเชิง

จริยธรรม จากข้อมูลทั่วไปพบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกราย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ทำให้สามารถใช้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่คล้ายคลึงกันประกอบกับองค์ความรู้ที่มีอยู่ตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรวงสุดา (2545) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 185 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและตามประสบการณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของเบอร์กเกรนและเซเวอรินส์สัน (Berggren & Severinsson, 2003) ที่พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกเป็นผู้มีประสบการณ์และสามารถคาดการณ์ผลที่อาจเกิดตามมาภายหลังการตัดสินใจ จึงมีวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

การนำหลักการในเรื่อง **สิทธิผู้ป่วย** ที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 15.62 นำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากสิทธิผู้ป่วย เป็นความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆจะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ดารารพร, 2541; พรจันทร์, 2541) ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ และเพื่อให้เกิดความสัมพันธอันดีโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเกิดความไว้วางใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ จึงได้มีการประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546) โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายได้กล่าวถึงในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ (1) การไม่เลือกปฏิบัติ (2) การมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา (3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วน โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ (4) สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง และ (5) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดสำเร็จการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาตรี จึงเป็นผู้ที่มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาศรีวรรณ (2539) ที่พบว่าพยาบาลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ( $P < .01$ ) และในการศึกษาของ ภูษิตา, ยუნุช, พีระ และลดาวัลย์ (2544) ยังพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วยดีโดยเฉพาะการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยและส่วนใหญ่รับรู้บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของตนเอง รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อสิทธิผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จึงมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับการรับรู้ของตนเอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของกัลยาณี (2543) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ

และการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราช  
นครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จำนวน 315 ราย พบว่า การรับรู้ของแพทย์และ  
พยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด  
นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้รับบริการเองก็มีการตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและเห็นด้วยต่อการ  
ได้รับสิทธิตามที่กำหนดไว้ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (จินดา, 2543; วิลาวัณย์, 2545)

จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 14.06 ได้ใช้หลักการ **อนุสัญญาว่า  
ด้วยสิทธิเด็ก** ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายในการศึกษาคั้งนี้ไม่  
ได้ระบุเรื่องที่ผ่านมาการอบรม ประชุม หรือสัมมนาเกี่ยวกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กโดยเฉพาะ จึงไม่  
ได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ประกอบกับหลักการเกี่ยวกับอนุสัญญา  
สิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 อาจจะยังไม่สามารถตอบสนองผลประโยชน์สูงสุดแก่เด็ก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย  
2 ประการ ประการแรก คือ ไม่มีการปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายตามสภาพบังคับอย่างจริงจัง  
และประการที่สอง คือ กฎหมาย ระเบียบที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจใน  
ปัจจุบัน (วิศิษฎ์, 2537) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังมีความตระหนักถึงสิทธิของเด็กที่  
คลอดออกมาแล้วจะต้องมีชีวิตอยู่รอดอย่างปลอดภัย และสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองใน  
ทุกรูปแบบที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองจากการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกาย จิต  
ใจและทางเพศ (ชัยเกษม และคณะ, 2547; สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก, 2547) ซึ่งเด็กทุกคนมีสิทธิ  
ต่างๆติดตัวมาตั้งแต่เกิดและประเทศสมาชิกของอนุสัญญาฉบับนี้ต้องดำเนินมาตรการต่างๆเพื่อให้  
การปกป้องคุ้มครองและส่งเสริมการใช้สิทธิของเด็กอย่างเต็มที่และอย่างน้อยต้องเป็นไปตามมาตร  
ฐานของอนุสัญญา ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2535 และ  
มีผลบังคับใช้ในประเทศไทยในฐานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.  
2535 (วันชัย, 2547)

การที่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 6.25 ใช้ **กฎหมาย** เป็นหลักการในตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่อง  
จากพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย  
(พรจันทร์, 2541) และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ กฎหมายวิชา  
ชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2538 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2541  
ซึ่งเป็นตัวบทกฎหมายที่มุ่งควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ด้วยการกำหนดขอบเขต  
อำนาจหน้าที่ คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ความประพฤติของบุคคล บทลงโทษเมื่อมีการละเมิดหรือ  
ประพฤติดี และกฎหมายยังได้ให้ผู้มีอำนาจหน้าที่สามารถวางกฎเกณฑ์และกระบวนการในการ  
สืบสวน สอบสวนการพิจารณาความผิด การลงโทษ การอุทธรณ์ ร้องทุกข์ เพื่อความเป็นธรรมแก่  
ทุกฝ่าย (อุบลรัตน์, 2545) กฎหมายจึงช่วยป้องกันการเกิดปัญหาจากการปฏิบัติกรพยาบาลด้วย

เช่นกัน (พรจันทร์, 2541) นอกจากกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแล้ว กฎหมายด้านอื่นๆในการดูแลผู้ป่วยในฐานะของผู้ให้บริการและประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการที่อาจนำไปสู่การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ (กฤษฎีกา, 2545; แสง, 2545ก) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (แสง และเอนก, 2546) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522, 2547; พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541, 2547) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เลือกให้หลักการอื่นๆประกอบในการตัดสินใจ ได้แก่ หลักจริยศาสตร์ แนวคิดเชิงจริยธรรม รวมทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กฎหมายจึงเป็นหลักการที่เลือกให้ประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลำดับที่สำคัญรองลงมา แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายยังเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการปฏิบัติของทีมีสุขภาพเพื่อให้หรือยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (พัชรี, 2547)

#### *ผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

การที่พยาบาลต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อต้องการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและสอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแต่ละสถานการณ์ก็ไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมดหรือสามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นๆได้แต่อาจเกิดเป็นประเด็นขัดแย้งในลักษณะอื่นๆแทน จึงทำให้ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นใหม่ ดังที่ คาตาลาโน (Catalano, 2003) กล่าวว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ และพยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักดีว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลไม่เว้นแต่ละวัน

จากผลการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูล ได้บอกถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้ตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อผู้ป่วยและครอบครัวใน 3 ลักษณะคือ (1) ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรทีมีสุขภาพ (2) ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง และ (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 32 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 กล่าวถึงผลลัพธ์ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นไปลักษณะของการที่ **ผู้ป่วยปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากรทีมีสุขภาพ** โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตและต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมีสุขภาพรวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลงและฟื้นคืนอันตรายส่งผลดีต่อผู้ป่วยและ

ครอบครัว เกิดจากการที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความเห็นสอดคล้องกันในวิธีการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 1 ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ได้กำหนดไว้ว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ที่พบว่า ผลทางบวกจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด โดย พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลอยู่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการตอบสนองของความต้องการครบถ้วนแบบองค์รวม แม้ว่าในบางครั้งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังไม่ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นก็ตามแต่เมื่อมองในภาพรวมแล้วผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ซึ่งพยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 22 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.37 ได้บอกเล่าในลักษณะของการที่ **ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง** เมื่อผู้ป่วยเด็กไม่มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองเนื่องจากเด็กเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (Bandman & Bandman, 2002) ซึ่งตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยได้ให้บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (แสวง และเอนก, 2546) แต่ในบางสถานการณ์อาจพบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้แทนโดยชอบธรรมก็อาจเกิดความขัดแย้งกับข้อคิดเห็นจากทีมสุขภาพได้เช่นกัน (Jonsen et al., 2002) หรือแม้กระทั่งความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันของบุคลากรในทีมสุขภาพแต่อย่างไรก็ตาม ต้องคำนึงถึงสิทธิเด็กประการสำคัญที่สุดคือต้องยึดถือหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (the best interest of the child) (วันชัย, 2547; อิงอร, 2540) ผลลัพธ์จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับที่กาญจนา (2543) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จนสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการได้ เพราะว่าพยาบาลไม่มีอำนาจในการอิสระที่จะจัดการได้ด้วยตนเอง

นอกจากผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.62 ได้สะท้อนออกมาเป็นคำบอกเล่าคือ **ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้อง**



**คล้องกับคุณค่าและความเชื่อของญาติ** ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลมาจากพื้นฐานทางครอบครัวที่ต่างกันรวมทั้งการให้คุณค่าในแต่ละอย่างย่อมมีความแตกต่างกันด้วยเช่นกัน การหาความกระจ่างในคุณค่าจึงเป็นกลวิธีที่มีประโยชน์ในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพของตนเอง ปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตราย และค้นหาบุคคลที่จะสามารถช่วยให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะสุขภาพปกติโดยไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างคุณค่าและการปฏิบัติ (Potter & Perry, 1997) การประเมินคุณค่าและการหาความกระจ่างในคุณค่าทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ศาสนา คุณค่าต่อตนเองและวิชาชีพ เมื่อเกิดความขัดแย้งในคุณค่า พยาบาลจะต้องให้ความเคารพในคุณค่าของบุคคลอื่นและพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจระหว่างสิทธิของผู้ป่วยและพันธะหน้าที่แห่งวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) ประกอบกับเคารพสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 10 ซึ่งกล่าวว่า บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร, 2541; แสงวง และเอนก, 2546) และสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพข้อที่ 3 ที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิในเสรีภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของ และความเป็นส่วนตัวของบุคคล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ดังนั้น เมื่อพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพให้การเคารพและยอมรับในความแตกต่างของการให้คุณค่าในแต่ละบุคคลแล้ว ผู้ป่วยย่อมได้รับการดูแลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (Potter & Perry, 2001) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) พบว่า พยาบาล 5 ใน 10 ราย ได้อธิบายถึงเหตุการณ์ที่ตนเองพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆที่เห็นว่าเป็นประโยชน์และอาจช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ แต่สิ่งที่พยายามปฏิบัติไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่อย่างใดเนื่องจากญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าตนเอง

จากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามที่ได้เสนอไปแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 38 ใน 64 ราย ยังบอกถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจในลักษณะของ **สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้** จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น ทรัพยากรมีจำนวนจำกัด การประสานงาน รวมทั้งปัญหาของบุคลากร จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลและแนวทางในการปฏิบัติระดับนโยบายขององค์กรเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่บุคลากรต่อไปรวมทั้งเป็นข้อมูลเพื่อนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในองค์กร (Burnato & Angus, 2004) ดังที่ กฤษณา (2545) ศึกษาเกี่ยวกับผล

กระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล พบว่า พยาบาล 3 ใน 10 ราย ได้อธิบายถึงเหตุการณ์บางอย่างที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อย้อนกลับมาคิดพิจารณาถึงการปฏิบัติของตนเองต่อผู้ป่วยและครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าเพราะเมื่อได้หยุดคิดช่วยให้มีสติมากขึ้น ในการศึกษาของ อะรอสการ์ และคณะ (Aroskar et al., 2004) โดยการสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 36 ราย เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ ซึ่งมีส่วนผลักดันในระดับองค์กรเพื่อการพัฒนาหรือกำหนดนโยบายในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์จากการตัดสินใจอาจเกิดจากการนำผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในนโยบายหรือกฎระเบียบต่างๆของหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย (Romesberg, 2003) ดังนั้น การฝึกวิเคราะห์และแยกแยะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมรวมทั้งการปลูกฝังสำนึกด้านความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พัฒนาบุคลิกภาพและการแสดงออกที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล (Felton & Parsons, 1987)

#### *ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 53 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.81 ได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดภายหลังการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นทางบวก ในขณะที่บอกถึงผลกระทบในทางลบ จำนวน 44 ใน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75 แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ให้ข้อมูลนำหลักการทางจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องจากที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมรวมทั้งการเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเพิ่มเติมหลังจบการศึกษาและสามารถนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมาในทางบวกมากกว่าทางลบทั้งต่อบุคคลและหน่วยงาน นอกจากนี้ เฟลตัน และพาร์สัน (Felton & Parsons, 1987) ยังกล่าวถึง การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมรวมทั้งการปลูกฝังสำนึกด้านความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลจะทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พัฒนาบุคลิกภาพและการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

ผลกระทบที่เกิดภายหลังการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปในลักษณะทางบวกซึ่งเกิดขึ้นกับพยาบาล ใน 2 ลักษณะคือ (1) **รู้สึกสบายใจ โលงใจ พอใจในผล**

**ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** ร้อยละ 37.50 ความรู้สึกดังกล่าว เกิดขึ้นภายหลังจากที่พยาบาลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่ตนเองรับรู้ว่าคุณป่วยยังไม่ได้รับดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุด ทำให้เกิดความอึดอัดคับข้องใจหรือไม่สบายใจแต่เมื่อสามารถหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาได้จึงเกิดความรู้สึกสบายใจและในขณะเดียวกันเมื่อตัดสินใจแล้วส่งผลให้คุณป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้นจึงทำให้ตนเองพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ซึ่งพบว่าผลกระทบในทางบวกจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดต่อพยาบาลเป็นไปในลักษณะของการพอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำเพื่อผู้ป่วย โดยพยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงความรู้สึกพอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ได้ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผลที่เกิดจากการแก้ปัญหาไม่ได้ดังที่คาดหวังมากนัก เพราะไม่ใช่การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นโดยตรง ปัญหาจึงอาจไม่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ (2) **รู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ของพยาบาลอย่างดีที่สุด** ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 25 เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพที่ได้แสดงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ดีที่สุดเพื่อให้คุณป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ที่พบว่า ภายหลังจากการแก้ไขหรือเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาล 6 ใน 10 ราย อธิบายว่าผลที่เกิดจากการทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจและความรู้ที่มีอยู่ ประกอบกับความเชื่อมั่นและศรัทธาแห่งวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือช่วยให้พ้นภาวะวิกฤต นำมาซึ่งความรู้สึกสบายใจ ภูมิใจที่ได้กระทำและภาคภูมิใจในวิชาชีพ เพราะทุกการกระทำเพื่อความผาสุกในชีวิต บรรเทาทุกข์และทรมานผู้ป่วย ถ้าไม่ได้อยู่ในวิชาชีพคงไม่ได้ทำในลักษณะนี้

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 32.81 บอกผลกระทบในทางบวกต่อผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะ **ญาติมีความพึงพอใจ/ยอมรับผลที่เกิดขึ้น** เมื่อการตัดสินใจของบุคลากรในทีมสุขภาพในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมในมิติองค์รวมทำให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความพอใจโดยเฉพาะเมื่อผลลัพธ์ที่ออกมาสอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของตนเอง ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ จึงเกิดความพึงพอใจในหน่วยงาน จากการศึกษาของประทีนทิพย์ (2543) เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลละมุง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยชายและหญิงที่เฝ้า ดูแลผู้ป่วยเด็กจำนวน 50 คน พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยคาดหวังเป็นอันดับแรกคือ ด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้น เมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ประกอบกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนและครบถ้วนเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงทำให้

ญาติสามารถทำใจยอมรับได้และไม่เกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลตามมาภายหลัง

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 10.94 ยังได้บอกถึงผลกระทบในทางบวกต่อหน่วยงานในลักษณะ **ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากร** เนื่องจากการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่ต้องทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ทำให้ต้องมีการติดต่อประสานงานในลักษณะของความร่วมมือที่ดี และมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อกันเพื่อผลประโยชน์สูงสุดอันจะเกิดต่อผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) พบว่า พยาบาล 4 ใน 10 ราย มีความเห็นตรงกันและรับรู้ร่วมกันว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือหาทางออกทุกคนจึงร่วมมือกัน ทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น มีการปรึกษาหารือกัน ไม่ปล่อยให้เป็นที่น่าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานจึงดีขึ้น และในบางครั้งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นยังไม่ได้รับการแก้ไขแต่เพื่อต้องการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานไว้เนื่องจากต้องปฏิบัติงานร่วมกันในโอกาสต่อไปข้างหน้า ไอวี (Ivy, 1996) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อพยาบาลอาศัยองค์ความรู้ทางจริยศาสตร์ในตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคลและการปฏิบัติในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นย่อมเป็นไปในทางบวกมากกว่าทางลบ และผลกระทบดังกล่าวยังเป็นการสร้างบรรยากาศของจริยธรรมในองค์กรรวมทั้งเป็นกระบวนการหนึ่งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำงานของบุคลากรในทีมสุขภาพ

นอกจากผลกระทบในทางบวกดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75 ได้บอกถึงผลกระทบในทางลบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อพยาบาลใน 2 ลักษณะคือ (1) **พยาบาลยังรู้สึกคับข้องใจเมื่อปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข** ร้อยละ 26.56 เกิดขึ้นภายหลังจากที่ไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่ตนเองรับรู้ว่าเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย โดยความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดขึ้นภายหลังจากที่เหตุการณ์นั้นผ่านพ้นไปแล้ว (Sorlie et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2543) ซึ่งพบว่า ผลกระทบในทางลบเกิดขึ้นในลักษณะ ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ ซึ่งพยาบาล 3 ใน 10 ราย ได้อธิบายถึงความรู้สึกที่ยังคงอึดอัดคับข้องใจเหมือนตอนที่กำลังเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ ในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า พยาบาล 4 ใน 10 ราย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ โดยได้อธิบายถึงความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ที่พบว่า พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายผลกระทบในทางลบของการแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะของการเกิด

ความเครียด/กังวลใจถึงผลการกระทำ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าผลของการกระทำจะเป็นผลดีกับผู้ป่วย และญาติอย่างแท้จริง และ (2) **ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพที่เปลี่ยนไปกับบุคลากรอื่น** ร้อยละ 23.44 เพราะถึงแม้ว่าการปัญหาผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขแต่อาจจะต้องเกิดการขัดแย้งกับบุคลากรอื่นตามมาเนื่องจากการให้คุณค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ที่พบว่า พยาบาล 6 ใน 10 ราย ได้อธิบายถึงผลกระทบในทางด้านลบลักษณะของการมีสัมพันธภาพเสื่อมถอย จากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพไม่ดีกับแพทย์และพยาบาลผู้ร่วมงาน เนื่องจากพยาบาลพยายามทำหน้าที่แทนผู้ป่วย อยากให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสุขภาพ แต่ผู้ร่วมงานในทีมที่เป็นแพทย์หรือพยาบาลผู้ร่วมงาน อาจมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน หรือมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันกับผู้ร่วมงานอื่น

นอกจากผลกระทบในทางลบต่อพยาบาลแล้ว ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 14.06 ยังบอกถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะ **สัมพันธภาพกับญาติลดลง** ทั้งนี้เนื่องจากญาติอาจรู้สึกไม่พอใจพยาบาลที่แสดงบทบาทวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นหลักแต่เมื่อญาติรู้สึกไม่เห็นด้วยหรือไม่ตรงกับความต้องการ ขัดแย้งกับคุณค่าและความเชื่อของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ที่พบว่า พยาบาล 4 ใน 10 ราย ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน โดยอธิบายถึงเหตุการณ์ที่พยาบาลพยายามกระทำในสิ่งที่คิดว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับในสิ่งที่ถูกต้องแต่ผลที่เกิดจากการกระทำดังกล่าว กลับทำให้สัมพันธภาพกับญาติเป็นไปในทางลบ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 ยังบอกถึงผลกระทบในทางลบต่อหน่วยงานในลักษณะ **สิ้นเปลืองทรัพยากรของหน่วยงาน** โดยเฉพาะแสดงบทบาทหน้าที่ด้วยการตัดสินใจช่วยเหลือดูแลเพื่อประคับประคองชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาและแพทย์ไม่พิจารณาแผนการรักษาเพิ่มเติม แต่พยาบาลยังต้องการดูแลเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต หรือในกรณีที่ตัดสินใจที่จะรักษาสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นโดยการปฏิบัติตามความต้องการของผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าตนเองในการที่จะช่วยเหลือชีวิตเพื่อยึดชีวิตผู้ป่วยออกไป โดยการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งอาจทำสิ้นเปลืองอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆรวมทั้งต้องมีการสูญเสียบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาแทนที่จะให้ผู้ป่วยรายอื่นได้รับการดูแลจากบุคลากรเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจนนา (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเชชไอวี/เอดส์ ที่พบว่า พยาบาล 12 ใน 110 ราย ต้องให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยตามหน้าที่และตามความต้องการของญาติ ในขณะที่พยาบาลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะ