

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยได้มีการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษา ดังนี้

1. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
  - 1.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
  - 1.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาล
  - 1.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
  - 1.4 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.1 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.2 กระบวนการ /วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.4 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.5 ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
3. ทฤษฎีและหลักการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 3.1 หลักจริยศาสตร์
  - 3.2 แนวคิดเชิงจริยธรรม
  - 3.3 คุณค่า
  - 3.4 ศาสนา/วัฒนธรรม
  - 3.5 กฎหมาย
  - 3.6 จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล
  - 3.7 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย
  - 3.8 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก/พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

## ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

### 1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemma) เป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ซึ่งล้วนเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Catalano, 2003; Davis et al., 1997) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความ รู้สึกอึดอัดคับข้องใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว (Davis et al., 1997)

พยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะต่างๆกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาด้วยวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยา ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย ซึ่งพบว่า พยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ คือ (1) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี (2) บางสิ่งๆที่เข้าไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด (3) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก และ (4) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย ซึ่งพบว่า พยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งใน 3 ลักษณะ คือ (1) ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่รู้ทั้งรู้ว่าไม่ควรกระทำ (2) บางสิ่งๆที่เข้าไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง (3) เป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงไม่ได้และเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะที่ปฏิบัติงานทำให้พยาบาลอาจมีความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ ไม่สบายใจ เครียด สับสน (กฤษณา, 2545; Setiawan, 2002) อึดอัด เบื่อหน่ายท้อใจ โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาตามลำพัง (กาญดา, 2543) รู้สึกไม่แน่นอนและไม่มีอำนาจ (Setiawan, 2002)

### 2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง สามารถรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์, 2543) และต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ทำให้มีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งในขณะที่ปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีความแตกต่างจากความขัดแย้งในลักษณะอื่นๆเนื่องจากการต้องเลือกปฏิบัติในทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ อาจเป็นความขัดแย้งระหว่างการให้คุณค่าที่แตกต่างกัน หรือเป็นในลักษณะของการไม่แน่ใจว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเป็นการกระทำที่

ถูกต้อง (Sletteboe; 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิทและคณะ (Chaowalit et al., 2002) ซึ่งได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 40 ราย ที่ปฏิบัติงานทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในภาคใต้ สามารถวิเคราะห์ได้เป็น 8 ประเด็น ได้แก่ (1) ความขัดแย้งระหว่างการเลือกปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพที่ควรจะเป็นและการปกป้องตนเองจากอันตราย (2) การยึดชีวิตและการยึดความตาย (3) การรักษาความลับของผู้ป่วยและการเปิดเผยข้อมูลเพื่อเตือนผู้อื่นถึงอันตราย (4) การปกป้องผู้ป่วยและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น (5) ความขัดแย้งกับบุคลากรภายในวิชาชีพและความขัดแย้งกับบุคลากรภายนอกวิชาชีพ (6) การบอกความจริงและการไม่บอกความจริง (7) ประเด็นการสิ้นสุดชีวิต และ (8) การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลยังสามารถพบได้ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของงานที่ปฏิบัติและประเภทของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของภุชญา (2545) ซึ่งได้ทำการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลศูนย์ทางภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 10 ราย พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในพยาบาลกลุ่มดังกล่าวเกิดขึ้นใน 4 ประเด็น คือ (1) ยึดชีวิตหรือหยุดชีวิต (2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงกับญาติ (3) เกณฑ์ตัดสินใจคุณค่าแตกต่างกัน และ (4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) ในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 10 ราย ของโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ ซึ่งพบว่า สามารถแบ่งได้เป็น 7 ประเด็น คือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (3) ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน (4) ใครควรตัดสินใจ (5) ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (6) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง และ (7) จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของพจนา (2545) ซึ่งได้ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลาที่ประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาและจากสถานการณ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและจากสถานการณ์ที่กำหนด 5 สถานการณ์ พบว่า พยาบาลเกิด

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ได้แก่ (1) ไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ ร้อยละ 71.82 (2) ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วยหรือหรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี ร้อยละ 61.82 (3) อึดอัดใจที่ต้องอยู่ตรงกลางระหว่างญาติกับแพทย์ ร้อยละ 62.72 (4) จะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันอันตราย ร้อยละ 90.91 และ (5) อึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย ร้อยละ 59.09

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของ วอน โปสต์ (von Post, 1996) ซึ่งทำการศึกษาในวิสัญญีพยาบาล จำนวน 48 ราย และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 76 ราย ของประเทศฟินแลนด์ พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด ขณะได้รับการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ได้แก่ การไม่ป้องกันผู้ป่วยจากอันตราย การไม่ปกป้องจากการถูกเหยียดหยาม การไม่เคารพศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ การละเลยต่อสิทธิผู้ป่วยในการเลือกตัดสินใจ ความขัดแย้งเกี่ยวกับการได้รับการรักษาต่างๆ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นฆาตกร และการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด

### 3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานของพยาบาลอาจมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันในลักษณะต่างๆ ทั้งนี้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสามารถแบ่งกว้างๆ ได้ดังนี้ (สิวลี, 2544)

#### 1) ปัจจัยทางสังคม

ในสังคมไทยพบว่า คนไทยมีทัศนคติต่อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นไปในแนวของพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทย มองบริการทางการแพทย์เป็นบุญกุศล เป็นเมตตาธรรมที่ให้แก่มนุษย์ จึงถูกคาดหวังจากสังคมและยกย่องว่าเป็นผู้มีคุณธรรม มีเมตตากรุณาสูงกว่าบุคคลอื่น ขณะเดียวกันก็ได้รับการคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจมนุษย์ในยามเจ็บป่วย และเมื่อเกิดความผิดพลาดของผู้ประกอบวิชาชีพในขณะให้การดูแลทำให้ไม่มีการฟ้องร้องทางคดีความเกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะความรู้สึกเชื่อในเมตตาธรรมของแพทย์และพยาบาล แต่ในภาวะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม บุคคลมีโอกาสดำเนินการศึกษาจึงให้ความสำคัญต่อสิทธิของตนมากขึ้น รวมทั้งสถานบริการซึ่งมีทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการอาจเปลี่ยนไปด้วย ความเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและรูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่แพทย์ พยาบาลพึงตระหนักและมองแนวทางการแก้ปัญหา โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างมาก

อาจทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เช่น การยืดชีวิตหรือสิ้นสุดชีวิตในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลผู้ให้บริการและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยไม่อาจหลีกเลี่ยงการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติงานได้

#### 2) ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยอาจมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีความคาดหวังการให้บริการจากพยาบาลในลักษณะของการเป็นผู้รับใช้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่พึงพอใจในท่าทีและพฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อตนเอง รู้สึกไม่พอใจในข้อมูลที่ได้รับ มองภาพลักษณ์พยาบาลในด้านลบ โดยเฉพาะในปัจจุบันประชาชนจะมีการรับรู้และใช้สิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย เข้าใจสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นชนวนซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามมา

#### 3) ปัจจัยทางด้านพยาบาล

พยาบาลอาจขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ ละเลยต่อหลักการและจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน ขาดคุณภาพทำให้เกิดเป็นผลเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ขาดวุฒิภาวะ ขาดความตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน ละเลยต่อความรู้สึกหรือสภาพจิตใจของผู้ป่วย ความต้องการของญาติ ให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติน้อยไปหรือไม่ชัดเจน ขาดศิลปะทางการพยาบาล รวมทั้งความไม่รักและไม่เห็นคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล ขาดความศรัทธาต่อวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งระหว่างบุคคลในวิชาชีพพยาบาลด้วยกัน

#### 4) ปัจจัยทางด้านองค์กร

ระบบการบริหารขององค์กรที่ปฏิบัติงานมีส่วนสำคัญต่อขวัญและกำลังใจ รวมถึงความมีจริยธรรมของพยาบาล ลักษณะภาระงานที่หนัก ขาดความเป็นธรรมในการประเมินความก้าวหน้า ด้านการงานและผลตอบแทนที่พึงได้รับตามสมควร นโยบายของหน่วยงานในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติ สภาพบรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้น และเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติงานทั้งภายในตนเอง ระหว่างบุคคลและหน่วยงาน

จากการศึกษาของสาริกา (2542) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 494 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทโรงพยาบาล โดยกลุ่มพยาบาลที่มีอายุน้อย มีระดับการศึกษาสูงและกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่ว

ไป เเชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาน้อยและกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลเฉพาะโรค ส่วนสถานภาพสมรสและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

#### 4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

เนื่องจากเด็กเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (Bandman & Bandman, 2002) ทีมสุขภาพจึงอาจละเมิดความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคลในผู้ป่วยเด็ก ด้วยข้อจำกัดทางด้านวุฒิภาวะ ทีมสุขภาพจึงมีการตัดสินใจแทนโดยไม่ได้สอบถามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยได้ให้บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ (แสวงและเอนก, 2546) แต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้แทนโดยชอบธรรมก็อาจเกิดความขัดแย้งกับข้อคิดเห็นจากทีมสุขภาพได้เช่นกัน (Jonsen et al., 2002) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กจึงเกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติงานเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ

จากการศึกษาในต่างประเทศของแวกเนอร์และเฮนเดล (Wagner & Hendel, 2000) ซึ่งศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลเด็กจำนวน 224 ราย พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่พบสามารถแบ่งได้ 8 ลักษณะ ดังนี้ (1) การยุติการรักษา (2) รู้สึกไม่มั่นใจในแผนการรักษาหรือให้การรักษาที่ขัดแย้งกับความเชื่อของพยาบาล (3) ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติ (4) ความไม่ยุติธรรม (5) ต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยปฏิเสธ (6) การรักษาความลับและการบอกความจริงแก่ผู้อื่น (7) ความรู้สึกขัดแย้งกับบุคลากรภายในวิชาชีพ และ (8) ผู้ป่วยถูกละเลยขาดความเอาใจใส่ โดยสาเหตุของการเกิดประเด็นขัดแย้งเกิดจากแพทย์ ร้อยละ 66.4 ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 65.0 เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 52.5 ตัวผู้ป่วย ร้อยละ 47.5 บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ร้อยละ 38.8 และพยาบาลระดับหัวหน้างาน ร้อยละ 34.3 สอดคล้องกับผลการศึกษาของซอร์ลี และคณะ (Sorlie et al., 2003) ซึ่งพบว่า พยาบาลจะเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในกรณีที่พยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยไม่ได้รับการดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุด

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การยืดชีวิตและการสิ้นสุดชีวิต การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคลกับการตัดสินใจแทน โดยคำนึงถึงหลักประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย การบอกความจริงและการไม่บอกความจริง การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน การรักษาความลับของผู้ป่วยและการเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น เป็นต้น

## 1. ประเด็นการยืดชีวิตและการสิ้นสุดชีวิต

ด้วยศาสตร์ทางการแพทย์ประกอบกับเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้รอดพ้นจากการเสียชีวิต (Rempel, 2004; Stutts, & Schloemann, 2002a) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับทีมสุขภาพในการตัดสินใจที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยเฉพาะในหออภิบาลทารกแรกคลอด (NICU) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักการที่ว่าด้วย เรื่องของการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์และไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตราย ในขณะที่เดียวกันก็อยู่ภายใต้หลักของการปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตัวเด็กเพื่อเป็นการตัดสินใจช่วยชีวิตทารกไว้ โดยมีการตัดสินใจร่วมกันทั้งผู้ให้การรักษาและครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก (Stutts, & Schloemann, 2002a) นอกจากการประเมินความต้องการของญาติและผู้ป่วยแล้ว ในทางปฏิบัติทีมสุขภาพจะต้องเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมและความเชื่อ รวมทั้งความต้องการด้านจิตวิญญาณของครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับในสถานการณ์ของผู้ป่วยขณะนั้นและการเลือกตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว โดยตระหนักในคุณค่าและความเชื่อของบุคคลพร้อมทั้งยอมรับแนวทางที่เลือกการตัดสินใจ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นเด็ก ดังนั้น เมื่อทีมสุขภาพมีความเข้าใจในความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมจึงเป็นการลดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยและลดการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อยุติการรักษา (Stutts, & Schloemann, 2002b)

แม้ว่าวิวัฒนาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัยจะสามารถช่วยให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่สามารถพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเด็กในระยะยาวได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ได้มีการตระหนักเห็นความสำคัญจึงได้ร่วมกันอภิปรายหาแนวทางในการปฏิบัติโดยเฉพาะเมื่อยังไม่แน่ใจในผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาภายหลัง มาตรฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การหยุดการรักษาหรือยังคงให้การรักษาต่อไป รวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้แพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยมีแนวทางในการตัดสินใจเพื่อป้องกันและแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้น (Mellien, 1992)

นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการยืดชีวิตและการสิ้นสุดชีวิตยังสามารถพบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีความพิการรุนแรงมาตั้งแต่กำเนิดทั้งทางร่างกายและทางสมอง เช่น ความพิการของหัวใจชนิดรุนแรง ความผิดปกติของหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร ความผิดปกติของไขสันหลัง (สิวลี, 2544; Rempel, 2004) โดยพยาธิสภาพเหล่านี้เป็นที่

แน่ชัดในทางการแพทย์ว่าไม่สามารถดำรงชีวิตได้ในสภาพปกติต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงเป็นการสมควรหรือไม่ที่จะพยายามช่วยชีวิตโดยที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวทารกเอง ซึ่งบางรายอาจรอดชีวิตอยู่ได้โดยอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ มีเพียงลมหายใจที่บ่งบอกถึงสภาพการมีชีวิต ซึ่งโดยจรรยาบรรณของแพทย์และพยาบาลย่อมต้องพยายามที่จะช่วยชีวิตมนุษย์ แต่ในขณะเดียวกันเมื่อทารกเหล่านี้รอดชีวิตก็ย่อมเป็นภาระในการดูแลแก่ครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย (สิวลี, 2544)

พัชรี (2547) ได้ศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 5 โรงพยาบาล จำนวน 32 ราย พบว่าภายหลังจากที่ทีมสุขภาพได้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยแล้วจะมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติและร่วมกันตัดสินใจ โดยบุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้และญาติ ส่วนบทบาทของพยาบาลไม่ชัดเจน ในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ทีมสุขภาพและญาติมีการตัดสินใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษา แพทย์เจ้าของไข้จะปรึกษาแพทย์คนอื่นเพื่อยืนยันเกี่ยวกับการรักษา แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตแต่ญาติไม่ต้องการรักษา ทีมสุขภาพจะมีการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษา แต่ผู้ที่ตัดสินใจชี้ขาดเกี่ยวกับการรักษาคือญาติผู้ป่วย ซึ่งทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลจะมีการปฏิบัติตามความต้องการของญาติในทุกกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศของโคนิชิ, เดวิส และไอบา (Konishi, Davis, & Aiba; 2002) เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลญี่ปุ่น จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า การที่พยาบาลจะตัดสินใจยุติการให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายสืบเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ แผนการรักษาของแพทย์ หรือเป็นความต้องการของญาติ แต่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการทิ้งให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยยังมีความต้องการ ผู้ป่วยยังมีชีวิต และครอบครัวยังมีความหวังในการรักษา ในขณะเดียวกันพยาบาลก็คำนึงถึงความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องทางด้านกฎหมาย คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่และได้รับการดูแลตามปกติ พยาบาลจึงเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 2 ลักษณะ คือ (1) เกิดความไม่แน่ใจว่าการให้หรืองดอาหารและน้ำจะส่งผลที่ดีหรือไม่ดีต่อผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมากกว่ากัน (2) พยาบาลเห็นว่าควรยังพิจารณาให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากอยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง



อย่างไรก็ตาม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการสิ้นสุดชีวิตเป็นสิ่งที่พยาบาลพึงตระหนักอยู่เสมอในการปฏิบัติงาน การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเป็นการยืดชีวิตออกไปแต่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีเพียงลมหายใจที่แสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่ยอมทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาจรู้สึกขัดแย้งกับคุณค่าของตนเอง และในหลายหน่วยงานมีนโยบายและพยายามสร้างเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อลดโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติงานในเรื่องการรักษาเพื่อเป็นการยืดชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการเลือกปฏิบัติเพื่อรับการรักษของผู้ป่วยและญาติ (Smejkal & Hill, 1990)

2. การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคลกับการตัดสินใจแทนโดยคำนึงถึงหลักประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย

ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กว่าด้วยสิทธิในการมีส่วนร่วม เน้นถึงสิทธิในการแสดงความคิดเห็นของเด็กโดยเสรีในทุกเรื่องที่มีผลกระทบต่อเด็ก โดยต้องให้น้ำหนักต่อความคิดเห็นนั้นตามควรแก่อายุและวุฒิภาวะของเด็ก และสิทธิเด็กประการสำคัญที่สุดคือต้องยึดถือหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (the best interest of the child) (วันชัย, 2547; อิงอร, 2540) การรับรู้สิทธิเด็กจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลพึงตระหนักในขณะปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ความต้องการของเด็กมักไม่ได้รับการตอบสนองโดยเฉพาะการยินยอมเพื่อรับการรักษา เนื่องจากการตัดสินใจมักจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมแต่ปราศจากการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของเด็กที่พึงมี (Clayton, 2000) ซึ่งโดยทั่วไปก่อนที่แพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลใดๆแก่ผู้ป่วยจะต้องให้รายละเอียดของข้อมูลและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย จากการศึกษาของพรณรัตน์ (2540) ในเรื่องความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ และหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีคนบอกว่าทำไมจึงต้องเจาะเลือด ให้นำเกลือหรือช็อคโกแลต จำนวนร้อยละ 76.70 และได้รับการตอบสนองร้อยละ 43.50 ต้องการให้มีคนบอกว่าจะทำอย่างไรก่อนเจาะเลือด ให้นำเกลือหรือช็อคโกแลต ร้อยละ 58.30 และได้รับการตอบสนองร้อยละ 20.00 ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ดูแลเด็กอาจละเลยในความเป็นเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการยินยอมเพื่อรับการรักษา (informed consent)

การยินยอมเพื่อรับการรักษาเกิดขึ้นจากความสมัครใจโดยที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจในรายละเอียดของข้อมูลชัดเจน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดทางด้านวุฒิภาวะในผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่ผู้ใหญ่อาจมองไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ขาดความรู้หรือเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนา ค่านิยม จึงไม่ยินยอมรับการรักษาพยาบาลหรืออาจเกิดความลังเลใจ (สิวลี, 2544) ดังนั้น ประเด็น

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจึงอยู่ระหว่างการตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วยเจตนาดีโดยละเมิดในความเป็นเอกสิทธิ์ของบุคคลโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก แต่ในขณะเดียวกันเมื่อพยาบาลไม่อาจตัดสินใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่น่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจกลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะเมื่อคำนึงตามหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเด็กภายใต้ข้อบังคับของกฎหมาย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมเพื่อรับการรักษา โดยตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ซึ่งกล่าวถึงการที่เด็กมีสิทธิที่จะให้ความยินยอมต่อการรักษาได้ ทั้งนี้สามารถพิจารณาจากวุฒิภาวะและความสามารถในการตัดสินใจของเด็กในขณะนั้น (Spencer, 2000) จากการศึกษาของ มิลเลอร์ (Miller, 2001) โดยการทำการกลุ่มสนทนาในพยาบาลที่ดูแลเด็กจำนวน 8 ราย เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ ซึ่งพยาบาลทั้ง 8 ราย เห็นด้วยว่าผู้ป่วยเด็กควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตัดสินใจ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและรายละเอียดต่างๆ โดยคำนึงถึงระดับอายุของผู้ป่วย และอาศัยหลักจริยธรรม กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพพร้อมด้วย

ในผู้ป่วยเด็กซึ่งมักจะเป็นบุคคลที่ถูกละเลยเอกสิทธิ์ในขณะที่บิดามารดาเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนจึงควรได้รับความเคารพเอกสิทธิ์ดังกล่าว จากการศึกษาของ ฮิกกินส์ (Higgins, 2001) ซึ่งศึกษาบทบาทของญาติในการตัดสินใจยินยอมรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหัวใจ โดยทำการศึกษาในญาติจำนวน 24 รายซึ่งมีส่วนในการตัดสินใจรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยเด็กจำนวน 15 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของญาติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (1) ตัดสินใจภายใต้เอกสิทธิ์ของตนเอง โดยจะแสดงเจตจำนงในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างมีเหตุผล ศึกษาข้อมูลจากหลายๆแหล่ง วิเคราะห์ทางเลือกและพิจารณาหาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเด็กในความดูแลของตน (2) ตัดสินใจภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ดูแล โดยปล่อยให้เป็นที่ปรึกษาของแพทย์เพราะถือว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความชำนาญที่สุด และ (3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับทีมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ซึ่งการตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษานั้น ทีมสุขภาพควรให้ความเคารพในการให้คุณค่าและความเชื่อซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

จากการศึกษาในประเทศไทยของเพ็ญชีวัน (2541) เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กตามทัศนะนักจริยศาสตร์ตะวันตก พุทธจริยศาสตร์ และการปฏิบัติในสังคมไทย เพื่อศึกษาประเด็นจริยธรรมสามประการ คือ การบอกเล่าข้อมูลทั่วไปและการบอกความจริง การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและใครควรเป็นผู้ตัดสินใจเมื่อเกิดสถานการณ์ที่จำเป็น โดยสอบถามความคิดเห็นกุมารแพทย์ พยาบาล ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่จะบอกข้อมูลทั่วไปและบอกความจริงแก่บิดา

มารดา มากกว่าตัวผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ตามสิทธิที่ควรจะได้รับ โดยที่แพทย์และพยาบาลถือว่าเป็นหน้าที่พึงกระทำ ส่วนตัวผู้ป่วยเด็กจะบอกความจริงเฉพาะรายที่มีวุฒิภาวะเพียงพอและเห็นว่าเป็นประโยชน์เท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ในประเด็นจากผลการศึกษา คือ บิดามารดาสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจแทน แต่ในสังคมไทยเนื่องจากบิดามารดา ยังไว้วางใจแพทย์และพยาบาล ดังนั้นในทางปฏิบัติแพทย์จึงต้องรับหน้าที่ดังกล่าว นอกจากนี้ ในการศึกษาของคิลเลน (Killen, 2002) เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมของพยาบาลในห้องผ่าตัด ยังพบว่า ประเด็นจริยธรรมที่พบได้บ่อยที่สุดเป็นเรื่องของการยินยอมเพื่อรับการรักษา ร้อยละ 36.3 เมื่อนำมาวิเคราะห์ในหลักการพบว่ามีเกี่ยวข้องกับหลัก จริยศาสตร์ในเรื่องการเคารพเอกลิทธิ (autonomy) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.8

### 3. การบอกความจริงและการไม่บอกความจริง

ความจริงและความซื่อสัตย์เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไว้วางใจและเป็นบ่อเกิดแห่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างบุคคล (Da Silva et al., 2003) truth หรือ ความจริง ในทางการแพทย์ หมายถึง ข้อมูลทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มักเป็นผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินโรค สาเหตุของโรคหรือความผิดปกติ ทางเลือกในการดูแลรักษา การพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อนหรือค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจเป็นขั้นตอนที่ยากต่อการทำความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ หากเป็นความจริงที่ยากแก่การยอมรับหรือข่าวร้ายสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเปิดเผยความจริงจึงมีความสำคัญหรือมากกว่าตัวความจริงในด้านวิธีการนำเสนอและจังหวะเวลาในการนำเสนอ (ชัชปวิตร, 2546) การที่ทีมสุขภาพไม่จำเป็นต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ใน 2 กรณีคือ ผู้ป่วยไม่ต้องการรับรู้ข้อมูลต่างๆและในกรณีที่ความจริงอาจเกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งในกรณีดังกล่าวเป็นการเห็นสมควรจากบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจแก่แพทย์ผู้ให้การรักษา (Da Silva et al., 2003) และในขณะเดียวกันพยาบาลก็เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากกว่าแพทย์ ในบางครั้งจึงต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการบอกข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติย่อมคาดหวังว่าพยาบาลย่อมรู้ดีและสามารถตอบข้อสงสัยได้ทำให้พยาบาลยอมเผชิญกับประเด็นขัดแย้งในการบอกความจริง (สิวลี, 2544) โดยที่พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องบอกความจริงโดยไม่ปิดบังกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริงโดยไม่ถูกหลอกลวง (อรัญญา และวงจันทร์, 2543)

การบอกความจริงมีผลกระทบตามมาทั้งในทางที่มีผลดีและไม่ดี ผู้ป่วยและญาติที่เข้าใจจะทำใจได้เร็ว มักให้ความร่วมมือในการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดความท้อแท้สิ้นหวังขาดกำลังใจในการต่อสู้ความเจ็บป่วยต่อไปจนอาจปฏิเสธการรักษาทั้งหมดที่จะตามมา ปฏิกริยา

ต่อข่าวร้ายจะได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของแต่ละสังคม โดยที่คนในสังคมตะวันตกมีความคุ้นเคยกับ “ความจริง” ยอมรับได้ง่ายกว่าคนในสังคมตะวันออกอาจไม่ชอบความจริงที่ตรงเกินไป ชอบเบี่ยงเบนความจริงหรือข่าวร้ายให้อยู่ในลักษณะที่ยอมรับได้หรือเลือกยอมรับความจริงเพียงบางส่วน นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและอาจต้องการปิดกั้นความจริงไม่ให้เข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วย (ซัชบวิตร์, 2546) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยหรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจะมีสิทธิได้รับการบอกความจริง สิ่งที่สำคัญนอกเหนือไปจากการให้ข้อมูลที่เป็นจริงคือ การดูแลทางด้านจิตสังคม โดยเฉพาะผลการตรวจหรือวินิจฉัยโรคที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น โรคมะเร็งหรือโรคอื่นๆที่ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้ การได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพอาจทำให้ผู้ได้รับการบอกความจริงเกิดความกังวลใจ คิดมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (จุฬารวรรณ, 2544; ธารทิพย์, 2544) ดังนั้น พยาบาลจึงควรตระหนักถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในเรื่องการบอกความจริงด้วยเช่นกัน (McDonald & Lessick, 2000)

#### 4. การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน

เนื่องจากความยุติธรรมหรือความเท่าเทียมกัน เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนพึงมีพึงได้ดังคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่กล่าวถึงการได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยที่ไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546) และจรรยาบรรณวิชาชีพว่าด้วยเรื่องของการยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับหลักจริยศาสตร์ในเรื่องความยุติธรรมซึ่ง กล่าวถึงสิ่งที่เท่ากันย่อมต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกันและสิ่งที่ต่างกันก็ย่อมต้องได้รับการปฏิบัติที่ต่างกัน (Beauchamp & Childress, 2001) ความยุติธรรมเป็นการพยายามจัดสรรประโยชน์อันเกิดจากสิ่งที่ดีและการกระทำที่ถูกต้องให้ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน (Thiroux, 1980 cited by Tschudin, 1994) ดังนั้น พยาบาลจึงควรใช้หลักของความยุติธรรมด้วยการเคารพในสิทธิและทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย (มัณฑุภา, 2541) โดยในกรณีผู้ป่วยเด็กจะเป็นการเคารพสิทธิในการตัดสินใจผ่านทางบิดามารดาหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนภายใต้หลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (วันชัย, 2547)

การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็นซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดให้แก่ผู้ป่วยเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญ โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและราคาแพง ซึ่งใช้ในการยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น แต่จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดให้เกิดความยุติธรรมสูงสุด นอกจากนี้

การรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดหวัง ถือเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างสิ้นเปลืองและไม่ยุติธรรม เพราะทรัพยากรเหล่านี้ควรสงวนไว้สำหรับการรักษาที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและสังคม หากทรัพยากรราคาแพงที่มีอยู่อย่างจำกัดถูกใช้ไปกับการรักษาที่ไร้ประโยชน์ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่นหรือคนรุ่นหลังที่อาจจะหมดโอกาสใช้ทรัพยากรเหล่านั้น (อรัญญา, 2547) ดังนั้น เมื่อการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความยุติธรรม พยาบาลที่ดูแลเด็กจึงอาจเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นได้ในขณะปฏิบัติงานเช่นเดียวกับในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น

#### 5. การรักษาความลับของผู้ป่วยและการเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น

ความลับของผู้ป่วยหมายถึง เรื่องราวเกี่ยวกับโรค อาการและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นสิทธิส่วนบุคคล (สิวลี, 2544) เป็นสิทธิผู้ป่วย (แสง และเอนก, 2546) และเป็นจรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ที่ไม่ควรนำไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล เพราะอาจนำมาซึ่งความสูญเสียต่อตัวผู้ป่วยและต่อกระบวนการรักษาพยาบาลและเป็นการไม่เคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (สิวลี, 2544) ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจึงย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและต่อครอบครัว ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเปิดเผยความลับ ทีมสุขภาพจึงมีหน้าที่ที่จะต้องปกปิดข้อมูลเหล่านั้นอย่างเหมาะสมและจะต้องใช้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังเป็นการก่อให้เกิดผลดีต่อวิชาชีพหากผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตนให้เป็นที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจแก่ผู้ป่วย (อรัญญา, 2547)

อย่างไรก็ตาม การรักษาความลับของผู้ป่วยมีข้อยกเว้นตามประกาศสิทธิผู้ป่วยคือเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย (ทศนีย์, 2543; พรจันทร; 2541; แสง และเอนก, 2546) บุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์ รวมทั้งไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจเพื่อป้องกันและแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการรักษาความลับในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น เมื่อทีมสุขภาพยึดมั่นในหลักการ “รักษาความลับ” อาจเกิดความขัดแย้งกับหลักการอื่นๆ ได้ เช่น การทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (ทองจันทร์, 2543)

จะเห็นได้ว่า การเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายสถานการณ์โดยเฉพาะเมื่อไม่แน่ใจว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังเกิดขึ้นทั้งที่ตนเองรับรู้ว่าการทำอย่างไรเป็นสิ่งถูกต้องแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านนโยบายของหน่วยงานหรือเกิดจากการปฏิบัติ

ของผู้ร่วมงานอื่นๆ ทำให้พยาบาลเกิดภาวะหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) ขึ้นได้ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเป็นการยากต่อการตัดสินใจเพื่อลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันและก่อให้เกิดภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมทางจริยธรรมที่เหมาะสมจึงเป็นการช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหม่นหมองทางจริยธรรมจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น (Tiedge, 2000)

### *การตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง กระบวนการ/วิธีการที่ใช้โดยลำพังหรือร่วมกับผู้อื่น เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยที่พยาบาลต้องตัดสินใจเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Catalano, 2003) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Ellis & Hartley, 2001) ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งลดความเครียดสำหรับทีมสุขภาพอีกด้วย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงเป็นสิ่งที่ทำลายสำหรับพยาบาลโดยเฉพาะการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลผู้ต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ทาง จริยศาสตร์ และอาศัยทักษะในการตัดสินใจ (Hamblet Berlandi, 1997; Purcell, 1997) เพื่อให้การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานและหลักการที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ดังที่ ฟราย และจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) กล่าวว่า พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ

#### *1. รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันออกไปโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งรูปแบบของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (Murphy, 1979 cited by Pinch, 1985; Swider, McElmurry, & Yarling, 1985)

##### *1.1 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model)*

โดยการให้สิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจเท่าเทียมกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ตามสิทธิมนุษยชนที่พึงมี คำนึงถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอันดับแรก พยาบาลจะมีหน้าที่คอยช่วย

เหลือและให้คำแนะนำโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักแม้ว่าจะมีความขัดแย้งกับแพทย์หรือนโยบายของหน่วยงานก็ตาม

1.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model) โดยให้แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจและมีสิทธิ์เต็มที่ในการรักษาพยาบาลจะเป็นผู้ประสานระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ให้เป็นไปในแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์แม้ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลดีระหว่างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยก็ตาม

1.3 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model) โดยให้ความสำคัญกับนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน โดยที่ทีมสุขภาพจะต้องตัดสินใจภายใต้กฎเกณฑ์ของหน่วยงานนั้นๆ ปราศจากการคำนึงถึงสัมพันธภาพส่วนตัวระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยรวมถึงความรับผิดชอบตามพันธหน้าที่แห่งวิชาชีพ

พินช์ (Pinch, 1985) ได้ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการรับรู้ต่อความเป็นอิสระเชิงวิชาชีพพยาบาล โดยใช้รูปแบบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้จากผลการศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy, 1979 cited by Pinch, 1985) โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพวิชาชีพมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ระดับการศึกษาจะมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในเชิงวิชาชีพ ซึ่งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ (1) รูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocate model) (2) รูปแบบที่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน (bureaucratic model) และ (3) รูปแบบที่คำนึงถึงแผนการรักษาของแพทย์ (physician advocate model) ซึ่งได้ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 109 ราย นักศึกษาพยาบาลปีสุดท้าย จำนวน 103 ราย และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 82 ราย โดยศึกษาการเลือกรูปแบบการตัดสินใจ การเกิดอันตรายเสี่ยง ข้อจำกัด และความวิตกกังวลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากสถานการณ์ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่กำหนดให้ จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะมีแนวโน้มในการตัดสินใจโดยคำนึงถึงสัมพันธภาพและมีทัศนคติในการมีเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพในระดับต่ำเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่สูงกว่าและพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้ว ทำให้มีโอกาสเกิดอันตรายเสี่ยงในการตัดสินใจผิดพลาดน้อยกว่า แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้วจะมีเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพมากกว่า โดยสามารถรับรู้ขอบเขตหน้าที่ในการปฏิบัติงานของตนเองและทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่านักศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาของสไวเดอร์, แมคเอลเมอร์ และยาร์ลิง (Swider, McElmurry, & Yarling, 1985) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายภายใต้บริบทของหน่วยงาน โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 775 ราย จาก 16 สถาบัน เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดกลุ่มข้อมูล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered responses) คิดเป็นร้อยละ 9 (2) เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered responses) คิดเป็นร้อยละ 19 และ (3) เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน (bureaucratic-centered responses) คิดเป็นร้อยละ 60 และอีกร้อยละ 12 ไม่สามารถจัดอยู่ใน 3 กลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยเน้นหลักการอื่นๆ เช่น กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น

## 2. กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมนับว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลมักจะต้องปฏิบัติควบคู่กับการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังที่ คาทาลาโน (Catalano, 2003) กล่าวว่า ในการปฏิบัติงานพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้และพยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักดีว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลไม่เว้นแต่ละวัน โดยกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมีหลายแนวคิดด้วยกัน ต่างล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ โดยกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่จะนำเสนอ มีดังนี้

2.1 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของคาทาลาโน (Catalano, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (collect, analyze, and interpret the data) เป็นการเก็บรายละเอียดข้อมูลทุกอย่างซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ได้มากที่สุด ได้แก่ ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ ปัญหาทางด้านร่างกายและสภาพอารมณ์ ความเชื่อด้านการรักษาของแพทย์ ประเด็นเกี่ยวกับการยุติชีวิตของพยาบาลเอง รวมทั้งสภาพจิตใจของผู้ป่วย ความรู้สึกของญาติ นโยบายหรือกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้ง (state the dilemma) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญดำเนินการภายหลังจากที่ผ่านขั้นตอนที่ 1 แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดจากการที่มีความขัดแย้งทางหลักการทางจริยศาสตร์ สิทธิผู้ป่วย พันธะหน้าที่ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาทางเลือกในการปฏิบัติ (consider the choices of action) หลังจากที่มีความชัดเจนในประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 2 แล้ว ทีมสุขภาพต้องมีการระดม



สมองร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติที่สามารถเป็นไปได้ทุกทางที่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมา ซึ่งอาจได้มาจากการปรึกษาของคณาจารย์ทางด้านจริยธรรม นโยบายที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลดีผลเสียที่จะเกิดตามมาในแต่ละแนวทางที่จะปฏิบัติ (analyze the advantages and disadvantages of each course of action) เป็นการวิเคราะห์เพื่อเลือกแนวทางในการปฏิบัติภายหลังจากที่พิจารณาความเป็นไปได้และเกิดผลในทางที่ดีมากกว่า โดยพิจารณาภายใต้องค์ความรู้ตามหลักการทางจริยศาสตร์ และมีความสอดคล้องกับจรรยาบรรณ วิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (make the decision and act on it) เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุดในการเลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ เนื่องจากอาจเกิดผลกระทบที่ตามมา ซึ่งการปฏิบัตินั้นไม่สามารถทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นทางจริยธรรมนั้นได้รับความพึงพอใจ

2.2 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของอรัญญา (2545) ซึ่งได้ศึกษาและวิเคราะห์ขั้นตอนของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยมีการปฏิบัติตามกระบวนการต่างๆ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพราะการเก็บรวบรวมที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบด้านลบอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน หรือครอบครัวผู้ป่วย ข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมีทั้งในส่วนที่เหมือนและต่างจากการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) โดยข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่

(1) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ สภาพร่างกาย จิตใจ หรืออาการปัจจุบันของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา ประโยชน์หรืออันตรายที่ได้รับจากการรักษาหรือไม่รับการรักษา เป้าหมายของการดูแลรักษาและความชัดเจนในผลดีที่เกิดขึ้น

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อของบุคคลในด้านสังคมและวัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อทางวิชาชีพของบุคลากรในทีมสุขภาพ

(3) ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจและวุฒิภาวะของผู้ป่วย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย วิธีการ

เผชิญปัญหา รวมทั้งการระบุความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร

(4) ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายและแนวปฏิบัติของหน่วยงาน รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย สภาพเศรษฐกิจของโรงพยาบาลและประเทศชาติ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identification of ethical dilemmas)

หลังจากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์แล้ว จะเป็นการกำหนดประเด็นจริยธรรมให้ชัดเจน โดยพิจารณาว่าประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ด้วยตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือแพทย์โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งความขัดแย้งอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิหน้าที่หรือหลักจริยศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและการวิเคราะห์ทางเลือก (identification and analysis of alternatives)

เป็นการกำหนดทางเลือกทุกทางที่เป็นไปได้ที่จะช่วยแก้ไขความขัดแย้งทางจริยธรรม หลังจากนั้นวิเคราะห์ผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก โดยเป็นการประชุมร่วมกันหลายๆ ฝ่ายเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (making the decision and implementation)

เป็นขั้นตอนที่นำทางเลือกที่ได้กำหนดและวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 มาพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาลและแพทย์

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation)

โดยในขั้นตอนนี้จะต้องมีการประเมินว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นได้ถูกแก้ไขหรือไม่ และหากยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หาสาเหตุของการที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไข และเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใหม่ขึ้นมาหรือไม่ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์นั้นๆ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ (Fry & Johnstone, 2002) ถึงแม้ว่าจะมีผู้ศึกษารูปแบบและวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในลักษณะต่างๆกัน ย่อมไม่มีวิธีใดที่เหมาะสมถูกต้องกับทุกฝ่าย ซึ่งในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัด

แย้งทาง จริยธรรมนั้น ย่อมทำให้มีการมองในแง่มุมที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง ดังนั้น จึงไม่สามารถทำให้ทุกฝ่ายได้รับความพึงพอใจ (Catalano, 2003)

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การที่พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ (Fry & Johnstone, 2002) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ได้แก่ องค์ความรู้ทางด้านจริยศาสตร์ ทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถแบ่งกว้างๆได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านองค์กร

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาของเบอร์เกอร์น และเซเวอรินส์สัน (Berggren & Severinsson, 2003) ในการปฏิบัติเกี่ยวกับลักษณะการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติของพยาบาลระดับหัวหน้างาน พบว่า พยาบาลระดับหัวหน้างานจะมีความตระหนักในบทบาทของตน มีการเตรียมตัว เตรียมความรู้ และยินดีที่จะเข้าร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะคำนึงถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย มีการใช้หลักการทางจริยศาสตร์ จรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ภายใต้การนิเทศร่วมแสดงความรู้ประสบการณ์และภายใต้การให้คุณค่าบุคคลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ในประเทศไทยจากรายงานการศึกษาของสรวงสุดา (2545) ซึ่งศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 185 ราย เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 15 แห่ง โดยใช้แบบวัดการตัดสินใจในประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาลของเคเตเพียน ซึ่งมีคะแนนเต็ม 29 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับคะแนน 1-13 ถือว่ามีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับไม่ดี ระดับคะแนน 14 - 26 ถือว่ามีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 27 - 39 ถือว่ามีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและตามประสบการณ์ โดยมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดี

ในรายงานการศึกษาของวัฒนาวรรณ (2544) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และตำแหน่งในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 364 ราย ใช้แบบวัดการตัดสินใจในประเด็นจริยธรรมทางการแพทย์ของเคเตเพียนเช่นเดียวกับสรวงสุดา (2545) โดยพบว่าจากสถานการณ์ที่กำหนดพยาบาลวิชาชีพมีการตัดสินใจตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพทุกสถานการณ์ โดยมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ตัดสินใจเชิงจริยธรรมภายใต้หลักจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งอาศัยประสบการณ์ประกอบในการตัดสินใจ จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการนำองค์ความรู้ทางจริยศาสตร์ หลักจรรยาบรรณวิชาชีพและประสบการณ์จะเป็นการส่งผลให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดี ผลที่เกิดตามมาจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในทางบวกมากกว่าทางลบ

3.2 ปัจจัยทางด้านองค์กร ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน หรือแนวทางดำเนินงาน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

จากการศึกษาของสมพร (2546) ซึ่งได้ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในภาคใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 156 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่งในภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ได้แก่ ขาดที่ปรึกษาทางด้านจริยธรรม ขาดเอกสารหรือคู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และมีภาระงานมาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องการให้มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม มีการฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจ จัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและจัดกิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมในหอผู้ป่วย

นอกจากนี้ ภายใต้วัฒนธรรมของหน่วยงานที่มีความแตกต่างกันยังมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของออฟาเลีย (Orfali, 2004) โดยทำการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสซึ่งแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในฐานะเป็นผู้ปกครองและสหรัฐอเมริกาซึ่งจะเคารพความเป็นเอกสิทธิ์ของญาติผู้ป่วย ได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกจำนวน 60 รายและญาติจำนวน 71 ราย รวมทั้งเอกสารรายงานของผู้ป่วยย้อนหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการยึดหรือยุติชีวิตผู้ป่วยในทั้ง 2 ประเทศไม่มีความแตกต่างกัน คือ แพทย์ยังมีอำนาจในการตัดสินใจในประเด็นเหล่านี้มากกว่าญาติผู้ป่วย

#### 4. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

นอกจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล หน่วยงาน รวมทั้งด้านอื่นๆ ยังมีผลลัพธ์ที่อาจเกิดจากการตัดสินใจเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์อาจเกิด

จากการนำผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในนโยบายหรือกฎระเบียบต่างๆของหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย โดยพยาบาลได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านจริยศาสตร์และทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทารกในระยะสุดท้ายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ครอบครัวรวมทั้งทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (Romesberg, 2003)

จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น ทรัพยากรมีจำนวนจำกัด การประสานงาน รวมทั้งปัญหาของบุคลากร จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลและแนวทางในการปฏิบัติระดับนโยบายขององค์กรเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่บุคลากรต่อไป รวมทั้งเป็นข้อมูลเพื่อนำไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในองค์กร (Burnato & Angus, 2004) จากการศึกษาของอะวอสการ์, มอลโดว์ และกูด (Aroskar, Moldow, & Good, 2004) โดยการสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 36 รายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ ซึ่งมีส่วนผลักดันในระดับองค์กรเพื่อการพัฒนาหรือกำหนดนโยบายในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังสามารถพัฒนาระบบการศึกษาด้านจริยธรรมทั้งในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าโดยเฉพาะการพัฒนาทักษะหรือความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลซึ่งควรเริ่มตั้งแต่การศึกษาพยาบาล โดยการฝึกวิเคราะห์และแยกแยะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมรวมทั้งการปลูกฝังสำนึกด้านความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พัฒนาบุคลิกภาพและการแสดงออกที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล (Felton & Parsons, 1987)

## 5. ผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นสิ่งที่ทำลายสำหรับพยาบาลโดยเฉพาะการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันหากพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่าจะถูกต้องย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกหม่นหมองทางจริยธรรมตามมา (Corley, 2002; Fry, Harvey, Hurley, & Foley, 2002) ซึ่งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้นอาจมีผลกระทบที่ตามมาได้ทั้งในทางบวกและทางลบ

### 5.1 ผลกระทบในทางบวก

จริยธรรมทางการแพทย์สามารถแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การสื่อสารรวมทั้งการให้คุณค่าในการดูแลแบบองค์รวม เมื่อพยาบาลอาศัยองค์ความรู้ทางจริยศาสตร์ในตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการเคารพในเอกลักษณ์ของบุคคลและการปฏิบัติในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ย่อมส่งผลกระทบในทางบวกมากกว่าทางลบ และยังเป็นการสร้างบรรยากาศของจริยธรรมในองค์กรรวมทั้งเป็นกระบวนการหนึ่งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทีมสุขภาพ (Ivy, 1996) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) และ กฤษณา (2545) ในเรื่องผลกระทบในทางบวกที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี พยาบาลพอใจและภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ (กาญดา, 2543; กฤษณา, 2545) พยาบาลสบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก การได้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (กาญดา, 2543) และสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น (กฤษณา, 2545)

## 5.2 ผลกระทบในทางลบ

ส่วนใหญ่ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลย่อมต้องการให้ผลที่ออกมาเป็นไปในทางบวกแต่อย่างไรก็ตามผลกระทบในทางลบก็ย่อมเกิดขึ้นตามมาด้วยเสมอ โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นกับพยาบาลผู้ซึ่งเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากการศึกษาของกาญดา (2543) พบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกิดผลกระทบในทางลบได้ เช่น พยาบาลยังรู้สึกค้างคาใจเพราะแก้ปัญหาไม่ได้ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเสื่อมถอย รู้สึกด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ และถูกตำหนิจากผู้ป่วยทั้งที่ไม่ใช่ความผิดของตน และจากการศึกษาของกฤษณา (2545) พบว่าผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้น ได้แก่ เกิดความเครียด/กังวลใจถึงผลการกระทำ และสิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในต่างประเทศของเวอร์ชบาซ (Wurzbach, 1996) ที่พบว่า การปฏิบัติต่อผู้ป่วยภายใต้คุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกันอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรได้ ดังเช่นในกรณีที่ต้องให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยโดยที่พยาบาลไม่มีบทบาทใดๆเป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรม เนื่องจากพยาบาลควรจะเป็นผู้ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางถึงแม้ว่าญาติจะเป็นผู้ปฏิบัติ ในขณะที่พยาบาลอีกส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าการให้อาหารทางสายยางเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย พยาบาลจึงไม่จำเป็นต้องมีบทบาทใดๆทั้งสิ้น ในขณะที่ ซอร์ลี, แจนส์สัน และนอร์เบิร์ก (Sorlie, Jansson, & Norberg, 2003) พบว่า พยาบาลอาจรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อพยาบาลรับรู้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามหลักประโยชน์สูงสุดโดยความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดขึ้นภายหลังจากที่เหตุการณ์นั้นผ่านพ้นไป โดยพยาบาลขาดความตระหนักในประเด็นดังกล่าวตั้งแต่วินาทีแรก

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมนอกจากจะส่งผลกระทบต่อบุคลากรในทีมสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติของผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้น ทีมสุขภาพควรมีการประเมินภาวะสุขภาพรวมทั้งระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของญาติเพื่อประเมินศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยเฉพาะในประเด็นของการสิ้นสุดชีวิต ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของโพชาร์ดและคณะ (Pochard et al., 2001) ซึ่งทำการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 43 แห่งในประเทศฝรั่งเศส ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 2 ใน 3 มีความทุกข์ทรมานจากอาการของความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่เดิม ซึ่งอาจทำให้อาการเหล่านี้เพิ่มขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้

*ทฤษฎีและหลักการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม*

### 1. หลักจริยศาสตร์ (Ethical principles)

เป็นหลักการที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลโดยมีจริยธรรมและยังเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยประกอบด้วยหลักที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้ (Beauchamp & Childress, 2001; Fry & Johnstone, 2002)

1.1 การเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (respect of autonomy) เป็นหลักการที่กล่าวถึง การเคารพในความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระที่จะกำหนดความต้องการหรือปฏิบัติตามความต้องการของตนได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนถือเป็นการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) โดยเฉพาะการเคารพความคิดและการตัดสินใจในการเลือกเพื่อปฏิบัติการเกี่ยวกับสุขภาพโดยปราศจากการบีบบังคับ ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการปฏิบัติต่อสุขภาพตนเองได้เช่นกัน (Beauchamp & Childress, 2001) การให้ข้อมูลเพื่อการยินยอมรับการรักษากระทำไปเพื่อรับรองสิทธิพื้นฐาน 2 ประการ คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ (the right to know) และสิทธิที่จะตัดสินใจ (the right to self-determination) (แสวง และเอนก, 2546) นอกจากนี้การให้สิทธิของบุคคลในการตัดสินใจยังต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายในการปฏิบัติของแต่ละสถาบันและตามกฎหมายภายใต้จรรยาบรรณสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติการวิจัยอีกด้วย

บิวแชมป์ และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) กล่าวถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนครบถ้วนในเชิงวิชาชีพว่าประกอบไปด้วยสิ่งสำคัญ ดังนี้

1) ข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยต้องเป็นข้อเท็จจริงและเป็นสิ่งที่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยเลือกที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาหรือเข้าร่วมในการวิจัย

- 2) ข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยตามความเชื่อถือหรือยอมรับในแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรในวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
- 3) การให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะในแต่ละแนวทางการเลือกเพื่อพิจารณารับการรักษาจากบุคลากรในวิชาชีพ
- 4) บอกข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับผลที่อาจเกิดตามมาภายหลังจากการยินยอมรับการรักษาและเมื่อปฏิเสธการรักษา
- 5) ความสามารถในการความยินยอมด้วยตนเองและการมีข้อจำกัดในการยินยอมจำเป็นต้องให้สิทธิหรือมอบอำนาจแก่บุคคลกรในวิชาชีพสามารถตัดสินใจแทน

โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึง การให้ข้อมูลเพื่อการยินยอมรับการรักษา จะประกอบไปด้วยส่วนที่เป็นการให้รายละเอียดของข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน และการยินยอมรับการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพโดยการปราศจากการบังคับและให้สิทธิในการตัดสินใจ ดังนั้นกฎหมายและข้อกำหนดต่างๆ จะต้องอยู่ภายใต้การให้ข้อมูลเพื่อการยินยอมรับการรักษา ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (1) การประเมินความสามารถ (competence) ในการรับรู้ข้อมูลและการตัดสินใจ (2) ความสมัครใจ (voluntariness) (3) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วน (disclosure) (4) การแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติและผลที่จะเกิดตามมา (recommendation) (5) การประเมินความเข้าใจหลังจากที่ได้รับข้อมูลไปแล้ว (understanding) (6) การเลือกที่จะตัดสินใจในทางเลือกต่างๆที่เป็นไปได้ (decision) และ (7) การให้หรือมอบอำนาจ (authorization) (Beauchamp & Childress , 2001) การให้ข้อมูลนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเคารพเอกลัทธิของบุคคล ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งมักถูกละเลยในการเคารพในเอกลัทธิของตน ทั้งนี้บุคลากรในวิชาชีพจะต้องคำนึงถึงภายใต้บริบทของคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างกัน

1.2 การกระทำในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์และการกระทำที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence and non-maleficence) มีแนวคิดเกี่ยวกับการช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในสิ่งที่ควรจะเป็นและลดความเสี่ยงในการก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่บุคลากรในทีมสุขภาพพึงตระหนักสูงสุด โดยเฉพาะในสภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์คับขันเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้งในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะปกติหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก คือ (Beauchamp & Childress, 2001)

- 1) จะไม่กระทำการใดๆที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนหรือได้รับอันตราย
- 2) จะต้องป้องกันสิ่งที่ไม่ดีหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น
- 3) จะต้องขจัดสิ่งที่ไม่ดีหรืออันตรายที่เกิดขึ้น



#### 4) จะต้องกระทำหรือส่งเสริมให้กระทำในสิ่งที่ดี

สำหรับการกระทำในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์ (beneficence) เป็นการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ดีแสดงถึงความเมตตากรุณา มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการรู้จักให้อภัย ดังนั้น ตามหลักจริยศาสตร์จึงหมายถึง พันธะทางจริยธรรมในการปฏิบัติต่อสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น

1.3 การบอกความจริง (truth-telling/veracity) เป็นหลักการที่ว่าด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง ครบถ้วน สามารถที่จะเข้าใจได้ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกตัดสินใจรับบริการทางด้านสุขภาพ (Beauchamp & Childress, 2001) โดยพยาบาลมีหน้าที่ต้องบอกความจริงโดยไม่ปิดบังกับผู้ป่วย (อรัญญา และวงจันทร์, 2543) สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยในเรื่องของการที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น (พรจันทร์, 2541)

1.4 ความยุติธรรม (justice) เป็นหลักการที่กล่าวถึงการปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความเหมาะสม บนพื้นฐานที่กล่าวถึง สิ่งที่เหมาะสมสมควรได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกันและสิ่งต่างก็สมควรได้รับการปฏิบัติที่ต่างกันออกไป โดยหลักของความยุติธรรมมีด้วยกัน 6 ประการ ดังนี้ (Beauchamp & Childress, 2001)

- 1) แต่ละคนย่อมได้รับการแบ่งปันที่เท่ากัน
- 2) แต่ละคนย่อมมีความต้องการ
- 3) แต่ละคนย่อมมีความเข้มแข็ง
- 4) แต่ละคนย่อมต้องการความช่วยเหลือ
- 5) แต่ละคนย่อมต้องการการรับฟัง
- 6) แต่ละคนย่อมต้องการความเป็นธรรมด้านการเงิน

1.5 ความซื่อสัตย์ (fidelity) เป็นหลักจริยศาสตร์ที่กล่าวถึง การสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจต่อพันธสัญญาที่ให้ต่อบุคคลอื่น (Fry & Veatch, 2000 cited by Fry & Johnstone, 2002) โดยเฉพาะระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เช่น การรักษาสัญญา (promise-keeping) การปกปิดความลับ (confidentiality) แต่ทั้งนี้ในการรักษาสัญญาหรือการปกปิดความลับนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของการไม่กระทำใ้บุคคลอื่นเดือดร้อน ดังนั้นพยาบาลควรมีการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในเรื่องความซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยพิจารณาถึงความถูกต้องเหมาะสมร่วมกับหลักจริยศาสตร์อื่นๆ (Fry & Johnstone, 2002)

จากการศึกษาของถนอม (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วันขึ้นไปในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ แผนกละ 30 ราย รวม 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมด้านการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้อรอดตาย/หายป่วย (ร้อยละ 90) พุดจาติ มีหน้าตายิ้มแย้ม (ร้อยละ 47.8) เอาใจใส่ถามไถ่อาการ (ร้อยละ 37.8) และช่วยเหลือทันทีที่มีปัญหา (ร้อยละ 37.8) ด้านการไม่กระทำในสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตราย (ร้อยละ 94.4) มีการเคารพความเป็นอิสระ (ร้อยละ 46.7) มีความยุติธรรม (ร้อยละ 72.2) ด้านการบอกความจริงของพยาบาล ในลักษณะของ การบอกข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 71.1) ได้รับบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยา และการปฏิบัติตัว ด้วยการบอกโดยใช้ภาษาง่ายๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง (ร้อยละ 70)

## 2. แนวคิดเชิงจริยธรรม (moral concepts)

แนวคิดเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลมีหลายแนวคิดด้วยกัน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอเพียง 4 แนวคิด ดังนี้ (Fry & Johnstone, 2002)

2.1 การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocacy) กล่าวคือ พยาบาลมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญ (Fry & Johnstone, 2002) โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งในทางกฎหมายถือเป็นการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Annas, 1974 cited by Fry & Johnstone, 2002)

แนวคิดการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยได้สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่ง ฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) ได้เสนอรูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไว้ 3 ประการ ดังนี้

1) รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (rights protection model) ซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยตามสิทธิที่พึงได้รับโดยเป็นการปฏิบัติอยู่ภายในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ ในรูปแบบนี้พยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย และต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจเรื่องสิทธิ ข้อจำกัดในสิทธิของตน รวมทั้งการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

2) รูปแบบที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง (values-based decision model) ในรูปแบบนี้พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการ สิ่งที่ตนเองสนใจและทางเลือกที่สอดคล้องกับคุณค่าและวิถีชีวิตของตนเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้คอยช่วยเหลือแนะนำ

ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือก โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจภายใต้ตามคุณค่าและความเชื่อของตน

3) รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่ในการเคารพความเป็นบุคคล (respect-for-persons model) ในรูปแบบนี้พยาบาลจะประเมินคุณค่าขั้นพื้นฐานแห่งความเป็นมนุษย์และทำหน้าที่ในการป้องกันไม่ให้เกิดการล่วงละเมิดสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และเคารพในแนวทางที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ พยาบาลจะต้องเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

2.2 ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility) เป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมที่ว่าด้วยเรื่องของหน้าที่ความรับผิดชอบที่พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ (Fry & Johnstone, 2002) ความสามารถในการชี้แจงหรืออธิบายเหตุผลในการปฏิบัติของตนเอง (answerability) และความรับผิดชอบต่อการใช้ปฏิบัติ (responsibility) ซึ่งความรับผิดชอบต่อการใช้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะความเจ็บป่วย พื้นฟูภาวะสุขภาพ และบรรเทาความทุกข์ทรมาน (ICN, 2000 cited by Fry & Johnstone, 2002) หน้าที่ความรับผิดชอบต่อการใช้ปฏิบัติตามแนวคิดเชิงจริยธรรมของพยาบาลจึงได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและขจัดความกังวลใจ โดยขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและแนวทางที่สามารถกระทำได้ในขณะนั้น (มัณฑุภา, 2541)

2.3 ความร่วมมือ (cooperation) เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยเรื่องของความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ความร่วมมือยังเปรียบเสมือนการสร้างพลังอำนาจให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมีพันธะสัญญา ตระหนักในผลดีที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการยอมรับในคุณค่าของข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002)

2.4 ความเอื้ออาทร (caring) เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมกรดูแลเอื้ออาทรเป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล (Fry & Johnstone, 2002) ความเอื้ออาทร สามารถแบ่งได้ 4 ลักษณะดังนี้ (Forrest, 1989 cited by Fry & Johnstone, 2002)

- 1) การไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (being there for the patient)
- 2) การให้ความเคารพผู้ป่วย (respecting the patient)
- 3) การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (feeling with and for the patient)
- 4) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (closeness with the patient)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเชิงจริยธรรมทั้ง 4 ประการ เป็นสิ่งที่บุคลากรในวิชาชีพพยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหลายยุคสมัย และในขณะเดียวกันยังใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอีกด้วย

### 3. คุณค่า (value)

คุณค่า (value) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ประเพณี การแสดงพฤติกรรม หรือการให้มูลค่าของบุคคล กลุ่ม หรือสังคม (Burkhardt & Nathaniel, 2002) ความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับการให้ค่าของความคิด ทักษะคติ ประเพณี หรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล (Potter & Perry, 1997) คุณค่าสามารถหาได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองและจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งจากสภาพแวดล้อม (ฟาริดา, 2541) สามารถแสดงออกโดยการแสดงพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิด ความรู้ และการกระทำ ซึ่งคุณค่าของแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไปและสามารถเปลี่ยนแปลงและแบ่งปันกันได้ (ฟาริดา, 2541) พอตเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1997; Potter & Perry, 2001) กล่าวว่า คุณค่าสามารถถ่ายทอดผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การเป็นแบบอย่าง (modeling) การสอนในสิ่งที่ดีมีจริยธรรม (moralizing) การให้อิสระเสรีในการเลือกเรียนรู้และรับคุณค่า (laissez-faire) การให้อิสระในการเรียนรู้คุณค่าแต่อยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัว (responsible choice) การให้รางวัลและการลงโทษ (reward and punishment) ดังนั้น การให้ความรักและการเอาใจใส่เป็นพื้นฐานสำหรับการให้คุณค่าในวัยเด็กซึ่งมีหลายมุมมองและจะส่งผลต่อพฤติกรรมเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งในการให้คุณค่าที่มีความแตกต่างกันจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องให้การยอมรับทั้งส่วนบุคคลและในเชิงวิชาชีพ (Potter & Perry, 2001)

วิชาชีพการพยาบาลต้องปฏิบัติงานกับมนุษย์ตลอดเวลา ลักษณะของงานต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์ ผู้บังคับบัญชา และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งทุกคนล้วนมีคุณค่าของตนเอง (Potter & Perry, 2001) ในการปฏิบัติงานแต่ละวันพยาบาลจึงมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคุณค่ากับบุคคลอื่น รวมทั้งอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างคุณค่าภายในตน (อรัญญา, 2546; Burkhardt & Nathaniel, 2002) เมื่อพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพให้การเคารพและยอมรับในความแตกต่างของการให้คุณค่าในแต่ละบุคคลแล้ว ผู้ป่วยย่อมได้รับการดูแลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (Potter & Perry, 2001) การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพที่สอดคล้องกับคุณค่าของตนเองจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานโดยไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งหรือคับข้องใจ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องหาความกระจ่างในคุณค่า (value clarification) ทั้งส่วนบุคคลและวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยหาความกระจ่างใน

คุณค่าของตนเอง (ฟาริดา, 2541) และพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ป่วยในที่สุด (Burkhardt & Nathaniel, 2002)

การหาความกระจ่างในคุณค่า (values clarification)

เป็นกระบวนการที่ช่วยให้รู้จักสิ่งที่ให้คุณค่าหรือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อตนเอง (อรัญญา, 2546; Potter & Perry, 2001) โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกสับสนหรือขัดแย้ง เนื่องจากวุฒิภาวะของแต่ละคนหรือการได้รับประสบการณ์ใหม่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณค่าที่มีอยู่เดิม (Potter & Perry, 2001) การหาความกระจ่างในคุณค่าเป็นกลวิธีที่มีประโยชน์ในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพของตนเองปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตราย และค้นหาบุคคลที่สามารถช่วยให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะสุขภาพปกติโดยไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างคุณค่าและการปฏิบัติ (Potter & Perry, 1997) การหาความกระจ่างในคุณค่าประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (Raths, Harmin, & Simon, 1979 cited by Potter & Perry, 2001)

1) เลือกความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคล (choosing one's beliefs and behaviors) โดยมีหลักการ คือ เลือกจากหลายๆทาง เลือกอย่างอิสระ พิจารณาผลที่อาจจะเกิดตามมา

2) ให้การประเมินคุณค่าของความเชื่อและพฤติกรรม (prizing one's beliefs and behaviors) โดยการให้คุณค่าสูงสุดและมุ่งมั่นในสิ่งที่เลือก พร้อมทั้งบอกกล่าวถึงสิ่งที่เลือกให้บุคคลอื่นทราบ

3) ปฏิบัติตามความเชื่อ (acting on one's beliefs) โดยสิ่งที่เลือกเป็นส่วนหนึ่งในการแสดงออกของตนเองและปฏิบัติเป็นแบบแผนซ้ำๆกันอย่างสม่ำเสมอ

ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้น มีขั้นตอนแรกที่สำคัญคือการประเมินคุณค่าและการหาความกระจ่างในคุณค่าทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ศาสนา คุณค่าต่อตนเองและวิชาชีพ เมื่อเกิดความขัดแย้งในคุณค่า พยาบาลจะต้องให้ความเคารพในคุณค่าของบุคคลอื่นและพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจระหว่างสิทธิของผู้ป่วยและพันธะหน้าที่แห่งวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) ดังนั้น การที่พยาบาลหาความกระจ่างในคุณค่าของตนเองจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเข้าใจเพื่อนำไปสู่การให้คุณค่าของผู้ป่วยรวมทั้งบุคคลากรในทีมสุขภาพอื่นอีกด้วย นอกจากนี้ การหาความกระจ่างในคุณค่าโดยให้ผู้ป่วยได้มีการสื่อสารพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและให้ระบายความรู้สึก จะทำให้พยาบาลสามารถรับรู้คุณค่าของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Potter & Perry, 2001)

จากการศึกษาของศรีสกุล, รัชชนก และธัสมน (2543) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสอนวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเพื่อส่งเสริมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย

พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและเชิงพรรณนา โดยมีรูปแบบการสอนที่ใช้ คือ การหาความกระจ่างในคุณค่า การประชุมปรึกษาในคลินิก การเสนอกรณีศึกษาและการทำ แฟ้มสะสมผลงาน ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ เรียนตามรูปแบบการสอนที่ภาควิชาจัดให้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การเคารพปัจเจกบุคคล การยึดมั่นในความยุติธรรม การรักษาความลับของผู้ป่วย การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาลดี และการ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ( 2) พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4. ศาสนา/วัฒนธรรม

##### 4.1 ศาสนา (religion)

ศาสนาทุกศาสนาให้สัจธรรม ซึ่งบอกความจริงอันสูงสุดเกี่ยวกับมนุษย์และสภาพแวดล้อม ศาสนาให้หลักความประพฤติ หรือกระทำตามกฎของความจริงแห่งธรรมชาติ ศาสนาจะสัมพันธ์กับจริยธรรม ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางของศาสนาจะมุ่งไปสู่ความถูกต้องในลักษณะของสัจธรรม ความดี หลักธรรมของศาสนาจะมุ่งให้ผู้ปฏิบัติพ้นจากความเศร้าหมองในจิตใจและให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกันได้อย่างเป็นปกติสุข (ฟาริดา, 2541) ซึ่งที่จะกล่าวถึงในที่นี้เป็นหลักธรรมของศาสนาที่ประชาชนไทยให้การเคารพยึดมั่นเป็นแนวปฏิบัติซึ่งพบได้มากที่สุดในการบริบทของสังคมไทย ได้แก่ หลักธรรมในศาสนาพุทธ อิสลามและคริสต์ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิง จริยธรรม

##### 4.1.1 หลักธรรมในศาสนาพุทธ

การศรัทธาหรือความเชื่อในแนวพุทธศาสนา เป็นการมองเห็นชัดด้วยตนเอง ความรู้ของพุทธศาสนาเป็นความรู้เกี่ยวกับคน คำสอนของพุทธศาสนาจะมีคนเป็นเป้าหมายแห่งคำสอนทั้งหมด (ฟาริดา, 2541) ศาสนาพุทธมีหลักทางพุทธศาสนา ได้แก่

1) เบญจขันธ์ หรือ ขันธ์ 5 เป็นหลักธรรมที่วิเคราะห์คนในด้านส่วนประกอบ คือ รูป (corporeality) ได้แก่ ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด ร่างกายและพฤติกรรมทั้งหลายของร่างกาย เวทนา (feeling หรือ sensation) ได้แก่ ความรู้สึก สุข ทุกข์ หรือเฉยๆ สัญญา (perception) ได้แก่ การกำหนดรู้อาการ เครื่องหมาย ลักษณะต่างๆ สังขาร (mental formation หรือ volitional activities) ได้แก่ องค์ประกอบหรือคุณสมบัติต่างๆของจิตที่ปรุงแต่งจิตให้ดีหรือชั่ว หรือเป็นกลาง

และวิญญาน (consciousness) ได้แก่ ความรู้แจ้งอารมณ์ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับสัมผัสทางกายและรู้อารมณ์ทางใจ (สิวลี, 2544)

2) หลักอริยสัจ 4 เป็นหลักธรรมที่ให้ความเข้าใจถึงชีวิตของคนตามกระบวนการเกิดทุกข์ และดับทุกข์ใน 4 ขั้นตอน คือ ทุกข์ สมุทัยเป็นเหตุเกิดของทุกข์ นิโรธเป็นความดับทุกข์ และมรรค เป็นวิธีดับทุกข์ (พาริตา, 2541) อริยสัจ แสดงถึงหลักเหตุผล การเกิดแห่งทุกข์และวิธีการดับทุกข์ ได้แก่ นิพพาน (สิวลี, 2544)

3) หลักปฏิจจนสมุปบาท เป็นหลักธรรมที่อธิบายชีวิตคนตามหลักเหตุผล การมองชีวิตไม่เพียงมองปรากฏการณ์ของชีวิตในชาตินี้เท่านั้น แต่เป็นปรากฏการณ์ที่สืบเนื่องมาจากชาติก่อนตามหลักวิญญูสงสาร เพราะมีเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (พาริตา, 2541)

4) กฎไตรลักษณ์ เป็นกฎธรรมชาติ ประกอบด้วยสภาวะ 3 ประการ เพื่อความเข้าใจในชีวิต ดังนั้น ทุกชีวิตจึงอยู่ภายใต้กฎนี้ ได้แก่ ความเป็นอนิจจัง คือ ความไม่เที่ยง ไม่คงที่ ไม่คงตัว ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป สภาวะที่สองได้แก่ ทุกขัง คือ ความทุกข์ เป็นภาวะที่ถูกบีบคั้น ด้วยการเกิดและการสลายตัว ภาวะที่กอดัน ผืนและขัดแย้งอยู่ในตัวหรืออีกนัยหนึ่งคือความตั้งอยู่ไม่ได้ สภาวะที่สามได้แก่ ความเป็นอนัตตา คือ ความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมัน ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆอันสัมพันธ์กัน (สิวลี, 2544)

5) หลักกรรม เป็นการเข้าใจชีวิตในเรื่องกรรมตามแนวพุทธศาสนา ซึ่ง “กรรม” (action) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยเจตนา แสดงให้เห็นว่า มนุษย์มีเจตนาเป็นพื้นฐานของการกระทำและเจตนาของการกระทำเป็นเครื่องชี้หรือตัดสินว่าการกระทำดีหรือไม่ดี (สิวลี, 2544) กรรมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ กรรมดี กรรมชั่ว และกรรมระงับ ซึ่งความดีความชั่วตามหลักกรรม ถือว่าทำกรรมดีและกรรมชั่ว ไม่ช่วยให้ดับทุกข์สิ้นเชิง เพราะยังหลงใหลยึดมั่นในกรรมดีกรรมช่วนั้น ทำให้เวียนว่ายตายเกิดในภพไม่สิ้นสุด (พาริตา, 2541)

จากหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาที่สอนให้รู้จักและเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายไปตามกฎ ดังนั้น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสังขารของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง แต่ในขณะที่เดียวกันก็ให้ความสำคัญแก่ชีวิตและมองชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่า การกระทำใดๆที่เป็นการจงใจพรากกายจากชีวิตถือเป็นสิ่งที่ผิด การพยายามเร่งให้ชีวิตยุติหรือเห็นวรั้งชีวิตที่วาระสุดท้ายมาถึงอย่างแน่ชัดเกินความจำเป็นจึงเป็นสิ่งที่ควรไตร่ตรอง (สิวลี, 2544)

ศาสนาพุทธมองมนุษย์เป็นองค์รวม ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยทางกายจึงต้องให้การดูแลด้านจิตใจควบคู่กันไปในขณะที่เดียวกันเมื่อสภาพจิตใจไม่ปกติก็ย่อมส่งผลต่อร่างกายด้วยเช่นกัน มองความตายว่าไม่ได้เป็นการสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการนำไปสู่ชีวิตในรูปแบบใหม่ใน

วิญญาณที่ไม่มีสิ้นสุด ดังนั้นจึงไม่ควรเศร้าโศกเสียใจหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความตาย เพราะความตายไม่ได้เป็นการสิ้นชีวิต แต่เป็นการเปลี่ยนรูปลักษณะของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในทางศาสนาพุทธถือว่าความตายเกิดขึ้นต่อเมื่ออวัยวะต่างๆทั้งหมดหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง ซึ่งในทางการแพทย์พิจารณาจากการทำงานของสมอง กล่าวคือถ้าหากสมองหยุดทำงานนานพอสมควรและไม่มีทางกลับคืนสู่สภาพปกติได้ก็ถือว่า “สมองตาย” (brain death) และในความคิดของคนไทยเกี่ยวกับความตายที่ขัดแย้งกับการแพทย์ปัจจุบัน จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาจริยธรรมตามมา (สุริยา, 2538)

#### 4.1.2 หลักธรรมในศาสนาอิสลาม

อิสลาม แปลว่า นอบน้อม ยอมจำนนต่อพระเจ้า และแปลว่า สันติ หลักการและคำสอนที่สำคัญมาจากคัมภีร์ อัล-กุรอาน แปลว่า การอ่าน เป็นคำสอนและเป็นบัญญัติของพระเจ้า ซึ่งได้ทรงประทานมาให้มนุษย์ยึดถือปฏิบัติครอบคลุมถึงวิถีชีวิตทุกด้าน (สิวลี, 2544) หลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม จะเน้นความศรัทธาในพระเจ้าเป็นพื้นฐาน เน้นแนวปฏิบัติต่อตนเอง ต่อเพื่อนมนุษย์และต่อพระเจ้าไปพร้อมกัน หลักการของอิสลามมีอยู่ 2 หลัก คือ หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ ซึ่งเป็นแบบแผนความประพฤติและปฏิบัติในแนวทางของศาสนา การที่มนุษย์มีความสุขอย่างแท้จริงก็ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ เพราะจะทำให้จิตใจของตนมีความผ่องใส พ้นจากกิเลสมารและความชั่วร้าย (ฟาริดา, 2541)

ศาสนาอิสลามเชื่อว่าวิญญาณของมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมา ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความสูงส่ง ผู้ใดฆ่าหรือทำลายชีวิตมนุษย์โดยไม่ใช้เหตุผลของการลงโทษตามบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการทุจริตหรือประพฤติดื้อต่อแผ่นดิน ผู้นั้นได้ชื่อว่าทำลายมนุษย์ชาติ การจงใจทำลายชีวิตแม้ว่าเป็นเจตนาให้พ้นทุกข์ถือเป็นสิ่งที่ผิด การนำเอาเรื่องผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือสูญเสียมาพิจารณาเกี่ยวกับตัวมนุษย์เป็นสิ่งไม่ชอบธรรม มนุษย์มีค่าในตัวเองเหนือผลประโยชน์ (สิวลี, 2544)

สาระสำคัญของการมองความเจ็บป่วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและของผู้ให้การพยาบาลตามหลักของศาสนาอิสลาม มีดังนี้ (สิวลี, 2544)

- 1) จงวางใจต่อพระเจ้า
- 2) ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์
- 3) การทำลายชีวิตมนุษย์เป็นบาป
- 4) การกระทำใดๆที่ฝืนกฎธรรมชาติและเป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์เป็นการขัดต่อพระประสงค์
- 5) การฆ่าตัวตายเป็นบาป



- 6) ผู้ป่วยพึงอดทนต่อความเจ็บปวด เพื่อเป็นการแสดงถึงความภักดีและความวางใจต่อพระองค์ผู้สร้างมนุษย์มา
- 7) การรักษาพยาบาล แพทย์และพยาบาลพึงกระทำตามหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด เพื่อช่วยรักษาและต่อชีวิตมนุษย์
- 8) การดูแลรักษาทางร่างกายกับการช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบรำลึกถึงและมีความเชื่อมั่นในพระองค์ มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

ตามหลักจริยธรรมของศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าชีวิตและความตายเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ การประสบความสำเร็จหรือความทุกข์ทรมานต่างๆในโลกนี้ เป็นการทดสอบจากพระเจ้าที่มนุษย์จะได้รับคำตอบแทนจากพระองค์ (ฟารีดา, 2541) ในกรณีที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยจนพยายามแสวงหาการรักษาบำบัด พระเจ้าทรงสร้างวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บแก่มนุษย์เช่นเดียวกับที่ได้ทรงสร้างความเจ็บป่วย ดังนั้น การช่วยกันบรรเทาความทุกข์ทรมานแก่เพื่อนมนุษย์จึงถือเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลและหน้าที่ของสังคมส่วนรวม ในกรณีที่ความทุกข์ทรมานไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือบำบัดได้ ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าผู้ใดได้รับความทุกข์ทรมาน พระเจ้าจะทรงยกโทษบาปแก่เขา ความทุกข์ทรมานที่ตนเผชิญจะเป็นวิถีนำตนเข้าใกล้พระเจ้าและจะได้รับการตอบแทนในชีวิตใหม่ ความตายคือจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตนิรันดร ทำให้ชีวิตมนุษย์มีความสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อถึงวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามหนีหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์อะไรแล้วยังเป็นการเสียเวลา ไร้เหตุผล และยังเป็นการยืดเวลาของความทุกข์ทรมานต่อไป (ลีวาลี, 2544) ซึ่งหลักคำสอนเหล่านี้เป็นแนวทางในการยึดถือปฏิบัติของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่พยาบาลควรมีการเรียนรู้เพื่อให้มีความสอดคล้องในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

#### 4.1.3 หลักธรรมในศาสนาคริสต์

เริ่มที่ความศรัทธาในพระเจ้า พระเจ้าเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของความศรัทธา การเข้าถึงพระเจ้าคือความสุขนิรันดร โดยต้องเริ่มจากความเชื่อและศรัทธาเป็นพื้นฐาน ต้องรักพระเจ้า ปฏิบัติตามแนวทางของพระเจ้า การเริ่มต้น การสิ้นสุด และการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติทั้งหลาย เป็นการแสดงเจตนารมณ์และความประสงค์ของพระเจ้า (ฟารีดา, 2541) คำสอนหลักของศาสนาคริสต์ มีแนวคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ ความเชื่อในพระเจ้า การอธิษฐานด้วยความศรัทธา เพื่อแสดงถึงความภักดีต่อพระเจ้า การขอความช่วยเหลือจากพระเจ้า และการดำเนินชีวิต (ลีวาลี, 2544)

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าทรงสร้างมาด้วยความรัก มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการ คือ การดำเนินชีวิตตามพระประสงค์ของพระองค์ การทำหน้าที่ตามบท

บาทในสังคมอย่างดีที่สุด และการเตรียมความพร้อมสำหรับชีวิตนิรันดรหลังความตาย (eternal life after death) การเคารพต่อคุณค่าของชีวิตมนุษย์ เป็นจริยธรรมที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน การกระทำการใดๆ ที่จะเมิดหรือกระทบต่อการเคารพศักดิ์ศรีของมนุษย์ถือว่าเป็นหน้าที่ของชาวคริสเตียนที่พึงช่วยกันปกป้องและดำรงรักษาไว้ (สิวลี, 2544)

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วย ดังนี้ (ฟาริดา, 2541; สิวลี, 2544)

- 1) จงวางใจต่อพระเจ้า
- 2) ชีวิตมนุษย์ ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า
- 3) การทำลายชีวิตมนุษย์เป็นบาป
- 4) การกระทำการใดๆ ที่ฝืนกฎธรรมชาติและเป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์เป็นการขัดต่อพระประสงค์
- 5) การฆ่าตัวตายเป็นบาป
- 6) การรักษาพยาบาล แพทย์และพยาบาล พึงกระทำตามหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด เพื่อช่วยรักษาและต่อชีวิตมนุษย์ แต่ต้องไม่ผิดไปจากวิธีการปกติธรรมดาจนเกินกว่าเหตุ
- 7) ตัวผู้ป่วยพึงอดทนต่อความเจ็บปวด เพื่อเป็นการแสดงถึงความจงรักภักดีและวางใจต่อพระเจ้าผู้สร้างมนุษย์มา
- 8) พึงระลึกว่า “เมื่อเขาเจ็บ พระเจ้าทรงค้ำจุนเขา เมื่อเขาป่วยใช้พระเจ้าทรงรักษาความเจ็บไข้ทั้งสิ้นของเขาให้หาย”
- 9) มนุษย์เป็นสมบัติของพระเจ้าที่ไม่อาจนำไปเป็นเครื่องทดลองใดๆ หรือกระทำให้ได้รับความทุกข์ทรมาน
- 10) พึงให้คุณค่าและเคารพต่อชีวิตมนุษย์

ศาสนาคริสต์มีทรรศนะต่อความตายว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้ชีวิตพ้นจากโลกของวัตถุซึ่งไม่ยั่งยืนถาวร “ดังนั้น มนุษย์จึงไม่ควรปฏิเสธความตายหรือหวาดกลัววิตกกังวลต่อความตายแต่ควรเข้าใจว่าความตายเป็นจุดหนึ่งของชีวิตและมีความหวัง” (สิวลี, 2544) ทรรศนะดังกล่าวมีผลต่อแนวทางปฏิบัติต่อปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ในปัจจุบัน เมื่อความตายมาถึงสิ่งที่มนุษย์ควรได้รับคือ การบอกความจริง การบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน การทำให้รู้สึกสบาย และการจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี การยุติการรักษาพยาบาลที่ไม่เกิดประโยชน์ทุกข์ทรมานและเป็นภาระต่อผู้ป่วย (สิวลี, 2544)

จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดทางศาสนามาใช้ผสมผสานในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นเพราะบุคคลที่เป็นพยาบาลต้องเรียนรู้ธรรมชาติของคน หลักธรรมทางศาสนาจะช่วยให้อำนาจใจในส่วนที่เป็นจิตวิญญาณของคนได้เป็นอย่างดีทั้งของตนเองรวมทั้งผู้ป่วย

และครอบครัว (ฟาริดา, 2541) ดังนั้น การนำคำสอนของศาสนาที่ผู้ปวยนับถือมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงมีส่วนในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติงานและยังเป็นการส่งเสริมให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบนพื้นฐานของจริยธรรมและเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สิวลี, 2544)

#### 4.2 วัฒนธรรม

วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างสรรค์และสั่งสมสืบทอดกันมาของมนุษย์ ทำให้เกิดเอกลักษณ์ของสังคม การเรียนรู้และเข้าใจในวัฒนธรรมจะช่วยให้สามารถวางตัวได้เหมาะสม สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเข้าใจในเพื่อนมนุษย์เพราะได้เข้าใจในแบบแผนความคิดและการกระทำที่มนุษย์แสดงออกซึ่งรวมถึงระเบียบ กฎเกณฑ์ คุณค่า ความเชื่อของบุคคลในสังคม วัฒนธรรมอาจสัมพันธ์ใกล้ชิดกับศาสนา เช่น วัฒนธรรมการดำรงชีวิตของชาวไทย จะกลมกลืนกับหลักปฏิบัติในเชิงพุทธศาสนา และมีความคล้ายคลึงกันในประเทศต่างๆ ที่ใกล้เคียงซึ่งนับถือศาสนาพุทธเช่นเดียวกัน ลักษณะวัฒนธรรมของคนมุสลิมทั่วโลกก็มักจะมี ความคล้ายคลึงกันและสอดคล้องกับหลักของศาสนาอิสลาม เป็นต้น (ฟาริดา, 2541)

ความใกล้ชิดระหว่างวัฒนธรรมและศาสนาภายใต้บริบทของสังคมไทยนั้น ดังจะเห็นได้จากสิ่งต่างๆ ได้แก่ (สุริยา, 2538)

1) ความเชื่อเรื่องวิญญาณ โดยศาสนาพุทธเชื่อว่าคนแต่ละคนมีวิญญาณอยู่ในร่างกาย และเมื่อตายไปแล้ววิญญาณก็จะออกจากร่างไปเกิดใหม่ ซึ่งศาสนาคริสต์และอิสลามสอนว่า วิญญาณเป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของสร้างขึ้นมาให้อยู่ในร่างกายมนุษย์ชั่วคราว เมื่อร่างกายตายแล้ว วิญญาณของคนแต่ละคนก็จะออกจากร่างไปรอรับคำพิพากษาจากพระเจ้าและต่อจากนั้นก็ไปอยู่ในนรกหรือสวรรค์ตามคำตัดสิน

2) ความเชื่อเรื่องกรรม ในพุทธศาสนาส่วนใหญ่จะกล่าวถึงกุศลกรรมหรือกรรมดีและอกุศลกรรมหรือกรรมชั่ว โดยเชื่อว่าชีวิตคนแต่ละคนจะมีความสุขหรือความทุกข์มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเภทของกรรมที่ได้ทำมา ถ้าทำกรรมดีก็มีความสุข แต่ถ้าทำกรรมชั่วก็มีความทุกข์ ในทรรศนะของพุทธศาสนาถือว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยและโรคทุกโรคที่เป็นนั้นไม่ได้เป็นโรคเวรโรคกรรมแต่เป็นโรคที่รักษาให้หายได้ ดังนั้น การรักษาด้วยวิธีการต่างๆรวมทั้งการทำบุญจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากและเมื่อกรรมสิ้นสุดลงโรคร้ายก็จะหายเอง ความเชื่อเรื่องกรรมจึงไม่ได้เป็นความเชื่อที่อันตรายแต่กลับเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและช่วยให้ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยของตนด้วยความสงบ ไม่กล่าวโทษหรือเจ็บแค้นผู้หนึ่งผู้ใดและมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังเพราะรู้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในไม่ช้าโรคร้ายก็จะหายเมื่อใช้เวรกรรมหมดแล้ว แต่ถ้าหากรักษาแล้วไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยที่เชื่อเรื่องกรรมก็จะ“ทำใจ” ได้ “ไม่ดิ้นรนต่อไปอีก

3) ความเชื่อเรื่องบุญ-บาป คำสอนในพุทธศาสนาเรื่องบุญ-บาปเป็นผลมาจากความเชื่อเรื่องสังสารวัฏและกรรม ชีวิตในสังสารวัฏเป็นชีวิตที่ยาวนานไม่มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด มีการเปลี่ยนแปลงภพภูมิต่างๆอยู่เสมอตามกรรมที่แต่ละชีวิตได้ทำไว้ในอดีต ผลของกรรมดีคือบุญกุศลที่เกื้อหนุนให้ชีวิตมีความสุขและบาปเป็นผลของกรรมไม่ดีที่ทำให้ชีวิตมีความทุกข์ การทำบุญกุศลจึงเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตประจำวันของคนไทยชาวพุทธ เพราะต้องการสะสมบุญกุศลให้แก่ตัวเองให้มากที่สุดเพื่อประโยชน์ในชาตินี้และชาติต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถอุทิศให้แก่ผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่ล่วงลับถ้าหากผู้นั้นยินดีที่จะรับและอยู่ในสภาวะที่สามารถรับได้

วัฒนธรรมไทยเป็นวัฒนธรรมที่เน้นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่เช่นเดียวกับวัฒนธรรมอื่น นอกจากนี้คนไทยยังเชื่อว่าความตายเป็นการที่วิญญาณเริ่มออกเดินทางต่อไปในสังสารวัฏในรูปแบบลักษณะต่างๆและจะมีความทุกข์หรือความสุขมากน้อยเพียงใดแล้วแต่กรรมที่ทำไว้ คนไทยทั่วไปจึงเชื่อว่าความตายเกิดขึ้นเมื่อวิญญาณออกจากร่างตลอดไปโดยไม่กลับคืนสู่ร่างเดิมอีกและเกิดขึ้นก็ต่อเมื่ออวัยวะสำคัญคือหัวใจและปอดหยุดทำงานโดยสิ้นเชิงเป็นระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 2-3 วัน ดังนั้นจึงนิยมรักษาศพไว้ไม่นำไปเผาปนกิจโดยทันที (สุริยา, 2538)

จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมของบุคคลโดยเฉพาะในการดำรงชีวิตและสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งการที่พยาบาลคำนึงถึงความต่างเชิงวัฒนธรรมทั้งในส่วนของพยาบาลและผู้ป่วย จะไม่เป็นการให้การดูแลด้วยความปรารถนาดีของพยาบาลฝ่ายเดียวแต่ต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ซึ่งจะมีผลต่อการยอมรับ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมและยอมรับแนวคิดด้านสุขภาพให้กลมกลืนกับวัฒนธรรมของตนเอง (ฟาริดา, 2541)

### 5. กฎหมาย

พยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายใน 2 สถานะ คือ (พรจันทร์, 2541)

1) ในสถานะที่เป็นบุคคลธรรมดาทั่วไป เป็นสมาชิกในสังคมที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ กำหนดความประพฤติของบุคคลเพื่อให้สังคมเป็นไปด้วยความสงบเรียบร้อย ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านกฎหมายเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยไม่ถูกบุคคลอื่นละเมิดและไม่ไปละเมิดบุคคลอื่น

2) ในสถานะที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายในฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพโดยเฉพาะ ซึ่งมีพระราชบัญญัติควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพของตนโดยมีองค์กรวิชาชีพดำเนินการกิจการในการควบคุมและส่งเสริมมาตรฐานบริการของวิชาชีพโดยอิสระ

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำต่อไปนี้ (ดาราทพร, 2541)

- 1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- 2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- 3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

นอกจากกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแล้ว ทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายด้านอื่นๆในการดูแลผู้ป่วยในฐานะของผู้ให้บริการและประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการ ได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งมีบางมาตราที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและอาจนำไปสู่การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งจะกล่าวถึงในการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

#### 5.1 กฎหมายรัฐธรรมนูญ

ในประเทศไทยมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญหมวดสิทธิและเสรีภาพ ในหมวด แนวนโยบายแห่งรัฐ ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ดังนี้ (แสง, 2545ก)

มาตรา 53 เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการอบรมเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

มาตรา 55 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ

มาตรา 56 สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมด้วยรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายทางชีวภาพและในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตนย่อมได้รับความคุ้มครอง...

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐ

ต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

## 5.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ซึ่งเป็นกฎหมายที่ร่างขึ้นตามแนวนโยบายของรัฐบาล โดยอิงเหตุผลจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา 52 ซึ่งบัญญัติให้คนไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนดและการให้บริการต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (แสวง, 2545ข) โดยจะนำเสนอรายละเอียดตามมาตราต่างๆที่อาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังต่อไปนี้ (แสวง และเอนก, 2546)

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป (ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545)

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆและสถานบริการสาธารณสุขอื่น...

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“ค่าบริการ” หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ...

มาตรา 6 ... ให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้...

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการให้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือกและผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

### 5.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ขึ้นไว้โดยคำแนะนำและความยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ทำหน้าที่รัฐสภา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมตามสมควรแก่ผู้บริโภค ตลอดจนให้มีองค์กรของรัฐที่เหมาะสมเพื่อตรวจตรา ดูแล และประสานงานการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่างๆ ในการให้ความคุ้มครองผู้บริโภค (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522, 2547) เนื่องจากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์

ประกอบของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค อันได้แก่ การตรวจตรากำกับดูแล และการประสานงานการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่างๆในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคยังไม่เหมาะสมและมีผู้บริโภคจำนวนมากยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายเฉพาะว่าด้วยการนั้นๆบัญญัติไว้ จึงมีการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541, 2547) โดยมีมาตราต่างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชน ดังนี้ (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522, 2547; พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541, 2547)

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522” (และ “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541” ตามลำดับ)

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

...”บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใดๆหรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใดๆโดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายของแรงงาน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อซื้อสินค้าหรือรับบริการ และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

“ข้อความ” หมายความว่ารวมถึงการกระทำที่ปรากฏด้วยตัวอักษร ภาพ ภาพยนตร์ แสง เสียง เครื่องหมาย หรือการกระทำอย่างใดๆที่ทำให้บุคคลทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้

“สัญญา” หมายความว่า ความตกลงกันระหว่างผู้บริโภคและผู้ประกอบธุรกิจเพื่อซื้อและขายสินค้าหรือให้และบริการ

มาตรา 4 ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ

2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ

3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ

3 ทวิ) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา

4) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายว่าด้วยการนั้นๆหรือพระราชบัญญัตินี้กำหนดไว้



## 6. จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

นอกจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามการพยาบาลภายใต้กฎหมายวิชาชีพแล้ว ยังต้องปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล คำว่า “จรรยาบรรณ” ในความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ (สิวลี, 2544) ซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลกำหนดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 2 ซึ่งปรับปรุงแก้ไขจากจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่ประกาศใช้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 ให้เป็นหลัคนำการประกอบวิชาชีพ เพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาวการณ์ปัจจุบัน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพ

พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความเป็นสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์

พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความเป็นสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับที่ดีที่สุด ตลอดจนวงจรของชีวิตนับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล

พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิในเสรีภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนจรรยาบรรณในความเป็นเจ้าของ และความเป็นส่วนตัวของบุคคล

ข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์

พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ใช้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความ

เคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรีและสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วยชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ ชื่อเสียง สถานภาพในสังคม และโรคที่เป็น

#### ข้อที่ 5 พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ

พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ ปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความรู้ในการกระทำ และสามารถอธิบายเหตุผลได้ทุกกรณี พัฒนาความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รักษาสมรรถภาพในการทำงาน ประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพทุกด้านด้วยมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

#### ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ

พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยการร่วมมือประสานงานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ เพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตามนโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน พึงปฏิบัติหน้าที่ รับมอบหมายงาน และมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชนโดยการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือสภาพแวดล้อมของการทำงาน หรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิต ประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมาย ให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัย เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชน ร่วมมือพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดี และร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งในและนอกวงการสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและระหว่างประเทศ

#### ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล ร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติการพยาบาลหรือทางการศึกษา ทางการวิจัยหรือทางการบริหาร โดยร่วมในการนำทิศทางนโยบาย และแผนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาความรู้ ทั้งในชั้นเทคนิคการพยาบาล ทฤษฎีขั้นพื้นฐาน และศาสตร์ทางการพยาบาล ชั้นลึกซึ่งเฉพาะด้าน ตลอดจนการรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพ ทั้งนี้ พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับรายบุคคล และร่วมมือในระดับสถาบัน องค์การวิชาชีพ ระดับประเทศและระหว่างประเทศ

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพตนเอง รักษาสมดุล มั่นคงของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงาน และทำงานด้วยมาตรฐานสูง ทั้งในการดำรงชีวิต ส่วนตัว และในการประกอบวิชาชีพ ในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเสียสละ หรือประนีประนอม พยาบาลพึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเอง ความสมดุลในบุคลิกภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตน เช่นเดียวกับของผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และสังคม

จะเห็นได้ว่า จรรยาบรรณพยาบาลแต่ละข้อเป็นหลักนํ้าการปฏิบัติที่มีข้อความสั้นๆ เพื่อให้ เห็นความเป็นเอกภาพของจรรยาบรรณพยาบาลได้ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายครอบคลุมการปฏิบัติ หน้าที่ทางจริยธรรมแต่ละหมวดอย่างกว้างขวาง มีแนวการปฏิบัติขั้นละเอียด เพื่อขยายความ หมายของแต่ละข้อ และใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกด้าน ในทุกสถานที่ และทุก ตำแหน่งหน้าที่ การประกาศจรรยาบรรณเป็นการแสดงออกซึ่งความตระหนักในความรับผิดชอบ ทางจริยธรรมของพยาบาล และเพื่อใช้เป็นหลักนํ้าการประกอบวิชาชีพให้มีมาตรฐานสูง สอดคล้อง ตรงกันทั่วประเทศ รวมทั้งเป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานในวิชาชีพอื่นๆ และประชา ชนทั่วไปได้ทราบถึงจรรยาบรรณที่พยาบาลยึดถือในการประกอบวิชาชีพและแสดงความมุ่งมั่นของ พยาบาลที่จะประกอบวิชาชีพให้มีคุณภาพในมาตรฐานสูง จรรยาบรรณจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือ ประเมินผลพฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพโดยผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป และใช้ในการประเมินผลตนเอง (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

### 7. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

คำว่า “สิทธิ” หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผล ประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น สิทธิผู้ป่วย จึงหมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่ง รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆจะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึง ได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ดาราทพร, 2541; พรจันทร์, 2541)

ในหลายประเทศได้มีการประกาศสิทธิผู้ป่วย หรือกฎบัตรผู้ป่วยขึ้นเพื่อรับรองให้เกิดความ ชัดเจนในการปฏิบัติ (ดาราทพร, 2541) ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกรรม และเพื่อให้เกิดความสัมพันธอันดีโดย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเกิดความไว้วางใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ แพทยสภา สภา การพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ ดังนี้ (ทัศนีย์, 2543; พรจันทร์, 2541; แสง และเอนก, 2546)

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
- 3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น
- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือชีวิตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
- 10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

จากการศึกษาของฉวีวรรณ (2544) เกี่ยวกับการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของคนไทย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 300 ราย พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในเรื่องที่เป็นการเลือกผลประโยชน์ต่อตนเอง และการเข้าถึงสื่อในด้านสิทธิผู้ป่วยจะมีความหลากหลาย เช่น สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะสื่อป้ายประกาศในโรงพยาบาลซึ่งมีผลต่อการรับรู้สิทธิของผู้ป่วย แต่ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อย (ร้อยละ 5.12) นอกจากนี้ยัง

พบว่าประสบการณ์การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ไม่สามารถกำหนดการรับรู้สิทธิผู้ป่วยของประชาชนได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลที่ตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของนัศทยา (2542) ซึ่งศึกษาในพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 50 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย และจับฉลากแบบไม่แทนที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลที่ตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า สิทธิผู้ป่วยในข้อที่ 2 ในเรื่องการมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 98 และการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง และสิทธิในข้อ 10 เรื่องบิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ มีคะแนนความรู้ร้อยละ 54 ซึ่งจากการที่พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยบางข้ออยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความไม่ชัดเจนในความหมายและการปฏิบัติ รวมทั้งไม่มีผลบังคับใช้ในกฎหมายบางข้อ อาจให้เกิดการล่วงละเมิดสิทธิผู้ป่วยและปัญหาการฟ้องร้องตามมาได้ในภายหลัง

ศรีวรรณ (2539) ได้ศึกษาความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 257 คน และผู้ป่วย จำนวน 300 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน ในหอผู้ป่วยเดียวกันกับพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ( $P < .01$ ) แต่ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน และพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 ปีและมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ( $P < .05$ ) ความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อปฏิบัติการพยาบาล ( $P < .01$ ) ทั้งนี้อาจเกิดจากความจำกัดของแหล่งสนับสนุน เวลา หรือเทคนิคการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

จากการศึกษาของ จินตา (2543) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง ระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย ในกลุ่มตัว

อย่าง 360 ราย เป็นผู้ป่วยไทยพุทธ 254 คน และไทยมุสลิม 106 คน จากโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม รับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับอยู่ในระดับมากในทุกด้านและโดยรวม และรับรู้สิทธิที่ได้รับจริงด้านสิทธิที่จะได้รับการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่เดียวกันก็รับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในทุกด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และในการศึกษาของวิลาวด์นีย์ (2545) พบว่า ผู้รับบริการทางด้านสุขภาพเห็นด้วยต่อการได้รับสิทธิตามที่กำหนดไว้ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัวสามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง ทำให้ชีวิตรอดและปลอดภัย และภูมิใจที่ได้รับการดูแลเท่าเทียมผู้อื่น

จะเห็นได้ว่า ความตระหนักและการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยเป็นประเด็นที่สำคัญซึ่งที่มสุขภาพไม่ควรละเลยและเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่งในการตรวจรับรองโรงพยาบาลอีกด้วย จากการศึกษาของมณี (2541) โดยการทบทวนมาตรฐานที่มีอยู่ของประเทศในสกุลกฎหมายคอมมอน ลอว์ และประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายด้วยการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน จากกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานด้านสิทธิผู้ป่วย เป็นผู้ประเมินระดับความสำคัญของเกณฑ์ประเมินในมาตรฐาน ซึ่งความสำคัญใน 4 ระดับ มีดังนี้ (1) เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลต้องมี ได้แก่ สิทธิเกี่ยวกับการได้รับคำอธิบาย การขอดูแลเฉพาะเป็นในการเข้าร่วมในการวิจัย การเคารพศักดิ์ศรี การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล การรักษาความลับ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด และให้ยาฉุกเฉิน (2) เป็นสิ่งที่ดี โรงพยาบาลควรทำให้ได้ ได้แก่ เรื่องของสิทธิที่เกี่ยวกับการขอคำปรึกษาจากแพทย์ท่านอื่น การร้องเรียน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยเด็ก (3) เป็นสิ่งที่ดีแต่ทำได้บางโรงพยาบาลเท่านั้น ได้แก่ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำพิธีทางศาสนา การดูแลด้านจิตวิญญาณ และมีแผนกล่อมของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในแต่ละโรงพยาบาลที่มีมาตรการในการดำเนินงานตามแนวทางเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อมาตรฐานโรงพยาบาลด้านสิทธิผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมภายใต้บริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป

## 8. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก/พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

### 8.1 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)

สิทธิเด็กเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน แต่เด็กเป็นกลุ่มคนที่ต้องการการปกป้องมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากความสามารถของสภาวะทางร่างกายและสติปัญญาของเด็กเองที่ไม่

เท่าเทียมกับผู้ใหญ่จึงต้องได้รับการคุ้มครองเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้มีพัฒนาการตามวัยและเจริญเติบโตเป็น ผู้ใหญ่ที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าต่อสังคม (วันชัย, 2547; Bandman & Bandman, 2002) สิทธิเด็กได้รับการรับรองในรูปแบบต่างๆและมีการพัฒนานำหลักการต่างๆมารวบรวมไว้เป็นกฎหมายระหว่างประเทศในรูปของอนุสัญญาคือ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child = CRC) เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2532 และมีผลบังคับใช้เมื่อใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 มีหลักการที่สำคัญว่า เด็กทุกคนมีสิทธิต่างๆติดตัวมาตั้งแต่เกิดและประเทศสมาชิกของอนุสัญญานี้ต้องดำเนินการต่างๆเพื่อให้การปกป้องคุ้มครองและส่งเสริมการใช้สิทธิของเด็กอย่างเต็มที่และอย่างน้อยต้องเป็นไปตามมาตรฐานของอนุสัญญา ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2535 และมีผลบังคับใช้ในประเทศไทยในฐานะ เป็นกฎหมายระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2535 (วันชัย, 2547)

คำว่า “เด็ก” ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในตราสารทางกฎหมายระหว่างประเทศว่า หมายความว่าถึงบุคคลทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กให้คำนิยาม “เด็ก” ไว้ในข้อ 1 ว่า “ เพื่อความมุ่งประสงค์ของอนุสัญญานี้ เด็กหมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น” และในกรณีของประเทศไทย ตามมาตรา 20 ของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หากเด็กที่อายุยังไม่เกิน 18 ปี แต่ได้ทำการสมรสก่อนและเข้าเงื่อนไขตามกฎหมายที่ถือว่าเด็กนั้นพ้นจากสถานะความเป็นเด็กและบรรลุนิติภาวะตามกฎหมายจะไม่อยู่ในความคุ้มครองของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กอีกต่อไป (วันชัย, 2547)

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กมีหลักการสำคัญของประการ คือ

1) สิทธิของเด็กนั้นไม่ใช่เรื่องที่รัฐหรือใครให้กับเด็ก แต่เป็นสิทธิของเด็กทุกคนที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งอนุสัญญาใช้คำว่า “สิทธิติดตัว” (inherent rights) ดังนั้น เด็กจึงเป็นผู้มีสิทธิที่ไม่มีผู้ใดสามารถไปตัดทอนหรือจำกัดการใช้สิทธิอันชอบธรรมของเด็กหรือละเมิดสิทธิของเด็กได้

2) ในการดำเนินการต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก จะต้องคำนึงถึงสิทธิเด็กและที่สำคัญที่สุด คือ ต้องยึดถือหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (the best interest of the child) เป็นข้อพิจารณาในการดำเนินการ

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก กำหนดพันธะกรณีให้ประเทศภาคีสมาชิกคุ้มครองสิทธิเด็ก โดยแยกเป็น 4 ประเภท คือ (ชัยเกษม, อรนิศย์, วีระชัย และขวัญชัย, 2547; วันชัย, 2547; อิงอร, 2540)

1) สิทธิในชีวิตและการอยู่รอด คือ สิทธิของเด็กที่คลอดออกมาแล้วจะต้องมีชีวิตอยู่รอดอย่างปลอดภัย ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาเด็ก โดยใช้สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (ส.พ.ด.) ในเรื่องของการได้รับสารอาหารตามความต้องการของร่างกายที่ได้กำหนดไว้ตามวัย และได้รับการป้องกันจากโรคและภัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้รวมทั้งต้องได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานในกรณีที่เจ็บป่วยและได้รับการฟื้นฟูสภาพ (สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก, 2547)

2) สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง คือ เด็กมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองในทุกรูปแบบที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองจากการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกาย จิตใจและทางเพศ ซึ่งตามนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาเด็ก โดยใช้สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (ส.พ.ด.) กล่าวถึง การให้เด็กต้องมีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานต่างๆในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน อันหมายรวมถึงสิทธิในการใช้บริการด้านการป้องกัน การคุ้มครอง และแก้ไข การฟื้นฟูและการพัฒนา รวมทั้งต้องได้รับโอกาสในการรับรู้และการพิทักษ์สิทธิและประโยชน์พื้นฐานจากรัฐ สถาบันสังคมและองค์กรธุรกิจ พร้อมทั้งการมีตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ดังกล่าวตามความเหมาะสม (สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก, 2547)

3) สิทธิในการพัฒนา คือ สิทธิในการพัฒนาตนเองของเด็ก เน้นทั้งด้านการพัฒนาทางร่างกายและสติปัญญา การพัฒนาด้านร่างกายเน้นที่การเลี้ยงดูเด็กโดยพ่อแม่หรือในบางกรณีโดยรัฐและสิทธิของเด็กที่จะได้รับการศึกษาอันเป็นพื้นฐานและมาตรการที่จำเป็นต่อการพัฒนาของเด็ก ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาเด็ก โดยใช้สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (ส.พ.ด.) ที่กล่าวถึงการได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา บุคคล หรือครอบครัวที่ให้ความรักและความเข้าใจเพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน รวมทั้งการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานด้วยเช่นกัน (สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก, 2547)

4) สิทธิในการมีส่วนร่วม เน้นถึงสิทธิในการแสดงความคิดเห็นของเด็กโดยเสรีในทุกเรื่องที่มีผลกระทบต่อเด็ก โดยต้องให้น้ำหนักต่อความคิดเห็นนั้นตามควรแก่อายุและวุฒิภาวะของเด็ก ต้องได้รับโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินการนั้นตามกระบวนการที่กฎหมายกำหนด และสิทธิในการแสดงออกของเด็กรวมถึงอิสระในการแสวงหา ได้รับหรือส่งต่อข้อมูลและความคิดเห็นในทุกรูปแบบและในสื่อทุกประเภท เด็กมีสิทธิที่จะมีเสรีภาพทางความคิด มโนธรรม และศาสนา ทั้งนี้สอดคล้องตามนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาเด็ก โดยใช้สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (ส.พ.ด.) ที่กล่าวว่า เด็กต้องมีโอกาสและสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้ด้วยจิตสำนึกต่อสังคมส่วนรวมและสาธารณสมบัติ เพื่อเป็นพื้นฐานของวิถีทางในการดำเนินชีวิตตามครรลองในระบอบประชาธิปไตย (สถาบันเด็ก มูลนิธิเด็ก, 2547)



กลไกทางกฎหมาย (legal mechanism) ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1989 หรือ พ.ศ. 2532 มุ่งให้เด็กสามารถให้เด็กได้รับการพัฒนาตั้งแต่เกิดประกอบกับการมีบทบาทปฏิบัติที่เป็น มูลฐานทางกฎปฏิบัติ และหลักประโยชน์ที่ดีที่สุดของเด็ก เนื่องจากการกระทำใดๆก็ตามที่เกี่ยวข้องกับเด็กจะต้องหมายถึง (legal basis) ที่สำคัญ คือ หลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมายหรือหลักการไม่เลือกค่านึงถึงหลักประโยชน์ที่ดีที่สุดของเด็กเป็นสำคัญและเป็นอันดับแรก ทั้งนี้เพราะสิทธิเด็กและหลักประโยชน์ที่ดีที่สุดของเด็กไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด รวมทั้งมีบทบาทและความสำคัญต่อการตีความและปรับใช้กฎหมายของรัฐภาคที่มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่น สังคม การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา หรืออื่นๆ (อิงอร, 2540) แม้กระทั่งเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีย่อมมีสิทธิทางจริยธรรมในการที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม และสิทธิที่จะได้รับการรักษาและสวัสดิการจากสถานบริการของรัฐโดยผู้ให้บริการต้องถือหลักการปฏิบัติด้วยความเที่ยงธรรมในการให้บริการเช่นเดียวกัน (รัตนะ, 2543)

จากการศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของเด็กป่วยวัยรุ่นเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยเด็ก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพัชราภา, นงลักษณ์, พงศ์คำ และศิริพร (2545) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุ 13-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชล ชลบุรี จำนวน 120 ราย พบว่า เด็กวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วยว่าเด็กควรมีสิทธิขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะสิทธิที่จะได้รับการด้านสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร สิทธิที่จะได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา สิทธิส่วนบุคคล และสิทธิในการตัดสินใจ

ศรัณยา (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม กับการปฏิบัติ ตามสิทธิเด็กของมารดาเด็กวัยก่อนเรียน เขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน ที่เป็นมารดาเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 4-6 ปี ที่กำลังศึกษาในชั้นอนุบาล 1-3 ปีการศึกษา 2541 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า มารดา ร้อยละ 74.9 มีการปฏิบัติต่อเด็กตามสิทธิเด็กในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.3 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 7.8 ที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และพบว่ามารดามีการปฏิบัติตามสิทธิเด็กในด้านการอยู่รอดดีที่สุดในรองลงมา คือ สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง สิทธิในการมีส่วนร่วมและสิทธิในการพัฒนาตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติต่อเด็กตามสิทธิเด็กของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ส่วนตัว ประสบการณ์ในการได้รับสิทธิเด็กในวัยเด็ก ความรู้เรื่องสิทธิเด็กและเจตคติต่อเรื่องสิทธิเด็ก การทำงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิเด็ก แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามปฏิบัติสิทธิเด็ก

ถึงแม้ว่าในเรื่องมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิเด็กทางครอบครัวในประเทศไทย ได้แก่ สิทธิในการอยู่รอด สิทธิในการได้รับการพัฒนา สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง และสิทธิในการมีส่วนร่วม ยังไม่สามารถตอบสนองของผลประโยชน์สูงสุดแก่เด็ก ตามอนุสัญญาสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย 2 ประการ ประการแรก คือ ไม่มีการปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายตามสภาพบังคับอย่างจริงจัง และประการที่สอง คือ กฎหมาย ระเบียบที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน (วิศิษฎ์, 2537)

มาตรการทางกฎหมายเป็นมาตรฐานประการหนึ่งในการคุ้มครองสิทธิเด็ก ซึ่งต้องพิจารณาควบคู่กับกฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันซึ่งเป็นกฎหมายที่สำคัญที่สุดของไทย โดยเน้นในเรื่องการคุ้มครองสิทธิของบุคคลรวมทั้งสิทธิเด็กด้วยและได้บัญญัติหลักการสำคัญหลายประการตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กไว้ในรัฐธรรมนูญ ตามมาตราต่างๆ ดังนี้ (วันชัย, 2547)

มาตราที่ 31 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย...

มาตราที่ 43 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย...

มาตราที่ 53 เด็ก เยาวชนและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับการคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตราที่ 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน...

มาตราที่ 86 รัฐต้องส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำ คุ้มครองแรงงานโดยเฉพาะแรงงานเด็กและแรงงานหญิง...

เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคตที่มีคุณค่าและทำประโยชน์แก่ประเทศ การพัฒนาเด็กจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ มีคุณค่าและทำประโยชน์ให้ต่อประเทศชาติทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (วันชัย, 2547) หากเด็กไม่ได้รับการคุ้มครองตามมาตรฐานที่ดีของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เด็กก็จะเติบโตมาอย่างไร้คุณภาพ ไม่ได้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าตามที่ของสังคมคาดหวังไว้

## 8.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก โดยพระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 31 มาตรา 34 มาตรา 35 มาตรา 36 มาตรา 48 และมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร

ไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2546 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา (ชัยเกษมและคณะ, 2547; สำนักงานกฤษฎีกา, 2547) ได้แก่

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“เด็ก” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส

มาตรา 22 การปฏิบัติต่อเด็กไม่ว่ากรณีใด ให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ และไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม...

มาตรา 23 ผู้ปกครองต้องให้การอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และพัฒนาเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนตามสมควรแก่ชนบทธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมแห่งท้องถิ่น แต่ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำตามที่กำหนดในกระทรวงและต้องคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนมิให้ตกอยู่ในภาวะอันน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ

มาตรา 25 ผู้ปกครองต้องไม่กระทำการ ดังต่อไปนี้

1) ทอดทิ้งเด็กไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานพยาบาลหรือไว้กับบุคคลที่รับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะหรือที่สถานที่ใด โดยเจตนาที่จะไม่รับเด็กกลับคืน

2) ละทิ้งเด็กไว้ ณ สถานที่ใด ๆ โดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพหรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม

3) จงใจหรือละเลยไม่ให้เป็นแก่การดำรงชีวิตหรือสุขภาพอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก

4) ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะที่เป็นการขัดขวางการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของเด็ก

5) ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะที่เป็นการเลี้ยงดูโดยมิชอบ

มาตรา 26 ภายใต้อำนาจของบทบัญญัติแห่งกฎหมายอื่น ๆ ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ ห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการ ดังต่อไปนี้

1) กระทำหรือละเว้นการกระทำอันเป็นการทารุณกรรมต่อร่างกายหรือจิตใจของเด็ก

2) จงใจหรือละเลยไม่ให้เป็นแก่การดำรงชีวิตหรือการรักษาพยาบาลแก่เด็กที่อยู่ในความดูแลของตน จนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก...