



ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของ
พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลาง
สถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

**Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making Experienced by Nurse Supervisors
Working in General Hospitals Under the Unrest Situation
in the Three Border Provinces, Southern Thailand**

ชไมพร สินธุอุทัย
Chamaiporn Sinthuuthai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Nursing Administration
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจาก
ประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป
ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้เขียน นางชไมพร สิ้นธุทัย

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธีรัมย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นะแสง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นะแสง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จาก ประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ |
| ผู้เขียน | นางชไมพร สีนธูทัย |
| สาขาวิชา | การบริหารการพยาบาล |
| ปีการศึกษา | 2552 |

บทคัดย่อ

การศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก (hermeneutic phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 12 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการบันทึกเสียงวิเคราะห์ข้อมูลโดยขั้นตอนของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 as cited in Streubert, & Carpenter, 2003) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 3 ลักษณะ คือ (1) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (2) เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพคล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม และ (3) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลางระหว่างรัฐกับญาติ โดยผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 5 ลักษณะ คือ (1) เครียด กดดันกับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยากและ เกินกำลัง (2) กลัวถูกญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง (3) เคว้งคว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดย ไร้อำนาจตามลำพัง (4) กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม และ (5) รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย ส่วนประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบ มี 7 ประเด็น คือ (1) ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วย จะเลือกอะไร (2) การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ (3) จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพและผ่านการรับรองได้อย่างไรภายใต้ความขาดแคลน (4) ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย (5) ห่วงหน้าพะวงหลัง ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว (6) อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแต่ไม่อยากจะคนโยบาย /คำสั่งผู้บังคับบัญชา และ(7) ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ก็ไม่อยากเห็นผู้ป่วยเป็นอันตราย

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมี 8 ลักษณะ คือ (1) เลือหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด (2) เป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ (3) ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ (4) ปรึกษาหาคนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ (5) ขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ (6) หลีกเลียงความขัดแย้งกับทุกฝ่าย (7) ทำหน้าที่โดยไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูล ความปลอดภัยของครอบครัว และ (8) ปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นให้มีคุณภาพ สำหรับหลักการ / เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมี 6 ประการ คือ (1) เป็นบทบาททางวิชาชีพ (2) คำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต (3) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (4) การคำนึงถึงสิทธิ (5) ยึดตามระเบียบ/นโยบาย และ (6) ตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณี ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

| | |
|----------------------|--|
| Thesis Title | Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making Experienced by Nurse Supervisors Working in General Hospitals Under the Unrest Situation in the Three Border Provinces, Southern Thailand |
| Author | Mrs Chamaiporn Sinthuuthai |
| Major Program | Nursing Administration |
| Academic Year | 2009 |

ABSTRACT

This hermeneutic phenomenological study aimed to describe and explain ethical dilemmas and ethical decision making experienced by nurse supervisors. Informants consisted of 12 nurse supervisors working under the unrest situation in general hospitals in the three border provinces, southern Thailand. Data were collected using in-depth interviews and analyzed by a modification of Colaizzi's method (1978). The findings were as follows:

Meanings of ethical dilemmas included: (1) something that needed decision making, even though the risk could not be identified, (2) something that was beyond the scope of the profession, like chief executive in war, and (3) a situation forcing one to be a mediator between government and patient's family. Feelings toward ethical dilemmas were: (1) stress and pressure from chaotic, complicated, and overwhelming situations, (2) fear of being attacked and sued by a patient's family, (3) lonely when making decision alone without authority, (4) fear and concern about a patient's danger if no extra manpower, and (5) feeling guilty and stigmatized when decision brings negative consequences.

Ethical dilemmas experienced by the informants included: (1) between personnel's safety and patient's life, which should be chosen?, (2) protection of patient's rights versus cooperation with media, (3) how to provide quality care to patients with very high volume and to be accredited under limited resources, (4) unsure if disclosure of patient information would bring good or bad outcomes, (5) worry between professional duty and one's own family, (6) wishing to follow the needs of a patient's family but not wanting to go against policy/higher authorities, and (7) not wanting conflict with co-workers, at the same time not wanting to see a patient in danger.

Methods of ethical decision making were: (1) making the best choice for every party, (2) being a mediator in effective communication, (3) protecting the rights of patient and family, (4) consulting others for collaborative decision, (5) requesting additional staff for quality of care, (6) avoiding conflicts with all parties, (7) performing duty without negligence and seeking opportunity to obtain information about one's own family's safety, and (8) modifying internal management to respond to the increased number of patients with high quality. Six themes of principles/rationales of ethical decision making consisted of: (1) professional roles, (2) concern for saving the life of every human being, (3) patient-centered focus, (4) concern for patients' rights, (5) adherence to regulations/policy, and (6) consideration for culture and customs.

The results of this study can be used as a guide in preparing nurse supervisors to effectively make ethical decisions when faced with dilemmas while working under the unrest situation in the three border provinces, southern Thailand.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความเมตตา เป็นอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นะแสง ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนการตรวจ ทานและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกในพระคุณของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาช่วยชี้แนะแนวทางและขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์ คุณนวรรตน์ รักษาติ และ คุณกฤตยา แดงสุวรรณ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งเป็นแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่อนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณพยาบาลเวรผู้ตรวจการทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ ตลอดทั้งเพื่อนๆ พี่ๆ ที่คอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ขอขอบคุณความเข้าใจ และกำลังใจจากน้องๆ ทีมงานฝากครรภ์และผู้ร่วมงานของโรงพยาบาลปัตตานี ตลอดทั้งทีมงานในเครือข่าย ของจังหวัดปัตตานีทุกคน

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอระลึกถึงพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ชีวิตที่มีคุณค่า และปลูกฝังความคิดที่ดีงาม ส่งเสริมด้านการศึกษามาตลอด ขออภัยเวลาที่ถูกแบ่งปันจากครอบครัว และขอขอบคุณสามี และลูกๆ ที่มอบความรัก ความหวังใจ ให้กำลังใจในการฟันฝ่าอุปสรรค จนทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจทุ่มเท ให้กับวิทยานิพนธ์จนสำเร็จได้ด้วยดี

ชไมพร สินธุทัตย์

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ..... | (3) |
| Abstract..... | (5) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (7) |
| สารบัญ..... | (8) |
| รายการตาราง..... | (11) |
| รายการภาพประกอบ..... | (12) |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 4 |
| คำถามการวิจัย..... | 4 |
| กรอบแนวคิด..... | 5 |
| นิยามศัพท์..... | 7 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 7 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 8 |
| 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 9 |
| สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และผลกระทบ..... | 10 |
| สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้..... | 10 |
| ผลกระทบต่อประชาชน..... | 10 |
| ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ..... | 13 |
| ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล และพยาบาลตรวจการ..... | 13 |
| ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม..... | 16 |
| ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม..... | 16 |
| ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม..... | 17 |
| ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม..... | 17 |
| ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติของพยาบาล | 18 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| การตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 19 |
| ความหมายและความสำคัญ..... | 19 |
| กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 20 |
| รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 22 |
| ทฤษฎี หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 23 |
| บทบาท หน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการ..... | 44 |
| ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลตรวจการ | 46 |
| ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ..... | 46 |
| การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ..... | 52 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา..... | 54 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 63 |
| ประชากรและผู้ให้ข้อมูล..... | 63 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 64 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 64 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 65 |
| การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล..... | 68 |
| การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย..... | 69 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 71 |
| 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล..... | 72 |
| ผลการวิจัย..... | 72 |
| การอภิปรายผล..... | 116 |
| 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 138 |
| สรุปการวิจัย..... | 138 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 140 |
| บรรณานุกรม..... | 143 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| ภาคผนวก..... | 155 |
| ก เครื่องมือในการวิจัย..... | 156 |
| ข การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย..... | 159 |
| ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย..... | 160 |
| ง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล..... | 161 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 162 |

รายการตาราง

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 1 จำนวนของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป..... | 73 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพ | หน้า |
|--|------|
| 1. สรุปปรากฏการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจาก ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลทั้งไปท่ามกลาง สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ | 108 |
| 2. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วยจะเลือกอะไร กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 109 |
| 3. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความ ร่วมมือกับสื่อ กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิง จริยธรรม..... | 110 |
| 4. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มี คุณภาพและผ่าน การรับรองได้อย่างไร ภายใต้ความขาดแคลน กับวิธีการตัดสินใจเชิง จริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 111 |
| 5. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ ผู้อื่นจะเป็นผลดีหรือผลร้าย กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลใน การตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 112 |
| 6. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: ห่วงหน้าพะวงหลังระหว่างหน้าที่ กับครอบครัว กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิง จริยธรรม..... | 113 |
| 7. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการ แต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 114 |
| 8. ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ก็ ไม่อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม..... | 115 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยครอบคลุมถึงประวัติศาสตร์ ชาติพันธุ์ ภาษา ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ศาสนา ความเชื่อ และเอกลักษณ์ที่แตกต่าง ท่ามกลางวิกฤตสถานการณ์ที่กำลังคุกคามความสงบในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ มกราคม 2547 และยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าความขัดแย้ง จะคลี่คลายความรุนแรงลงได้เมื่อใด จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 8,908 ครั้ง ในรอบ 65 เดือน ส่งผลต่อการเสียชีวิต พิการและบาดเจ็บรุนแรงถึง 9, 211 คน (ศรีสมภพ, 2552) ส่งผลกระทบต่อบุคคลในพื้นที่ทุกสาขาอาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ภาครัฐ พระภิกษุ และผู้นำศาสนา ตลอดจนวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสภาพจิตใจ ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หวาดระแวง ต่อความไม่ปลอดภัย (บุญยราศรี, 2549; พรสุมนต์, 2550; มณีรัตน์, 2551; มาริณี, 2551; รอฮานี, วันดี, และจินตนา, 2548; สุนันญา, 2549)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องเผชิญภาวะคุกคามและความกดดันจากสถานการณ์เช่นเดียวกับประชาชน พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนเวลาในการเดินทางไปปฏิบัติงาน ทำให้สูญเสียเวลาอันมีค่าในการดูแลครอบครัว ต้องเผชิญความหวาดกลัว และไม่มั่นใจในความปลอดภัย ซึ่งการเกิดความรู้สึกเช่นนี้มาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการลาออก และย้ายออกจากพื้นที่ของพยาบาล (ประณีต, ปริศนา, มนต์วิทย์, และทัศนีย์, 2549) ทำให้เกิดการขาดแคลนอัตรากำลังในพื้นที่สูงถึง 2,502 คน (มณฑาทิพย์, 2550) พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ ต้องแบกรับภาระและทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (มาริณี, 2551) ในขณะที่อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เพียงพอ และทำให้ต้องเผชิญความเสี่ยงกับการส่งต่อผู้ป่วยตอนกลางคืน และออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (สุนีย์, 2551) จากภาวะบีบคั้นดังกล่าว ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับความกดดันในหลายด้าน ในขณะที่การให้บริการก็ต้องคงคุณภาพในทุกมิติ ตามความคาดหวังของสังคม ทำให้พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (กฤตยา, นงนุช, และอังศุมา, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิษาและสมาพร (2549) ที่พบว่าพยาบาลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการทำงานสูงถึงร้อยละ 86 และจากการศึกษาของ พจนา (2545) พบว่าพยาบาลทุกคน

เคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พบว่าพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยึดชีวิตและยุติการรักษาที่ยึดชีวิต (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545; ชุติมา, อรัญญา, และอุทัยวรรณ, 2551; วณิชาและสมพร, 2549; สมพร, อรัญญา, และวันดี, 2547; Setiawan, Chaowalit, & Suttarangsee, 2004) การบอกความจริง/การปกปิดความลับ (กฤษณา, 2545; พจนา, 2545; ชุติมาและคณะ, 2551; วณิชาและสมพร, 2549; อุมาพร, อรัญญา และวันดี, 2551) การทำหน้าที่แทนแต่ไม่มีอำนาจ (กาญจนาและคณะ, 2545; กริณี, 2548; ชุติมาและคณะ, 2551; ดรุณี, 2549) การจัดสรรทรัพยากร (กฤษณา, 2545; วณิชาและสมพร, 2549; อุมาพรและคณะ, 2551) ความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายกับหน้าที่ความรับผิดชอบ (ดรุณี, 2549)

พยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นอกจากจะต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทดังกล่าวแล้ว ยังถูกถาโถม ซ้ำเติม ด้วยปริมาณงานที่เต็มไปด้วยความยุ่งยากซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นเท่าทวีคูณ จากวิกฤตสถานการณ์ที่เหมือนการปฏิบัติงานท่ามกลางสงคราม (สุนีย์, 2551) ผวนกับความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพการพยาบาล ด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ อีกทั้งความต้องการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ภายใต้เวลาอันจำกัด จากภาวะที่บีบคั้นดังกล่าว พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการตัดสินใจที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังนั้นเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จึงจำเป็นต้องร้องขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเวรตรวจการ เมื่อไม่สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ โดยเฉพาะประเด็นขัดแย้งที่ต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช, 2550; ชุติมาและคณะ, 2551; วัชรวิ, 2551; Setiawan, Chaowalit, & Suttarangsee, 2004; Huijer et al., 2000 as cited in Setiawan, 2003)

พยาบาลเวรตรวจการเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์สูงจึงได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการนิเทศ ควบคุมกำกับ ประสานงาน การตัดสินใจและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน ทั้งระบบงาน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (กองการพยาบาล, 2539) จากบทบาทดังกล่าวพยาบาลเวรตรวจการอาจประสบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังเช่นการศึกษาของชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช (2550) ซึ่งพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการในการบริหารอัตรากำลัง การประสานงาน การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ กับการรักษาสัมพันธภาพกับผู้ปฏิบัติงาน และการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล/ การดำเนินการทางกฎหมาย ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในภาวะปกติดังกล่าว อาจมีทั้งความเหมือนและความต่าง กับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการในบริบทของโรงพยาบาลใน

3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทั้งที่เกิดจากการร้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลประจำการในสถานการณ์เดียวกัน และทั้งที่ประสบด้วยตัวเอง จากการบริหารงานตามปกติ อีกทั้งการบริหารงานจากผลกระทบของสถานการณ์ ทั้งด้านการบริหารอัตรากำลังที่ขาดแคลนสูงในพื้นที่ และการบริหารเครื่องมือที่ไม่เพียงพอกับการช่วยเหลือ การควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่เป็นไปได้ยาก จากโอกาสที่ไม่เอื้อ และจากปริมาณผู้ป่วย ความชุลมุน ตลอดทั้งการประสานงาน และการตัดสินใจที่เร่งรีบในเวลาอันจำกัด ที่เต็มไปด้วย ความยุ่งยากซับซ้อน ในขณะเดียวกัน ก็อาจเกิดจากความระมัดระวัง ประเด็นขัดแย้งที่อาจล่อแหลม และขัดกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ดังนั้นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไข หรือการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะผนวกกับประสบการณ์ ภายใต้อุดมคติ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรม (Beauchamp & Childress, 2001; Fry & Johnstone, 2002) และกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (อรัญญา, 2545ข) เข้ามาเป็นฐานในการตัดสินใจที่เหมาะสม ดังยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล พ.ศ. 2551-2555 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยเน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ (สำนักการพยาบาล, 2551) นำไปสู่ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และความพึงพอใจในบริการตามความคาดหวังของสังคมในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ จากฐานข้อมูลข่าวจังหวัดชายแดนภาคใต้ (Southern Border Area news) เครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch Network) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ (TKC e-Thesis) ฐานข้อมูลระบบสืบค้นห้องสมุดรวมในประเทศไทย (Thai LIS) ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาล้วนใหญ่เป็นการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และ การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลระดับปฏิบัติการทางคลินิก เช่นในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (พจนาน, 2545) ผู้ป่วยเด็ก (ชุตินา, อรัญญา, และอุทัยวรรณ, 2551) ผู้ป่วยหนัก (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545; วณิชชาและสมาพร, 2549; สมพร, อรัญญา, และวันดี, 2547; Setiawan, Chaowalit, & Suttarangsee, 2004) ผู้ป่วยทางจิตเวช (กริณี, 2548; ครุณี, 2549; เทียน, 2552) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กัญญา, 2548; กฤษณา, 2545) ผู้ประสบภัยสึนามิ (อุมาพร, อรัญญา, และวันดี, 2551) สำหรับการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในผู้บริหารพบจากการศึกษาของ ทศนา (2551); วัชร (2551); Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray (2008) มีเพียงการศึกษาของชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช (2550) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในพยาบาลเวรตรวจการ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในสถานการณ์ปกติซึ่งอาจแตกต่างจากการปฏิบัติในสถานการณ์

ความไม่สงบที่อยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่พยาบาลเวรตรวจการ ในการบริหารจัดการในสถานการณ์ดังกล่าว การทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้งโดยอาศัยแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian hermeneutic phenomenology) เป็นทางเลือกหนึ่งในการศึกษา เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การของพยาบาลเวรตรวจการ ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และยังไม่พบการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งทำทลายต่อความสามารถในการบริหารจัดการและการตัดสินใจในการแก้ไขประเด็นขัดแย้ง

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ เมื่อต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักการจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม อันนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริหารการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบาย ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไปท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างไร
2. พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ มีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อย่างไร

3. พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ เจริญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อะไรบ้าง
4. พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างไร
5. พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ใช้หลักการ/เหตุผลใดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยอาศัยแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมนิวติกของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การของพยาบาลเวรตรวจการในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลเวรตรวจการท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ใช้แนวคิด/ทฤษฎีมาเป็นกรอบแนวคิดที่ชัดเจน แต่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการตั้งคำถามและทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่ได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

1. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นลักษณะสถานการณ์ขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน ที่ทำให้เกิดความอึดอัด คับข้องใจ หรือขัดแย้งทั้งภายในตนเองและกับบุคคลอื่น และรับรู้ว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม รวมถึงการให้ความหมาย ความรู้สึก และลักษณะประเด็นขัดแย้ง ตลอดทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้ง ที่เกี่ยวข้องทั้ง ด้านสังคมวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ด้านตัวผู้ป่วย ด้านตัวพยาบาล ด้านองค์กร ด้านทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ และ ด้านสถานการณ์ความไม่สงบ

2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

- 2.1 รูปแบบการตัดสินใจของเมอร์ฟี (Murphy, 1984 อ้างตาม ชูติมา, 2548) และ สไวเดอร์ และคณะ (Swider et al., 1985 อ้างตาม ชูติมา, 2548) ได้แบ่งไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

- 2.1.1 รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

- 2.1.2 รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician – centered model) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงแพทย์เป็นสำคัญ

2.1.3 รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic – centered model) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นสำคัญ

2.2 ทฤษฎี หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.2.1 ทฤษฎีจริยศาสตร์ เป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการให้คำตอบเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism, consequence based theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มองผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการกระทำในสิ่งที่ดีมีผลมาจากการทำดี และการทำไม่ดีมีผลมาจากการทำสิ่งที่ไม่ดี (Fry & Johnstone, 2002) และทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontological theory, obligation- based theory) เป็นทฤษฎีที่เน้นการกระทำ ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำตามหน้าที่ที่พึงกระทำบนพื้นฐานของกฎระเบียบและหน้าที่ โดยไม่ใช้ผลของการกระทำมาตัดสินว่าถูกหรือผิด (Beauchamp & Childress, 2001; Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งทั้ง 2 ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ดังกล่าวสามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมได้ในแต่ละสถานการณ์

2.2.2 หลักจริยธรรม หลักจริยธรรมที่สำคัญได้แก่ ความเป็นอิสระ/การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) การทำความดี/การทำประโยชน์ (beneficence) การไม่ทำอันตราย (non maleficence) ความยุติธรรม (justice) การบอกความจริง (veracity) และความซื่อสัตย์ (fidelity) (Beauchamp & Childress, 2001; Fry & Johnstone, 2002)

2.2.3 แนวคิดเชิงจริยธรรม เป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่เป็นหลักการขั้นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สำคัญ (Fry & Johnstone, 2002) ได้แก่ การทำหน้าที่แทน (advocacy) ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility) ความร่วมมือ (cooperation) และความเอื้ออาทร (caring) (Fry & Johnstone, 2002)

2.2.4 สิทธิผู้ป่วย โดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภาที่ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 (สภาการพยาบาล, 2545)

2.2.5 จรรยาบรรณวิชาชีพที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546)

2.2.6 ศาสนาและวัฒนธรรม (พระธรรมปิฎก, 2542; ฟารีดา, 2541; สีวลี, 2548) ได้แก่ หลักธรรมคำสอนในศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม

2.2.7 กฎหมาย (ดาราพร, 2541; พรจันทร์, 2545; พวงทิพย์, 2551; อرنิช, 2549) ประกอบด้วยกฎหมายรัฐธรรมนูญ (2550) ข้อบังคับที่ใช้ในการควบคุมผู้ประกอบการพยาบาล

2.2.8 นโยบาย ได้แก่ นโยบายการพัฒนาคูณภาพเพื่อการรับรองของโรงพยาบาล (hospital accreditation) (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2551-2555 (สำนักการพยาบาล, 2551) และนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพปี 2545

2.2.9 บริบททางสังคมของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในสังคมของจังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาสนั้น จัดว่าเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม (culture diversity) ซึ่งความหลากหลายนี้ครอบคลุมถึง เรื่องชาติพันธุ์ ภาษา ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ศาสนา และความเชื่อ กล่าวคือ ไม่ได้มีเฉพาะชาวมลายูมุสลิมเท่านั้น หากแต่ยังประกอบด้วยชาวไทยพุทธ ซึ่งแม้จะเป็นชนกลุ่มน้อยในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการปรับตัวของบุคคลในพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องต่อความปลอดภัยและความอยู่รอดบนผืนแผ่นดิน อันเป็นอยู่ข้างอู่น้ำที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพืชผักผลไม้ตามฤดูกาล และอาหารทะเลที่ไม่มีวันหมด ตลอดทั้งการสืบทอดทางประเพณี วัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย และอยู่ร่วมกันได้อย่างลงตัวมาช้านาน

นิยามศัพท์

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาล เวรตรวจการ ในสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้พยาบาลเวรตรวจการรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อให้เกิดความอึดอัดใจ คับข้องใจ กังวลใจ หรือขัดแย้งทั้งภายในตนเอง และกับบุคคลอื่น และพยาบาลเวรตรวจการรับรู้ว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และบอกเล่าถึงเหตุการณ์นั้นได้

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง การที่พยาบาลเวรตรวจการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ประกอบด้วย วิธีการตัดสินใจ และหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

พยาบาลเวรตรวจการ หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการ นอกเวลาราชการและยามวิกาล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ

ตั้งแต่ปี 2547 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการบอกเล่าตามการรับรู้ของพยาบาลเวรตรวจการ
ผู้ให้ข้อมูล ที่มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่พยาบาลเวรตรวจการท่ามกลางในสถานการณ์ความไม่
สงบตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาหรือพัฒนาทวิวิธีในการเตรียมความพร้อม
พยาบาลเวรตรวจการ ให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และมี
ทักษะการตัดสินใจทางจริยธรรมที่เหมาะสม ในการปฏิบัติการพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาล
ทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารัชนีครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และผลกระทบ
 - 1.1 สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 1.2 ผลกระทบต่อประชาชน
 - 1.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ
 - 1.4 ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลและพยาบาลตรวจการ
2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.2 ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.3 ผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.4 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
3. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญ
 - 3.2 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 3.3 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 3.4 ทฤษฎีหลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
4. บทบาท หน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการ
5. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ
 - 5.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ของพยาบาลเวรตรวจการ
 - 5.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ
6. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และผลกระทบ

1.1 สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่พื้นที่ในจังหวัด ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จัดเป็นพื้นที่ทางสังคมที่มีความหลากหลายทางพหุวัฒนธรรม ครอบคลุมถึง ประวัติศาสตร์ ชาติพันธุ์ ภาษา ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ศาสนา และความเชื่อ หรือ อัตลักษณ์ ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเสมือนเป็นเหตุการณ์ที่กำลังคุกคามความสงบในพื้นที่ ที่มีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ มกราคม 2547 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อการเสียชีวิต พิการและบาดเจ็บรุนแรงของ บุคคลในพื้นที่ จากเหตุการณ์ ฆาตรายวัน การลอบยิง การวางเพลิงสถานที่ราชการ โรงเรียน การวางระเบิด ก่อการร้าย การโรยตะปูเรือใบ และจลาจล ตลอดจนการลอบทำร้ายประชาชนผู้บริสุทธิ์และ เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นจำนวนมาก ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เห็นถึงความก้าวหน้าในการพัฒนารูปแบบ ของความโหดเหี้ยมที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของสถานการณ์ความไม่สงบที่สูงขึ้น สอดคล้อง กับระดับความถี่ของเหตุการณ์ความไม่สงบที่มีแนวโน้มสูงถึง ประมาณ 1.7 เท่า ของเหตุการณ์ ในช่วง 10 ปี ก่อนหน้านี้ (ศรีสมภพ, 2548) และยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า จะยุติความขัดแย้งที่ คลี่คลายความรุนแรงลงได้เมื่อไร และจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวม 8,908 ครั้ง ในรอบ 65 เดือน ส่งผลต่อการเสียชีวิต พิการและบาดเจ็บรุนแรงถึง 9,211 คน (ศรีสมภพ, 2552)

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคคลในพื้นที่ทุกสาขาอาชีพ ทั้งเจ้าหน้าที่ ภาครัฐ พระภิกษุ และผู้นำศาสนา และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ สภาพจิตใจและจิต วิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หวาดระแวง ต่อความไม่ปลอดภัยในภาพรวม (บุญยราศรี, 2549; พรสุมนต์, 2550; มารินี, 2551; มณีรัตน์, 2551; รอฮานี, วันดี , และจินตนา , 2548; สุนันทา, 2549)

1.2 ผลกระทบต่อประชาชน

ประชาชนทุกสาขาอาชีพในพื้นที่ได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจาก สถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งผลกระทบต่อประชาชนประกอบด้วย

1.2.1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

สถานการณ์ความไม่สงบ ส่งผลกระทบต่อชีวิตและการบาดเจ็บรุนแรงทั้งฝ่ายประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีการสูญเสียชีวิต ตลอดทั้งการได้รับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จนพิการทุพพลภาพ และสูญหายจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น และมีความเป็นอยู่อย่างไม่ปลอดภัย หลายครอบครัวต้องย้ายออกจากถิ่นฐานเดิม ที่เคยสร้างหลักปักฐานมาหลายชั่วอายุ ซึ่งในรอบ 65 เดือน ตั้งแต่ มกราคม 2547 จนถึง พฤษภาคม 2552 มีรายงานผู้เสียชีวิตประมาณ 3,471 คน และบาดเจ็บประมาณ 5,740 คน รวมผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ จำนวนทั้งสิ้น 9,211 คน (ศรีสมภพ, 2552)

1.2.2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ประชาชนในพื้นที่ ทั้งผู้ประสบภัยโดยตรง และผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มปริมาณที่สูงขึ้น และมีระดับของความรุนแรงที่แตกต่างกัน จากภาวะช็อกในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จาก การบาดเจ็บ พิการ หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือใกล้ชิด โดยที่ผู้สูญเสียหรือผู้ได้รับผลกระทบเหล่านั้นต้องดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปอย่างทุกข์ทรมาน ดังเช่นหญิงม่ายและเด็กกำพร้าจำนวนนับพันคนในพื้นที่ ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก ขมขื่น และหากไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความไม่สมดุลของจิตใจ (มารีนี, 2551) และส่งผลต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจเป็น โรคทางจิตเวชตามมา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น โรคความเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) และ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post traumatic stress disorder) (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งจากการคัดกรองผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่าประชาชนร้อยละ 80 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อยถึงปานกลาง และร้อยละ 20 มีอาการรุนแรงต้องให้การดูแลใกล้ชิด (สำนักสารนิเทศ, 2550) ในขณะที่การเยียวยาฟื้นฟูบาดแผลทางจิตใจให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสียจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปเป็นไปอย่างยากลำบาก ในการเข้าถึงและไม่สามารถทำได้ครอบคลุมเพราะสถานการณ์ในพื้นที่เต็มไปด้วยอันตราย ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจในพื้นที่ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาจิตใจของผู้รอดชีวิตหลังเกิดเหตุระเบิดในญี่ปุ่น ซึ่งผ่านมาเป็นเวลา 20 ปี พบว่าผู้ประสบเหตุยังคงมีความวิตกกังวล และมีความผิดปกติทางด้านร่างกายที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yamada & Isumi, 2002)

1.2.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

สถานการณ์ความไม่สงบที่มีมาอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ โดยเริ่มก่อตัวจากความหวาดระแวง จนเกิดเป็นช่องว่างระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ระหว่างเจ้าหน้าที่ภาครัฐกันเอง ระหว่างประชาชนกับประชาชน จากความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ความหวาดระแวงดังกล่าว ส่งผลต่อการลดระดับความเชื่อมั่นศรัทธา และการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ที่มีต่อกัน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจที่มีมาช้านานในสถาบันศาสนา เช่นการปรับเปลี่ยนเวลาในการประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อชีวิตเป็นหลัก การประสบปัญหาขาดแคลนพระ พระไม่สามารถปฏิบัติพิธีทางศาสนาได้ รวมถึงความไม่ปลอดภัยของพระภิกษุสามเณรในพื้นที่ อีกทั้งการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ก่อให้เกิดความบันเทิง สนุกสนาน ครื้นเครง ตามเทศกาลตามวิถีพุทธก็ต้องจัดขึ้นอย่างระมัดระวัง หรืออาจงดกิจกรรมดังกล่าว หากเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในสถานการณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมประเพณีดังกล่าว ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณของตนถูกรบกวนและถูกคุกคาม (วิทยา, 2549) ส่วนวัฒนธรรมการพบปะสังสรรค์ในการดื่มชากาแฟตามร้านต่าง ๆ ของชาวมุสลิมก็พบว่าลดน้อยลง ตลอดทั้งการเดินทางไปมัสยิดเพื่อประกอบศาสนกิจในช่วงเวลากลางคืนก็ต้องเป็นไปอย่างระมัดระวังเช่นเดียวกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจทางศาสนาทุกศาสนาก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน

1.2.4 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ความหุคชะงักในการทำงานเชิงรุกและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของประชาชน จากวิถีชีวิตที่ต้องปรับเปลี่ยนในภาวะจำเป็น ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทางด้านเศรษฐกิจ และความเจริญในพื้นที่ นักธุรกิจและผู้ประกอบการค้า ต่างขาดความเชื่อมั่นในการลงทุนที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการขาดทุน และคำนึงถึงโอกาสเกิดการขาดสภาพคล่องในเงินทุนหมุนเวียน ตลอดทั้งการขาดความเชื่อมั่นต่อการรักษาความปลอดภัยในกิจการ นอกจากนี้ยังพบว่า เกษตรกรบางพื้นที่ไม่กล้าไปกรีดยาง พ่อค้าคนกลางไม่กล้าเข้ามาซื้อผลิตผลทางการเกษตร ผลิตผลราคาตกต่ำ จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่ประชาชนได้รับ ไม่เลือกอาชีพและวัย จากสถานการณ์ความไม่สงบ เป็นสิ่งที่ทำลายชีวิตอันมีคุณค่าและทรัพย์สิน ตลอดทั้งทำลายความรู้สึกอันดีงาม ของความผาสุกในดินแดนที่เขารุ่งเรืองจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นสิ่งที่ประเมินค่าไม่ได้จากผลกระทบดังกล่าว

1.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

ท่ามกลางความไม่สงบในพื้นที่ที่มีมาอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทุกระดับ สถานื่อนามัยหลายแห่งต้องปิดบริการ จากการถูกรุกรานด้วยการเผา โรงพยาบาลต้องรับภาระในการบริการแทนสถานื่อนามัยมากขึ้น ทั้งงานรักษาและส่งเสริมสุขภาพ งานเชิงรุกลดลง เหลือเพียงการทำงานเชิงรับของสถานบริการ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพลดลง เช่นการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมในชุมชน ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ระหว่างชุมชนกับสถานบริการลดลง มีโอกาสเกิดความขัดแย้งจากความไม่เข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทั่วไป ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นสถานบริการทางสุขภาพในพื้นที่ที่ต้องรับการส่งต่อ เพื่อให้การรักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ ต้องเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนรับมือภัย ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ทันท่วงที และจากปัญหาการขาดแคลนกำลังคนจากการ ลาออก และขอย้ายออกจากพื้นที่ ของบุคลากรแพทย์และพยาบาล ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานที่อาศัยคุณภาพ เพราะงานสิ้นมือ มีโอกาสเกิดความขัดแย้งจากการไม่พึงพอใจในบริการ ในบทบาทโรงพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ จากความไม่มั่นใจในความปลอดภัยส่งผลให้เจ้าหน้าที่ขอย้ายออกจากพื้นที่เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่ร้อยละ 5-36.11 ของทุกโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และจากการเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรในปี 2548 กับจำนวนบุคลากรตามมาตรฐาน GIS (geographical information system) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีอัตราการไหลเข้าและออกมากทุกโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบกำลังพยาบาลวิชาชีพภาพรวมในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับระดับประเทศตาม GIS พบว่ามีค่า GIS เท่ากับร้อยละ 99.72 และ 85 ตามลำดับโดยจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา มีค่า GIS สูงถึงร้อยละ 121.01 , 101.65 และ 93.51 ตามลำดับ (จินดา, 2550)

1.4 ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล และพยาบาลเวรตรวจการ

1.4.1 ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล

ในสถานการณ์ความไม่สงบจากการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลประกอบด้วย

1.4.1.1 ภาระงานบริการพยาบาลภายในโรงพยาบาลมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องรับภาระและทำงานหนักขึ้น เนื่องจากการที่สถานีนามัยหลายแห่งต้องปิดบริการลง เพื่อความปลอดภัย (รอชาติ, 2548) ประกอบกับมีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้ได้รับผลกระทบ ที่มีปัญหา ทั้งสุขภาพกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น (มารีนี, 2551) พยาบาลเป็นผู้ที่ประสบโดยตรงกับการรองรับ ภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ทำให้เกิดความอ่อนล้า (สุนีย์, 2551) และส่งผลกระทบต่อ คุณภาพ และประสิทธิภาพในการบริการพยาบาล

1.4.1.2 เฝ้าระวังความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปในลักษณะดังนี้คือ 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยเวลากลางคืน เสี่ยงต่อการเกิด อันตรายระหว่างเส้นทาง โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายจากการลอบทำร้าย ซึ่งเสี่ยงต่อการ ตามล่าซุ่มระหว่างทาง 2) การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและการชันสูตร ในเวลากลางคืน ซึ่งอาจเกิดเหตุระเบิดซ้ำ 3) การทำงานเชิงรุกในชุมชนลดลงเนื่องจากความไม่ ปลอดภัย (เดชา, 2548; สุนีย์, 2551) ทำให้ขาดการเชื่อมโยงลงสู่ชุมชน

1.4.1.3 อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ (ประณีต, ปริศนา, มนัสวี, และทัศนีย์, 2549) ซึ่ง 1 ใน 3 ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ ทำให้เกิดความขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่สูงถึง 2,502 คน (มณฑาทิพย์, 2550) อีกทั้งในงานบางสาขามีการเปลี่ยนผ่านอัตรากำลังหลังการโยกย้าย ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งานซึ่ง บางกิจกรรมต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการทำงาน ส่งผลให้เป็นปัจจัย เสริมต่อความกดดันในการขับเคลื่อนทางคุณภาพ ท่ามกลางความคาดหวังขององค์กร และ ประชาชน

1.4.1.4 ระบบการส่งต่อไม่เหมาะสม ทำให้เสียเวลาในการเดินทางบนเส้นทาง ที่มีแต่ความเสี่ยงที่ไม่สามารถคาดเดาว่าจะมีเหตุร้ายอะไรเกิดขึ้นระหว่างส่งต่อผู้ป่วยในยามวิกาล

1.4.1.5 อุปกรณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอ จากผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (สุนีย์, 2551) ไม่เพียงพอทั้ง ปริมาณ และ ชนิดของเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการรองรับและให้บริการ พยาบาล การบาดเจ็บที่รุนแรง ต้องประยุกต์ หรือใช้กำลังคนที่ขาดแคลนมาแทนเครื่องมือ

ผลกระทบดังกล่าว ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เต็มไปด้วยความ ลำบากยุ่งยากมากขึ้น จากความซับซ้อน และความเสี่ยงที่มีโอกาสผิดพลาดสูงจากการทำงานที่เร่ง รีบ และกดดันในทุกมิติ เสี่ยงต่อระดับความพึงพอใจในผู้รับบริการที่ลดลง อาจก่อให้เกิดปัญหา และประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม นำสู่การร้องเรียน ฟ้องร้องจากการปฏิบัติงานได้

1.4.2 ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการ

จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องบริการประชาชน ต่อจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้ได้รับผลกระทบที่มีเพิ่มมากขึ้นในระบบบริการ ดังนั้นพยาบาลเวรตรวจการผู้ซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารทางการพยาบาลแทนหัวหน้าพยาบาล ในยามวิกาล อาจได้รับผลกระทบดังต่อไปนี้

1.4.2.1 ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ที่มักเกิดในช่วงเวลา กลางคืน และพบว่าช่วงเวลาตั้งแต่ 15.30 – 20.00 น. และช่วง 7.00 – 8.00 น. เป็นช่วงที่มีความถี่เกิดเหตุ สูงสุด จากรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance:VIS, 2552) ทำให้มีปริมาณผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นในช่วงเวลากลางคืน ส่งผลต่อภาระงานของพยาบาลเวรตรวจการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพิ่มขึ้นทั้งการบริหารจัดการ ภายในและการประสานงานภายนอกเมื่อมีเหตุการณ์การความไม่สงบ

1.4.2.2 ต้องเผชิญปัญหาในการสั่งการ (โดยไม่ได้รับการตอบสนอง) จากการ ปฏิเสธของเจ้าหน้าที่ ในการออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลในยามวิกาลเนื่องจากความไม่ปลอดภัย และอาจก่อให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากเหตุการณ์ความไม่สงบ

1.4.2.3 การเผชิญในการบริหารจัดการเครื่องมือ และอัตราค่าล้างจากจำนวน ผู้รับบริการที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีเหตุฉุกเฉินจากสถานการณ์ เนื่องจากพยาบาลเวรตรวจการ มีบทบาทในการนิเทศ ช่วยเหลือ ดัดสินใจ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ทั้งระบบงาน วัสดุอุปกรณ์ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การบริหารจัดการทรัพยากร การบริหาร อัตราค่าล้าง ในบทบาทผู้ประสานงาน ทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุ วัตถุประสงค์ (กองการพยาบาล, 2539)

1.4.2.4 พยาบาลเวรตรวจการอาจได้รับผลกระทบที่อาจประสบด้วยตัวเอง จากสภาวะที่บีบคั้นดังกล่าวได้ ตลอดทั้งจากการประสบปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อพยาบาลประจำการเผชิญประเด็นขัดแย้งจากการ ปฏิบัติงานและไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะใช้วิธีการปรึกษา พยาบาลเวรตรวจการเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา (ชนัญญา, อริญญา, และอรณิช, 2550; ชุติมา, อริญญา, และอุทัยวรรณ, 2551; วัชรวิ, 2551; Setiawan, Chaowalit, & Suttharangsee, 2004; Huijer et al., 2000 as cited in Setiawan, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาผลกระทบต่อพยาบาลเวรตรวจการใน สถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยตรง แต่พบการศึกษาถึงผลกระทบจาก การปฏิบัติงานของ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่ง

ในสถานการณ์เดียวกันย่อมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการซึ่งทำหน้าที่
ทางการบริหารในพื้นที่ได้เช่นเดียวกัน

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas)

2.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas) เป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (Catalano, 2003) หรือเป็นปัญหาที่มีลักษณะของความขัดแย้งระหว่างสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องเผชิญและท้าทายต่อการใคร่ครวญและตัดสินใจ ในสภาวะปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่มีผลต่อค่านิยม ทศนคติ ของบุคคลในสังคม (สิวลี, 2548) และเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องไตร่ตรองว่าจะใคร่ควรทำอะไรไม่ควรทำ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบอย่างรอบคอบ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง (สิวลี, 2548; อุบลรัตน์, 2545)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เสมอเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง สามารถรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ราย ของกาญจนา, อรัญญา, และวันดี (2545) พบว่าพยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ คือ 1) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี 2) บางสิ่งที่ทำไปก็ไม่แน่ว่าถูกหรือผิด 3) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่อยากเลือกและ 4) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ราย พบว่าพยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 3 ลักษณะ คือ 1) ต้องเลือกทำในสิ่งที่รู้ว่าไม่ควรกระทำ 2) บางสิ่งที่ทำขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง 3) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ อุมพร, อรัญญา, และวันดี (2551) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติในภาคใต้ จำนวน 10 ราย พบว่าพยาบาลให้ความหมายประเด็นขัดแย้งไว้ 3 ลักษณะ คือ

1) สถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาเร่งด่วนแต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ 2) สถานการณ์ที่yakต่อการตัดสินใจแต่ก็ต้องตัดสินใจ และ3) สถานการณ์ที่ทำให้คับข้องใจเพราะไม่แน่ใจในการตัดสินใจ

2.2 ลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และอาจเป็นเรื่องyakต่อการหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และอาจมีกระแสดต่อต้านจากบุคคลที่ไม่เห็นด้วยกับวิธีการตัดสินใจแก้ปัญหาเหล่านั้น (Catalano, 2003) นอกจากนี้เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Burkhardt & Nathaniel, 2002) ได้จัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางจริยธรรม (moral problems) มี 3 ลักษณะ คือ 1) ความไม่แน่ใจในหลักจริยธรรม (moral uncertainty) เป็นความไม่แน่ใจว่าจะนำหลักจริยธรรมด้านใดมาใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 2) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) เป็นสถานการณ์ที่ลังเลในการเลือกใช้หลักจริยธรรมที่มีคุณค่าในการเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆกัน เพื่อใช้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เผชิญ 3) ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม (moral distress) เป็นสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะควรทำ แต่ขัดกับนโยบาย หรือการไม่มีความรู้เพียงพอ

จากการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ในแต่ละบริบทของการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งเป็นสถานการณ์ปกติของระบบบริการ พยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เสมอเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง สามารถรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของพจนา (2545) ที่พบว่าพยาบาลทุกคนเคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2.3 ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เมื่อพยาบาลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของพยาบาล เช่น คับข้องใจ เครียดและกังวล และเกิดผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (พจนา, 2545) ความรู้สึกผิด กับสิ่งที่ทำไป ไม่สบายใจ เครียด สับสน และเกิดผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะที่ปฏิบัติงานพยาบาล (กฤษณา, 2545) อี๊ดอ๊ด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และโคดเดี้ยวที่จะต้องแก้ไขปัญหาดตามลำพัง (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545) รู้สึกไม่แน่นอนและไม่มีความมั่นใจ (Setiawan, Chaowalit, & Suttharangsee, 2004) อี๊ดอ๊ด

จิตใจที่ต้องทำงานภายใต้ความจำกัดของความรู้ ประสบการณ์และทรัพยากร เศร้าที่เห็นผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือและกลัวผู้ป่วยผิดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ เนื่องจากบุคลากรจำกัด (อุมพร, อริยญา, และวันดี, 2551) จะเห็นว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น มักเป็นปัญหาที่ไม่อาจหาข้อยุติได้จากข้อเท็จจริงที่เห็นแต่เพียงด้านเดียว อีกทั้งยังมีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้แน่ชัดว่าจะใช้ข้อเท็จจริง หรือข้อมูลใดอย่างไรประกอบการตัดสินใจ (สิวลี, 2548)

2.4 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติของพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีหลายลักษณะซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแบ่งได้กว้างๆ ดังนี้ (สิวลี, 2548)

2.4.1 ด้านสังคม ในสมัยก่อนประชาชนมีทัศนคติต่อบริการทางการแพทย์ และการพยาบาลในลักษณะที่เป็นบุญกุศล เป็นเมตตาธรรมที่ให้แก่นุชย์ และให้การยกย่องว่าเป็นผู้มีคุณธรรม มีเมตตาคุณสูงกว่าบุคคลอื่น โดยเฉพาะพยาบาลจะได้รับการคาดหวังจากสังคมว่ามีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจมนุษย์ในยามเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่อมีการให้บริการผิดพลาดจนเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยก็ไม่มีอะไรฟ้องร้อง เพราะมีความรู้สึกเชื่อถือในเมตตาธรรมของแพทย์และพยาบาล แต่ในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการรับรู้สิทธิและปกป้องสิทธิของตนเอง สถานบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในเชิงธุรกิจมีการแข่งขันกันมากขึ้นมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาพยาบาล ซึ่งข้อดีทำให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลในสายตาผู้รับบริการเปลี่ยนไปจากการให้บริการด้วยคุณธรรม เมตตาธรรม เป็นการให้บริการตามหน้าที่ และเป็นไปในเชิงธุรกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและรูปแบบการให้บริการ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลพึงตระหนัก โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยย่อมไม่อาจหลีกเลี่ยงปัญหาจริยธรรมที่จะเกิดขึ้นได้

2.4.2 ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีความคาดหวังในการบริการพยาบาลในลักษณะของผู้รับใช้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนขาดความอดทน มีการเรียกร้องและจับผิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและไม่พอใจ เป็นเหตุนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2.4.3 ด้านตัวพยาบาล พยาบาลอาจขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ละเลยต่อหลักการและจรรยาบรรณวิชาชีพ ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน ไม่สนใจต่อสภาพจิตใจและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีความรักและความภูมิใจในวิชาชีพ

2.4.4 ด้านองค์การ ระบบบริหารขององค์การหรือหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงาน อยู่สำคัญต่อขวัญและกำลังใจ ตลอดจนจริยธรรมของพยาบาล ภาระงานที่หนัก ระบบบริหารที่ไม่เป็นธรรมชาติความก้าวหน้าที่การงานและผลตอบแทนที่พึงได้รับทำให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ปฏิบัติงานโดยขาดความกระตือรือร้นและขาดกำลังใจ

2.4.5 ด้านทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ การได้รับการยอมรับ การให้เกียรติและความร่วมมือจากบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและมั่นใจในการปฏิบัติงานในทางตรงข้ามหากบุคคลนั้นมีทัศนคติที่ไม่ยอมรับและไม่ให้เกียรติพยาบาล อาจนำมาซึ่งความรู้สึกขัดแย้ง การตอบโต้ การขาดความร่วมมือและรวมไปถึงปัญหาอื่นๆ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ของพยาบาลประจำการ จำนวน 494 รายในโรงพยาบาล 10 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลของสาธิตา (2542) พบปัจจัย ด้านอายุ ระดับการศึกษา และประเภทโรงพยาบาล โดยกลุ่มพยาบาลที่มีอายุน้อย มีระดับการศึกษาสูงและกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป เฉลี่ยประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาน้อยและกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลเฉพาะโรค ส่วนสถานภาพสมรสและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

3. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.1 ความหมายและความสำคัญ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลได้ตรวจสอบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างเป็นระบบและรอบคอบ และช่วยให้แน่ใจได้ว่าผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจได้คำนึงถึงประเด็นสำคัญทั้งหมดของสถานการณ์ก่อนการลงมือกระทำ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) อ้างตาม อรรถญา, 2545) เช่นเดียวกับคำกล่าวที่ว่า พยาบาลผู้ตัดสินใจควรรู้ถึงองค์ประกอบและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และรู้ว่าไม่มีวิธีการตัดสินใจที่ชี้ชัดถึงความเหมาะสมสำหรับทุกคนได้ การนำทฤษฎีและหลักทางจริยศาสตร์เข้ามาผนวก และพิจารณาร่วมกับกระบวนการดูแลทางสุขภาพ รวมทั้งความเป็นปัจเจกบุคคลและสภาพของกลุ่มประชากร เหล่านี้

จะเป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมในการตัดสินใจในสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับ เกลาตาโน (Calatano, 2003) ที่ได้กล่าวถึง การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ไว้ว่าเป็นกระบวนการ/วิธีการที่ใช้โดยลำพังหรือร่วมกับผู้อื่น เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (อรุณญา, 2545) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Ellis & Hartley, 2001) ซึ่งการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้น ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล แพทย์ และบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ (Chally, 1993; Kozior et al., 2000 อ้างตาม อรุณญา, 2545)

ดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงเป็นทักษะ และเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้งในผู้บริหารทางการพยาบาลและ พยาบาลระดับปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ต้องเผชิญ ซึ่งต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและประโยชน์ที่จะเกิดสูงสุด และส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้น้อยที่สุด

3.2 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (*ethical decision making process*) เป็นกระบวนการที่ใช้แก้ปัญหาในกรณีที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งในการตัดสินใจนั้นไม่มีวิธีการใดเพียงวิธีเดียวที่ทำให้การตัดสินใจเป็นไปได้ และได้ประโยชน์สำหรับทุกคน อาจตัดสินใจโดยลำพังหรือตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Catalano, 2003) อันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Ellis & Hartley, 2001) เพื่อให้การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานและหลักการที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าทางลบดังที่ ฟราย และจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) กล่าวว่า พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ สำหรับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้น มีหลากหลายรูปแบบ (Aiken, 2004; Catalano, 2003) ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีขั้นตอนที่คล้ายคลึงกัน ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะขอกล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของอรุณญา (2545) ซึ่งได้มาจากการสังเคราะห์กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากแหล่งต่างๆ (Catalano, 2000; Fry, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Proctor, 1995; Williamson & Livingston, 1992) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพราะการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบด้านลบอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน หรือครอบครัวผู้ป่วย ข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างจากข้อมูลที่ใช้สำหรับการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) การที่พยาบาลมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก ไม่ได้หมายความว่า จะมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังนั้นพยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา คุณค่า ความเชื่อของทุกคนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย และเศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identification of ethical dilemmas)

ขั้นตอนนี้จะต้องผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตัดสินใจว่าประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้น เป็นประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่แท้จริง กล่าวคือประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึงสถานการณ์ที่มีทางเลือกในการตัดสินใจอย่างน้อยสองทางเลือกแต่ละทางเลือกมีผลที่ไม่พึงปรารถนาเท่ากัน และอาจก่อให้เกิดปัญหาอย่างหนึ่งอย่างใดตามมาเสมอ เช่น ประเด็นขัดแย้งในการยึดชีวิต/ยุติการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก (identification and analysis of alternative)

ขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดทางเลือกทุกทางที่เป็นไปได้ ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หลังจากนั้นวิเคราะห์ผลดี ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นของแต่ละทางเลือก โดยการประชุมร่วมกันหลายๆ ฝ่าย เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (making the decision and implementation) ในขั้นตอนนี้ นำทางเลือกที่ได้กำหนดและวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 มาพิจารณาตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้มากที่สุด โดยตัดสินใจร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เลือกทางเลือกที่เกิดประโยชน์สูงสุด โดยอาศัยทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรมและแนวคิดทางจริยธรรมสนับสนุน และคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณค่า ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

เศรษฐกิจ และนโยบายหน่วยงานโดยไม่ขัดกับกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ และต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล (evaluation)

ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินกระบวนการ ประเมินผลลัพธ์ของการตัดสินใจ หากไม่เป็นที่ตามที่คาดหวัง ควรพิจารณาปรับเปลี่ยน มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใดบ้างที่ยังคงอยู่ และเกิดประเด็นใหม่ขึ้นหรือไม่ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และเกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากกระบวนการตัดสินใจครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในอนาคต

จากกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้ง 5 ขั้นตอนที่ผ่านมา พยาบาลเวรตรวจการจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และคิดวิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอน เพื่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของพจนาน (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา พบว่า พยาบาลส่วนหนึ่งปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งขั้นตอนที่พยาบาลระบุว่าไม่เคยปฏิบัติ คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการกำหนดประเด็นขัดแย้ง ทำให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้นไม่ได้ช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้นพยาบาลเวรตรวจการจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ คิดวิเคราะห์ มีทักษะ และปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทุกขั้นตอน ตลอดจนศึกษาถึงทฤษฎีจริยศาสตร์ แนวคิดและหลักการทางจริยธรรมเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.3 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จากการศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy, 1984 อ้างตามชุตินา, 2548) และสไวเดอร์ และคณะ (Swider et al., 1985 อ้างตาม ชุตินา, 2548) เกี่ยวกับการจัดรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสรุปไว้ 3 รูปแบบ คือ

3.3.1 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model) โดยการให้สิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจตามสิทธิมนุษยชนที่พึงมี พยาบาลจะมีหน้าที่คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักถึงแม้ว่าจะมีความขัดแย้งกับแพทย์หรือนโยบายของหน่วยงานก็ตาม

3.3.2 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model) โดยให้แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจและมีสิทธิเต็มที่ในการรักษาพยาบาล เป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ถึงแม้ว่าไม่ก่อให้เกิดผลดีระหว่างสัมพันธภาพพยาบาลกับผู้ป่วยก็ตาม

3.3.3 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model) โดยที่ทีมสุขภาพต้องตัดสินใจภายใต้กฎเกณฑ์ของหน่วยงานนั้น ๆ ปราศจากการคำนึงถึงสัมพันธภาพส่วนตัวระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย รวมถึงความรับผิดชอบตามพันธะหน้าที่วิชาชีพ

3.4 ทฤษฎี หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.4.1 ทฤษฎีจริยศาสตร์

จริยศาสตร์เป็นวิชาปรัชญาสาขาหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ ที่ว่ามนุษย์มีคุณค่า มีความเชื่อเป็นของตนเองและมีการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลเป็นเกณฑ์พื้นฐานมี นักปรัชญาและนักจริยศาสตร์ได้เสนอทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมไว้หลาย ท่านทุกทฤษฎีจะมีพื้นฐานทางจริยธรรมหนึ่งอย่างหรือมากกว่าเป็นส่วนประกอบ (Beauchamp & Childress, 2001) และใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตัดสินใจเชิงจริยธรรม การตัดสินใจเลือกการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมมักใช้ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของสถาบันเป็นมาตรการตัดสินใจ ซึ่งนักจริยศาสตร์ เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวไม่อาจนำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และอาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้ จึงได้เสนอทฤษฎีจริยศาสตร์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทฤษฎีจริยศาสตร์ที่สำคัญ และนิยมใช้กันเป็นสากลในทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทฤษฎีประโยชน์นิยม และทฤษฎีหน้าที่นิยม (อุบลรัตน์, 2545) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.4.1.1 ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism, consequence-based theory)

ทฤษฎีประโยชน์นิยมสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการกระทำ (act utilitarianism) และกลุ่มที่เน้นกฎเกณฑ์ (rule utilitarianism) (Calatano, 2003) เป็นทฤษฎีที่มองผลที่ได้จากการกระทำ โดยเน้นการกระทำที่ถูกต้อง คือการกระทำที่เมื่อเปรียบเทียบกับทางอื่นแล้วก่อให้เกิดความสุขปริมาณมากที่สุด กระจายไปสู่คนจำนวนมากที่สุด และผู้กระทำต้องนับ

ตัวเองในฐานะที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์ด้วย แต่ให้นับเป็นหนึ่งในหน่วยเท่ากับคนอื่นๆ อย่างถือประโยชน์ของตนเองมากกว่าหรือน้อยกว่าผู้อื่น (อุบลรัตน์, 2545) และให้คำนึงถึงผลระยะยาวมากกว่าระยะสั้น (อรณิช, 2549) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นผลของการกระทำโดยมีหลักการพื้นฐานของทฤษฎีคือ หลักของผลประโยชน์ (principle of utility) ซึ่งเน้นว่าบุคคลจะต้องทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดคุณค่าทางบวก (positive value) เหนือสิ่งที่ไม่มียุทธค่า (disvalue) เสมอ นักปรัชญาที่เสนอแนวคิดของทฤษฎีนี้ คือ เจเรมี เบทเทม (Jeremy Bentham) และ จอห์น สจวร์ต มิลล์ (John Stuart Mill) ซึ่งเกณฑ์ในการตัดสินคุณค่าจากการกระทำตามทฤษฎีของมิลล์ เรียกว่า หลักความสุข (the greatest happiness principle) ที่เกี่ยวข้องกับหลักการสำคัญ คือ การกระทำในสิ่งที่ดีเพื่อความสุขของคนส่วนใหญ่ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำเป็นตัวตัดสิน (Aiken, 1993 อ้างตาม ครุณี, 2548)

3.4.1.2 ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontological theory, obligation-based theory)

ทฤษฎีหน้าที่นิยม เน้นที่การกระทำซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า การกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำตามหน้าที่ที่พึงกระทำ โดยไม่ใช่ผลของการกระทำมาตัดสินว่าถูกหรือผิด (Beauchamp & Childress, 2001) นักจริยศาสตร์ที่สำคัญในทฤษฎีนี้ คือ อิมมานูเอล ค้านท์ (Immanuel Kant) ซึ่งมีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีประโยชน์นิยม ค้านท์ถือว่า ความดี ความชั่ว ถูกผิด เป็นค่าศีลธรรมที่ตายตัวขึ้นอยู่กับกระทำไม่ใช่อยู่ที่ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ เกณฑ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในทฤษฎีหน้าที่นิยม คือ การกระทำที่ดี หรือการกระทำที่ถูกเกิดจากเจตนาที่ดี (สิวลี, 2548; อุบลรัตน์, 2545) หมายถึงการกระทำโดยสำนึกว่าเป็นหน้าที่ หรือกระทำตามกฎศีลธรรม ไม่ใช่ทำตามอารมณ์ หรือความรู้สึก (อุบลรัตน์, 2545) มนุษย์ทุกคนมีคุณค่า (value) ที่เท่าเทียมกัน ดังนั้นบุคคลจะต้องได้รับการเคารพในศักดิ์ศรี และจะต้องไม่ถูกกระทำ เพื่อเป็นหนทางไปสู่ผลลัพธ์หรือเป้าหมายของบุคคลอื่น (Beauchamp & Childress. 1994; Catalano. 2000 อ้างตาม อรัญญา, 2545ก)

ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎีมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทฤษฎีหน้าที่นิยม จะมีลักษณะที่ยึดมั่นในเจตนาดีของการกระทำ ขณะที่ทฤษฎีประโยชน์นิยมของมิลล์ มุ่งผลประโยชน์ส่วนรวมจนดูเหมือนไม่สนใจต่อมนุษยธรรม (สิวลี, 2548) และให้ความสำคัญเฉพาะผลการกระทำอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม 2 ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ดังกล่าว สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เพราะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่สามารถยึดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินเพียงอย่างเดียว (อุบลรัตน์, 2545)

3.4.2 หลักจริยธรรม (ethical principle)

หลักจริยธรรม เป็นหลักการที่ช่วยในการนำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำเชิงจริยธรรม และเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการพิจารณาการตัดสินใจอย่างรอบคอบของการปฏิบัติวิชาชีพ หลักจริยธรรมที่สำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาล ได้แก่ ความเป็นอิสระ/การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) การทำความดี/การทำประโยชน์ (beneficence) การไม่ทำอันตราย (non-maleficence) ความยุติธรรม (justice) การบอกความจริง (veracity) และความซื่อสัตย์ (fidelity) (Beauchamp & Childress. 2001; Fry & Johnstone, 2002) มีรายละเอียด ดังนี้

3.4.2.1 การเคารพความเป็นเอกลิทธิ (autonomy)

ตามแนวทางของบลูแชมป์ และชาเยเรส (Beauchamp & Childress. 2001) ได้กล่าวไว้ว่าการเคารพเอกลิทธิเป็นพื้นฐานขั้นต่ำในการปกครองตนเองอย่างอิสระจากการถูกควบคุมและแทรกแซงจากผู้อื่น บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกกระทำโดยอยู่บนพื้นฐานคุณค่า ความเชื่อ ทฤษฎีเกี่ยวกับการเคารพความเป็นเอกลิทธิ ประกอบด้วยเงื่อนไข 2 ประการ คือ 1) อิสรภาพ (liberty) โดยปราศจากการควบคุมของอิทธิพลต่าง ๆ และ 2) ตัวแทนหรือองค์การ (agency) ความสามารถในการกระทำอย่างมีเป้าหมาย และการกระทำที่เคารพความเป็นเอกลิทธิจะต้องเป็นการกระทำที่ตั้งใจเข้าใจ ปราศจากการควบคุมจากอิทธิพลใด ๆ หลักการในข้อนี้ไม่ได้รวมถึงบุคคลที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจเลือกได้ในเวลานั้น เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือซึมเศร้า หรืออาจเป็นเพราะ ความไม่รู้ ถูกข่มขู่ บีบบังคับ หรือถูกจำกัดความคิดเห็น เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสถาบันจิตเวช ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และเป็นบุคคลที่กฎหมายประกาศว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ

3.4.2.2 การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (beneficence)

การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ หมายถึง การกระทำด้วยความเมตตา ความมีจิตใจดี และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รูปแบบของการทำความดีและเป็นประโยชน์ รวมถึงไปถึงความไม่เห็นแก่ตัว ความรัก และความมีมนุษยธรรม นอกจากนี้ยังขยายรวมถึงการกระทำในสิ่งที่ดี และมีประโยชน์กับบุคคลอื่น หลักพื้นฐานของการทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ประกอบด้วย 3 ข้อหลัก คือ 1) การทำความดีและส่งเสริมการทำในสิ่งที่ดี 2) การป้องกันอันตราย และ 3) การขจัดความเลวร้ายหรือขจัดอันตราย การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์อาจไม่ใช่เกิดจากพันธะหน้าที่ แต่เกิดจากการกระทำที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาจนเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นสิ่งสำคัญและถูกต้องตามกฎหมาย (Beauchamp & Childress. 2001) ซึ่งการทำความดีและเป็นประโยชน์ เป็นความต้องการ

และเป็นเป้าหมายแรกของทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมาแต่โบราณ ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความเชื่อ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (Catalano, 2003) นอกจากนี้กฎในการกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ยังพบในลักษณะ 1) การป้องกันและปกป้องความชอบธรรมให้กับผู้อื่น 2) การป้องกันอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้อื่น 3) การขจัดเงื่อนงำที่เป็นสาเหตุของการเกิดอันตราย 4) การช่วยเหลือบุคคลพิการ และ 5) การช่วยชีวิตบุคคลที่อยู่ในอันตราย

3.4.2.3 การไม่ทำอันตราย (*non-maleficence*)

การไม่ทำอันตรายเป็นหลักการพื้นฐานของจริยธรรม หมายถึง การไม่ทำให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์และอันตราย (Beauchamp & Childress, 2001) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลที่ทีมสุขภาพต้องการที่จะไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย ทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ (Catalano, 2003) ซึ่งกฎเกณฑ์สำคัญในการสนับสนุนการไม่ทำอันตรายได้แก่ การห้ามฆ่า ห้ามทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน ห้ามทำให้เกิดทุพพลภาพ ห้ามทำผิดกฎหมาย และห้ามเพิกถอนสิทธิผู้อื่นจากการได้รับสิ่งที่ดีในชีวิต (Beauchamp & Childress, 2001) ดังนั้นการไม่ทำอันตรายจึงสัมพันธ์กับการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ซึ่งมีหลักการพื้นฐาน คือ การหลีกเลี่ยงจากสาเหตุที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงอันตรายที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจ ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายและอันตรายที่เกิดขึ้นจากผลของการทำในสิ่งที่ดี (Burkhardt & Nathaniel, 2002)

3.4.2.4 ความยุติธรรม (*justice*)

พยาบาลจะต้องเป็นผู้ดูแล ให้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับผลประโยชน์และการรับผิดชอบในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลอย่างยุติธรรม (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งหลักพื้นฐานของความยุติธรรม คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเท่ากันย่อมได้รับการดูแลที่เท่ากัน ผู้ป่วยที่มีอาการแตกต่างกันย่อมได้รับการดูแลที่แตกต่างกันตามความจำเป็นจากทีมสุขภาพซึ่งส่งผลในการจัดสรรทรัพยากรตามความจำเป็นอย่างยุติธรรม (Fry & Johnstone, 2002) จากการศึกษาพบว่าพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในประเด็นทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดจะจัดสรรอย่างไรจึงจะยุติธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติในภาคใต้ (อุมาพร, อรัญญา, และวันดี, 2551)

3.4.2.5 การบอกความจริง (veracity)

การบอกความจริงในระบบสุขภาพมักครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องแม่นยำ และตรงตามวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ (Beauchamp & Childress, 2001) ซึ่งหลักพื้นฐานของการบอกความจริงนั้น จะต้องอธิบายถึงพันธะหน้าที่ในการบอกความจริงและไม่โกหก หรือหลอกลวง เนื่องจากการพูดความจริง เป็นสิ่งที่มีมานานและเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล เพราะการพูดความจริงเป็นสิ่งสำคัญของสัมพันธภาพในทีมสุขภาพ บุคคลมีสิทธิในการได้รับการบอกความจริง และไม่โกหกหรือหลอกลวง พยาบาลมีหน้าที่ในการพูดความจริงในทางที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ถ้าหากไม่พูดความจริงจะเป็นการทำลายความไว้วางใจ และมีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002)

3.4.2.6 ความซื่อสัตย์ (fidelity)

ความซื่อสัตย์เป็นพันธะหน้าที่ของบุคคลที่ต้องซื่อสัตย์ต่อความยึดมั่นผูกพัน (commitment) หรือข้อตกลงในการรักษาสัญญา ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ความซื่อสัตย์ครอบคลุมทั้งการรักษาสัญญา และการปกปิดความลับ เพราะการรักษาสัญญาเป็นการแสดงความภักดี (loyalty) และอยู่บนหลักการทำประโยชน์ และหลักการบอกความจริง ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อถือไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (อริญญา, 2548) รวมไปถึงความซื่อสัตย์ในวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) ตลอดทั้งพันธะหน้าที่ในการติดตามดูแลตามอาการที่ปรากฏของผู้ป่วย ซึ่งหลักจริยธรรมในข้อนี้ สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพฉบับปี พ.ศ.2546 ข้อ 7 กล่าวคือ พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพพยาบาล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

3.4.3 แนวคิดเชิงจริยธรรม

แนวคิดทางจริยธรรมทางการพยาบาลที่เป็นหลักการขั้นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สำคัญ ประกอบด้วย (Fry & Johnstone, 2002)

3.4.3.1 การทำหน้าที่แทน (advocacy)

แนวคิดการทำหน้าที่แทน เป็นการช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ที่

สำคัญเกิดขึ้น (Fry, 1995 as cited in Fry & Johnstone, 2002) ในบริบทของกฎหมาย การทำหน้าที่แทน หมายถึงการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน โดยการเป็นตัวแทนหรือทำหน้าที่แทนให้กับผู้ที่ไม่สามารถบอกกล่าวหรือกระทำการได้ด้วยตนเอง (Annas, 1974 as cited in Fry & Johnstone, 2002) บทบาทของการทำหน้าที่แทน คือ การพูดเพื่อรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยเหมือนกับทนายความทำหน้าที่แทนในการแก้ต่างให้กับลูกความของตนเอง (Fry & Johnstone, 2002) นอกจากนี้การทำหน้าที่แทนยังแสดงให้เห็นถึงธรรมชาติของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอีกด้วย (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งสามารถตีความการทำหน้าที่แทนได้หลายรูปแบบดังต่อไปนี้ (Fry & Johnstone, 2002)

(1) รูปแบบการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (the right protection model) จะเห็นว่า ในระบบสุขภาพพยาบาลเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของตนเอง รวมไปถึงการรายงานและป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเปรียบเหมือนผู้พิพากษาในการปกป้องสิทธิมนุษยชน และสิทธิทางจริยธรรมให้กับผู้ป่วย

(2) รูปแบบการตัดสินใจบนพื้นฐานคุณค่า (values-based decision model) รูปแบบนี้พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยรักษาผลประโยชน์และทางเลือก โดยยึดถือคุณค่า และวิถีชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยตัดสินใจ โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย แต่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อดี ข้อเสีย ในแต่ละทางเลือกของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตามคุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วยเอง เช่นการตัดสินใจไม่รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งตามความเชื่อของผู้ป่วยที่ต้องการใช้ทางเลือกรักษาโดยธรรมชาติบำบัด เป็นต้น

(3) การเคารพในความเป็นบุคคล (respect-for person model) รูปแบบนี้ผู้ป่วยควรได้รับความเคารพและให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ประการแรกพยาบาลต้องพิจารณาในการกระทำหน้าที่แทน คือ พยาบาลจะต้องพิจารณา และคำนึงถึงพื้นฐานคุณค่าในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และกระทำการปกป้องเกียรติ รักษาความลับ และทางเลือกให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง พยาบาลจะทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการรักษาสวัสดิภาพ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยหรือทำหน้าที่แทนสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว หรือตัดสินใจแทนผู้ป่วย ถ้าไม่มีใครที่เหมาะสม พยาบาลจะต้องรักษาสวัสดิภาพให้กับผู้ป่วย และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่

ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทในการรับผิดชอบผู้ป่วยโดยคำนึงถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ และป้องกันความเจ็บป่วยพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคม และวิชาชีพซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่แทน

3.4.3.2 ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility)

ความรับผิดชอบมีหลักการหรือแนวคิดใน 2 ลักษณะคือ ความสามารถในการตอบ (answerability) และความรับผิดชอบ (responsibility) (Cowman, 1989; Fry, 1995 as cited in Fry & Johnston, 2002) ความรับผิดชอบสามารถอธิบายถึงคำตอบของการกระทำ เหตุผลที่น่าพอใจในการทำงานในความรับผิดชอบให้สำเร็จ อูบลรัตน์ (2545) ได้กล่าวไว้ว่า ความรับผิดชอบเป็นคุณธรรม จริยธรรมที่พยาบาลต้องถือปฏิบัติ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้รับบริการ ต่อสังคม และต่อวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อมนุษย์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาล จึงมุ่งเน้นที่ความรับผิดชอบ ซึ่งได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่กำหนดโดยสภาพยาบาลนานาชาติ พยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบ หลัก 4 ประการคือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพเพื่อการบรรเทาทุกข์ทรมาน (ICN Code of Ethics for Nurses, 2007 อ้างตาม คณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2551) รวมทั้งจรรยาบรรณพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ได้ระบุถึงความรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ซึ่งต้องการการพยาบาล และ บริการสุขภาพไว้เป็นอันดับต้น

3.4.3.3 ความร่วมมือ (cooperation)

ความร่วมมือ เป็นแนวคิด ที่รวมถึง การมีส่วนร่วมกับผู้อื่นอย่างเต็มที่ ในการทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เป็นการร่วมมือในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรเด่นชัดในวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยคุณค่าและเป้าหมายในการทำงานทั้งของตนเองและของผู้อื่น แต่ความร่วมมืออาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย หากผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกันเห็นแก่สัมพันธภาพต่อกัน มากกว่าคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งความร่วมมือควรเป็นไปในลักษณะของการถือหลักปฏิบัติ ที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง เพราะการแสดงออกในการแสดงความคิดเห็นต่อส่วนรวมนั้น เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการเติบโตที่พัฒนาจากการใช้เวลาในความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน (Fleming, Klein & Wilson 1999. as cited in Fry & Johnstone, 2002)

3.4.3.4 ความเอื้ออาทร (caring)

ความเอื้ออาทรเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการให้คุณค่าในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรซึ่งเป็นบทบาทพื้นฐานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Fry & Johnston, 2002) จากการศึกษาของไลนิงเกอร์ (Leininger, 1984 as cited in Fry & Johnstone. 2002) พบว่า พฤติกรรมความเอื้ออาทรสามารถช่วยลดความเครียด ความขัดแย้งของความแตกต่างทางวัฒนธรรม พฤติกรรมความเอื้ออาทรจึงเป็นเสมือนเกราะป้องกันให้มนุษย์อยู่รอด ความเอื้ออาทรของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการเอื้อประโยชน์ ที่ผู้ป่วยที่ควรได้รับจากทีมสุขภาพ (Fry & Johnstone, 2002)

3.4.4 สิทธิผู้ป่วย

สิทธิ หมายถึง อำนาจหรือการกระทำโดยชอบธรรม ตามประเพณีหรือกฎหมาย ในการเป็น การอยู่ การมี เพื่อประกันศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (อุบลรัตน์, 2545)

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และรู้จักสิทธิของตนเองมากขึ้นในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการมาโรงพยาบาล เพื่อมาซื้อบริการทางสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับประชาชนได้ตระหนัก และให้ความสนใจต่อการปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ (สภาการพยาบาล, 2545) อาจนำมาซึ่งการฟ้องร้องเพื่อสุขภาพได้ เนื่องจากบุคคลย่อมมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เมื่อไปใช้บริการด้านสุขภาพต่างๆ ก็มีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง หรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเองโดยที่ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (พรจันทร์, 2545)

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทย์สภา สภาเภสัชกรรม และทันตแพทย์สภา ได้ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2545)

1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังกศน์ ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

- 3) ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือริบคว่นหรือจำเป็น
 - 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือริบคว่นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
 - 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
 - 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
 - 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
 - 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
 - 9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น
 - 10) บิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตใจ ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิได้ด้วยตนเอง
- ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคน จึงต้องศึกษาและรับรู้สิทธิผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของจินดา (2543) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสิทธิที่ได้รับจริงระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย จากกลุ่มตัวอย่าง 360 รายเป็นผู้ป่วยไทยพุทธ 254 ราย และไทยมุสลิม 106 ราย จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับอยู่ในระดับมากในทุกด้านและโดยรวม ผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าทั้งผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในทุกด้านและ

โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วย และให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วย และมีบทบาทในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย เมื่อต้องเผชิญกับประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมบนพื้นฐานสิทธิผู้ป่วยและหลักการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี และเป็นที่น่าพอใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ข้อขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการลดลง และยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นความผิดทางกฎหมาย เพราะลักษณะของงานพยาบาล เป็นการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดเป็นความผิดทางกฎหมายได้

3.4.5 จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

นอกจากการปฏิบัติการภายใต้กฎหมายวิชาชีพแล้วพยาบาลยังต้องปฏิบัติตามภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งถือว่าองค์ประกอบสำคัญของวิชาชีพ คำว่าจรรยาบรรณตามความหมายของ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2545 หมายถึงประมวลความประพฤติ ที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียง และฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ (สิวลี, 2548) ซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล กำหนดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 2 ได้ปรับปรุงแก้ไขจากจรรยาบรรณ วิชาชีพการพยาบาลที่ประกาศใช้ เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 ให้เป็นหลักการในการประกอบวิชาชีพ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน สารระในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลมีดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

1) พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการด้านสุขภาพ ทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

2) พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุด ตลอดจนจรของชีวิต นับตั้งแต่ปฏิสนธิทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3) พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล ทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิในเสรีภาพ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ

ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของ และความเป็นส่วนตัวของบุคคล

4) พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ใช้บริการได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรีและสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วย ชั่ววรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ ชื่อเสียง สถานภาพในสังคม และโรคที่เป็น

5) พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ ปฏิบัติการพยาบาลโดยมีความรู้ในการกระทำ และสามารถอธิบายเหตุผลได้ในทุกกรณี พัฒนาความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รักษาสมรรถภาพในการทำงาน ประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพทุกด้าน ด้วยมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

6) การพยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยร่วมมือประสานอย่างต่อเนืองกับผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องกับทุกฝ่าย ทุกระดับ เพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตามนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อประชาชน พึงปฏิบัติหน้าที่รับมอบหมายงานและมอบหมายงานอย่างรอบคอบ และกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ใช้บริการ แต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือชุมชน โดยการกระทำของผู้ร่วมงานหรือสภาพแวดล้อมของการทำงานหรือในการใช้วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีขั้นสูง

7) พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล มีคุณธรรม จริยธรรมในการดำรงชีวิต ประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมาย ให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัย เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชน ร่วมมือพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดี และร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งในและนอกวงการสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและระหว่างประเทศ

8) พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล ร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติการพยาบาลหรือทางการศึกษา ทางการวิจัย หรือทางการบริหาร โดยร่วมในการนำทิศทาง นโยบาย และแผนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาความรู้ ทั้งในขั้นเทคนิคการพยาบาล ทฤษฎีขั้นพื้นฐานและศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นลึกซึ่งเฉพาะด้าน ตลอดจนการรวบรวม

และเผยแพร่ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพ ทั้งนี้พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับรายบุคคลและร่วมมือในระดับสถาบันองค์กรวิชาชีพ ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

9) พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพตนเอง รักษาความสมดุลมั่นคงของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงาน และทำงานด้วยมาตรฐานสูง ทั้งในการดำรงชีวิตส่วนตัว และในการประกอบวิชาชีพในสถานการณ์จำเป็นที่ต้องเสียสละ หรือ ประนีประนอม พยาบาลพึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเอง ความสมดุลในบุคลิกภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตนเอง เช่นเดียวกับของผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และสังคม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ทำหน้าที่ประจักษ์เครื่องมือประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการประกอบวิชาชีพ พยาบาลจึงต้องมีพันธะรับผิดชอบ ในการยึดถือปฏิบัติ เพื่อการธำรงไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์ และคุณค่าของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และวิชาชีพที่สังคมคาดหวัง

3.4.6 ศาสนาและวัฒนธรรม

3.4.6.1 ศาสนา

ศาสนา หมายถึงข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อ (สิวลี, 2548) ศาสนาทุกศาสนาให้สัจธรรม ซึ่งบอกความจริงอันสูงสุดที่เกี่ยวกับมนุษย์ และสภาพแวดล้อม ศาสนาจะให้หลักความประพฤติหรือกระทำตามกฎของความจริงแห่งธรรมชาติ ศาสนามีความสัมพันธ์กับจริยธรรม และหลักธรรมของศาสนามุ่งให้ผู้ปฏิบัติพ้นจากความเศร้าหมองทางจิตใจและสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ศาสนาจึงเป็นแนวทางดำเนินชีวิตของมนุษย์ พยาบาลในฐานะที่เป็นมนุษย์ย่อมมีความเชื่อ ความศรัทธา มีแนวทางดำเนินชีวิตและหลักจริยธรรมตามศาสนาที่ตนเชื่อถือ และขณะเดียวกันจะต้องเข้าใจผู้ป่วย และบุคคลอื่นที่มีความเชื่อที่แตกต่างจากตน การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับศาสนานำมาผสมผสานกับการพยาบาลและเป็นส่วนให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวม (สิวลี, 2548) ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักธรรมทางศาสนาที่ประชาชนชาวไทยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นับถือส่วนใหญ่ ได้แก่ หลักธรรมศาสนาพุทธ และอิสลาม ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

(1) หลักธรรมในศาสนาพุทธ

การศรัทธาหรือความเชื่อในแนวพุทธศาสนา เป็นการมองเห็นชัดด้วยตนเอง ความรู้ทั้งหมดของพุทธศาสนา เป็นความรู้เกี่ยวกับคน คำสอนของพุทธศาสนามีคนเป็นศูนย์กลาง พระธรรมปิฎก (2542) ได้อธิบายถึงหลักธรรมที่สำคัญของศาสนาพุทธ ได้แก่

1.1) หลักเบญจขันธ์ หรือขันธ์ 5 คือ 1) รูป (corporeality) ได้แก่ ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด ร่างกาย และพฤติกรรมทั้งหลายของร่างกาย 2) เวทนา (feeling หรือ sensation) ได้แก่ ความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉยๆ ซึ่งเกิดจากผัสสะทั้ง 5 และทางใจ 3) สัญญา (perception) ได้แก่ การกำหนดรู้อาการ เครื่องหมาย ลักษณะต่างๆ 4) สังขาร (mental formation หรือ volitional) ได้แก่ องค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ ของจิตที่ปรุงแต่งให้จิตดี จิตชั่ว หรือเป็นกลาง 5) วิญญาณ (consciousness) ได้แก่ ความรู้แจ้งทางอารมณ์ ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และทางใจ คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การสัมผัสทางกาย และรู้อารมณ์ทางใจ

1.2) หลักอริยสัจ 4 (the four noble truths) เป็นหลักธรรมที่ให้ความเข้าใจถึงชีวิตของคนตามกระบวนการเกิดทุกข์และดับทุกข์ใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทุกข์ แสดงให้เห็นทุกข์อันเกิดจากการอุปทานขันธ์ 5 2) สมุทัย เป็นสาเหตุของการเกิดทุกข์ 3) นิโรธ เป็นการดับทุกข์ และ 4) มรรค เป็นวิธีดับทุกข์ อริยสัจ 4 เป็นหลักเหตุผลตามธรรมชาติ อธิบายการเกิดแห่งทุกข์และวิธีการดับทุกข์ซึ่งก็คือทางสู่นิพพาน

1.3) หลักปฏิจจสมุปบาท (the law of cause and effect) เป็นกระบวนการเกิดและกระบวนการดับทุกข์ โดยเป็นเหตุปัจจัยอาศัยกันและกัน เกิดขึ้นและดับไป สิ่งที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันเป็นรูปของกระแสไม่มีความคงที่

1.4) หลักไตรลักษณ์ (the three characteristics of existence) เป็นกฎธรรมชาติประกอบด้วย สภาวะ 3 ประการ ได้แก่ 1) อนิจจัง คือ ความไม่เที่ยง ไม่คงที่ ไม่คงตัว ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อม 2) ทุกขัง หมายถึง ความทุกข์ ความบีบคั้น ภาวะกดดัน ที่เกิดความขัดแย้งในตัว และ 3) อนัตตา หมายถึง ความไม่มีตัวตนอันแท้จริง

1.5) หลักกรรม ศาสนาพุทธถือว่า กรรม (Karma) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจากเจตนา และเจตนาของการกระทำเป็นเครื่องชี้หรือตัดสินว่าการกระทำนั้นดีหรือไม่ดี การแสดงออกของการกระทำแสดงออกได้ 3 ทาง คือ กายกรรม วจีกรรม และมโนกรรม

(2) หลักธรรมในศาสนาอิสลาม

คำว่า อิสลาม แปลว่า นอบน้อม ขอมจำนนต่อพระเจ้าและแปลว่าสันติ หลักศาสนาอิสลามจะเน้นความศรัทธาในพระเจ้า และเน้นแนวปฏิบัติต่อตนเอง ต่อเพื่อนมนุษย์ และต่อพระเจ้า คำสอนและบทบัญญัติของพระเจ้าที่ได้ประทานมาให้มนุษย์ยึดถือปฏิบัติครอบคลุมถึงวิถีชีวิตทุกด้านมาจากคัมภีร์อัล-กุระอาน หลักการของศาสนาอิสลามมีอยู่ 2 หลัก คือ หลักศรัทธา ซึ่งมี 6 ประการ และหลักปฏิบัติมี 5 ประการ (ฟาริดา, 2541) ซึ่งใช้เป็นแบบแผนความประพฤติและปฏิบัติในแนวทางของศาสนา ศาสนาอิสลาม แบ่งช่วงชีวิตเป็น 4 ช่วง คือ ชีวิตในครรภ์ ชีวิตในโลกนี้ ชีวิตในโลกหลังการตายก่อนฟื้น และชีวิตในวันฟื้นขึ้น โดยมีความเชื่อว่าชีวิตและความตายเป็นไปตามพระประสงค์ของพระอัลลอฮ์ การประสบความสำเร็จทุกขัณฑ์ธรรมานต่างๆ ในโลกใบนี้ เป็นการทดสอบของพระเจ้าที่มนุษย์จะได้รับ การตอบแทนจากพระองค์ และการที่มนุษย์มีความสุขอย่างแท้จริงด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ เพราะจะทำให้จิตใจของตนเกิดความผ่องใส สงบสุขพ้นจากกิเลส มารและความชั่วร้าย (ฟาริดา, 2541)

2.1) หลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิมตั้งแต่แรกเกิด เมื่อเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิตในโลกปัจจุบัน และการมีชีวิตในโลกหน้า สิ่งเหล่านี้จึงมีผลการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในสภาวะที่เจ็บป่วย คุณค่าความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนิการีหมีะ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตต่อมุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยุติการรักษา พบว่า ร้อยละ 81-90.5 ตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากปัจจัยทางด้านศาสนาอิสลาม ด้วยเหตุผลของความเชื่อในโลกหน้า นอกจากนี้คุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิต การกำเนิดของมนุษย์มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยไทยมุสลิมด้วย ดังนั้น พยาบาลควรเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการทางศาสนาดังกล่าวเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอันเกิดจากความไม่เข้าใจถึงหลักการศาสนาอิสลามได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าหลักธรรมทางศาสนาทำให้เข้าใจธรรมชาติของจิตวิญญาณของคนได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นของตนเองหรือผู้ป่วย (ฟาริดา, 2541) การเข้าใจหลักธรรมของศาสนาต่างๆ ทำให้เข้าใจคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน และการปฏิบัติตนของศาสนิกชนของแต่ละศาสนาสามารถนำมาใช้ผสมผสานกับแนวคิดทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย และปลอบใจผู้ป่วยได้ตามความเชื่อของแต่ละคน และเมื่อพยาบาลเผชิญกับ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยนำข้อมูลความเชื่อทางศาสนามาเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร่วมกับแนวคิดและหลักจริยธรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติโดยไม่ขัดกับหลักศาสนา จะเห็นได้ว่าในดินแดน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องเข้าไปในชีวิตและความเชื่อทางศาสนาที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน จึงขอนำเรื่อง ความตายและการจัดการศพ มากล่าวถึงซึ่งมีประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.2) ความตายและการจัดการศพในวัฒนธรรมอิสลาม (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2550) การตายของอิสลามถือว่าไม่ได้เป็นความทุกข์ การตายคือการกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้า ซึ่งเป็นจุดหมายของการเดินทางไปสู่ชีวิตใหม่ เมื่อได้รับข่าวการตายของพี่น้องมุสลิม มุสลิมจะกล่าวว่า "อินนาลิลลาฮิวะอินนา อิลัยฮิรอกญูฮุน" (แปลว่า แท้จริงเราเป็นของอัลลอฮ์และยังพระองค์ที่เราต้องคืนกลับ) และไปเยี่ยมครอบครัวผู้ตายและร่วมละหมาดศพ ไปส่งศพที่สุสานเพื่อทำการฝังศพ อิสลามได้กำหนดเรื่องการฝังศพให้เสร็จสิ้นโดยเร็วและประหยัดที่สุด เพื่อไม่เป็นภาระแก่คนที่อยู่ข้างหลัง ชำระล้างทำความสะอาดศพ ห่อศพด้วยผ้าขาวเพื่อนำไปทำพิธีทางศาสนา และฝังโดยเร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง การนำร่างของผู้เสียชีวิตไปประกอบพิธีตามประเพณีของศาสนาตามเวลาที่ศาสนากำหนดถือเป็นเรื่องสำคัญ (ลีวลิ, 2548) ในการปฏิบัติต่อศพนั้นอิสลามได้กำหนดให้ปฏิบัติอย่างนุ่มนวลให้เกียรติ และไม่ให้ศพเป็นที่เปิดเผยในสภาพอูจาดหรืออนาจาร พี่น้องมุสลิมส่วนใหญ่จึงมักไม่ยินยอมให้มีการผ่าพิสูจน์ศพ เพราะจะเป็นเสมือนการทำร้ายศพ อิสลามยังไม่อนุญาตให้เผาศพ สำหรับกรณีการตายเพื่อศาสนานั้น จะไม่มีการอาบน้ำศพ โดยจะฝังศพผู้กล้าในทางศาสนาโดยไม่มีการเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำศพ และห้ามผู้ไม่ใช่มุสลิมแตะต้องศพ ซึ่งส่งผลให้กรณีเหล่านี้มักไม่มีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย คนมุสลิมมีความเชื่อว่า ร่างกายของคนที่ตายไปแล้ว มีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนคนเป็น จึงต้องปฏิบัติต่อร่างกายของคนตาย ด้วยความเคารพเหมือนปฏิบัติต่อคนเป็น การผ่าศพ (autopsy) จึงเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นในรายที่ต้องชันสูตรพลิกศพ (forensic purpose)

2.3) การเยี่ยมญาติที่เจ็บป่วย ในวัฒนธรรมศาสนาอิสลาม ศาสนาอิสลามมีวัฒนธรรมคือการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ ศาสนิกของ ศาสนาอิสลามยังถือเป็นข้อปฏิบัติที่พึงไปเยี่ยมเยียนญาติมิตรที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เป็นมุสลิม จึงอาจมีญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมาก และสม่ำเสมอ การเยี่ยมผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ต้องปฏิบัติเพื่อเป็นการเยี่ยมเยียนและขอพร (ดูอาอ์) จากพระเจ้า เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (บรรจง, 2543) ซึ่ง

พยาบาลเวชระจการ ควรทำความเข้าใจในการให้คุณค่า ความเชื่อตามหลักศาสนา ในประเด็นดังกล่าวเพื่อลดข้อขัดแย้งจากการปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3.4.6.2 วัฒนธรรม

วัฒนธรรมเป็นคุณลักษณะพิเศษ รวมถึงวิถีชีวิตของสังคม และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่เกิดจากการสร้างสรรค์ สังคม สืบทอดกันมาจนเป็นมรดกตกทอดของสังคมมนุษย์ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ช่วยสร้างสรรค์ให้เกิดเอกลักษณ์ของสังคมแต่ละชาติแต่ละภาษา ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม จะนำไปสู่ความเข้าใจในบุคคลอื่น และสังคมอื่น พยาบาลที่มีความเข้าใจในวัฒนธรรม นอกจากจะเป็นผู้วางตนได้เหมาะสมมีจริยธรรมแล้ว ยังสามารถเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น (สิวลี, 2548) วัฒนธรรมยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ศาสนา ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี ที่แสดงออกในรูปแบบวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (สิวลี, 2548) ซึ่งวัฒนธรรมและภาษาที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อความยุ่งยากในการให้เหตุผล และการตัดสินใจทางจริยธรรม (O'neil, 1995) ดังนั้นการเรียนรู้และเข้าใจถึงความต่างทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ ภาวะสุขภาพของบุคคลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาลและการตัดสินใจในการหาทางออกที่เหมาะสม สอดคล้อง เพื่อลดและป้องกันการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อันเกิดจากความไม่เข้าใจ วัฒนธรรมของผู้ป่วย การบริการพยาบาลโดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและบรรลุผลในการดูแลรักษาพยาบาล ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับบทวิเคราะห์ และแก้ปัญหาเชิงรุกที่ยั่งยืนด้วยสันติวิธี ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงการเสริมสร้างสังคมสันติสุขรุ่นที่ 1 (2552) ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การใช้หลักการทางศาสนา วิถีชีวิตและวัฒนธรรม ความคิดและความเชื่อของคนไทยพุทธและไทยมุสลิมเชื้อสายมลายู ในจังหวัดชายแดนใต้ เข้ามาเชื่อมโยง กับแนวคิดสันติวิธี จะทำให้สันติวิธีมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต มีความใกล้ชิดตัวมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นศรัทธาในการใช้สันติวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ มากขึ้น ในทำนองเดียวกัน การบริหารและการปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ ในระบบบริการทางสุขภาพ ควรให้ความสำคัญอย่างมีเป้าหมาย ในการทำความเข้าใจยอมรับ เห็นคุณค่าจากความหลากหลายทางวัฒนธรรม และ อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ อย่างเข้าใจ เข้าถึง เพื่อลดช่องว่างระหว่างความขัดแย้ง และแปรเปลี่ยนไปเป็นความร่วมมือที่ดีในระบบบริการทางสุขภาพ

3.4.7 กฎหมาย

กฎหมาย คือ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือแบบแผนที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อกำหนดความประพฤติ สิทธิ และหน้าที่ของสมาชิกในสังคม ตลอดจนต้องมีสภาพบังคับที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกทุกคนเกรงกลัว และปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับที่มีอยู่ (อรนิช, 2549) กฎหมายจึงมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

- 1) กฎหมาย ต้องเป็นระเบียบ กฎเกณฑ์ข้อบังคับ ที่ควบคุมความประพฤติของมนุษย์
 - 2) กฎหมาย ต้องกำหนดขึ้น โดยรัฐหรือผู้ที่มีอำนาจ
 - 3) กฎหมาย ต้องเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับที่ใช้บังคับทั่วไปในสังคม
 - 4) กฎหมาย ต้องมีสภาพบังคับ
 - 5) กฎหมาย ต้องใช้ได้ตลอดไปจนกว่าจะยกเลิก
- พยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับกฎหมายใน 2 สถานะ คือ (พรจันทร์, 2545)

1) ในสถานะที่เป็นคนธรรมดาสามัญทั่วไปเป็นสมาชิกในสังคมที่มีกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ พยาบาลจึงอยู่ภายใต้กฎหมายเหมือนกับบุคคลในอาชีพอื่น พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องรู้กฎหมายบ้างเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม โดยไม่ถูกรบกวนละเมิดและไม่ไปละเมิดบุคคลอื่น

2) ในสถานะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะ ซึ่งมีพระราชบัญญัติควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพของตนเอง โดยองค์กรวิชาชีพดำเนินการกิจการตามกฎหมายในการควบคุม และส่งเสริมมาตรฐานบริการของวิชาชีพ โดยอิสระ

การควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2) สถานพยาบาลที่ควบคุมโดยกฎหมายวิชาชีพ และ 3) ประชาชนผู้ใช้บริการที่มีสิทธิตามกฎหมายรัฐธรรมนูญและสิทธิของผู้ป่วย (พรจันทร์, 2545)

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องศึกษากฎหมายให้เข้าใจเพื่อประโยชน์ต่อตนเองไม่ให้กระทำความผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และจะอ้างว่าไม่รู้กฎหมายข่มขู่ไม่ได้ (คาราพร, 2541) ซึ่งนอกจากจะรู้และเข้าใจในกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแล้ว พยาบาลและทีมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ

เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายวิชาชีพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องmuj ใช้ในพื้นที่พิเศษ 3 จังหวัดชายแดนใต้ซึ่งมีรายละเอียด พอสังเขปดังต่อไปนี้

3.4.7.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2550) (พวงทิพย์, 2551)

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพของบุคคลย่อม
ได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 6 กำหนดให้รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ บทบัญญัติใดของกฎหมาย กฎหรือ ข้อบังคับ ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญนี้ บทบัญญัตินั้นเป็นอันใช้บังคับมิได้

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกัน และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายความเป็นส่วนตัว

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้มาตรฐาน และ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 57 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับ คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือ กิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสีย สำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็น ของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาดังกล่าว

3.4.7.2 กฎหมายวิชาชีพ

กฎหมายวิชาชีพ เป็นเครื่องมือในการ ควบคุมประกอบ

วิชาชีพ ในการให้บริการวิชาชีพอย่างได้มาตรฐาน และไม่เกิดอันตรายกับผู้รับบริการ กฎหมาย วิชาชีพมีลักษณะเฉพาะและมีการควบคุมไม่ให้มีการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่บังคับใช้ในปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

(1) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 แก้ไข เพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 (คณะอนุกรรมการการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540)

มาตรา 4 การพยาบาล หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การดูแล และการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการ ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

มาตรา 6 ว่าด้วยการให้อำนาจหน้าที่สภาการพยาบาลตามพระราชบัญญัติ

มาตรา 7 ว่าด้วยการทำหน้าที่ ควบคุมความประพฤติตามจริยธรรม แห่งวิชาชีพ ส่งเสริมการศึกษา ความก้าวหน้า ความสามัคคี ให้คำปรึกษา และเป็นตัวแทนของผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาล

(2) ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (2550)

ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยรวมและ เคารพต่อกฎหมายบ้านเมือง

ข้อ 5 ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึง ฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง.

ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมไม่ปฏิบัติ หรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุ ให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะ อันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการร้องขอ และตนอยู่ในฐานะที่ช่วยได้

(3) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547

3.4.7.3 กฎหมายอื่นๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพพยาบาล

ที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลควรศึกษาทำความเข้าใจให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในการบังคับใช้กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น

(1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545)

มาตรา 3 ว่าด้วย ความหมายของ “บริการสาธารณสุข” แก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐาน

มาตรา 6 ว่าด้วยการใช้สิทธิยื่นคำขอลงทะเบียน เพื่อเลือกหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามความจำเป็น

มาตรา 10 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมาย

มาตรา 11 ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย

มาตรา 12 ในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครอง

(2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย ในการวางทิศทางระบบสุขภาพ ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดความเจ็บป่วย โดยเน้นการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะเป็นการยกระดับสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น มีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายสุขภาพฉบับแรกที่ผ่านกระบวนการจัดทำที่ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชนมีส่วนร่วมและได้มีการประกาศ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด 55 มาตรา ได้เปิดวิถีคิดใหม่ว่า "สุขภาพ" หมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น "สุขภาพ" จึงเป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นและวางกลไกการทำงานให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้การเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์จากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ค.ส.ช.)

จากรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าระบบบริการทางสุขภาพ ในประเทศนั้นต้องจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพ การปฏิบัติงานของพยาบาลบางครั้งอาจก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้ง และนำไปสู่ปัญหาทางกฎหมายและการฟ้องร้องได้ หากเป็นการปฏิบัติด้วยความประมาทเลินเล่อ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพได้รับอันตราย ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพระดับปฏิบัติการควรตระหนักต่อหน้าที่ และรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานให้อยู่ในระดับที่ดีที่สุด เพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวตลอดทั้งการหามาตรการป้องกัน ในการบริหารควรจัดระบบการดำเนินงานที่เป็นการป้องกัน เพื่อมิให้เกิดความผิดพลาด และเป็นการคุ้มครองพยาบาลระดับปฏิบัติการมิให้เผชิญกับประเด็นดังกล่าว อันจะนำไปสู่ปัญหาทางกฎหมาย นอกจากนี้ทั้งพยาบาลระดับปฏิบัติการและระดับบริหารจะต้องชวนชวน ศึกษาหาความรู้ในข้อกฎหมาย เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร่วมกับหลักการจริยธรรมอื่นๆ ในการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดปัญหาในทางกฎหมาย และลดการฟ้องร้อง

3.4.8 นโยบาย

3.4.8.1 การพัฒนาองค์กรตามกรอบแนวคิด การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) (สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ซึ่งกรอบแนวคิดสำคัญ และประโยชน์สูงสุดจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ คุณภาพและความปลอดภัย ปัจจุบันได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาใช้เป็นแนวทางซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพ 3 ส่วน คือ 1) มาตรฐานโรงพยาบาล พ.ศ.2540 2) มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ 3) เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติผู้องค์กรที่เป็นเลิศ (Thailand Quality Award : TQA) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ตามแนวคิด Public sector Management Quality Award (PMQA) ซึ่งให้ความสำคัญกับ “บุคลากร” ทุกคนในองค์กรซึ่งมีความสำคัญในการขับเคลื่อน และผลักดันให้การดำเนินงานบรรลุความสำเร็จ ตามเป้าหมายขององค์กรในการบริหารจัดการองค์กรตามกระบวนการเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) ซึ่งประกอบด้วย 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ 3) การมุ่งเน้นลูกค้าและการตลาด 4) การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6) การจัดการกระบวนการ 7) การมุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยบูรณาการเข้ากับระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล กระบวนการดูแลผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดในองค์กร

3.4.8.2 ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555 เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยเน้นการใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ (สำนักการพยาบาล, 2551) ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่นำสู่การเปลี่ยนแปลงระบบบริการพยาบาล สู่ระบบสุขภาพพอเพียงซึ่งพยาบาลเวรตรวจการต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ผนวกกับประสบการณ์ ภายใต้อุดมการณ์ คุณค่า ตลอดจนทฤษฎีทางจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรม และกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เข้ามาเป็นฐานในการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และความพึงพอใจในบริการตามความคาดหวังของสังคมในพื้นที่

3.4.8.3 นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ปี 2545 เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการโครงสร้างในการบริหารจัดการในโรงพยาบาลตามแนวคิด ของการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และส่งผลต่อระบบการบริหารการพยาบาลหลายประการ ให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ในมิติของการทำงานเชิงรุก มากกว่า เชิงรับ โดยการคำนึงถึงสิทธิที่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ด้วยการพิทักษ์สิทธิและปกป้องคุ้มครองสิทธิของประชาชน พยาบาลต้องปรับตัว ตามภาระในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความเข้มแข็งในเชิงระบบโดยบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ต้องทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงให้กับระดับโรงพยาบาลชุมชน และระดับสถานีอนามัย ในมิติของการพัฒนาเครือข่ายในเชิงรุก เพื่อให้เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ส่งผลให้พยาบาลในสถานบริการสุขภาพ

พยาบาลเวรตรวจการในฐานะผู้บริหารระดับหนึ่งขององค์กร จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการแนวนโยบาย หรือแนวปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร เพื่อนำมาเป็น ส่วนประกอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีประสิทธิภาพ และลดความขัดแย้งที่อาจเกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามแนวนโยบายและแนวทางปฏิบัติได้

4. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการ

พยาบาลเวรตรวจการเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนทางการพยาบาล โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบปฏิบัติงานในฐานะผู้รับผิดชอบในการตรวจ ควบคุมกำกับ แนะนำและเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่รับผิดชอบนอกเวลาราชการและยามวิกาล โดยได้รับการมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบจากหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้นำนโยบายและแผนงานจากระดับสูงมาสู่ระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการผสมผสานและดำเนินงาน

ร่วมกันได้อย่างดีด้วยการควบคุม กำกับ ติดตามสนับสนุน ช่วยเหลือและแก้ไขโดยสม่ำเสมอ แล้ว รายงานผลการนิเทศต่อหัวหน้าพยาบาลโดยตรง โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติดังต่อไปนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

4.1 นิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย นอกเวลาราชการและยามวิกาล

4.2 สำรวจปัญหาและความต้องการในการพยาบาล ให้ความช่วยเหลือแก่เจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติงาน โดยการตรวจสอบข้อมูล สุ่มวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลจากการบันทึกและ รายงานการพยาบาล รวมทั้งจากการสังเกต สอบถาม และการนิเทศ

4.3 แก้ปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนทั้งที่เกี่ยวกับระบบงานผู้ ให้บริการและผู้ใช้บริการ เช่นอุบัติเหตุขัดข้องในการปฏิบัติงาน หรือเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ การ ติดต่อกับญาติ/ผู้ป่วยที่มีปัญหา รวมทั้งจัดเจ้าหน้าที่ทดแทนเมื่อมีการลาป่วย ขาดอย่างกะทันหัน หรืออาจให้ความช่วยเหลือด้วยตนเองแล้วแต่กรณี

4.4 พัฒนาคูณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ โดยการนิเทศติดตาม ประเมินผลจัดบริการ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานที่ถูกนิเทศให้ปฏิบัติงานได้อย่าง ถูกต้อง มีประสิทธิภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ เกิดความร่วมมือและเกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

4.5 ประสานงานระหว่างหน่วยบริการพยาบาลทุกหน่วยในความรับผิดชอบ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการใช้ ในยามฉุกเฉิน กรณีนอกเวลาราชการ

การทราบถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลเวรตรวจการที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสนับสนุนให้พยาบาลเวรตรวจการปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ และ ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ในการหนุนเสริมการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นคือ การ พัฒนาสมรรถนะหลักด้านคุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะปฏิบัติหน้าที่ด้านการตัดสินใจ (บุญใจ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการ โรงพยาบาลรัฐของพรกุล (2546) ซึ่งพบว่าสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอก เวลาราชการ โรงพยาบาลรัฐที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้อง 6 ด้านคือ 1) ด้านการบริหาร จัดการ 2) ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสาร 3) ด้านการนิเทศ 4) ด้านการแก้ปัญหาและการ ตัดสินใจ 5) ด้านการเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก และ 6) ด้านการควบคุมรักษาคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการที่ควรมีการศึกษาทบทวนและพัฒนา

ขีดความสามารถควบคู่กันไปในการปฏิบัติหน้าที่ที่ยุ่งยากซับซ้อนในสถานการณ์ความไม่สงบและดินแดนที่หลากหลายทางวัฒนธรรม

ดังนั้นพยาบาลเวรตรวจการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในบทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามวิกาล ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเผชิญปัญหาในการบริหารงาน จากสถานการณ์ความไม่สงบที่เปรียบเหมือนสงคราม (สุนีย์, 2551) พยาบาลเวรตรวจการควรทำความเข้าใจในศักยภาพที่คาดหวัง ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ ตลอดทั้งการทำความเข้าใจลักษณะงาน และประเด็นปัญหาที่อาจเกิดกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเอง หรือ ผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเวรตรวจการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญปัญหาจากพยาบาลประจำการผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดทั้งติดตามความก้าวหน้าของข้อบังคับและสถานการณ์บ้านเมือง อย่างรู้เขา รู้เรา เพื่อการเตรียมความพร้อมในการรองรับทั้งคุณภาพในการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตของสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต่างในบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ อย่างลงตัว

5. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังไม่พบการศึกษาของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในบริบทของสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ปกติ และเนื่องจากพยาบาลเวรตรวจการต้องทำหน้าที่เป็นหลักในการบริหารจัดการนอกเวลาราชการและยามวิกาล ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาลร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในประเด็นดังต่อไปนี้

5.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาล ในกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของทัศนาศ (2551) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักพบได้บ่อยที่สุดในขั้นตอนการวางแผนการ

บริหารงาน และการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของ หัวหน้าหอในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) สำหรับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล เวิร์ตตรวจการ พบเพียงการศึกษาการปฏิบัติงานพยาบาลเวิร์ตตรวจการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ยกเว้น โรงพยาบาลศูนย์ใน 3 จังหวัดภาคใต้ที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบ ของชนัญญา, อรัญญา, และ อรนิช (2550) เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงแต่พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการ บริหารในบทบาทของผู้ตรวจการโดยตรง ยังพบประเด็นขัดแย้งจากพยาบาลประจำการที่ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเวิร์ตตรวจการเมื่อเผชิญปัญหาและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม นอกจากนี้มี งานวิจัย เช่น การศึกษาของวัชร (2551) และเสเตียววัน (Setiawan, 2002) ที่พบว่าเมื่อพยาบาลเผชิญ ประเด็นขัดแย้ง จะใช้การปรึกษาพยาบาลเวิร์ตตรวจเพื่อแก้ปัญหาเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้ง เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาที่กล่าวมาถึงแม้เป็นการปฏิบัติงานในสภาวะปกติ ผู้บริหารการ พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะที่ปฏิบัติงานได้ ไม่ว่าจะเป็นการบริหาร ในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลเวิร์ตตรวจการ โดยสรุปประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน การบริหารการพยาบาลจากการทบทวน สรุปประเด็นได้ดังนี้

5.1.1 ในการบริหารจัดการเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย หรือเพื่อองค์กร/ทีม ใน สถานการณ์ที่มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมากเกินอัตรากำลังของพยาบาลที่อยู่เวร ต้องการ อัตรากำลังเพิ่ม แต่ไม่มีพยาบาล เนื่องจากในวันหยุดพยาบาลไปรับงานจากโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ ค่าตอบแทนสูงและงานไม่หนัก (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) เช่นเดียวกับกับ พยาบาลเวิร์ตตรวจการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่เผชิญ กับ การจะบริหารอัตรากำลังอย่างไรในขณะที่ ทุกหน่วยงานมีผู้ป่วยล้นมือ (ชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช, 2550)

5.1.2 การทำหน้าที่แทน (advocacy) ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เพื่อสร้างความ เข้าใจ (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) และ การทำหน้าที่ในบทบาทของผู้นำ ทางการพยาบาล ที่ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ผู้ได้บังคับบัญชา และวิชาชีพ ด้วยการเคารพเอกสิทธิ์ และการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยที่อาจจะถูกละเลยจากสภาพที่ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถควบคุมทั้ง จิตใจและสติปัญญา (Willard, 1996 as cited in Nasae, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พยาบาลเวิร์ตตรวจการ ในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล/การ ดำเนินการทางกฎหมาย (ชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช, 2550)

5.1.3 การทำตามหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารงานบุคคล หรือการทำ หน้าที่ต่อองค์กร ในลักษณะของการบริหารงานบุคคลให้พยาบาลในหน่วยงานมีความสามารถด้าน

คุณภาพและรับผิดชอบดูแลระบบในหน่วยงาน แต่ได้รับคำสั่งจากผู้บริหารระดับสูงให้บุคลากรพยาบาลคนดังกล่าว ออกไปทำหน้าที่ด้านคุณภาพให้กับองค์กร (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008)

5.1.4 การปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบาย / คำสั่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และพยาบาล จากการศึกษาของ นะแส, ชาวลิต, สุทธิรังษี, และ เรย์ (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับ การต้องปฏิบัติตามคำสั่งซึ่งเป็นนโยบายขององค์กรในการลดค่าใช้จ่ายทุกโครงสร้างขององค์กร ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้ง แก่ผู้บริหารการพยาบาลตั้งแต่การนำและสื่อสารนโยบายลงสู่การปฏิบัติ แต่นโยบายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย พยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง หอผู้ป่วย และผู้บริหารการพยาบาลโดยรวม (Marquis & Huston, 2003 as cited in Nasae, 2007)

5.1.5 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรที่ขาดแคลน

5.1.5.1..ด้านการจัดสรรอุปกรณ์และเครื่องมือจำเป็นที่ขาดแคลน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักขณะส่งต่อผู้ป่วยไปอีกโรงพยาบาล ในภาวะที่ขาดความพร้อมของเครื่องมือ และข้อจำกัดที่มีพยาบาลเพียงน้อยนิด กับอาการที่หนักของผู้ป่วย ที่ต้องให้การช่วยเหลือในระหว่างการส่งต่อ (Kasuhara, 2005 as cited in Nasae, 2007)

5.1.5.2 การจัดสรรอัตรากำลังที่ขาดแคลนของพยาบาลประจำการใน มีผู้รับบริการในโรงพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งเกิดประเด็นขัดแย้งระหว่าง ความสมดุลของการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ กับข้อจำกัดในกำลังการทำงานของพยาบาลประจำการที่ต้องได้รับการดูแลในฐานะทรัพยากรขององค์กรเช่นเดียวกัน (Kasuhara, 2005 as cited in Nasae, 2007)

5.1.5.3 ด้านการเงิน พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในด้านการเงิน ของผู้บริหารการพยาบาลที่พบประเด็นขัดแย้ง เมื่อพบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ยากจนแต่ต้องถูกปฏิเสธการรักษาในสถานบริการพยาบาลเชิงธุรกิจที่มีค่าบริการแพง เพราะหารับไว้เพื่อการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับจากสถานบริการทางสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันสถานบริการก็มีต้นทุนในการรักษา และการดูแลที่สูง (Camunus, 1994a as cited in Nasae, 2007)

5.1.6 การจัดบุคลากรเข้าทำงาน (staffing) ซึ่งต้องเตรียมการที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายขององค์กร (Grohar-Murray & Dicroce, 1992 as cited in Nasae, 2007) ผู้บริหารการพยาบาลมักพบความขัดแย้ง ระหว่างบทบาทในการเตรียมบุคลากรที่จำเป็นต้องได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ให้มีคุณภาพในระดับ

สูงสุด กับการประทับประคองสถานะทางการเงินที่เป็นข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจขององค์กร ให้มีความคุ้มค่าทางต้นทุน ตามความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรโดยชอบด้วยกฎหมาย (Camunus, 1994a as cited in Nasae, 2007)

5.1.7 ลำบากใจในการเป็นตัวกลาง พบประเด็นขัดแย้งในลักษณะของ การจัดการความขัดแย้ง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ กับผู้ป่วยและทีมงาน การทำความเข้าใจความเป็นส่วนตัวของแต่ละบุคคล ที่มีโอกาสแตกต่างกันทั้งในทัศนคติ การให้คุณค่า ความเชื่อ และพฤติกรรม (Tomey, 2004 as cited in Nasae, 2007) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในพยาบาลเวรตรวจการ ที่พบว่า อึดอัดใจที่ต้องเป็นตัวกลาง(ชนัญญา, อรัญญา, และอรณิช, 2550) แม้ว่าการให้ความร่วมมือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ไขประเด็นขัดแย้ง ที่สามารถเพิ่มความคุ้มค่าได้อย่างยั่งยืน แต่ผู้บริหารทางการแพทย์ก็ต้องเผชิญกับความยุ่งยากลำบากใจในการเป็นตัวกลางในการให้เกิดความร่วมมือแก่ทุกฝ่ายเพื่อลดข้อขัดแย้ง

5.1.8 การควบคุมคุณภาพในองค์กร กับการสนับสนุนด้านการเงิน และทรัพยากรบุคคล (Marquis & Huston, 2003 as cited in Nasae, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นขัดแย้งในการบริหารการพยาบาล ระหว่างการให้คุณค่าทางวิชาชีพกับการเตรียมการทางด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม กับการตอบสนองการบริหารงานท่ามกลางภาวะเศรษฐกิจที่จำกัดด้านต้นทุน ในการลดต้นทุนด้านปริมาณบุคลากร เพื่อให้มีกำไรสูงสุด (Camunus, 1994a as cited in Nasae, 2007) สำหรับการศึกษาในพยาบาลเวรตรวจการ พบประเด็นขัดแย้งด้านคุณภาพในลักษณะ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ กับการรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้ปฏิบัติงาน (ชนัญญา, อรัญญา, และอรณิช, 2550)

5.1.9 การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance appraisal) ด้วยความถูกต้องและยุติธรรม เพื่อประกอบการเพิ่มเงินเดือนและค่าตอบแทน กับข้อบกพร่องซึ่งมีอิทธิพลจากความอคติหรือการเลือกที่รักมักที่ชัง ในความลำเอียงส่วนบุคคล (Tomey, 2004 as cited in Nasae, 2007)

5.1.10 ความปลอดภัยของบุคลากรกับการรักษาสัมพันธ์ภาพในทีมสุขภาพ ซึ่งพบจากการศึกษาของ (ชนัญญา, อรัญญา, และอรณิช, 2550)

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบของพยาบาลเวรตรวจการอาจเผชิญประเด็นขัดแย้งดังที่ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ปกติดังกล่าวมา เพราะพยาบาลเวรตรวจการเป็นบุคลากรทางการบริหารกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญในโรงพยาบาลทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีส่วนร่วมในการนำพาท้องถิ่นสู่เป้าหมายที่วางไว้ในช่วงเวลาของการปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการ ไม่เพียงแต่ทำ

หน้าที่ในการนิเทศ การแก้ปัญหา การประสานงาน การควบคุมคุณภาพ และอาจมีโอกาสนพบ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงานพยาบาลเวรตรวจการได้เสมอ (ชนัญญา, อรัญญา, และอรณิช, 2550) ในขณะที่เดียวกันต้องรองรับเหตุการณ์ที่ไม่อยู่ในสภาวะปกติจากสถานการณ์ความ ไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถคาดการณ์ถึงความรุนแรง การต้องเผชิญกับความบีบคั้น ในทุกด้าน ส่งผลต่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากการเชื่อมโยงจากปัญหาของผู้บริหารการ พยาบาล พยาบาลเวรตรวจการ และผลกระทบที่เกิดจากประสบการณ์ของพยาบาลในพื้นที่ ตลอด ทั้งจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ของผู้วิจัย และการประชุมแลกเปลี่ยนปัญหาจากการ ปฏิบัติงาน พยาบาลเวรตรวจการใน 3 จังหวัดชายแดนอาจต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมในลักษณะดังนี้

1) ประเด็นการบริหารและการจัดสรรอัตรากำลัง เนื่องจากการขอย้ายออกจากพื้นที่ ทำให้เกิดการขาดแคลนอัตรากำลังในพื้นที่สูงถึง 2,502 คน (มณฑาทิพย์, 2550) อาจต้องเผชิญกับ การบริหารอัตรากำลังจากการลาออกเงินของบุคลากรในช่วงเวรบ่าย-ดึก ในช่วงวิกฤตสถานการณ์ หรือ การอาจต้องเผชิญ การเรียกอัตรากำลังเสริมขณะมีอุบัติเหตุหมู่ หรือมีเหตุการณ์รุนแรง เช่นจาก เหตุการณ์ระเบิดที่มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก ตลอดทั้งการจัดสรรอัตรากำลังออกไป ปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล ท่ามกลางความเสี่ยงต่ออันตราย เช่นการส่งต่อในยามวิกาล การออก บริการ ณ จุดเกิดเหตุ การออกไปชันสูตรศพ (สุนีย์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์เฝ้า ระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่: Violence-related Injury Surveillance: VIS (2552) ที่ พบว่าเหตุการณ์ส่วนใหญ่มักเกิดในเวลากลางคืน โดยที่ความถี่ของการเกิดสูงสุดคือเวลา 7.00 น.– 8.00 น. และ 15.30 น. จนถึง 20.00 น. ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการ (16.30- 8.30 น.) ซึ่งพยาบาลเวรตรวจการอาจเผชิญประเด็นขัดแย้งเพิ่มขึ้นจากความถี่ของเหตุการณ์ดังกล่าว ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาปฏิบัติงาน

2) ประเด็นการบริหารทรัพยากรเครื่องมือ เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่มีอยู่จำกัด ก็ไม่เพียงพอ ทั้งปริมาณ และคุณภาพของเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ตลอดทั้งเครื่องมือที่ไม่พร้อมใช้ เนื่องจากชำรุด จากการใช้งานอย่างหนัก ในการรองรับผู้บาดเจ็บ รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลต่อการเสียชีวิต

3) การบริการที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และหลักศาสนาของ สังคมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น กรณีที่มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ และเป็นผู้ต้องสงสัยในการ ก่อเหตุ หรือเป็นผู้ที่มีประวัติด้านการก่อการร้ายจากหน่วยราชการ จะต้องมีการบันทึกหรือ สอบสวนเพื่อพิสูจน์หาความแน่ชัดตามกระบวนการกองพิสูจน์หลักฐานซึ่งต้องใช้เวลาใน

กระบวนการทางราชการตำรวจ ซึ่งขัดต่อประเพณี ความเชื่อตามหลักศาสนา ในการนำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ก่อนตะวันตกดินตามประเพณี หรือกรณีการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยตามหน้าที่ จากการประเมินแล้วว่าไม่มีโอกาส แต่ญาติปฏิเสธและไม่ยินยอมทำการรักษา ซึ่งญาติทำหน้าที่แทนโดยผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจ

4) การเป็นตัวกลางในการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในวิกฤตสถานการณ์ พยาบาลเวรตรวจการต้องทำหน้าที่ในการประสานงานในทุกด้าน เช่นการรับการสอบถามถึงเรื่องราวผู้บาดเจ็บจากหน่วยงานราชการต่างๆ ทางโทรศัพท์ในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งไม่มั่นใจในผู้สอบถามและเหตุผลในการต้องการข้อมูล อาจจะเป็นหน่วยราชการจริงหรือเป็นผู้ก่อเหตุที่ต้องการทราบเรื่องราวไปประกอบผลแห่งความสำเร็จในการก่อการร้าย หรือวางแผนก่อเหตุซ้ำในกรณีที่ทราบว่าเป้าหมายยังไม่เสียชีวิต

5) ประเด็นในการสื่อสารที่มีความต่างทางภาษา ในการที่ไม่สามารถสื่อสารเหตุผลหรือความจำเป็นในการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่หากการกระทำเหล่านั้นเป็นความขัดแย้งหรือผิดหลักการใดๆที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติได้ อาจนำมาซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

6) ประเด็นขัดแย้งในการควบคุมคุณภาพ สถานการณ์ความไม่สงบเป็นปัจจัยที่ทำให้การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปในลักษณะการตั้งรับ มากกว่าเชิงรุก ซึ่งสวนทางกับความคาดหวังของนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในมิติเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในการตั้งรับ ตามปริมาณของผู้รับบริการ ทำให้ปริมาณงานไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังพยาบาลที่ลดลง ผนวกกับความตึงเครียดจากสถานการณ์ ส่งผลต่อภาวะกดดันที่ก่อให้เกิดความอดทนต่ำ (มณีรัตน์, 2551) โอกาสผิดพลาดจึงเกิดได้ง่ายขึ้น ทำให้พฤติกรรมบริการไม่เป็นที่น่าประทับใจและเป็นไปตามความคาดหวังของประชาชน (สำนักการพยาบาล, 2551) ส่งผลต่อการร้องเรียน ฟ้องร้องตามสิทธิที่สามารถทำได้ง่ายในยุคไอที (IT) ขณะเดียวกันพยาบาลก็ต้องขับเคลื่อนตัวเองในมิติคุณภาพในการประกันคุณภาพการพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตลอดทั้งการเร่งรัดในการแข่งขันเพื่อผลักดันองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ถึงแม้จะมีภาระงานที่ล้นมือเพียงใด แต่การบริการยังต้องคงระดับของคุณภาพอยู่เสมอ ตามความคาดหวังของผู้รับบริการในบริการที่ได้รับ ด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ อีกทั้งยังต้องการความถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ภายใต้เวลาอันจำกัด และอัตราค่าจ้างที่ขาดแคลน ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลเวรตรวจการพบ มักเป็นในลักษณะของการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรเพื่อไม่ให้พยาบาลรู้สึกว่ายพยาบาลเวรตรวจการจับผิด ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงานได้

7) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ในปัจจุบันจำเป็นต้องกำหนดสมรรถนะ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และมุ่งเน้นในการประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะที่ควรเป็น ภายใต้ภาวะบีบคั้นในทุกมิติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลต่อสมรรถนะ และทำให้การพัฒนาสมรรถนะเป็นไปอย่างล่าช้า จากการขาดโอกาสในอัตราค่าจ้างที่จำกัดในการส่งไปอบรม ซึ่งเน้นเพียงการทำงานประจำต่อภาระงานที่หนักเพิ่มขึ้นให้ลุล่วงไปด้วยดี (พัชรี, 2552) พยาบาลเวรตรวจการมีหน้าที่ในการตรวจเยี่ยม และนิเทศติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล และควบคุมกำกับให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐาน หากพบความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดช่องว่างระหว่างปัญหา ความผิดพลาด และความบกพร่องอันอาจก่อให้เกิดความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน จากกรณีศึกษาทางการพยาบาลในช่วงนอกเวลาราชการ

ประเด็นขัดแย้งที่อาจเกิดกับพยาบาลเวรตรวจการที่กล่าวมาในข้างต้น ถือว่าเป็นประเด็นที่ต้องใช้ทักษะและความสามารถในการแก้ปัญหาของพยาบาลเวรตรวจการอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางความเชื่อ และอยู่ท่ามกลางความไม่สงบที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อชีวิตของประชาชน ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข และผลกระทบต่อผลการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งในพยาบาลระดับปฏิบัติการ และผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากความยุ่งยากซับซ้อนของ ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ พยาบาลเวรตรวจการจึงเป็นบุคคลสำคัญ ที่ต้องทำหน้าที่ในการวินิจฉัย สั่งการ และบัญชาการ ประสานงาน ตลอดทั้งบริหารอัตราค่าจ้าง และเครื่องมือ ให้เหตุการณ์ผ่านไปด้วยความเรียบร้อย

5.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ

พยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ความคาดหวังของผู้รับบริการ และความซับซ้อนทางสุขภาพ ทำให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น (อรัญญา, 2545) ผนวกกับวิกฤตของสถานการณ์ที่รุนแรง ถึงแม้พยาบาลเวรตรวจการจะยึดหลักจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด แต่ก็ยังคงมีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานได้เสมอ (Calatano, 2003) ซึ่งส่งผลให้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลเวรตรวจการจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อรับทราบและหาวิธีในการเตรียมการเพื่อรองรับการแก้ไข

เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งจะส่งผลให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติของพยาบาลเวรตรวจการลดลง และหากขาดประสบการณ์ในการตัดสินใจ และไม่มี การนำหลักการทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพมาประกอบด้วย ก็อาจเกิดผลกระทบในด้านลบต่อวิชาชีพและศรัทธาของประชาชน ในพื้นที่ (วิภาดา, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่พบเพียงบางการศึกษาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ปกติ ดังเช่นการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย 140 คนในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ของวัชร (2551) พบว่า 1) ใช้รูปแบบการตัดสินใจโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) ขอความคิดเห็นจากผู้ร่วมงานด้วยการประชุมร่วมกัน 3) ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ปรีกษาผู้ตรวจการพยาบาล/หัวหน้างาน ในการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (ในสถานการณ์ปกติ) ของชนัญญา, อรัญญา, และอรนิช (2550) พบวิธีการที่ใช้ในการตัดสินใจคือ 1) ทำตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารอัตรากำลัง และการประสานงานภายใน/ภายนอก 2) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเชื่อ/ความต้องการ ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม ยินยอมให้ปฏิบัติตามความเชื่อ และการเจรจาต่อรองใกล้เคียง 3) ปรีกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย ปรีกษาผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าหอผู้ป่วย ปรีกษาผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ และ 4) ใช้แนวปฏิบัติของหน่วยงานเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ส่วนวิธีการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจจะเป็นไปในลักษณะ การทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจเหนือกว่า บริหารจัดการเพื่อคุณภาพการดูแล คงสัมพันธภาพที่ดี หลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน ปรีกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำเพื่อผลประโยชน์ของพยาบาล ปฏิบัติตามนโยบายแนวปฏิบัติของหน่วยงาน (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) สำหรับหลักการในการตัดสินใจของพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (ในสถานการณ์ปกติ) ของ ชนัญญาและคณะ (2550) ใช้หลักการ/เหตุผล คำนึงถึงด้าน ความรับผิดชอบ ประโยชน์/ความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณค่าและความเชื่อ ประสบการณ์ สิทธิผู้ป่วย นโยบาย/แนวปฏิบัติ และ กฎหมาย นอกจากนี้ วัชร (2551) พบว่าหลักการและเหตุผลที่หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่ 1) เป็นการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดกับผู้ป่วย 3) เพื่อให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการบริหาร 4) ใช้เป็นหลักฐานเพื่อลงโทษทางวินัยหากยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม 5) ปรีกษาผู้ตรวจการพยาบาล/หัวหน้างานซึ่งมี

ความรู้และมีอำนาจในการแก้ไขปัญหามากกว่า 6) เพื่อดำรงไว้ซึ่งความยุติธรรมในการเสนอความคิดเห็น ความชอบ

จากการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กล่าวมา เป็นสิ่งซึ่งทำให้พยาบาลเวรตรวจการต้องเตรียมความพร้อมในการรองรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในระดับสูงไม่เพียงจากการปฏิบัติงานในภาวะปกติที่ต้องบริหารจัดการทั้งผู้รับบริการ ผู้ป่วย และบุคลากร อีกทั้งการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงกับการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจ เกิดได้จากการปฏิบัติงาน โดยตรง และจากการที่บุคลากรทางการพยาบาลปรึกษา และขอความช่วยเหลือ ซึ่งจะเห็นได้ว่า พยาบาลเวรตรวจการจะต้องมีทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ดี มีประสิทธิภาพ ต้องรวบรวม วิเคราะห์และนำกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมาใช้ รวมทั้งปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ทั้งเรื่องของความแตกต่างทางด้านคุณค่า ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมมาประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

6. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ความหมายและความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert & Carpenter, 2003) ซึ่ง เพชรน้อย (2550) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่า เป็นศาสตร์ที่มุ่งเน้นอธิบายเฉพาะปรากฏการณ์ หรือสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิต เป็นการศึกษาหาคำจำกัดความ การรับรู้และเข้าใจ แก่นของความคิดอย่างถ่องแท้ เน้นปรัชญาที่กล่าวถึงแก่นของการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ เพื่อทำความเข้าใจถึงคนในโลก จากจุดเริ่มต้นของความเป็นจริง เป็นปรัชญานอกเหนือธรรมชาติ เกินกว่าจะเข้าใจ ส่วนอีกนัยหนึ่งของชาย (2547) ได้กล่าวถึงปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่า เป็นปรัชญาหรือทัศนต่อภาวะการณ์มีอยู่ ดำรงอยู่ (existence) ของมนุษย์ มากกว่าจะเป็นวิธีการวิจัย แต่ถูกนักวิจัยนำมาใช้เสมือนว่าเป็น “วิธีการ” เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา โดยที่โคเฮน, คานน์ และสติฟ (Cohen, Kahn & Steeves, 2000 อ้างตาม ชาย, 2547) ได้กล่าวไว้เช่นเดียวกันว่า ปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำการศึกษา จะเป็นอะไรก็ได้ที่นักวิจัยเห็นว่า มีแง่มุมที่น่าสนใจ หรือมีประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการต่างๆ อาจเป็นเรื่องธรรมดาหรือไม่ธรรมดาในชีวิตของคน อาจเป็นเรื่องที่สะเทือนอารมณ์ หรือเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ โดยที่เป้าหมายสำคัญของ

การศึกษา คือการหาคำตอบสำหรับคำถามว่า การได้ประสบกับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งนั้น มีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ที่ได้ประสบ หรือประสบการณ์เรื่องนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ที่ได้ประสบมาแล้วหรือที่กำลังประสบอยู่

ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ต้องอาศัยแนวคิด และทัศนะจากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ซึ่งเป็นปรัชญาประเภทจิตนิยม (idealism) ที่ซับซ้อน มีหลายแนวคิด (multifaceted philosophy) และพัฒนาไปหลายกระแส ชาวาล (Schwandt, 2001 อ้างตามชาย, 2547) ได้แบ่งแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาออกเป็น 3 กระแส โดยพิจารณาจากจุดยืนหรือจุดเน้นที่ต่างกันของนักคิดในปรัชญานี้กล่าวคือ :

(1) ปรากฏการณ์วิทยาอุตรวิสัย (transcendental phenomenology) ภายใต้นามของนักคิดของ Edmund Husserl (1859-1938)

(2) ปรากฏการณ์วิทยาภวนิยม (existential phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) และ Jean-Paul Sartre (1905-1980)

(3) ปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต (hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger (1889-1976)

ความแตกต่างในแนวคิดของนักคิดปรากฏการณ์วิทยา สามารถมองเห็นได้จากจุดเน้นทางปรัชญา เช่น จุดเน้นของฮัสเซิล (Husserl) เน้นเรื่องโครงสร้างของการรับรู้และประสบการณ์ของมนุษย์ โดยการศึกษามุ่งทำความเข้าใจว่า คนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบเพื่อทำให้โลกของตัวเองมีความหมายและสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร ในทางปฏิบัติแล้วข้อนี้ หมายความว่าผู้ศึกษาต้อง “มองเลยจากสิ่งที่เป็น ไปยังธรรมชาติของสิ่งนั้น” (from what is to the nature of what is) (Schwandt, 2001 อ้างตาม ชาย, 2547) ปรากฏการณ์วิทยาตามแบบของฮัสเซิล (Husserl) เป็นการศึกษาที่ค่อนข้างหนักไปทางด้านปรัชญาและจิตวิทยา และไม่ค่อยแพร่หลายในการวิจัยด้านสังคมศาสตร์

ส่วนไฮเดกเกอร์ (Heidegger) เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น ไม่ได้ให้ความสนใจโครงสร้างของการรับรู้ แต่เน้นการหาความหมายโดยการ “มองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏ (appearance) ไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น” การศึกษาตามแบบนี้ได้ถูกนำไปใช้ค่อนข้างแพร่หลายในการวิจัยเชิงคุณภาพของวิทยาศาสตร์และการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

แม้จะแตกต่างกันในจุดเน้น แต่ปรากฏการณ์วิทยาทุกรูปแบบ ก็มีลักษณะร่วมกันอยู่ อย่างหนึ่งคือ ปฏิเสธสัจนิยมเชิงประจักษ์นิยม (empirical realism) ซึ่งถือว่าสิ่งที่เป็นจริงจะต้องเป็น สิ่งที่สามารถรับรู้ได้จะต้องเป็นสิ่งทีรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป ด้วยทัศนะเช่นนี้ การวิจัย แบบปรากฏการณ์วิทยาจะพรรณาส่งที่ปรากฏคือ ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน (life-world) ของบุคคล แต่จุดมุ่งหมายของการพรรณานามิได้อยู่ที่สิ่งที่ปรากฏ (หรือสิ่งที่ประจักษ์) หากอยู่ที่การ ทำความเข้าใจว่าสิ่งที่ปรากฏนั้นว่า มีความหมายอย่างไรต่อผู้ที่ได้ประสบเป็นสำคัญ ดังนั้นใน การศึกษาจึงจำเป็นต้อง “เจาะลึก” ลงไปถึงสิ่งที่อยู่เบื้องหลังของปรากฏการณ์นั้นๆ (ชาย, 2547)

วิวัฒนาการการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

ฮัสเซิล (Husserl) ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา (จอณะจง, 2546) ซึ่งการศึกษาตามแนวคิดของฮัสเซิลได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จาก ประสบการณ์ของบุคคล (subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ (consciousness) และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก (life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจาก สิ่งแวดล้อมได้ การพัฒนาความรู้เน้นการค้นหาคำความจริง (essence) ที่ปรากฏอยู่โดยนักวิจัยใช้ ความสามารถในการหยั่งรู้ (intuition) ปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างปราศจากอคติ (bias) โดยใช้ กระบวนการจัดกรอบความคิด (bracketing) กำจัดความคิดล่วงหน้า หรือเก็บความคิด ความเชื่อ ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้นไว้เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ได้ตามความเป็น จริงมากที่สุด (phenomenology reflection) ต่อมาไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ซึ่งเห็นว่าคนเราไม่ สามารถจัดกรอบความคิดได้อย่างแท้จริง จึงพัฒนาแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ เฮอร์เมเนิวติกขึ้น (hermeneutic phenomenology) (จอณะจง, 2546)

ลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

สำหรับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) สามารถแบ่งได้เป็น 6 ประเภท คือ (Spiegelberg, 1964, 1975 as cited in Streubert & Carpenter, 2003)

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็น การศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลโดยตรง การวิเคราะห์ข้อมูล และบรรยายปรากฏการณ์แบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่มีการสมมติหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริงทั้งหมด โดยมีวิธี การศึกษา 3 ขั้นตอน คือ การหยั่งรู้หรือการเข้าไปปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (intuiting) การวิเคราะห์ ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายปรากฏการณ์ (describing)

2. การศึกษาเพื่อเน้นสาระสำคัญหรือแก่นของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นการค้นหาข้อมูลของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อค้นหาลักษณะหรือแก่นสาระสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์ที่ต้องการ โดยใช้ความคิด และจินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการเพิ่มมุมมองเข้าไปยังโครงสร้างที่สำคัญ และเชื่อมโยงในปรากฏการณ์นั้นๆ

3. การศึกษาเพื่อสังเกตการปรากฏขึ้นของปรากฏการณ์ (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ศึกษานั้น ปรากฏออกมา หรือการเฝ้าสังเกตความแตกต่างที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ ซึ่งนำไปสู่ความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ

4. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงโครงสร้าง (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการเกิดปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ทำให้สามารถมองเห็นภาพโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน

5. การศึกษาเพื่อตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีการกำจัดความลำเอียง โดยนักวิจัยต้องไม่นำพื้นฐานความเข้าใจ การอคติส่วนบุคคล อุดมการณ์ สมมติฐานและความเชื่อของตนเองไปรบกวนการศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก (interpretive or hermeneutic phenomenology) เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ โดยการค้นหา วิเคราะห์ และบรรยายประสบการณ์เหล่านั้นออกมาตามบริบทที่เกี่ยวข้องจากตัวหนังสือที่ได้จากการสัมภาษณ์ พื้นฐานการรับรู้ พื้นฐานส่วนบุคคล รวมทั้งภูมิหลัง สังคม วัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัย

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก (hermeneutic phenomenology)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก เป็นการศึกษาปรัชญา เกี่ยวกับมนุษย์ แนวคิดหลักของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮร์เมเนิวติกนั้นเกิดจากการที่ Martin Heidegger ได้ปรับมุมมองหมายของหลักปรัชญาแนวคิดและความหมายของปรากฏการณ์วิทยาใหม่ มีจุดเน้นที่ธรรมชาติของความจริง ธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่จริง (ontological) และการแปลความตีความ (hermeneutic) มารวมเข้าด้วยกันให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้พูด วัฒนธรรม และกิจกรรมทางสังคมที่ผ่านตัวบุคคลที่เป็นผู้ให้ความหมายและมีการแปลความ ตีความของความหมายนั้นออกมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสะท้อนถึงภูมิหลังที่บอกให้ทราบถึงที่มาของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาในปัจจุบัน และสามารถนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบในระดับธรรมชาติของสิ่งที่เป็นจริงที่

อยู่บนพื้นฐานของการแปลความและการตีความที่เกี่ยวกับการเป็นอยู่ของมนุษย์ (Spiegelberg, 1982 อ้างตาม วิชา, 2547) เห็นได้ว่าการศึกษาของไฮเดกเกอร์ เน้นความสำคัญของตัวบุคคล (person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเองซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ คือ ประสบการณ์ของคนๆ นั้น เป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้ (ประณีต และคณะ, 2543)

1. บุคคลที่เป็นผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง หรือวัฒนธรรมที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไม่ใช่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลที่ให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับ วัฒนธรรม ภาษา ภูมิหลังของแต่ละบุคคล และประสบการณ์ที่สั่งสมมา ทำให้การตีความสิ่งต่างๆ แตกต่างกัน ดังนั้นการทำความเข้าใจในการแสดงออกหรือความรู้สึกของบุคคลจึงต้องศึกษาในบริบทของคนๆ นั้น

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง เป็นการแปลความ ดีความที่มาจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodies) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้ โดยเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิตใจ สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากไฮเดกเกอร์จะให้ความสำคัญกับบุคคลแล้ว ยังได้ให้ความสำคัญกับสิ่งต่อไปนี้ (ประณีต และคณะ, 2543)

1. สิ่งแวดล้อม (world) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้

2. การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลได้รับหรือเข้าใจมาก่อนบวกกับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ คือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน

นอกจากนี้ไฮเดกเกอร์ได้ให้ความสำคัญต่อ “ภาษา” โดยอธิบายว่า การดำรงอยู่ในโลกมนุษย์ การพูดคุยเป็นเครื่องมือหลักของการสื่อสาร การพูดคุยเป็นคุณลักษณะหลักที่สำคัญของมนุษย์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ในระยะต่อมา การ์ดเมอร์ (Gadamer, 1976 อ้างตาม วิณา, 2547) ได้เพิ่มเติมและขยายความคิดที่สำคัญของไฮเดกเกอร์ โดยเพิ่มแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกอีก 2 ประการ ดังนี้

1. ภาษา เป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจเฉพาะในกลุ่มหรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้

2. การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษาขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลอคคิหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา ทำให้เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่เกิดความลำเอียง

การตีความตามแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกมีความเชื่อหลักคือ การทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต โดยผ่านวงจรเฮร์เมเนิวติก (hermeneutic circle) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ (Koch, 1995 อ้างตาม สุไฮดา, 2551) มีรายละเอียดดังนี้

1. ภูมิหลัง (background) เป็นวัฒนธรรมที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจว่าอะไรคือตัวตนที่แท้จริงของบุคคล

2. การทำความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding or for-conception or per-conception) เป็นพื้นฐานให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ที่มีในโลกเดียวกับภูมิหลัง วัฒนธรรม ซึ่งรวมทั้ง

ภาษาและการปฏิบัติ โดยสิ่งต่างๆเหล่านี้ ไม่สามารถกำจัด หรือกันออกไปได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด

3. การทำความเข้าใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (co-constitution) เป็นการทำความเข้าใจบริบทของบุคคลที่เป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นซึ่งไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้เนื่องจากบุคคลมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิด

4. การแปลความ ตีความ (interpretation) จะต้องทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานชีวิตของบุคคลร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคลเพื่อแปลความหมายได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ไม่มีการใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษา เหมือนการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) จึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งผู้วิจัย ได้กำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามแนวคิดของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการศึกษาวิจัย เป็นการสนับสนุนการอธิบายข้อสรุป และการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล เป็นสิ่งที่นักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่า การได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์มีความถูกต้อง คือ การระบุวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในพยาบาลเวรตรวจการที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานการณความไม่สงบในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดเทปเป็นข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค เพื่อบันทึกข้อมูลทั้งหมดให้ชัดเจน หากว่าข้อมูลที่ได้อาจคลุมเครือและไม่ครบถ้วน กำหนดข้อคำถามเพิ่มเติม เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป และนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบดังนี้

1.1 การตรวจสอบข้อมูลรายวันเป็นการตรวจสอบระหว่างการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ และการบันทึกจากการสังเกต แล้วนำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลถูกต้องหรือไม่ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

1.2 การตรวจสอบเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นข้อสรุปที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอ่านทบทวนอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และความเป็นจริงของข้อสรุปนั้นๆ

2. ความมีเสถียรภาพหรือความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) เป็นการตรวจสอบความเที่ยง หรือความสม่ำเสมอซึ่งไม่มีความเปลี่ยนแปลงของข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบภายนอก (inquiry audit) เพื่อยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับการให้ความหมายและความตรงประเด็นของข้อมูลกับเรื่องที่ศึกษา

3. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกอย่างตั้งแต่การเก็บข้อมูลตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีหลักฐานยืนยันที่แน่ชัดและสามารถตรวจสอบได้ เช่น แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์และเทปบันทึกเสียงสำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันผลการวิจัย

4. การนำไปใช้อ้างอิง/การนำไป ประยุกต์ใช้ (transferability) หมายถึงขอบเขตของข้อมูลสามารถนำไปอ้างอิงกับสถานการณ์หรือกลุ่มตัวอย่างอื่น โดยเฉพาะบริบทใกล้เคียงกันในลักษณะกว้างๆได้

5. การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำๆ กันหรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมขึ้นจากเดิม

จากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮอร์เมนิวติกดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จาก ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ เพื่อค้นหาความหมาย และการให้คุณค่าตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกอย่างถูกต้องตรงตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยการแปลความ ดีความ เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก เนื่องจากมีความสอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่

ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ ในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามี
 วรรณกรรม จำนวนไม่น้อย เกี่ยวกับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน
 ภาคใต้ ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ของประชาชนทุกสาขาอาชีพ
 รวมทั้งพยาบาล เห็นผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข และผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของ
 พยาบาล ส่วนวรรณกรรมในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจทางจริยธรรมส่วนใหญ่
 พบในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต่างๆ และพบเพียงบางส่วนในการบริหารงานของผู้บริหาร
 การพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ ทำให้เห็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่แตกต่างกัน รวมทั้ง
 หลักการ/แนวคิด/ทฤษฎีทางจริยธรรม กฎระเบียบ สิทธิ นโยบายและคุณค่าความเชื่ออย่างมีเหตุผล
 ในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท และสถานการณ์ที่เผชิญ ไม่พบ
 วรรณกรรมที่ศึกษาในพยาบาลเวรตรวจการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่จากการศึกษา
 วรรณกรรมในภาพรวม ทำให้ผู้วิจัยสามารถรับรู้และเข้าใจ ได้อย่างลึกซึ้งถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็น
 มูลเหตุต่อการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในภาพรวมของพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาล
 ทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจากวรรณกรรมดังกล่าว สามารถนำมาเชื่อมโยงให้เห็น
 ความสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดทั้งการทบทวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา จากเอกสาร
 และตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจในปรัชญาและระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อเตรียมดำเนินการใน
 การเก็บข้อมูล การบันทึก การจัดหมวดหมู่ และการกำหนดรหัสของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ตลอดทั้ง
 การตีความข้อมูลที่ได้ จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่แท้จริง ให้มีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตาม
 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่วางไว้ในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลทั่วไป ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 55 คน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลเวรตรวจการ ซึ่งหมายถึงพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับชำนาญการขึ้นไป และได้รับมอบหมายจากหัวหน้าพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ตรวจการนอกเวลาราชการและยามวิกาล ในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ปฏิบัติงานเวรตรวจการตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปนับถึงวันที่ให้ข้อมูล
2. อยู่ในตำแหน่งบริหารหรือไม่ก็ได้
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ

จริยธรรม จากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ

เลือกผู้ให้ข้อมูล ตามคุณสมบัติข้างต้นจนได้ข้อมูลที่อิมตัว ภายหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ ประวัติการศึกษา ประชุมอบรม สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรม การอบรมด้านการบริหาร และด้านการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 2 แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการใน สถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งครอบคลุมคำถามย่อยเกี่ยวกับการให้ความหมาย และความรู้สึกต่อ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เผชิญ วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านจริยศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล มีประสบการณ์วิจัยด้านจริยศาสตร์ และมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลเวรตรวจการที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 5 ปีขึ้นไปและจบการศึกษาปริญญาโทด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และความครอบคลุมในประเด็นสำคัญที่ศึกษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนในข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ขั้นเตรียมตัวของผู้วิจัย เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและมีความสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยเตรียมตัวดังนี้

1.1.1 เตรียมความรู้เกี่ยวกับแนวความคิดทางจริยธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักการทางจริยธรรม แนวคิดเกี่ยวกับจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ บทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษา

1.1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยศึกษาปรัชญาแนวคิดและหลักการ ตลอดจนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ อันจะนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ให้มากที่สุด

1.1.3 การเตรียมด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาจากทฤษฎีเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.4 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา โดยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการ ภาระเบี่ยงต่างๆขององค์กร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเก็บข้อมูล

1.2 การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และขอรายชื่อพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลนั้นๆ พอสังเขป พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานจากผู้ประสานงานที่ได้ติดต่อโดยสัมพันธ์ภาพส่วนตัว

2. ขั้นตอนดำเนินงานและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ

2.1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบพยาบาลเวรตรวจการแต่ละโรงพยาบาล เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายให้พยาบาลเวรตรวจการทราบว่า ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ พร้อมพูดคุยในเบื้องต้นเพื่อค้นหาพยาบาลเวรตรวจการที่มีประสบการณ์ ตามคุณสมบัติที่กำหนด เช่น การปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์ตรงในการเผชิญประเด็นปัญหาทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หากพยาบาลเวรตรวจการยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ ผู้วิจัยจะลงบันทึกชื่อไว้ และถามถึงวัน เวลาและสถานที่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ซึ่งจะนัดวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อม หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยก็จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ มีพยาบาลเวรตรวจการที่ยินดีถ่ายทอดประสบการณ์ จำนวน 18 คน ไม่พบการปฏิเสธการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล แต่ปัญหาที่พบบ่อยจะเป็นเรื่องข้อจำกัดของเวลาในการให้สัมภาษณ์ ในบางรายที่มีเวลาให้น้อยในแต่ละครั้งที่ไม่ไปสัมภาษณ์ ผู้วิจัยไม่ได้เร่งรัด แต่สัมภาษณ์เท่าที่มีเวลา

2.1.2 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเสียง เพื่อความสะดวกและถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูลซึ่งเทปบันทึกการสัมภาษณ์เก็บไว้เป็นความลับและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำเสนอโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.1.3 แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งโดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

2.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.2.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะดวก และพร้อมในการให้ข้อมูลในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว เช่น

ห้องพักพยาบาลที่ไม่มีเสียงดังรบกวนหรือคนพลุกพล่านไปมา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การสัมภาษณ์ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการใช้คำถามกระตุ้น (probe) ด้วยคำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่เผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ความหมาย และความรู้สึกต่างๆ ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ความไม่สงบ โดยผู้วิจัยจะถามต่อเนื่องจากคำตอบเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เพื่อเจาะลึกและสืบค้นในประเด็นที่ต้องการ ซึ่งผู้วิจัยต้องมีสติและคิดอยู่ตลอดเวลาว่า ต้องการถามอะไร เพราะการที่ผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกนึกคิดต่างๆ โดยใช้ข้อความที่สร้างขึ้น โดยการผสมผสานกับเทคนิคการฟัง การสะท้อน การบรรยาย การกล่าวซ้ำ และการเงียบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุม ระหว่างการเก็บข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ก็ได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว จำนวน 12 ราย (จาก 18 ราย ที่สมัครใจให้ข้อมูลในตอนต้น) โดยสัมภาษณ์ คนละ 2 -3 ครั้ง พบว่าผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย ที่ต้องมีการสัมภาษณ์ 3 ครั้งข้อมูลจึงอิ่มตัว

2.2.2 การบันทึกเทป ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกคำตอบของผู้ให้ข้อมูลได้ทั้งหมด ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และก่อนบันทึกเทปผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

2.2.3 การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากที่ทำกรสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละวันแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการถอดเทป มาบันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ อ่านข้อความจากการถอดเทป เพื่อเลือกข้อความที่เป็นคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย ความรู้สึก ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พยาบาลเวรตรวจการประสบขณะปฏิบัติงาน การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ประสบขณะปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ และทำการตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.2.4 สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะถามใหม่โดยเปลี่ยนคนถาม หรือเปลี่ยนคำถามอีกครั้ง ก็ยังได้คำตอบเดิม และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ

2.2.5 ตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังจากเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้องตรงกับกรบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลจริง โดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป และค้นหาแนวคำถามที่ต้องถามต่อ ในครั้งต่อไป แล้วนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นจริงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ ในขั้นตอนก่อนที่จะไปสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งที่ 2 หรือ 3 ผู้วิจัย อ่านสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งก่อนให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของข้อมูลที่ได้ทุกครั้ง พบว่ามีจำนวน 1 ราย ที่พบว่าการตีความตามนัยของคำพูดไม่ตรงกับความคิดของผู้ให้ข้อมูล จึงได้ทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลใหม่ให้ตรงกัน

2.2.6 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ มาสรุปเป็นข้อสรุปเบื้องต้น และอ่านบททวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟังเพื่อยืนยัน และตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อสรุปเป็นครั้งสุดท้าย ทำเช่นนี้กับผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ทำการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

1. โครงการวิจัยต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล
2. ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องของการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยต่างๆ มีการคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล หากการสัมภาษณ์ประสบความสำเร็จ ส่งผลต่อความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน จากผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือและแก้ไข โดยการให้โอกาสและเวลาในการทบทวน พิจารณาทางเลือกของความพร้อมในการพูดคุยต่อในครั้งนั้น หากไม่พร้อมจำเป็นจะต้องยุติการสนทนาทันทีอย่างไม่มีเงื่อนไข และอาจมีการนัดหมายใหม่ในโอกาสต่อไป

หากพร้อมที่จะให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลในการถอนตัวออกจากโครงการ ซึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการถอนตัวออกจากโครงการ แต่พบผลกระทบด้านจิตใจของผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่น้ำตาซึมคลอเบ้าตา เมื่อนึกถึงเหตุการณ์ที่ทหารมาถูกยิงจนหน้าและ ได้แสดงความเห็นใจและสอบถามถึงความรู้สึก และความสามารถในการพูดคุยต่อ แต่ผู้ให้ข้อมูลยืนยันที่จะให้ข้อมูลต่อและสามารถพูดคุยต่อได้โดยไม่ต้องยุติการสัมภาษณ์กลางคัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ไม่ได้เน้นข้อมูลที่เป็นตัวเลขหรือสถิติมายืนยันผลการศึกษาที่ชัดเจน ดังนั้น การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของ ลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นในขั้นของการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อค้นพบที่เกิดจากการวิจัยนั้น สามารถอธิบายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์การของพยาบาลเวรตรวจการ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ ในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ อย่างถูกต้อง โดยเริ่มต้นจาก

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำความรู้จักผู้ให้ข้อมูลทุกคนล่วงหน้าก่อนการสัมภาษณ์ โดยส่วนใหญ่รู้จักกันคืออยู่แล้ว มีเพียง 3 รายที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนและได้ทำความรู้จักโดยผ่านผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล และพูดคุยทำความรู้จักกันในวันสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนยินยอมให้ข้อมูลที่มีคุณค่าด้วยความเต็มใจ

1.2 กระบวนการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พยายามสร้างบรรยากาศในการพูดคุยแบบสบายๆ ไม่เคร่งเครียด และไม่ใช้คำถามรุก โดยใช้คำถามปลายเปิด โดยไม่สร้างความอึดอัดให้แก่ผู้ให้ข้อมูล บางคำถามอาจต้องปรับคำถามใหม่ในบางราย เช่นเรื่องการให้ความหมายผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าตอบยากในขณะที่สัมภาษณ์และมีการบันทึกเทป

1.3 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เพื่อยืนยันว่าข้อค้นพบที่รายงานนั้นเป็นตัวแทนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกไว้มาสรุปและนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

2. ความมีเสถียรภาพ หรือความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่าน เพื่อยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับการให้ความหมาย และความตรงประเด็นของข้อมูลที่ต้องการศึกษา ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มีความตรงในประเด็นที่ศึกษา พบเพียงการให้ความหมายบางประเด็น ไม่สะท้อนปัญหาที่เด่นชัดตามบริบทที่ศึกษา ตลอดจนการให้คำแนะนำในการตีความและให้ความหมายที่เชื่อมโยงในประเด็นชัดเจนทางจริยธรรม ตามการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลให้กระชับ

3. การนำไปใช้อ้างอิง/การนำไปประยุกต์ใช้ (transferability) โดยผู้วิจัยมีการอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด (thick description) ตลอดจนอธิบายปรากฏการณ์ เกี่ยวกับประเด็นชัดเจนทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ความไม่สงบได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่มีความเหมาะสมและคล้ายคลึงกับบริบทที่ศึกษา

4. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ เช่น เอกสารในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และเอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอน รวมทั้งการกำหนดรหัส (coding) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นชัดเจนทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ เพื่อความสะดวกในการค้นหา ตลอดจนเอกสารผลการศึกษาโดยจัดเก็บเป็นระบบพร้อมสำหรับการตรวจสอบ (audit trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความลำเอียงและอคติของผู้วิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซ์ซี (Colaizzi, 1978 as cited in Streubert & Carpenter, 2003) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. อ่านและทบทวนข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ทั้งหมด ที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูล

2. อ่านทบทวนรายละเอียดทั้งหมดอีกครั้ง และดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญเกี่ยวกับประเด็น ที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ความหมาย ความรู้สึก และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจ จากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3. ทำความเข้าใจกับการให้ความหมายในแต่ละข้อความ หรือประโยคที่สำคัญนั้น ของผู้ให้ข้อมูลและนำไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

4. นำข้อความหรือประโยคต่างๆ ที่ได้ให้ความหมายแล้วมาจัดกลุ่มเป็นหัวข้อ ซึ่งแต่ละหัวข้อต้องสอดคล้องกับข้อความหรือประโยคที่สำคัญและนำหัวข้อที่ได้ทั้งหมดไปตรวจสอบกับข้อมูลเดิมอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง

5. อธิบายรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่ได้ในแต่ละหัวข้อให้มีความชัดเจน โดยเขียนให้มีความต่อเนื่องและมีความกลมกลืนระหว่างข้อความหรือประโยคในขั้นตอนนี้ต้องพยายามตัดข้อมูลในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไป

6. นำรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่เขียนไว้อย่างชัดเจนมารวมกัน เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถเป็นไปได้ของปรากฏการณ์ที่ได้มา

7. มีการตรวจสอบความตรงของปรากฏการณ์ ที่ได้ว่ามีความตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ โดยนำข้อสรุปได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าเป็นความจริงที่บรรยาย และอธิบายมาหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายเป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ที่แท้จริงจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลเวรตรวจการที่ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของข้อมูลในเบื้องต้น หลังจากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งในขั้นสุดท้าย ก่อนที่จะสรุปเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมซึ่งเป็นประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมกับบันทึกเทป โดยมีผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเวรตรวจการ 12 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึงเดือนมีนาคม 2553 ซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ
2. ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ
3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ
4. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ
5. หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 1

จำนวนของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=12)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน |
|---|-------|
| อายุ (ปี) 39 – 44 | 2 |
| 45 – 50 | 6 |
| 51 – 56 | 4 |
| เพศ หญิง | 12 |
| ศาสนา | |
| พุทธ | 7 |
| อิสลาม | 5 |
| สถานภาพสมรส | |
| คู่ | 9 |
| โสด | 3 |
| ระดับการศึกษา | |
| ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือ ปริญญาตรี | 12 |
| หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน | |
| หอผู้ป่วยใน | 7 |
| แผนกผู้ป่วยนอก | 3 |
| หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน | 2 |
| ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ (ปี) | |
| 2 – 5 | 4 |
| 6 – 10 | 5 |
| มากกว่า 15 | 3 |
| ตำแหน่งทางวิชาชีพและประสบการณ์ในตำแหน่ง | |
| ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน (ปี) | |
| 1 – 5 | 3 |
| 6 – 10 | 2 |
| 11 – 15 | 2 |
| มากกว่า 15 | 2 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน |
|--|-------|
| ประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลประจำการ (ปี) | |
| 6 – 10 | 1 |
| 11 – 15 | 1 |
| มากกว่า 15 | 10 |
| การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา | 11 |
| หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรม* | |
| กฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพ | 11 |
| จริยธรรมทางการพยาบาล | 9 |
| สิทธิผู้ป่วย | 9 |
| จริยธรรมกับกฎหมาย | 7 |
| จริยธรรมทั่วไป | 7 |
| ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม | 6 |
| ความเสี่ยงทางจริยธรรม | 6 |
| การตัดสินใจเชิงจริยธรรม | 4 |
| อื่น ๆ .. (การไถ่ถอนเมื่อมีประเด็นขัดแย้ง) | 1 |
| การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ทางด้านการบริหาร | 9 |
| หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ทางด้านการบริหาร* | |
| การบริหารทางการพยาบาล | 9 |
| จริยธรรมสำหรับผู้บริหาร | 7 |
| หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น | 6 |
| การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับผู้บริหาร | 5 |
| การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ | 11 |
| หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้* | |
| การซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบ | 10 |
| สถานการณ์ความไม่สงบทั่วไป ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ | 8 |
| การเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ | 6 |
| การบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ | 4 |

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 12 ราย โดยมีอายุอยู่ในช่วง 45-50 ปี มากที่สุด 6 ราย รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 51-56 ปี มีจำนวน 4 ราย ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธ 7 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 5 ราย มีสถานภาพสมรส คู่ 9 ราย โสด 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการศึกษาสูงสุด ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท 4 ราย ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 7 ราย แผนกผู้ป่วยนอก 3 ราย หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลเวรตรวจการ 6-10 ปี จำนวน 5 ราย รองลงมา 2-5 ปี 4 ราย และมากกว่า 15 ปี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน 1-5 ปี จำนวน 3 ราย รองลงมา 6-10 ปี 2 ราย 11-15 ปี 2 ราย และมากกว่า 15 ปี 2 ราย ไม่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล มากกว่า 15 ปี 10 ราย 11-15 ปี 1 ราย และ 6-10 ปี 1 ราย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูล 11 ราย ได้รับความรู้เกี่ยวกับจริยธรรม โดยหัวข้อที่ได้รับคือ กฎหมายจริยธรรม 11 ราย รองลงมาคือ จริยธรรมทางการแพทย์และสิทธิผู้ป่วย จำนวน 9 ราย เท่ากัน หัวข้อที่ได้รับการอบรมน้อยที่สุดคือ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม จำนวน 4 ราย สำหรับการอบรมทางด้านการบริหาร ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้ 9 ราย ได้รับการอบรมด้านการบริหารการพยาบาลมากที่สุด จำนวน 9 ราย รองลงมาคือ จริยธรรมสำหรับผู้บริหาร จำนวน 7 ราย และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับผู้บริหาร มีจำนวน 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 11 ราย โดย 10 รายได้ซ่อมแผนกอุบัติเหตุจากสถานการณ์ความไม่สงบ มีเพียง 4 รายที่ได้รับการอบรมการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบ

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล 12 ราย มีดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 49 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท เริ่มต้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรมเป็นเวลา 5 ปี และแผนกผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 20 ปี ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เป็นเวลา 2 ปี และพยาบาลเวรตรวจการเพียง 2 ปี ทุกครั้งที่มีสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ และทันทีที่รู้ว่ามีความไม่สงบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นกำลังหนึ่งในการช่วยเหลือทุกครั้งโดยไม่ต้องร้องขอ ด้วยความเต็มใจ เสียสละ เอื้ออาทรต่อเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนมนุษย์ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูล

ได้สะท้อนถึงการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ ที่เปรียบเหมือนเป็นผู้จัดการในสงคราม ที่ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของคนหลายคน ผู้ให้ข้อมูลได้นำความรู้เกี่ยวกับจริยธรรม และความรู้ทางด้านการบริหารการพยาบาลตลอดทั้งการเตรียมความพร้อม โดยการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบที่เคยได้รับความรู้มาประกอบการตัดสินใจ และประสบการณ์การตัดสินใจทางจริยธรรมที่ผ่านมาในแต่ละเหตุการณ์ จะเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าสำหรับผู้ให้ข้อมูลในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 46 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่สมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มต้นในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม มาโดยตลอด 24 ปี มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการมา 5 ปี เคยผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการพยาบาล กฎหมายวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย แต่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในบทบาทผู้บริหาร เป็นผู้ที่ยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติ และกฎระเบียบของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความรู้สึกที่เป็นตราบจากบทเรียนของการตัดสินใจที่ผิดพลาด และนำบทเรียนจากความผิดพลาดเหล่านั้นมาเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร เพื่อวางมาตรการป้องกันที่มีประโยชน์ต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่สมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 9 ปี และตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเช่นเดียวกัน 17 ปี มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ 16 ปี ที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ได้เผชิญมามากมาย แต่ผู้ให้ข้อมูลกลับมองว่าเป็นความท้าทายต่อการตัดสินใจในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความคิดในเชิงบวกต่อสิ่งรอบข้าง ไม่ตำหนิผู้อื่นจากความผิดพลาดในการทำงาน มองว่าการทำงานมีโอกาสผิดพลาดที่สามารถให้ออกมาได้ ผู้ให้ข้อมูลก็ได้สะท้อนถึงความรู้สึกที่ขัดแย้งเล็กน้อยต่อการจัดการในการแก้ไขความผิดพลาดที่ตนไม่ได้รับรู้ในเบื้องต้น แต่ต้องมาเป็นคนแก้ไขปัญหา ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการอบรมด้านจริยธรรม แต่ไม่เคยอบรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จึงต้องใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการตัดสินใจทุกครั้ง เคยได้รับการอบรมการเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อมีประเด็นขัดแย้ง

และอบรมผู้บริหารรวมทั้งมีโอกาสดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับอุบัติเหตุหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบอีกด้วย

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 45 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 6 ปี หออภิบาลทารก 11 ปี ก่อนดำรงตำแหน่งหัวหน้าหออภิบาลทารกเป็นเวลา 6 ปี ได้รับมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการและการศึกษาเป็นเวลา 6 ปีควบคู่ไปด้วย และมีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการเป็นเวลา 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการอบรมด้านจริยธรรม ด้านการบริหาร ตลอดทั้งได้รับการเตรียมความพร้อมการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่นำหลักฆราวาสธรรม มาเป็นคุณธรรมประจำใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะหลักขันติที่ต้องใช้ความอดทน ออกกำลังกายในระดับสูง ระมัดระวังต่อความเสี่ยงต่อด้านชื่อเสียง ภาพลักษณ์ขององค์กร และวิชาชีพพยาบาล จากความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าอย่างเบื่อบ่นถึงปัญหาที่ต้องเผชิญในลักษณะที่ต้องตามแก้ปัญหาที่ขาดการเตรียมการรองรับทั้งที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบ เหมือนวัวหายแล้วล้อมคอก

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 47 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก 17 ปี และตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นเวลา 8 ปี ได้รับมอบหมายเป็นแกนในการรับผิดชอบด้านการประกันคุณภาพในระดับองค์กรมาเป็นเวลา 6 ปี มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ 8 ปี ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการอบรมด้านจริยธรรม ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น แต่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีลักษณะภายนอกที่เค็ดเคียว เข้มแข็ง แต่แฝงไว้ด้วยความอ่อนโยนภายใน และอ่อนไหวทางความรู้สึกด้วยความเอื้ออาทร ต่อชีวิตที่สูญเสียจากสถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลพยายามบอกกล่าวถึงความรู้สึก ด้วยน้ำเสียงที่สิ้นเครือและน้ำตาที่คลอเบ้า เมื่อหวนนึกถึงความผิดพลาดจากการตัดสินใจที่ฝังใจไม่เคยลืม และเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นจนทุกวันนี้ เป็นผู้ที่ยพยายามผลักดันแนวทางปฏิบัติของทุกฝ่ายให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการเผชิญปัญหาอย่างไม่มิติศทาง (ตามยถากรรม) เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดจากแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 45 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่
 ใจการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำลังศึกษาต่อระดับปริญญา
 โท เริ่มต้นปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 1 เดือน และ
 หอผู้ป่วยสูติกรรมเป็นเวลา 22 ปี ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมเท่ากับ
 ประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ คือ 5 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาเคยรับการอบรม
 เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล และจริยธรรมทางกฎหมาย กฎหมายวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย ไม่เคย
 อบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ตลอดทั้งความเสี่ยงทาง
 จริยธรรม ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่เคยได้รับการ
 เตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ และการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่จาก
 สถานการณ์ความไม่สงบ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 52 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่
 ใจการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มต้นปฏิบัติงานใน
 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 13 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนก
 ผู้ป่วยนอก เป็นเวลาอีก 14 ปี ประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ 6 ปี ในรอบ 5 ปีที่
 ผ่านมาเคยรับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพ ไม่เคย
 อบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม จริยธรรมกับกฎหมาย ความ
 เสี่ยงทางจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย และไม่เคยเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา เกี่ยวกับด้านการบริหาร
 และเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 51 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่
 ใจการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่ง
 พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสูติกรรมเป็นเวลา 20 ปี ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหออายุรกรรม มาเป็นเวลา
 14 ปี มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการเป็นเวลา 20 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาเคยรับ
 การอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จริยธรรมทางกฎหมาย
 ความเสี่ยงทางจริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ
 สิทธิผู้ป่วย เคยรับการอบรมเกี่ยวกับทางด้านการบริหารเกี่ยวกับจริยธรรมสำหรับผู้บริหาร ผ่าน
 หลักสูตรผู้บริหารระดับต้นและการบริหารทางการพยาบาล ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการ

ตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับผู้บริหารและการอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เคยได้รับการซ่อมแผนปฏิบัติการหมูจากสถานการณ์ความไม่สงบ

ผู้ให้ข้อมูลที่ 9 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 53 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่สมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลาง เริ่มต้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรมเป็นเวลา 26 ปี มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าแผนกศัลยกรรมเป็นเวลา 7 ปี และย้ายมาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าตึกพิเศษรวมเป็นเวลา 4 ปี มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ 11 ปี เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในหลักศาสนาอิสลามอย่างลึกซึ้ง เป็นคนมีเหตุ มีผล ใจเย็น และสุขุม ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาเคยรับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ จริยธรรมทั่วไป กฎหมายวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม จริยธรรมทางกฎหมายและความเสี่ยงทางจริยธรรม เคยรับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นและการบริหารทางการแพทย์ แต่ไม่เคยรับการอบรมเกี่ยวกับเกี่ยวกับจริยธรรมสำหรับผู้บริหารและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สำหรับผู้บริหารเคยได้รับการประชุมเรื่องสถานการณ์ความไม่สงบทั่วไปใน 3 จังหวัด ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ การซ่อมแผนปฏิบัติการหมูจากสถานการณ์ความไม่สงบ และการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูลที่ 10 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 56 ปี เป็นผู้ที่มีอายุมากที่สุดในงาน ผู้ให้ข้อมูล นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่สมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เริ่มต้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 8 ปี มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้างานห้องคลอดเป็นเวลา 23 ปี และย้ายไปปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นเวลาประมาณ 1 ปี มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ 25 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เคยรับการอบรมจริยธรรมเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย ไม่เคยได้รับการอบรมทางด้านบริหาร ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ การซ่อมแผนปฏิบัติการหมู จากสถานการณ์ความไม่สงบและการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ก็ไม่ได้รับ การอบรมเช่นเดียวกัน

ผู้ให้ข้อมูลที่ 11 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 39 ปี เป็นผู้ที่อายุน้อยที่สุดในจำนวนผู้ให้ข้อมูล นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มต้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม เป็นเวลา 9 ปี และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นเวลา 10 ปี ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นเวลาเพียง 1 ปี มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการเพียง 2 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ไม่เคยรับการอบรมทางด้านบริหารสำหรับผู้บริหาร แต่มีโอกาสดำเนินการอบรมเกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทั่วไปใน 3 จังหวัด การเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบ การซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบ และการบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูลที่ 12 เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 44 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เริ่มต้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุเป็นเวลา 5 ปี และแผนกผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 17 ปี มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ 10 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยเข้ารับการอบรม เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ไม่เคยรับการอบรมทางด้านบริหารสำหรับผู้บริหาร แต่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบทั่วไปใน 3 จังหวัด ได้รับการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความไม่มั่นใจในการทำหน้าที่ในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการด้วยเหตุผลที่ไม่มีประสบการณ์ในตำแหน่งทางการบริหารมาก่อน

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2) เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพคล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม และ3) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลางระหว่างรัฐกับญาติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 12 รายได้สะท้อนถึงความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...สถานการณ์ที่ต้องให้เราเป็นผู้ตัดสินใจว่า น้องควรไปหรือไม่ควรไป.. ในการออกรับ ผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่เสี่ยงภัย ที่ขอความช่วยเหลือในยามวิกฤต จริงๆแล้วถ้ามีแนวทางชัดเจนก็ควรไป... แต่พอมีสถานการณ์ความไม่สงบเข้ามา แทนที่น้องจะไปทำหน้าที่ตามระบบที่วางไว้ จะต้องให้เราเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ระหว่างให้ไป กับไม่ให้ไป ... เหมือนเป็นการ ชี้นั้น ชี้นาย ระหว่างน้องกับคนไข้ ..แม้เราอยู่ในพื้นที่มานานก็จริง แต่ก็บอกไม่ได้ว่า เวลานั้น พื้นที่นั้นเสี่ยง หรือไม่เสี่ยงแค่ไหน เราก็ไม่รู้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

1.2 เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพ คล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย สะท้อนถึงความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพ คล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มันไม่ใช่บทบาทของพยาบาลแล้วตอนนั้น ถ้าเป็นพยาบาลเราต้องให้การดูแลคนไข้ แต่ที่นี่มีทั้งคน ทั้งอะไรมากมาย ที่ทำให้เราต้องเป็นคล้ายกับผู้จัดการ ที่ต้องเจอปัญหา จากการสั่งการ การประสานงานทั้งภายนอก ภายใน ...ทุกอย่างเข้ามาบีบคั้นรอบตัว ทั้งคนไข้ ทั้งญาติ ผู้ใหญ่ ทั้งนักข่าว ทั้งผู้ร่วมงานอีก ไม่ใช่ผู้จัดการที่นิ่งโตะนะ แต่เหมือนเป็นผู้จัดการในสงครามมากกว่า เหมือนกับอยู่ในจุดเกิดเหตุ เอาคนเจ็บมาอยู่ในเต็นท์ หยิบจับไม่ถูก จะเอาคนไหนก่อนดี พอคนมากันเยอะ ๆ เราต้องหยุดยืนอยู่นิ่ง ๆ คนเดียวก่อน ไม่นั่นจะวิ่งชนกัน ดูว่าใครทำอะไรอยู่ตรงไหน เราค่อยเติมที่มันขาดมันแหง คอยรับการร้องขอ เราต้องทำหน้าที่ประสานงานห้องผ่าตัด ห้องไอซียู ดึกส์ลีย์ เคลียร์เตียงข้างในอีก...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...เหมือนบทบาทของเรามันไม่ใช่สิ่งที่เราเข้าใจ ผู้ตรวจการที่เราเข้าใจจะต้องเป็นผู้เนเทศการพยาบาล แต่ในทางที่เป็นจริงแล้วมันไม่ใช่ เราต้องเป็นทุกสิ่งทุกอย่างในการจัดการ ถ้าให้คิดเหมือนเป็นผู้จัดการ มีความรู้สึก ว่า คนที่จะมาเป็นผู้ตรวจการได้ ต้องเป็นผู้จัดการใหญ่..แทนผู้บริหาร คนนู้น คนนี้ ในทุกเรื่อง ในรพ. ในเวลานั้น...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

1.3 เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลาง ระหว่างรัฐกับญาติ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลาง ระหว่างฝ่ายรัฐกับญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีผู้ป่วยถูกยิงเอ็กซเรย์พบกระสุนเข้าหัวใจ ตำรวจต้องการให้ผ่าเพื่อเอาหัวกระสุนไปประกอบการพิจารณาคดี...ตำรวจปิดภาระหน้าที่ให้เราคุยกับญาติ...ไม่มั่นใจว่าเป็นหน้าที่ของเราหรือไม่ที่ต้องไปคุยกับญาติ แทนที่ตำรวจต้องไปคุยกับญาติเอง... เพราะเราไม่ได้ต้องการหัวกระสุนสักหน่อย แต่มันเป็นทางรูปคดีที่ตำรวจต้องการ...ทั้งๆที่ญาติไม่ยินยอมให้ผ่า ญาติไม่ได้คิดถึงประโยชน์จากการเอาหัวกระสุนออก...แต่เค้าบอกว่าอย่ารบกวนคนตายเลย มันผิดหลักศาสนา ไม่ให้มีแผลใหม่ ญาติเองก็รับไม่ได้ที่จะต้องเอาศพไปผ่า เหมือนทำร้ายศพ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

2. ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และได้ให้ความหมายดังที่กล่าวมา ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นไว้ 5 ลักษณะ คือ 1) เครียด กดดันกับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยากและ เกินกำลัง 2) กลัวญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง 3) เคว้งคว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดยไร้อำนาจตามลำพัง 4) กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังใจเสริม และ 5) รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครียด กดดัน กับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยาก และ เกินกำลัง

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงความรู้สึก เครียด กดดัน กับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยาก และ เกินกำลัง ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... เครียดทุกครั้งเวลามีเหตุการณ์รุนแรง ตั้งรับไม่ทันเลย เราต้องตัดสินใจ ไม่รู้จะอะไร ยังไงก่อนดี ทั้งที่ห้องฉุกเฉิน ทั้งข้างใน เหมือนเราต้องรับผิดชอบทั้งโรงพยาบาลจริงๆเวลานั้น... ต้องรับผิดชอบเยอะ เกินความสามารถของเรา มันไม่แน่นอน.. สถานการณ์ไม่รู้จะเกิดตอนไหน การตามทีม โดมิโน ก็ไม่พร้อม...ขาดคน ขาดหลายอย่าง การประสานงาน การช่วยเหลือก็ล่าช้ากว่าในเวลาปกติที่ทุกอย่างมีความพร้อมกว่า... ห้องผ่าตัดจะเปิดทันทีเหมือนกลางวันก็ได้.. มีข้อจำกัดเยอะ นอกเวลา ตั้งรับไม่ค่อยไหว...”

(ผู้ให้ข้อมูลราย 6)

“...ก่อนขึ้นเวรก็เครียด ว่าคืนนี้จะเจออะไร พอรู้ว่ามีเหตุปั๊บ ยิ่งเครียดที่จะเตรียมรับ จะบริหารยังไงให้คนพอ ถ้าคนเจ็บมาเยอะ จะรับยังไงไหว จะทำยังไงให้มันลุล่วงไปด้วยดี ทั้งๆที่ หลายอย่างประเด ประดังเข้ามา เราต้องประเมินสถานการณ์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องคิวกับนักร้อง ต้องรองรับผู้หลักผู้ใหญ่ ขณะที่ ER ก็ชุลมุนกับคนเจ็บอยู่ เราต้องรับหน้าทุกอย่าง ต้องประสาน ต้องสั่งการ ต้องทำให้มันผ่านไปให้ได้ ภายใต้ภาวะกดดัน ต้องตัดสินใจเลือก ทั้งข้างหน้า ข้างหลัง รอบตัว ต้องเตรียมพร้อมทุกเรื่อง ถูกใช้งานคุ้มจนเกินกำลัง ทุกอย่างมันตกที่พยาบาลเวรตรวจการ เชื่อว่าเราแทนผู้บริหารระดับสูงนอกเวลาราชการ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2.2 กลัวญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง

ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงความรู้สึกกลัวกลัวญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราเอาศพผู้ป่วยจาก ห้องผ่าตัด มาที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อเคลียร์ศพ มีเพื่อนๆญาติๆ พยายาม พังประตูจะเข้ามาให้ได้...ตีกระจก...ทำไมถึงเข้ามาไม่ได้ เราต้องป้องกัน(safe) ไม่ให้ก่อความไม่สงบในโรงพยาบาล เราต้องกันญาติให้อยู่ในเขตที่ควรให้อยู่...ขณะกัน ญาติ...เรากลัว เพราะตำรวจยังไม่กล้า ยังอยู่ห่างๆ ปรก.ยังกลัวถูกยิง เราไม่รู้ว่าจะญาติแต่ละ คนมีปืนขนาดไหน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“...เหมือนหมอจะให้ไปตี 4 แต่ญาติก็มาต่อรองขอไปตี 3 แต่เราไม่ให้ไป การที่ เรายื้อเวลาที่ทำให้ล่าช้าออกไป ถ้าผู้ป่วยแย่แล้วตายขึ้นมาก่อน ส่งต่อ ญาติจะคิดยังไง ถ้า ผู้ป่วยเป็นอะไรไป ก็ทั้งกังวล แล้วก็กลัว... กลัว ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง กลัวญาติ ฟ้องร้อง ถ้าผู้ป่วยเป็นอะไรไป นอนไม่หลับคอยถามอาการจนตี 4 ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

2.3 เคว้งคว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดยไร้อำนาจตามลำพัง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงลักษณะเคว้งคว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดยไร้ อำนาจตามลำพัง ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เวลาอยู่ เเวตรวจการ แนวทางไม่ค่อยชัด แผนไม่ค่อยชัด พอดูมมา การที่เราจะ จัดคนให้พอต่อการบริการ...มันลำบากที่จะตัดสินใจ พอโทรตามบางคนให้เอารถไปรับ เพราะบ้านไกล และกลัวการเดินทาง มันเป็นไปได้ เพราะต้องเอารถไปรับผู้บาดเจ็บ เรื่องพวกนี้ไม่ได้รับการจัดการ เหมือนมันไม่เคลียร์ ปล่อยไปตามยถากรรม ใครจะเป็นคน โคนในภาวะเช่นนั้น เค้าจะปล่อยให้เราต้องตัดสินใจโดยตรง เวลาเราเจอเหตุแล้วแต่เวร แต่กรรม เราจะ ทำงานให้ได้แค่ไหน ถ้าองค์กรปล่อยให้มันเป็นไปตามดวง ไม่ใช่ให้เวร ตรวจการเดินภายใต้ความเคว้งคว้าง...ถ้ามีระบบที่ดีมารองรับ เราแค่จัดการ และตัดสินใจ ใน

บางเรื่อง ไม่ใช่ให้เราต้องแก้ปัญหาโดยขาดแหล่งสนับสนุน แล้วแต่บุญกรรม เมื่อมีปัญหา เรา *feed back* ข้อมูล แต่ก็ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“... เวลาที่ต้องออกนอก โรงพยาบาลกลางคืน แผน 1 ถ้าเจ้าหน้าที่ยอมไป แต่ ถ้าไม่ยอมไปน่าจะมีแผน 2 มารองรับ ถ้าไปไม่ได้แล้วเกิดคนไข้เสียชีวิต ใครจะรับผิดชอบ เราต้องแบกภาระ ทั้งที่ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น จะตัดสินใจยังงี้ดี ทำให้เราต้องแว้งคว้าง กับแนวทางที่ไม่ชัดเจน แล้วต้องมาเผชิญ เหมือนกรณีคนไข้จำเป็นต้องใช้ยา ยาไม่มีที่ โรงพยาบาล ต้องให้คนขับรถ ไปเอากลางดึก แต่เค้าปฏิเสธที่จะไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

2.4 กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงความรู้สึกกังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ครั้งหนึ่งมีระเบิดร้านอาหาร มีทหารจับ คนเจ็บเยอะมาก เราสับสน วิ่งเข้าวิ่ง ออกเพราะคนเจ็บเยอะ ไม่รู้จะทำอะไรก่อนดี ทำอะไรไม่ถูก เราต้องหากคนมาช่วยเราทำเองคนเดียวไม่ได้ กลัวไม่มีคนมาช่วย เวลาเกิดเหตุการณ์รุนแรง ที่มีคนเจ็บเยอะๆ กังวล และ ภาวนาทุกครั้ง ให้เค้ารับสายเวลาโทรตามคนนั้น คนนี้ ให้มาช่วย เราจะได้ไม่อยู่คนเดียว ภาระหนัก ของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ต้องแบกมันมีเยอะแยะ ถ้ามีพี่ ๆ เพื่อนๆ มาช่วย ก็จะมีคนมาแบ่งเบา คิดแล้ว กลัวแบบนี้แหละ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“...เวลาที่เจอเหตุการณ์บ่อย ครั้งแรกตื่นตื่น มาประมาณเกือบ 50 คน มีผู้ป่วยหนักบ้าง เบาบ้าง เรากลัวว่าจัดการได้ไม่ดี คนไข้ได้รับการช้า คนจะมาก็คน ลุ้นทุกครั้งว่าโทรตามแล้วจะมาก็คน ก็จะโล่งหน่อย ถ้ามีคนมาช่วยแบ่งงานออกไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“... กลัวหากคนส่งคนไข้ ไม่ได้ เวลาที่ต้องส่งต่อคนไข้ ปกติจะมีเวรอยู่แต่ไปส่งคนไข้ยังไม่กลับมา ... มีคนไข้ฉุกเฉิน ต้องส่งต่อด่วน ต้องหาคนที่ไม่อยู่เวร โทรหาหมดแล้วไม่มีใครไป ... เค้าก็กลัว กลัวเหตุการณ์ ระหว่างทาง เราบังคับใครไม่ได้ ยังมีเหตุการณ์บ่อย ๆ มักมี case หนักๆ ก็ต้องส่งต่อบ่อยขึ้น เครียดมากเลย เวลาหากคน refer ไม่ได้ คนที่จะไปมีน้อยหายาก ตอนหาเหมือนจะร้องไห้ คนไข้ก็จะตาย ญาติก็เร่งกันอีกๆ เวลาที่มาบีบคั้น สิ่งเหล่านี้มันบีบคั้น เวลาที่ล่วงเลย late ไปหลายชั่วโมง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

2.5 รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงความรู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราพยายามโน้มน้าวให้น้องไปตามหน้าที่... ไปแล้วเกิดปะทะระหว่างทาง น้องจะต้องทิ้ง ต้องช่วยเอาคนไข้ลงจากรถ ฝั่งน้ำเกลือ ลงหมอบข้างทาง... น่าสงสารคือนั่น กลับไม่ได้ ต้องนอนค้างที่ รพ.ยะลา... เรา รู้สึกผิดที่ส่ง น้องไปเจอเหตุการณ์ จนขวัญกระเจิง... เราไม่อยากให้เจอเหตุการณ์แบบนั้น... ยังจำได้... มันฝังใจไม่เคยลืม ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“...เราตัดสินใจไม่ให้น้อง EMS ออกไปรับคนไข้ตอนดึก หลังจากนั้นน้องปรึกษา ว่า ควรไปหรือไม่ควรไป การตัดสินใจในวันนั้น เท่ากับเราเป็นคนไปตัดสินใจ ซึ่งเป็นน้อง แต่ชีวิตคนไข้ มารู้ข่าวตอนเช้าว่าคนไข้ตาย วันนั้นน้องปลุกตี 2 ... เราตัดสินใจไม่สมบูรณ์ ไม่รอบด้าน เราน่าจะซักข้อมูลให้มากกว่านี้ ถ้าเป็นไปได้ไม่อยากยืนอยู่จุดนี้ ทางผู้้นก็ไม่ดี ทางนี้ก็ไม่ดี ... ผ่านไปนานแต่ยังจำได้ อย่างฝังใจ ยังคาใจอยู่จนทุกวันนี้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลเวรตรวจการผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นไว้ 7 ประการ คือ 1) ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วย จะเลือกอะไร 2) การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ 3) จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพและผ่านการรับรองได้อย่างไรภายใต้ความขาดแคลน 4) ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย 5) ห่วงหน้าพะวงหลังระหว่างหน้าที่กับครอบครัว 6) อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา และ 7) ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ไม่อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วย จะเลือกอะไร

ผู้ให้ข้อมูล 11 ใน 12 รายได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วยจะเลือกอะไรใน 2 ลักษณะ คือ 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย กับการเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในยามวิกฤต และ 2) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยถูกทำร้ายซ้ำ

3.1.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วย กับการเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในยามวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นทางเลือกระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วย กับการเสี่ยงของเจ้าหน้าที่นอกโรงพยาบาลในยามวิกฤตใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ ในการส่งต่อผู้ป่วย กับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) การออกไปช่วยชีวิตผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ กับความเสี่ยงต่อชีวิตเจ้าหน้าที่ และ 3) การเดินทางเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วย กับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่

3.1.1.1 ความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ ในการส่งต่อผู้ป่วย กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้สงสัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ ต้องส่งต่อไปผ่าตัดตอน 5 ทุ่ม แพทย์ศัลยกรรม
ไม่อยู่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลละลาว่าเหตุการณ์ไม่ค่อยดี ขณะที่ญาติก็จะเร่งที่จะไป...เรา
ก็ห่วงความปลอดภัยของน้องและทุกคน ถ้าให้ไปเลยก็เสี่ยงกับทุกคนจากสถานการณ์...มัก
มีการปะทะ การเผา ยาง ทางก็ไกล 150 กว่ากิโล ...ต้องผ่านพื้นที่สีแดงหลายจุด แต่ถ้าช้า
คนไข้ได้รับการผ่าตัดไม่ทัน อาจมีอาการแทรกซ้อนระหว่างรอ น้องเวรก็เครียดที่ต้อง
ยืดเวลา กลัวไส้ติ่งแตก ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3.1.1.2 การออกไปช่วยชีวิตผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ กับความเสี่ยงต่อชีวิต

เจ้าหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้บอกเล่าถึงประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้น
ระหว่างการออกไปช่วยชีวิตผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ กับความเสี่ยงต่อชีวิตเจ้าหน้าที่ ดังคำบอกเล่า
ต่อไปนี้

“...เกิดเหตุชุ่มล้อมโจรอยู่ที่หนองจิก ผู้ว่าราชการประสานผ่านตำรวจมาขอหน่วย
ปฐมพยาบาลออกไปประจำ ณ จุดเกิดเหตุ...อีกชั่วโมงจะเข้าโจมตี โดยนโยบายของเราจะ
ไม่ส่งหน่วยปฐมออกนอกเขตอำเภอเมือง แต่ถ้าไม่จัดน้องไปเหมือนเราขัดคำสั่งผู้ใหญ่ แต่
ถ้าให้ไปน้องจะอันตรายเปล่า ถ้ามีคนเจ็บใครจะช่วย เป็นหน้าที่ของสาธารณสุขที่ต้อง
รับผิดชอบ จะทำยังไงดี...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...ตี 2 น้องเวร EMS โทรมาให้เราตัดสินใจว่าควรไปหรือไม่ควรไป รับผู้ป่วยหัวใจ
ล้มเหลวในหมู่บ้าน ทั่วๆที่น้องอยู่เวร EMS ซึ่งควรไปตามหน้าที่ และสามารถไปได้เลยเมื่อ
มีการร้องขอจากพื้นที่ เราอี้อัดเพราะถ้าตัดสินใจให้น้องไป น้องจะอันตรายหรือเปล่า ถ้า
ไม่ให้ไปคนไข้วิกฤตอยู่ก็มาไม่ได้ ไม่รู้อาการหนักแค่ไหน คิดถึงว่าน้องจะต้องเข้าไปลึกมัย
บ้านผู้ป่วยอยู่ในตึกที่นำกล้วยรีเปล่า สอ.ที่ตำบลนั้นก็เคยโดนเผา...เหตุการณ์ความไม่สงบทำ
ให้เราต้องเป็นคนตัดสินใจ ซึ่งเป็นชีวิต ถ้าให้น้องไปคือชีวิตน้อง แต่ซึ่งเป็นคนไข้ ถ้าไม่ให้
ไปก็เป็นการเสียชีวิตน้อง แต่ก็ต้องชีวิตคนไข้ เราไม่อยากทำเลย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“... 2 ทุ่มโรงพยาบาลโคกโพธิ์หรือโรงพยาบาลปัตตานีไปรับผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ
ระเบิดงานซักระที่โคกโพธิ์ มีคนเจ็บหลายคน รถโรงพยาบาลโคกโพธิ์ออกส่ง (refer)
คนไข้หนักไปยะลาแล้ว... จะให้ไปรีไม่ไปดี... อาจเสี่ยงกับระเบิดซ้ำ หรือ โคนตะปู
เรือใบระหว่างทาง... ถ้าไม่ไปคนเจ็บอีกหลายคนที่รอคอยการช่วยเหลืออยู่...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

3.1.1.3 การเดินทางเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วย กับความเสี่ยงของ เจ้าหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทาง
จริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการเดินทางเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ขาดแคลน กับความเสี่ยงของ
เจ้าหน้าที่ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... คี้นั้นมีคนไข้หนักหลายคนในตึก เครื่องช่วยหายใจ (เบิร์ต) ถูกใช้จนหมด
3 ทุ่มมีคนไข้โรคหัวใจส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน หมอให้ใส่เบิร์ต เครื่องก็ไม่มี ติดต่อ
หลายโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วย เติงก็เต็ม มีแต่เครื่องให้ยืม แพทย์จะให้ไปยืม ถ้าจะให้
น้องไปที่ 5 ทุ่มแล้ว ไปกลับ 100 กว่ากิโล เส้นทางก็ไม่ปลอดภัยยิ่งกันบ่อย เป็นห่วง
เจ้าหน้าที่ ถ้าเกิดอะไรขึ้นจะคุ้มมั๊ย แต่ถ้าไม่ไปยืมมา ผู้ป่วยคงแย่ ไม่รอดแน่ จะให้น้องมา
บีบambu จนเช้าก็ไม่มีคน เพราะงานล้นมือกันทุกตึก...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“... มีผู้ป่วยถูกงูแมวเซากัด ไม่มีวัคซีนสำรองที่โรงพยาบาล มีแต่วัคซีนงูกะปะกับ
งูเห่า แพทย์ให้ไปเอาที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตอนนั้น 4 ทุ่มกว่า คนขับรถก็กลัว
สถานการณ์ ไม่กล้าไป มีชื่อแม้ว่าถ้าไปแล้วจะขอกลับพรงนี้ จะรอให้เช้าก่อน เราเข้าใจ
และเป็นห่วงความปลอดภัยในชีวิตของเค้า แต่ผู้ป่วยก็ต้องรีบให้วัคซีน เพราะเสี่ยงต่อ
เลือดออก อาจตายได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

3.1.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ กับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยถูกทำร้ายซ้ำ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ กับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยถูกทำร้ายซ้ำ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีคนไข้โดนลอบยิงจากสถานการณ์ นอนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (สามัญ) มีญาติมาเยี่ยมเป็นจำนวนมาก แทบจะหมดยุบบ้าน เต็มพื้นที่ทั้งในตึกและนอกตึก นื่อง เชิญออกก็ไม่ได้ผล มันเป็นเรื่องของเค้า แต่เราก็ไม่รู้คนไหนญาติคนไหน โจรที่อาจมาทำร้ายซ้ำให้เสียชีวิตให้สำเร็จตามเป้าก็ได้ มีอะไรเกิดขึ้นนื่องเราจะไม่ปลอดภัยไปด้วย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“...ภายใต้ฝูงชนที่มาเยี่ยมกันมากมาย ด้วยความหวงใย ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของเค้า เราไม่รู้ว่ามีใครเป็นใคร ที่จะมาเยี่ยมจริง หรือจะมาดูผลงาน หรือจะมาทำงานให้สำเร็จ ถ้ายิ่งแล้วไม่ตาย คิดถึงว่าถ้าเกิดเหตุ นื่องอาจโดนลูกหลง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.2 การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับ การให้ความร่วมมือกับสื่อ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...พี่เข้าใจในบทบาทของเค้า แต่จะอย่างไรไม่มาละเมิดสิทธิของคนไข้ กำลังยับแผลบางคนไม่อยากเป็นข่าว ในห้องฉุกเฉิน อาจไปอยู่ ...เค้าทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้ข่าว ห้ามอีกทาง อีกทางก็มา มาหลายคน เชิญออกแต่ไม่ออก...คนไข้ไม่ค่อยรู้สิทธิ แต่เราเข้าใจสิทธิ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“...นักข่าวเค้าเขาก็อยากทำหน้าที่ของเค้า... อยากได้ข่าว อยากได้รายละเอียด เยอะ ๆ แต่โดยหน้าที่ของเราก็มีหน้าที่จะต้องปกป้องคนไข้ด้วย คนไข้ไม่ได้อยู่ในสภาพที่ สวยงามที่สุด เราคืออยากจะทำให้เกียรติกับคนไข้ บางที่เจ้าหน้าที่เค้าก็กั้นไม่อยู่ นักข่าว ก็ พยายามเข้ามาถ่ายๆๆๆ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

3.3 จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพ และผ่านการรับรองได้อย่างไร ภายใต้

ความขาดแคลน

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะ ที่จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ให้มีคุณภาพและผ่านการรับรองได้อย่างไรภายใต้ความขาดแคลน ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ที่มีปัญหาบ่อยเรื่องเตียงเต็ม ส่งไปตรงนู้นก็เต็ม ตรงนี้ก็รับไม่ได้...แต่ถ้า ผู้ป่วยไปอยู่จุดอื่น อาจไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ เพราะความชำนาญของเจ้าหน้าที่ พอมี สถานการณ์มองที่ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ยิ่งสถานการณ์เกิดบ่อยภาระงานก็เพิ่มขึ้น...เมื่อก่อน รับคนไข้แค่ 30 เตียงนี้ไม่จำกัดเกิน 40 แต่พี่ก็แค่ความรู้สึกน่อง อัตรากำลังกับภาระงาน มันเยอะไม่ค่อยสมดุล มีพยาบาลวิชาชีพ (RN) 1, พยาบาลเทคนิค (TN) 1 ว่างงานเดิมก็ ไม่ทัน จะต้องมาเคลียร์เตียงอีก น่องไม่สบายใจ ...คุณภาพ HA ก็จะทำให้ได้...ไม่มีความสุข ในการทำงาน ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“...มีอุบัติเหตุหมู่ จากเหตุระเบิดงานกาชาด ...วันที่ประสบเหตุมีคนมาช่วยน้อย ZONE เหลืองมีคนมาคนเดียว เรายังต้องการคนมาช่วยมากกว่านี้ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ก็มาประปรายในเวิร์ค ก็มีงานล้นมือ เจ้าหน้าที่ข้างนอกไม่กล้าเดินทางมา จะให้รถ โรงพยาบาลไปรับ ทั้งที่รถต้องไปรับผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ เค้าอาจกลัวจริงๆก็ได้ถึงไม่กล้า มา พี่ไม่มีสิทธิไปตัดสิน คนเจ็บก็หลายคน แต่คนช่วยก็น้อย จะให้ได้มาตรฐานคุณภาพ ได้ยังไง ก็คิดนะ ทุกอย่างมันวิกฤต ต้องเร่งรีบๆไปหมด แต่ยังไงก็ต้องช่วยให้รอดกันไว้ ก่อน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“...โรงพยาบาลเรา เดิมก็ขาดอัตรากำลังอยู่แล้ว...ตำแหน่งอยู่แต่คนไปช่วยราชการที่อื่น ...ยังมีสถานการณ์เข้ามา ต่างคนต่างขอย้ายออก มันขาดเพิ่มเป็น 2 เท่า คนที่อื่นมา พ่อแม่ก็เป็นห่วง.. หาทางวิ่งเต้นย้ายกลับ อีกพวกที่ ได้รับผลกระทบจริงๆ เช่นคนครอบครัวถูกฆ่าตาย ต้องย้ายด่วน เป็นความไม่แน่นอนของอัตรากำลัง ออกไปแล้ว ไม่มีคนกล้าเข้ามา แต่มีแผนพยาบาล 3,000 คน แต่ยังไม่จบ พวกเราอดคัดที่คนขาด..แต่ก็ยังถูกคาดหวัง ในเรื่องที่ต้องคงคุณภาพในการบริการให้ได้...เพื่อการรับรอง มันยากนะ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.4 ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีโทรศัพท์มา น้องต้องให้เราไปคอยรับ ทั้งๆที่ไกลาหลออยู่ เราไม่รู้ว่าเป็นคนที่โทรมาเป็นคนนั้นจริงมัย บอกว่าเป็นผู้ว่านะ แต่ไม่รู้ว่าเป็นผู้ว่าจริงมัย เราไม่มีหลักฐานที่จะรู้อะไรเลย คนนั้นเป็นคนที่ติดตามผลงานรีเปลา ใครก็โทรเข้ามาได้เพราะเป็นเบอร์โรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ใหญ่จริงๆ ก็ควรจะต้องรับรู้ข้อมูลโดยเร็ว เพื่อไปวางแผน... แต่ถ้าเป็นโจร จะให้ไปก็ไม่ดี เป็นผู้ก่อเหตุรีเปลา... ซึ่งมันจะเกิดอันตรายต่อคนบาดเจ็บได้ขัดแย้งในเรื่องแบบนี้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...การขึ้นชื่อผู้บาดเจ็บไว้บนกระดาน จะเป็นการเปิดเผยความลับคนไข้หรือเปล่านั้นฝ่ายตรงข้ามจะรู้ว่ายังไม่ตาย จะเตรียมวางแผนเก็บต่อไปหรือเปล่านั้นแต่ถ้าไม่เขียน ญาติก็ไม่ มีช่องทางในการสื่อสารและตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว รู้สึกขัดแย้งทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เคยเอาเข้าไปคุยในกรรมการสิ่งแวดล้อม แต่เค้ามองเป็นเรื่องการอำนวยความสะดวกมากกว่า เราอยู่เวรตรวจการก็ต้องมีภาระที่ต้องระวังเรื่องพวกนี้ให้มากขึ้น แต่ไม่รู้จะระวังได้ยังไง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.5 ห่วงหน้าพะวงหลัง ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะห่วงหน้าพะวงหลัง ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... พอรู้ว่ามิระเบิด เวลาอยู่เวรตรวจการ ทั่วๆที่รู้ว่าเรามีภาระหน้าที่ ที่ต้องจัดการ (manage) ในโรงพยาบาล แต่ก็ถือเป็นห่วงญาติพี่น้องไม่ได้ ไม่รู้ว่าคนที่ถูกระเบิดจะมีญาติพี่น้องเรารีเปล่า ที่ต้องโทรกลับบ้านให้เร็วที่สุดโดยจิตใต้สำนึก เพราะเดี๋ยวเค้าจะตัดสินใจโทรศัพท์ จะติดต่อกันไม่ได้ ต้องโทรก่อนเลย พ่อแม่พี่น้องอยู่ไหน อยู่กันครบมั๊ย ถ้าที่อยู่เวรที่จะสั่งไว้ว่าอย่าออกไปไหน เพราะเวรที่มักเจอระเบิดบ่อย วันนั้นระเบิดในตลาดใกล้บ้าน โทรหาแม่สั่งอย่าออกไปไหน เดี่ยวมีลูกที่ 2 ลูกที่ 3 มันระเบิดใกล้บ้าน งานในหน้าที่ก็ต้องทำใจก็กังวล ห่วงหน้าพะวงหลัง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“... พอรู้ว่ามิระเบิดที่ต้องถามก่อนว่าเกิดที่ไหน จะโทรถามว่าน้องๆ อยู่ไหน อยู่บ้านรีเปล่า ถ้าไม่อยู่จะโทรต่อว่าอยู่ไหน ติดต่อกันไม่ได้ใจก็กังวล จะโดนกับเค้าด้วยรีเปล่าที่จะรู้สึกห่วงคนใกล้ชิดมาก ระหว่างรอผู้บาดเจ็บ ก็ตั้งสติ คิดวางแผนไปในการที่ต้องเตรียมการรับเหตุการณ์ ในบทบาทพยาบาลผู้บัญชาการ (commander) ต้องประสานงานกับหลายฝ่าย แต่ใจก็กังวล...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

3.6 อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการ แต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะที่อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...มีเหตุการณ์ระเบิดทหารเก็บกู้ระเบิดเป็นชาวไทยมุสลิม ร่างกายฉีกขาดมาก เสียชีวิตขณะกำลังทำความสะอาด ญาติมาเร่งรัดขอรับศพกลับบ้านเร็วๆ ไปทำพิธีทางศาสนา โดยหลักการเราไม่สามารถคืนศพได้ทันทีขอแต่งศพให้เรียบร้อยสมเกียรติ เดี่ยวผู้บังคับบัญชาของเค้าจะมาดู ...ร่างกายเค้าไม่ครบส่วน เราจะต้องแต่งให้ไปในสภาพที่ดีที่สุด เพราะคุณเป็นผู้เสียสละเพื่อชาติ เราก็พยายามทำตามนโยบายของโรงพยาบาล เรา...”

บทบาทของเรา แต่ต้องยึดติดกับญาติ ...ถ้าให้กลับเลย ภาระเราไม่เรียบริ้อย เคี้ยวขามา ผู้บริหารมาจะโดนตำหนิว่าไม่บริหารจัดการให้อยู่ก่อน ถ้าไม่ให้กลับ กลัวญาติไม่พอใจ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“...มันอี้อัดและลำบากใจที่จะต้องเลือก ระหว่างการทำตามแนวทางนิติเวชในการผ่าศพ กรณีที่กระสุนฝังในทุก case จากการถูกลอบยิง...กับการทำตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่ต้องการหัวกระสุนไปประกอบการพิจารณาคดี ขณะที่ญาติไม่ยินยอมให้ผ่าศพ เพราะเค้าไม่ได้คิดถึงประโยชน์ในรูปคดีจากการผ่าศพเหมือนเรา แต่เค้าบอกว่าอย่ารบกวนคนตายเลย มันผิดหลักศาสนา ไม่ให้มีแผลใหม่เพิ่ม ญาติเองก็รับไม่ได้ที่จะต้องไปทำอะไร เหมือนเป็น การทำร้ายศพ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

3.7 ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ไม่อยากเห็นผู้ป่วยเป็นอันตราย

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงานแต่ก็ไม่อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...น้องเรา (พยาบาล) ต้องมานั่งรับความเครียดตรงนั้น ..คนไข้ ความดัน โลหิต เริ่มต่ำลง...รายงานไป ก็ให้สารน้ำ (IV) และให้ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ซึ่งมันไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด น่าจะพาไป เย็บเส้นเลือด ในห้องผ่าตัด มันเหนือหน้าที่ของเรา เราไปสั่งการเค้า (หมอ) ไม่ได้ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“...คนไข้ใส่ตั้งอีกเสบ หมอศัลย์ฯ ไม่อยู่ หมอใช้ทุนก็ไม่กล้าผ่าแต่เราผ่าไม่ได้ ไม่ใช่หน้าที่เรา...การช่วยมันอยู่เหนือขีดจำกัดของเรา...เราขัดแย้งในวิชาชีพ...คนไข้มาถึงโรงพยาบาลแล้วทำไมเค้าไม่ได้รับการรักษา..น้องหมอ(จบใหม่)ก็ไม่กล้าผ่า จริงๆเราอยากให้น้องหมอผ่า น่าจะฝึกประสบการณ์ เรามั้งคับเค้าผ่าไม่ได้ ...ผู้ป่วยรายนี้ เลยต้องส่งต่อ แต่ส่งต่อช้าไป 5 ชั่วโมง เพราะสถานการณ์ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

4. วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แบ่งออกเป็น 8 วิธี ได้แก่ 1) เลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด 2) เป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ 3) ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ 4) ปรึกษาหาคนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ 5) ขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ 6) หลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับทุกฝ่าย 7) ทำหน้าที่โดยไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว และ 8) ปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นอย่างมีคุณภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 เลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด

ผู้ให้ข้อมูล 11 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดย การเลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เค้า (ตำรวจ) มาหาเราเพื่อจะขอหน่วยพยาบาลออกไปประจำอยู่ที่จุดเกิดเหตุ ล้อมโจรอยู่ที่หนองจิก (ต่างอำเภอ)... อีก 1 ชั่วโมงข้างหน้า เค้าจะเข้าโจมตี เค้าจะขอหน่วยไป ปกติเราจะไม่มีการส่งหน่วยออกไป... เพราะถือว่ามันเป็นความเสี่ยงเราบอกว่าไม่ได้...แต่เราจะรอรับอยู่ที่นี้ มีอะไรคุณก็ส่งเข้ามา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...การให้ข่าวทางโทรศัพท์... ไม่บอกรายละเอียด บอกแค่จำนวนว่ากี่คน ..บอกเท่าที่ไม่เสียหายกับทางเรา ที่คำนึงถึงถ้าเค้าเป็นผู้ใหญ่จริงเค้ามีสิทธิได้ข้อมูล... แต่เราก็ปกป้องคนไข้ด้วย ถ้ามีเหตุร้ายตามมาจาก... เราต้องปกป้องเค้าด้วย ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...ไม่รู้ว่าจะโจรหรือผู้ใหญ่ ถ้าเป็นโจรให้ข้อมูลไปก็ไม่ดี เรายึดนโยบายโดยใช้ทักษะการปฏิเสธ บอกว่ากำลังวุ่นวาย ช่วยผู้ป่วยอยู่ ยังสรุปไม่ได้ ... ถ้าต้องการรายละเอียด ให้เข้ามาคุยกับท่านผู้อำนวยการ ...แต่เราก็อึดอัด เค้าอ้างว่าเป็นแม่ทัพอ้างนั่นอ้างนี่ เค้ามาบอกยกศบอตำแหน่ง ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

4.2 เป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยเป็นตัวกลางสื่อสารที่มีคุณภาพ ใน 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นตัวกลางไปเจรจากับญาติ 2) เป็นตัวกลางประสานงานในทีมสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 เป็นตัวกลางไปเจรจากับญาติ

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงวิธีการเป็นตัวกลางไปเจรจากับญาติดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ผู้ป่วยถูกลอบยิง ญาติมากันเต็มตึก น้องเขียวยังไงก็ไม่ออก เลยแจ้งเวรตรวจการ เพราะน้องจะมาเสียเวลากับเรื่องพวกนี้ไม่ได้ มี case ต้องดูแลเยอะแยะ เราต้องเป็นตัวกลางไปเจรจากับญาติ ที่ругกันเข้ามาด้วยหลายอารมณ์ทั้ง โกรธ เคียดแค้น เสียใจ ร้องไห้ ตกใจ หัวใจแทบสลาย โดยเฉพาะคนใกล้ชิด เข้าไป เเจรจา ชี้แจงระเบียบ ด้วยเหตุผลอย่างนุ่มนวล... และอนุญาตให้ญาติสลับกันเข้ามาดูและเฝ้าได้ครั้งละ 2 คน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

“...เวลาญาติมาเยี่ยมกันมากๆ เราต้องเข้าไปคุย โดยขอคุยกับญาติคนที่ใกล้ชิด ขอความร่วมมือ ชี้แจงเพื่อความสะดวก ไม่ให้มุงพร้อมกัน ให้สลับกันเข้ามา เปลี่ยนตัวกันเข้ามาเยี่ยม จะได้ระวังคนแปลกหน้าด้วย ถ้ามุงกันเยอะๆ ไม่รู้ใครเป็นใคร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

4.2.2 เป็นตัวกลางประสานงานในทีมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงวิธีการเป็นตัวกลางประสานงานในทีมสุขภาพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...คนไข้ ความดันต่ำลง รายงานไป ก็ให้สารน้ำ(IV)กับวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ซึ่งมันไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด น่าจะพาไป เย็บเส้นเลือด ในห้องผ่าตัด ก็น่าจะปลอดภัย คนไข้ น่าจะได้รับการรักษาที่ดีกว่านี้ ... พี่ต้องเป็นตัวกลางในการประสานงานกับหมอ หมอองอนนิตๆ พี่บอก คนนี้น่าจะเอาไป stop bleed นะหมอ ในที่สุดก็ต้องมา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

4.3 ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย กล่าวถึงได้เลือกใช้วิธีการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ป้องกันการถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและญาติ และ 2) ปฏิบัติต่อทุกฝ่ายด้วยความเท่าเทียม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 ป้องกันการถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วย/ญาติ

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 12 ราย ได้เลือกใช้วิธีการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและญาติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“...ที่ต้องการปกป้อง และพิทักษ์สิทธิ ของผู้ป่วยและญาติ เค้า(นักข่าว)ก็ต้องการภาพตามอาชีพ แต่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่สวยไม่งาม ฉีกเสื้อผ้าอยู่ เราต้องทำหน้าที่ปกป้องสิทธิ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“...ตำรวจถูกยิงส่งเข้านอนในตึกศัลยกรรม เจ้าหน้าที่เก็บของมีค่า (เงิน สร้อย ปืน)ของคนไข้... มีคนอ้างตัวเป็นเจ้านายมานอกเครื่องแบบ มาขอรับปืนของคนไข้ ซึ่งน้องไม่ให้ เค้าไม่พอใจ ไม่มีหลักฐานมาแสดง มันเป็นอาวุธที่เป็นส่วนตัวของคนไข้ เราต้องทำหน้าที่พิทักษ์ ปกป้องให้เค้า (ผู้ป่วย)...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

4.3.2 ปฏิบัติต่อทุกฝ่ายด้วยความเท่าเทียม

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติต่อทุกฝ่ายด้วยความเท่าเทียม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...พี่ว่า คนทุกคน ทุกศาสนา มัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ต้องตายอย่างสมศักดิ์ศรี พี่ไม่ได้เอาเรื่องศาสนามาเกี่ยวข้อง คนนี้เค้าเป็นคนดี เค้าเสียสละให้ชาติ ทุกคนต้องตายอย่างสมศักดิ์ศรี ถึงเป็นชาวเขาราก็ต้องทำเหมือนกัน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

4.4 ปรัชญา หาคณร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ได้ใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยการปรึกษาผู้อื่น ใน 3 ลักษณะ คือ 1) ปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย 2) ปรึกษาผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหารระดับที่สูงกว่า และ 3) ปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.4.1 ปรึกษาแพทย์

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการตัดสินใจโดยการขอคำปรึกษาแพทย์ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ดี 3 หมอจะส่งต่อคนไข้กระดูกต้นขาหัก ไปหาคุณใหญ่ ช่วงเกิดเหตุการณ์ใหม่ ไม่มีพยาบาลเวรส่งต่อ เหมือนทุกวันนี้ คนไข้ตึกไหนต้องส่งต่อเจ้าหน้าที่ตึกนั้นต้องเป็นคนไปส่ง ... พี่ไปเคาะถึงห้องน้อง น้องไม่กล้าไปตอนตี 3 น้องกลัว ช่วงนั้นยังกันทุกวันเลย น้องต้องรอไป 6 โมงเช้า เพราะเพิ่งลงเวรบายมา... พี่ไปประเมินคนไข้ด้วยตัวเอง ดี 3 แล้วไม่รู้จะโทรปรึกษาใคร พี่ตัดสินใจไปคุยปรึกษากับหมอ ว่าคนไข้ไปช่วงเช้าได้มั๊ย ... ถ้าน้องไม่ไป เราก็หาคนที่จะไปส่งไม่ได้แล้ว และ ไปประเมินผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ คุณากรเปลี่ยนแปลงให้ดี แต่คนไข้รายนี้ต้อง ซ้ำออกไป 3 ชั่วโมง กว่า จะ ไปส่งต่อได้ก็เช้า...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“...คนไข้ถูกยิงกระดูกสันหลังในหมอนจะผ่าตัดพรุ่งนี้... ผู้ใหญ่บ้านมาโวยวายเหมือนข่มขู่จะเอาคนไข้กลับ ... เราไม่อยากให้กลับ สงสารเด็กไม่ได้รักษา... จะไปปรึกษากันยังไง ... ยืนยันจะเอาคนไข้กลับให้ได้ เลยโทรไปปรึกษาหมอเวร หมอบอกว่า ก็ถ้ามีปัญหาทำให้กลับ สุดท้ายคนไข้ก็ต้องกลับ เราคงจะต้องฟังเค้า โดยให้แม่เซ็นยินยอมทั้งน้ำตา ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

4.4.2 ปรึกษาผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหารระดับที่สูงกว่า

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการขอคำปรึกษาผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหารระดับที่สูงกว่า ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เหตุการณ์นี้ มันไม่ใช่เรื่องเล็ก ๆ ... มันเกี่ยวข้องกับชีวิต ความเป็น ความตาย ...”

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใหญ่ ถ้าเราตัดสินใจผิดพลาดขึ้นมา ... ให้น้องออกไปถ้าเกิดอันตราย... เท่ากับเราสั่งให้น้องออกไปตาย... ปัญหาที่มันใหญ่เกินตัวเราไม่น่าตัดสินใจคนเดียว... เราต้องปรึกษาผู้ป่วยใหญ่เพื่อตัดสินใจที่ดีที่สุด ... เหมือนหากคนมาแชร์ความรู้สึกผิดถ้าเกิดอะไรขึ้น... พี่ตัดสินใจโทรหาหัวหน้าฝ่ายการ ฯ ..ปรึกษาผู้อำนวยการ(ผอ.)หรือรองแพทย์...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...เวลามีปัญหาขัดแย้งมากๆจากการทำงาน และตัดสินใจไม่ได้ จะโทรหาผู้ป่วยเช่นผอ. แจ่มกันไว้ก่อน ผอ.ก็มอบหมายให้เราจัดการ ถ้าตกลงไม่ได้อย่างไรให้รายงานเป็นระยะๆ...หลังจากได้โทรที่อุ่นใจ ผอ.รับฟัง และช่วยแนะนำแนวทางให้เราจัดการ และติดตามผลด้วย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

4.4.3 ปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการตัดสินใจโดยปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...บางครั้งที่ไม่มั่นใจในการตัดสินใจ ถ้าไม่ถึงกับวิกฤตหรือฉุกเฉินมากและมีเวลาพอที่จะโทรหาคนนั้น คนนี้ ก็จะโทรปรึกษาคนที่เคยเจอประสบการณ์ เพราะเค้าน่าจะมีทางออกให้เราได้ตามแนวทางที่เค้าทำ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

4.5 ขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เหตุการณ์กรือเซะ มีทหาร โคนพื้นเลือดอาบเข้ามาเต็ม ทำไม่เค้าทำรุนแรง น่าสงสาร ตกใจ กลัว ...แต่เราก็ต้องตั้งสติให้ได้ ...คิดแล้ววางแผนก่อนว่าต้องทำอะไร ก่อนหลัง จะตัดสินใจอย่างไร เราจะช่วยอย่างไร จะทำยังไง ช่วงที่เราติดต่อใครไม่ได้... เราต้องหากคนมาช่วยก่อน... เราทำเองคนเดียวไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

4.6 หลีกเลียงความขัดแย้งกับทุกฝ่าย

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการในการหลีกเลียงการขัดแย้งกับทุกฝ่ายดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...นักข่าวกรูกันเข้ามา...ถ่ายภาพคนไข้ก็ไปอยู่ ห้ามก็ไม่ได้...เราอยากพูดหน้าๆ ว่า คุณน่าจะมีจรรยาบรรณบ้าง แต่เราก็พูดออกไปไม่ได้ เดี่ยวจะไปทะเลาะกับนักข่าว เค้ามีสื่ออยู่ในมือ... เราใช้วิธีการ หลีกเลียงการกระทบกระทั่ง พูดจากับเค้าต้องควบคุมอารมณ์ ตั้งสติ สะกดอารมณ์ ใหม่ๆที่เริ่มจะโมโหแล้ว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“...ผู้ใหญ่ในหมู่บ้านมาพูดเสียงดัง...ข่มขู่จะเอาคนไข้กลับ ทั้งที่จะผ่าตัดพุงนี้ แม่ไม่กล้าพูดเพราะ กลัวอิทธิพล เราไม่รู้เรื่องครอบครัวแม่ลูกนี้ เราคงจะต้องฟังเค้า และไม่ อยากโต้แย้งทั้งที่อยากให้เค้าได้รักษา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

4.7 ทำหน้าที่โดยไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงวิธีการในลักษณะที่ขณะที่ทำหน้าที่อย่างไม่ละเลย ก็หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ห่วงก็ห่วงแต่โดยหน้าที่เราทิ้งไปไม่ได้... ทำหน้าที่ไปก็ต้องคอยดูว่าญาติเรา มีอยู่คนเจ็บที่ส่งมารีเปลา หรือไม่ก็ รอจนกว่าจะมีคนรู้จักมาให้ถาม ยังไงก็ติดต่อกันไม่ได้ ไม่มีสัญญาณ ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“...หลังระเบิด ติดต่อกันไม่ได้ มีหน้าที่คอยเราอยู่ เหมือนต้องปลอบใจตัวเองและคิดว่า บวกว่าญาติพี่น้องเราคงไม่มีใครไปแฉวนั้น จะคอยถามคนนู้น คนนี้ที่มาว่ามีญาติตัวเอง บ้างมั๊ย แต่ถ้าไม่มีใครให้ถาม คงต้องทำใจคอยดูจากกลุ่มผู้ประสบเหตุที่ถูกนำส่งโรงพยาบาล .. ถ้ามีญาติเราอยู่ในจำนวนนั้น ก็คงต้องยอมรับสภาพ ทำใจ อะไรจะเกิด มันก็ต้องเกิด...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

4.8 ปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นอย่างมีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ได้กล่าวถึงวิธีการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยการปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นให้มีคุณภาพ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ที่ต้องไปคูที่ตึกคนไข้ (ward) เองว่า พอที่จะช่วยขยายผู้ป่วยคนไหนได้บ้าง เวลาที่มีสถานการณ์ ที่มุ่งว่าถ้าอาการน่าเป็นห่วง น่าจะอยู่ตึกคัดสรรอุบัติเหตุ ที่ควรจะอยู่ในจุดที่คนชำนาญในการดูแลกว่า ward อื่น เราต้องตัดสินใจไปเคลียร์และย้าย โดยพิจารณาผู้ป่วยที่ปลอดภัยออก...เอาคนไข้ที่ใหม่ที่ต้องสังเกตอาการ (observe) ก่อน...”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

5. หลักการและเหตุผล ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แบ่งออกเป็น 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นบทบาททางวิชาชีพ 2) คำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต 3) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) การคำนึงถึงสิทธิ 5) ยึดตามระเบียบ/นโยบาย และ 6) ตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรมประเพณี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 เป็นบทบาททางวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย ได้กล่าวถึงหลักการ/เหตุผลที่เป็นบทบาททางวิชาชีพการพยาบาล ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ใน 4 ลักษณะคือ 1) ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่อวิชาชีพ/องค์กร/ผู้ป่วย/ญาติ และเจ้าหน้าที่ 2) การทำหน้าที่แทน 3) ความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพ 4) เป็นการให้เกียรติ เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1.1 ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่อวิชาชีพ/องค์กร/ผู้ป่วย/ญาติ และเจ้าหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 12 ราย ได้บอกถึงหลักการ/เหตุผลด้านความรับผิดชอบในหน้าที่ต่อวิชาชีพ/องค์กร/ผู้ป่วย/ญาติ และเจ้าหน้าที่ ที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราต้องรับภาระ ชีวิตหลายๆคน ในเหตุการณ์เดียวกัน ถ้าไม่สุดวิสัยจริงๆเราไม่ส่งต่อ (refer) เราต้องรับผิดชอบหลายๆชีวิตที่อยู่ในอุ้งมือเรา .. ถ้าไปแล้วเกิดอะไรขึ้นระหว่างทาง เราตัดสินใจแทนที่ไม่ได้ เราต้องรับผิดชอบต่อเวลาอยู่เผลอ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“...เรามีป้ายชื่อ ถ้าเราพูดจาไม่ออกไป เราไม่อยากจะเสี่ยงกับคนพวกนี้ ปากกาอยู่ในมือเค้า เค้าเป็นระบอบความเสี่ยงของสื่อ เค้ามีสื่ออยู่ในมือ เราไม่สามารถเข้าถึง เราโต้แย้งในภายหลัง ต้องไปตามแก้ มันไม่คุ้มกับสิ่งที่เสียไป เราต้องรักษาภาพลักษณ์/ชื่อเสียงขององค์กรและวิชาชีพ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

5.1.2 การทำหน้าที่แทน

ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 12 ราย กล่าวถึงหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการทำหน้าที่แทน ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... คนใช้น่าจะได้รับการรักษาที่ดีกว่านี้ ... ที่จำเป็นต้องไปพูดกับหมอแทนน้องๆแทนคนไข้ น่าจะเป็นทางเลือกที่จะทำให้คนไข้ดีขึ้นกว่านี้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

5.1.3 ความเอื้ออาทร ต่อเพื่อนมนุษย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 12 ราย กล่าวถึงหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ด้วยความเอื้ออาทร ต่อเพื่อนมนุษย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... เวลาเกิดเหตุการณ์ เราต้องมา ถ้าเราอยู่เผลอ เราก็อยากได้คนมาช่วย เพราะว่าเราทำไม่พบบาลเวรตรวจการต้องเป็นคนสั่งให้เปิดแผน ต้องบริหารจัดการหลายอย่าง ทำงานไม่ทัน บางครั้งไม่ต้องตาม ถ้าได้ยินเสียง ถ้าเกิดเหตุระเบิด เราก็อู้ มาเลย มาช่วยเพื่อนช่วยพี่ ช่วยน้อง เราช่วยเพื่อนมนุษย์ ช่วยคนไข้ เพราะมันเป็นหน้าที่เรา มันเหมือนน้ำใจ เป็นการแสดงความเอื้ออาทร ต่อทั้งคนไข้และเพื่อนมนุษย์...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

5.1.4 เป็นการ ให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 12 ราย ได้บอกถึงหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อเป็นการ ให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... พี่เลือกที่จะให้เค้าตายอย่างสมศักดิ์ศรี เค้าตายในหน้าที่ ต้องคลุมธงชาติเราจะทำให้ดีที่สุด ผู้ใหญ่ที่จะมา ก็ถือว่า เราได้ทำตามกติกาได้ทันเวลา ผู้บริหารฟังพอใจ พอผู้การและ ผู้กำกับมา เชิญผู้ใหญ่พาผู้ใหญ่ไปหาพ่อแม่เค้า เราให้เกียรติเขา เอาคนของเราไปหาเค้า ให้เกียรติเค้า...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“...เรายึดจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาล และหลักการดูแลผู้ป่วยให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จนวาระสุดท้าย ... ให้เกียรติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา เคารพสิทธิในการตัดสินใจของเค้า มองทั้ง 2 ฝ่าย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

5.2 คำนึกถึงความปลอดภัย ของทุกชีวิต

ผู้ให้ข้อมูล 11 ใน 12 ราย ได้กล่าวหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยการคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ช่วงสถานการณ์แย ๆ แบบนี้ ชีวิตทุกชีวิตมีค่า ถ้าไปแล้วเสี่ยง กับเหตุการณ์ระหว่างทาง จะไม่ปลอดภัยกับทุกคน .. คือเจ้าหน้าที่ คน ไข้ และ ญาติ ... ระยะเวลาต้องผ่านพื้นที่สีแดง ... การชะลอเวลาจนปลอดภัย มันจะ ปลอดภัยกับทุกคนมากกว่า...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“...เรา ต้องดูแลความเรียบร้อยที่ได้รับมอบหมายให้เป็นเวรตรวจการ เรายึดความปลอดภัยเป็นหลัก เราต้องประเมินความรุนแรง ประเมินสถานการณ์ ประเมินความเสี่ยง และคำนึงถึงความปลอดภัย ทั้งตัวเราเองและทุกคน ซึ่งมองว่าแทบจะต้องประเมิน และคอยวางแผนตลอดเวลาในการเป็นพยาบาลเวรตรวจการ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

5.3 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ได้บอกถึงหลักการ/เหตุผลที่ใช้โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ยิ่งสถานการณ์เกิดบ่อยภาระงานเพิ่มขึ้น...เดียงก็เต็ม เวลาที่มีผู้ป่วยสถานการณ์ถ้าอาการน่าเป็นห่วง เราต้องตัดสินใจไปเคลียร์และย้าย โดยพิจารณาผู้ป่วยที่ปลอดภัยออก...เอาคนไข้ที่มาใหม่ที่ต้อง observe ก่อน..น้องไม่มีความสุขในการทำงาน ...แต่ยังไงเราก็ต้องเอาคนไข้เป็นหลัก...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“... เราเห็นแก่ชีวิตผู้ป่วย เพราะรอไม่ได้ ถึงแม้เราจะสงสารน้อง เราพยายามโน้มน้าวให้น้องไปส่งต่อ แลมนไปเกิดเหตุการณ์ระหว่างทาง โดยน้องต้องทิ้งรถ ต้องเอาคนไข้ และญาติมาลงหมอบข้างทาง เพื่อให้ตำรวจเคลียทางให้เสร็จเรียบร้อย...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“...ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่ดีกว่านี้ พี่ว่าเราดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ ถ้า(คนไข้) เป็นคนคนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ เราควรดูแล...เราทำตามหน้าที่ แรกๆอาจจะโกรธ แต่นานไปก็อาจจะลืม พี่ยึดผู้ป่วยต้องเป็นศูนย์กลาง พี่ต้องกล้าเผชิญ พี่ต้องพูด หมอจะมาทำไม่ทำอีกเรื่องหนึ่ง...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

5.4 การคำนึงถึงสิทธิ

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ยึดหลักการ/เหตุผล ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการคำนึงถึงสิทธิใน 2 ลักษณะ คือ 1) การปกป้องสิทธิผู้ป่วยและญาติ 2) สิทธิที่เท่าเทียมที่ควรได้รับบนความต่าง ทางศาสนา และอัตลักษณ์

5.4.1 การปกป้องสิทธิผู้ป่วยและญาติ

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เราต้องรักษาสิทธิผู้ป่วย โดยการปกปิดร่างกาย ซึ่งมันเป็นสิทธิของเค้า ที่เราต้องรักษาตรงนี้ให้คนไข้ ถึงคนไข้ไม่ได้ร้องขอ เราต้องทำหน้าที่ตรงนี้ให้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“...ตำรวจถูกยิงอยู่ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ เก็บปืนและของมีค่าไว้รอญาติมารับ... มีคนมาอ้างตัวว่าเป็นเจ้านายมาขอรับเงิน ขอบป็น ขอสร้อย ซึ่งน้องไม่ให้ เค้าไม่พอใจ เค้าบอกว่าป็นหัวหน้าทำไมไม่ให้ไม่ได้เพราะเป็นส่วนของการราชการ แต่มานอกเครื่องแบบ เราได้ชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ระเบียบ และสิทธิผู้ป่วย มันเป็นอาวุธที่เป็นของคนไข้ เราต้องทำหน้าที่ ปกป้องให้เค้า (ผู้ป่วย)...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

5.4.2 สิทธิที่เท่าเทียม ที่ควรได้รับ บนความต่างทางศาสนา และอัตลักษณ์

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงหลักการ/เหตุผลโดยการคำนึงถึงสิทธิที่เท่าเทียมที่ควรได้รับบนความต่างทางศาสนา และอัตลักษณ์ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เรื่องการดูแลศพเมื่อตายแล้ว เค้าจะชาติ ศาสนาไหน ก็แล้วแต่ เราต้องทำ ...คนทุกคน ทุกศาสนา มันมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทุกคนต้องตายอย่างสมศักดิ์ศรี ถึงเป็นชาวเขาเราก็ต้องทำเหมือนกัน ...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“... เรานึกถึงคุณธรรมจริยธรรม ญาติเค้าต้องมารับศพ เราไม่ได้รู้สึกว่าเค้าเป็นโจร เค้าเป็นคน ... โจรกับคนดีมารักษา ในทางปฏิบัติเราเลือกไม่ได้ เราปฏิบัติเหมือนกัน คนรวย คนจน โจรมาป่วยมาแบบไหน รักษาเหมือนกัน จะปล่อยให้เค้าตาย เราทำไม่ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

5.5 ยึดตามระเบียบ และ นโยบาย

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 12 ราย ยึดหลักการ/เหตุผลโดยยึดระเบียบ และนโยบายในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“... คำรวจมาแจ้งว่าเกิดเหตุล่อมโจรที่หนองจิก ...มาหาเราเพื่อจะขอหน่วยพยาบาลออกไปประจำอยู่ที่จุดเกิดเหตุ ...อีก 1 ชั่วโมงจะเข้าโจมตี ...ปกติถ้าต่างๆอำเภอเราจะไม่มีการส่งหน่วยออกไป เพราะถือว่ามันเป็นความเสี่ยง...เราก็บอกว่าไม่ได้... โดยนโยบายแล้วเราไม่มีการส่งออกไป แต่เราจะรอรับ อยู่ที่นี่ มีอะไรคุณก็ส่งเข้ามา...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...เราต้องมารับภาระ ชีวิตหลายๆคน ในเหตุการณ์เดียวกัน เรายังเปรียบเทียบด้วย ถ้าไม่สุดวิสัยจริงๆ เราไม่ Refer เพราะเราต้องรับผิดชอบหลายๆชีวิต...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

5.6 ตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณี

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึง หลักการ/เหตุผล โดยตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณีใน 2 ลักษณะ คือ 1) วัฒนธรรมการเยี่ยมไข้ 2) ความเชื่อทางศาสนาอิสลาม ในการจัดการศพ

5.6.1 วัฒนธรรมการเยี่ยมไข้

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงการยึดหลักการ/เหตุผลด้าน วัฒนธรรม ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ญาติมาเยี่ยมกันมากๆ เราเข้าไปคุย ..โดยขอคุยกับญาติคนที่ใกล้ชิด ขอความร่วมมือ ชี้แจงเพื่อความสะดวก ไม่ให้มุงพร้อมกัน ให้สลับกันเข้ามา เปลี่ยนตัวกันเข้ามาเยี่ยม จะได้ระวังคนแปลกหน้าด้วย ถ้ามุงกันเยอะๆไม่รู้ใครเป็นใคร...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...ผู้ป่วยถูกลอบยิง ญาติมาเต็มตึก น้องเชยยังงี้ก็ไม่ออก โทรมแจ้งเวรตรวจการเราไปเจรจากับญาติ ที่กรุกันเข้ามาด้วยหลายอารมณ์ เราเข้าไป เจรจา ชี้แจงระเบียบ ด้วยเหตุผล อย่างนุ่มนวล... และอนุญาตให้ญาติสลับกันเข้ามาดูและเฝ้าได้ครั้งละ 2 คน...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

5.6.2 ความเชื่อทางศาสนาอิสลามในการจัดการศพ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึง หลักการ/เหตุผลด้านความเชื่อทางศาสนาอิสลามในการจัดการศพ ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...เขานับถือศาสนาอิสลาม ถ้าตายกลางวัน ต้องฝังให้เร็วก่อนตะวันตกดิน ให้เร็วภายใน 12 ชั่วโมง ...ถูกระเบิดตายตอนเช้า เค้าวางระเบิดกลางคืน พอเปิดร้านก็ถูกระเบิด ที่ประเมินแล้วว่าทันก่อน 6 โมงเย็น ... ไม่เป็นไรที่บอกว่าการทางราชการไปส่งให้ถึงที่เลย เราแคร์และเข้าใจว่าเป็นวัฒนธรรม ประเพณี ของเค้า...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“...กรณีอิสลามเสียชีวิต ถ้าต้องอยู่เพื่อเคลียร์หลักฐาน เรื่องต่างๆ กับทางโรงพยาบาล ที่คิดว่าไม่จำเป็นต้องรอ 2 ชั่วโมง ค่อยว่ากันทีหลัง เราเน้นหลักศาสนา เช่น ผู้ป่วยที่ถูกยิงมา ขอเลข 13 หลักให้ได้ก็จบ เพื่อทราบสิทธิในขั้นต้น ที่เหลือค่อยว่ากัน เรายึดวัฒนธรรมที่ต้องรีบจัดการ ฝังฝังภายใน 24 ชั่วโมงที่เป็นมุสลิม...”

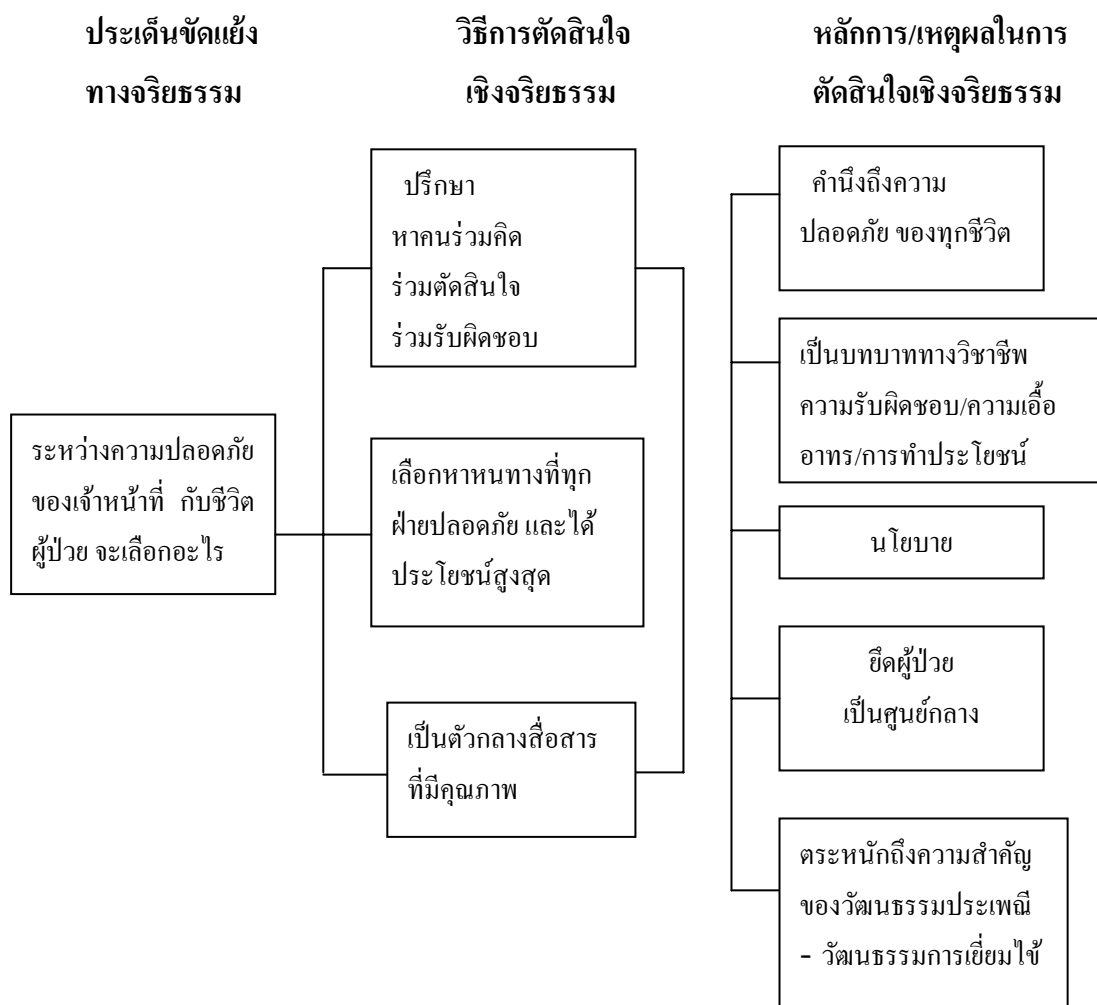
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

จากผลการศึกษาทั้งหมด สามารถสรุปความเชื่อมโยงระหว่างความหมาย ความรู้สึก ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดัง ภาพ 1.

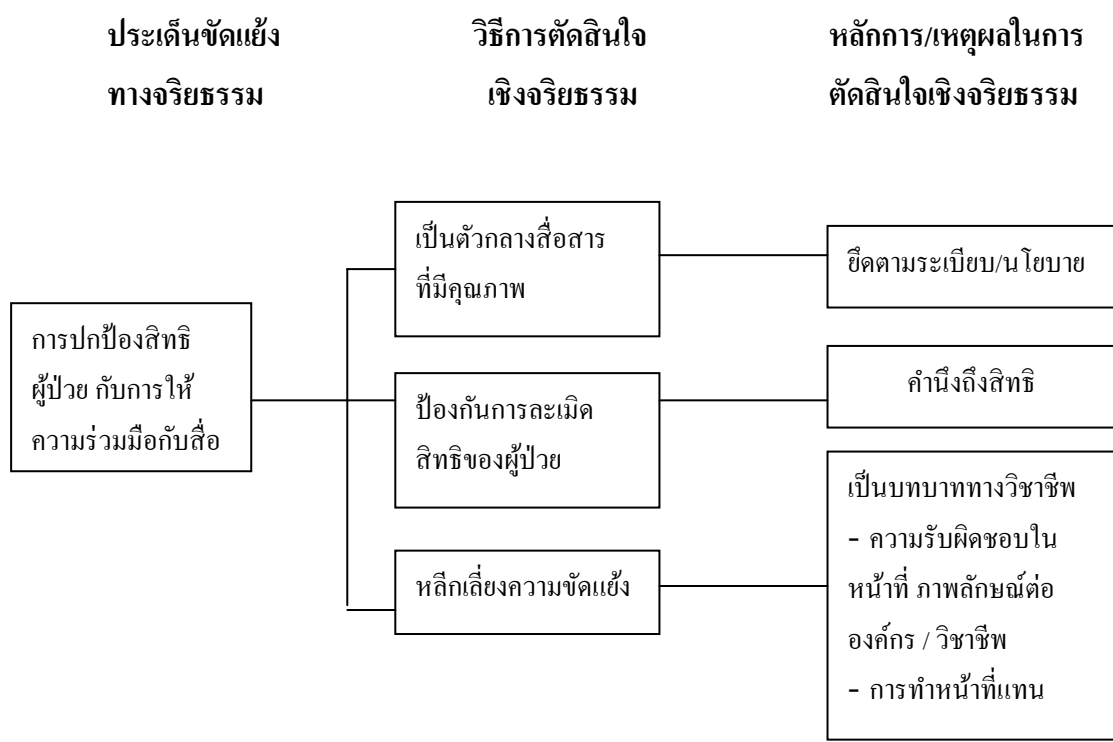


ภาพ 1 : สรุปปรากฏการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

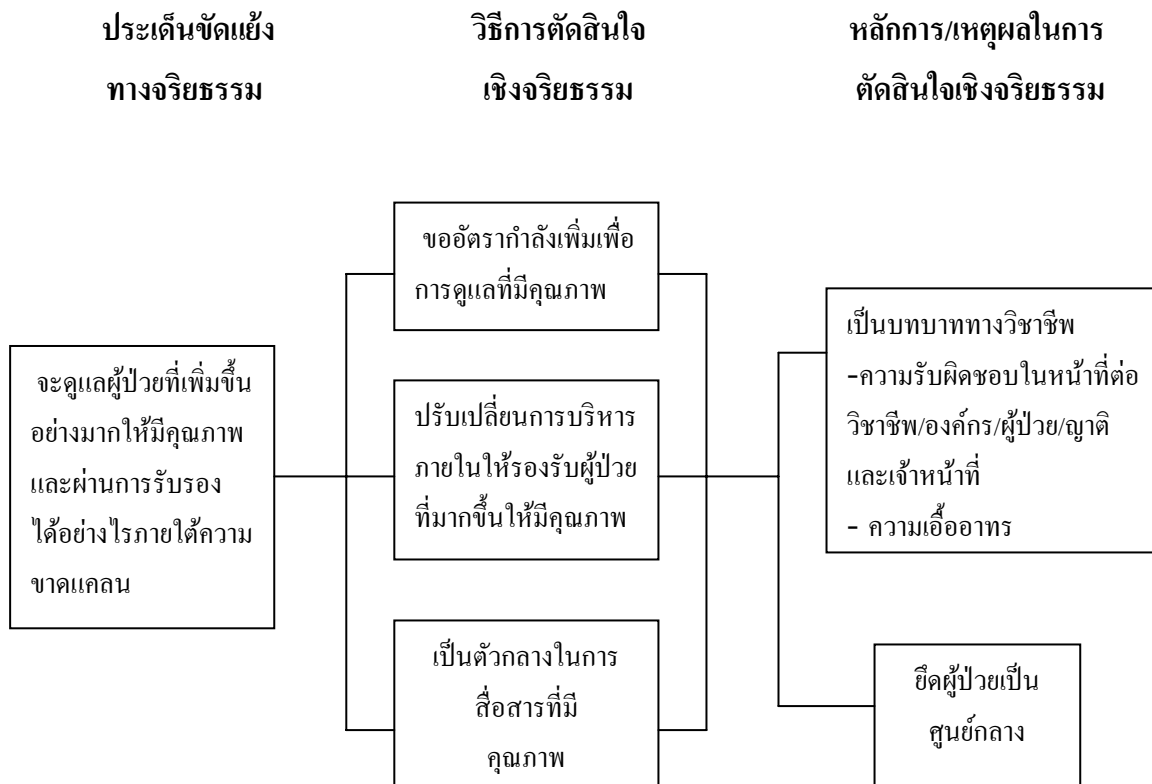
สรุปความเชื่อมโยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ
 หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดัง ภาพ 2-8



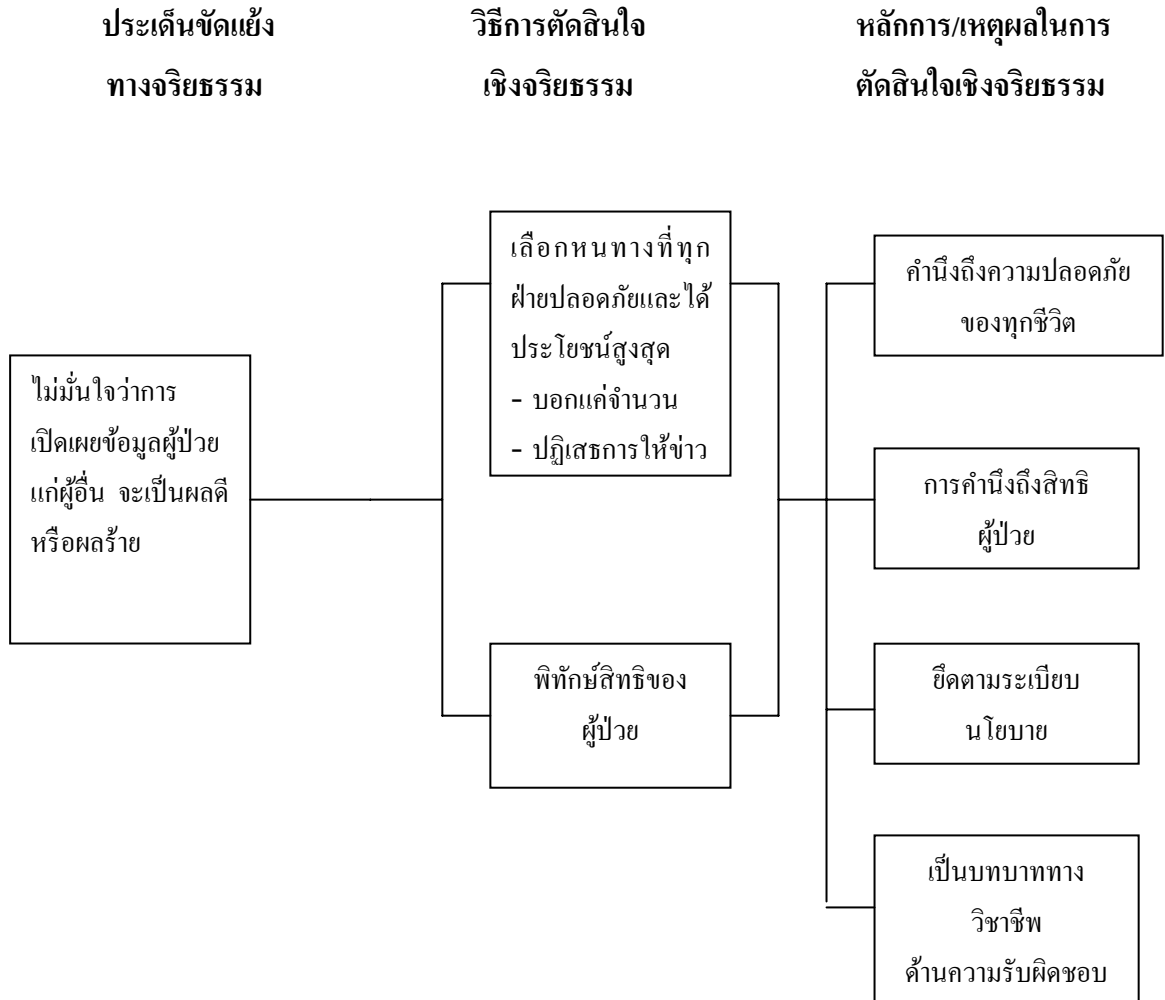
ภาพ 2: ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่กับชีวิตผู้ป่วยจะเลือกอะไร กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



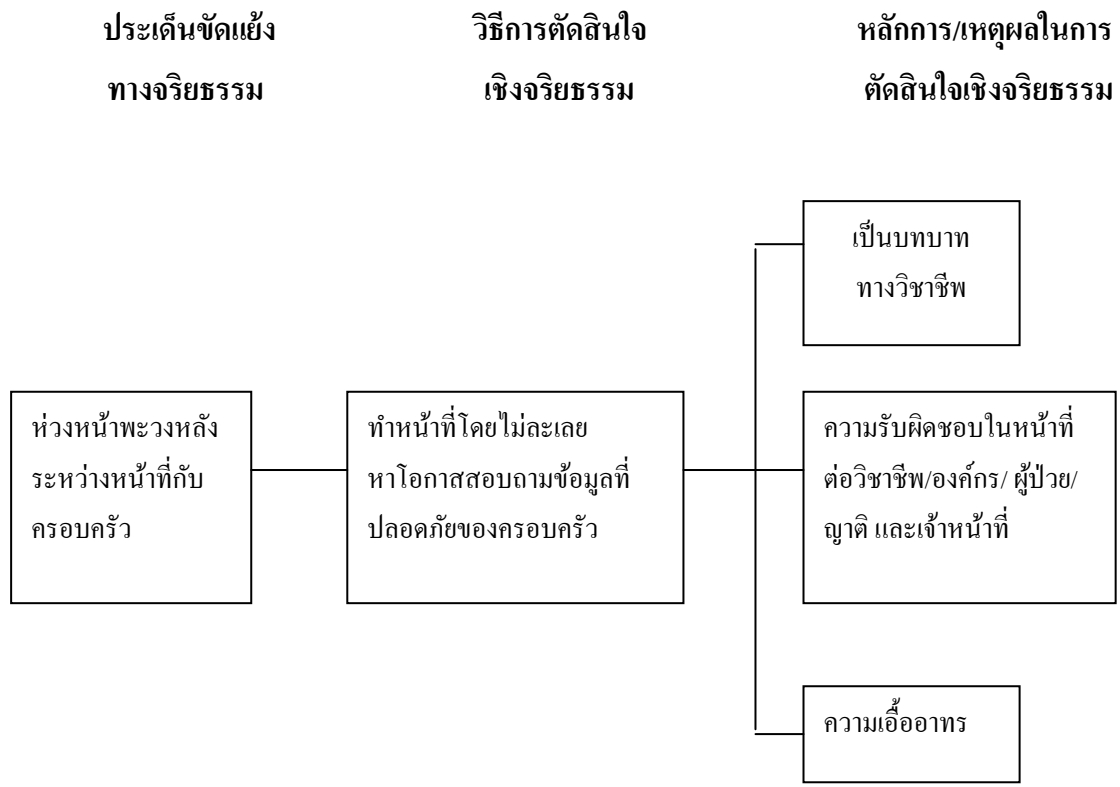
ภาพ 3: ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



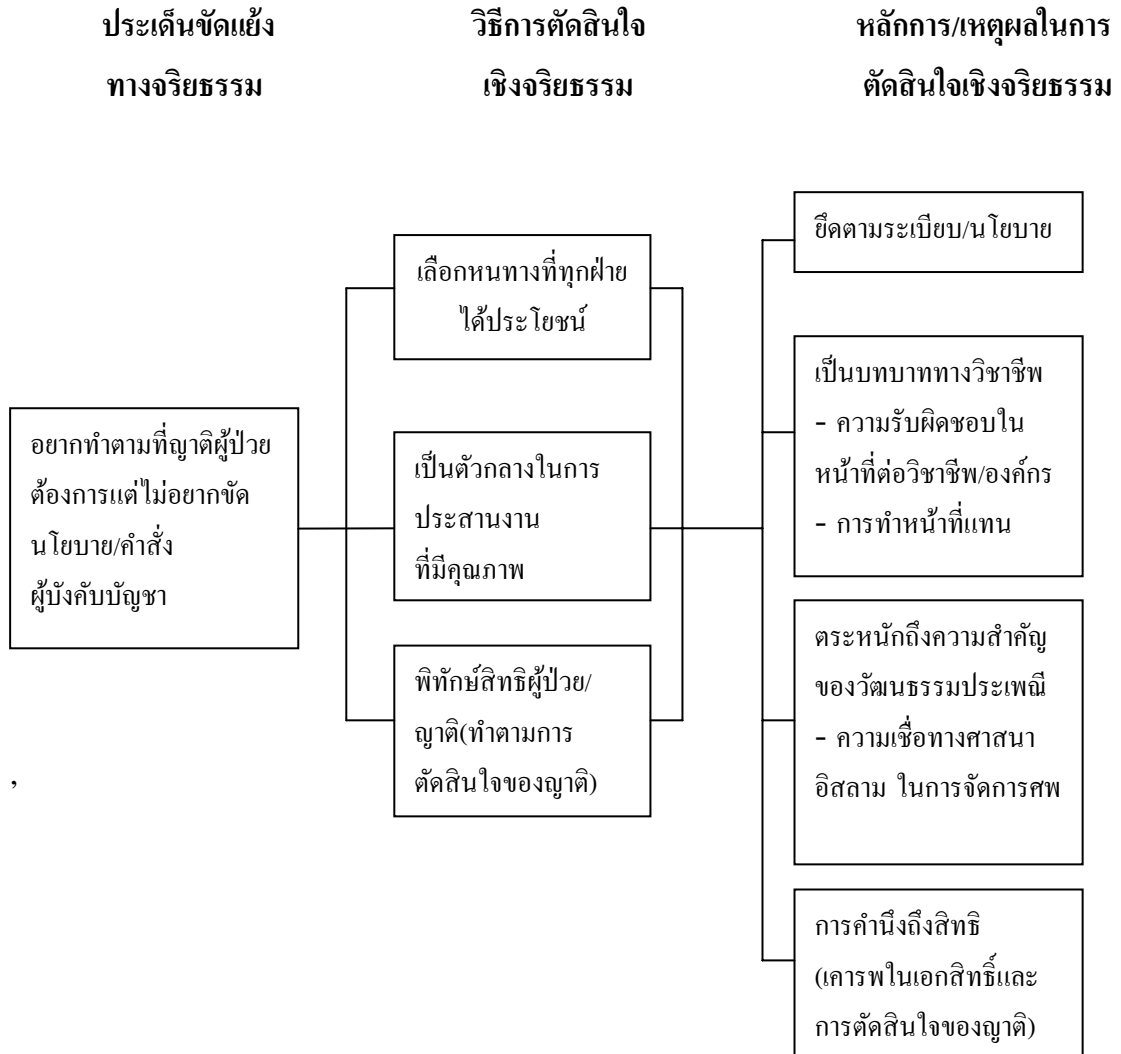
ภาพ 4: ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: **จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพและผ่านการรับรองได้อย่างไร ภายใต้ความขาดแคลน** กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



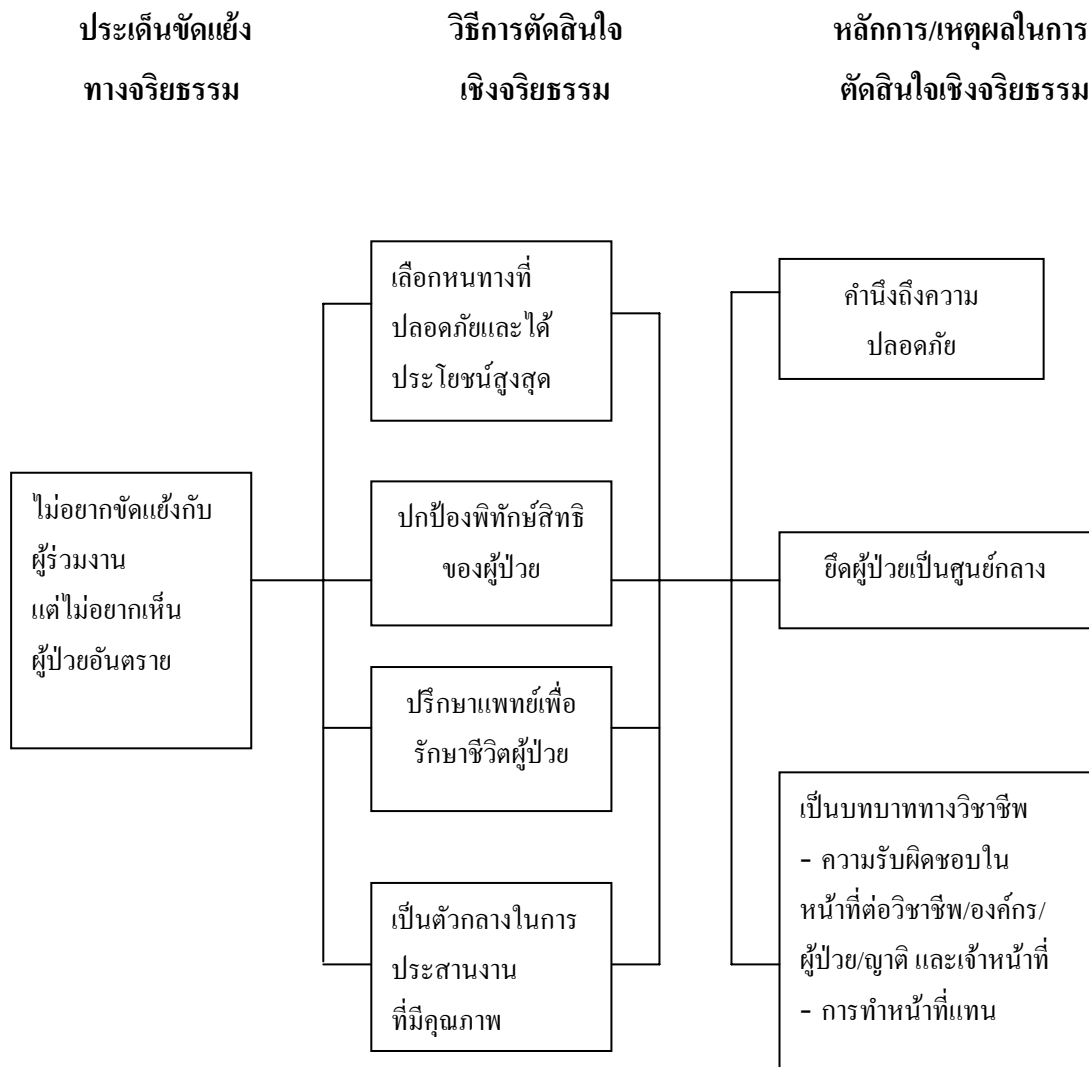
ภาพ 5: ความเชื่อมโยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: *ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น
จะเป็นผลดีหรือผลร้าย* กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการ
ตัดสินใจเชิงจริยธรรม



ภาพ 6: ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: *ห่วงหน้าพะวงหลังระหว่างหน้าที่กับครอบครัว* กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



ภาพ 7: ความสัมพันธ์ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: **อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา** กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม



ภาพ 8: ความเชื่อมโยงของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: *ไม่*อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่*ไม่*อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การอภิปรายผล

การศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลเวรตรวจการในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็นการบรรยาย โดยผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1.ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2) เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพคล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม และ3) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลางระหว่างรัฐกับญาติ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1.1 เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 12 ราย ได้ให้ความหมายดังกล่าว เนื่องจากความรุนแรงและซับซ้อนจากวิกฤตสถานการณ์ที่เผชิญ และความถี่ของการเกิดสถานการณ์ของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ จากรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่ (Violence-related Injury Surveillance: VIS) (2552) ที่พบว่าเหตุการณ์รุนแรงมักเกิดในช่วงเวลา กลางคืน และเวลาที่มีความถี่การเกิดเหตุการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงเวลา 15.30 ถึง 20.00 น และ 7.00 ถึง 8.00 น เป็นช่วงเวลากการเดินทางไปและกลับในการประกอบอาชีพ ซึ่งเวลาในการเกิดเหตุดังกล่าว อยู่ในช่วงปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการ (16.30 - 8.30 น) ส่งผลต่อการเพิ่มภาระงานและประเด็นขัดแย้งที่ยุ่งยากต่อการตัดสินใจมากขึ้น โดยเฉพาะการตัดสินใจสั่งการให้เจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานนอกพื้นที่โรงพยาบาล ในยามวิกาล เนื่องจากในอดีตไม่มีปัจจัยอุปสรรคจากสถานการณ์มาเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่หากเป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่สามารถล่วงรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เลย เสมือน “เป็นการชี้เป็นฝ่ายหนึ่ง แต่ต้องชี้ตายอีกฝ่ายหนึ่ง” แทนที่จะได้ประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว สอดคล้องกับความหมายที่ คาลาทานโน (Catalano, 2003) ได้ให้ไว้ว่า เป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกปฏิบัติบางอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเผชิญความเสี่ยง กับการส่งต่อผู้ป่วยตอนกลางคืน และออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (สุนีย์, 2551) สถานการณ์ความไม่สงบดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูล จำเป็นต้องเลือกบางอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งที่ไม่อยากเลือก จากทางเลือกที่ไม่ดีทั้ง 2 ทาง คือ ถ้าให้ไปก็เสี่ยงอันตราย ถ้าไม่ให้ไปผู้ป่วยก็แย่ ดังเช่นความหมาย ในการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักของ กาญจนา, อรัญญา, และวันดี (2545) ซึ่งพยาบาลได้ให้ความหมายไว้ว่า “ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งที่ใจไม่อยากเลือก” เช่นเดียวกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุในภาคใต้ของ อุมพร, อรัญญา, และวันดี (2551) ที่ให้ความหมายประเด็นขัดแย้งในทำนองเดียวกัน คือ “เป็นสถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจ แต่ก็ต้องตัดสินใจ”

1.2 เป็นสิ่งซึ่งเกินขอบเขตวิชาชีพ คล้ายผู้จัดการใหญ่ ในสงคราม

การที่ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ให้ความหมาย ในลักษณะที่ต้องเผชิญในการรองรับเหตุแห่งความรุนแรงในพื้นที่ โดยเฉพาะยุทธวิธีจากการก่อเหตุระเบิดทั้งในที่ชุมชน หรือ การโจมตีเจ้าหน้าที่ จะเห็นได้จากรายงานการก่อเหตุความรุนแรงที่พบว่าการวางระเบิดในช่วง 1 ม.ค. 47 - 31 ส.ค. 49 พบจำนวน 967 ครั้งหรือร้อยละ 19 ของการก่อเหตุทั้งหมดรองจากการยิง โดยเฉพาะวันที่ 15 มิ.ย. 49 เพียงวันเดียวมีการวางระเบิดมากถึง 30 กว่าจุดในพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด (ศรีสมภพ, 2549) ซึ่งการก่อเหตุดังกล่าว ส่งผลต่อการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน ตลอดจนทั้งมีผู้บาดเจ็บ ทุกเพศ ทุกวัย เป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปต้องเผชิญกับการรองรับผู้บาดเจ็บที่เป็นอุบัติเหตุหมู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดั่งนิยามขององค์การอนามัยโลกและจาโก (WHO: World Health Organization & JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, ม.ป.ป. อ้างตาม รพีพร, 2552) ได้กล่าวถึงอุบัติเหตุหมู่ (mass casualty incident, MCI) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บเกิดขึ้นจำนวนมากจนต้องระดมกำลังความช่วยเหลือจากทุกแผนกในโรงพยาบาลโดยอาจจำเป็นต้อง ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นทั้งในและนอกจังหวัด

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายดังกล่าว อธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงบทบาทหลักในการเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาล รับผิดชอบในการควบคุมกำกับ ช่วยเหลือและแก้ไขการปฏิบัติหน้าที่ทางการพยาบาล โดยที่ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวรตรวจการมีหน้าที่

ในการนิเทศทางการพยาบาล รับผิดชอบในการตรวจตรามีหน้าที่เฉพาะด้านในการนิเทศงานด้านการให้บริการพยาบาล แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ ในเขตตรวจการนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ (กมลรัตน์, 2551) แต่การปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบโดยเฉพาะการรองรับอุบัติภัยหมู่ที่เกิดขึ้นนอกเวลาโดยเฉพาะยามวิกาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลับมีภาระงานอื่นๆ เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย ในขณะที่ทุกสิ่งทุกอย่างเข้ามาพร้อมๆ กับผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่มีจำนวนไม่น้อย ซึ่งเป็นการตั้งรับไม่ทันกับจำนวนผู้บาดเจ็บที่หลั่งไหลเข้ามาในเวลาอันรวดเร็วภายใน 30 นาทีหลังรับแจ้งเหตุตามหลักระบอบวิทยาของอุบัติภัยหมู่ (วิวัฒน์, ม.ป.ป.) ซึ่งสร้างความยุ่งยากลำบากต่อการตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่ยิ่งใหญ่ ที่วิกฤต เร่งรีบและกดดัน ที่ต้องเผชิญกับปัญหาและการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการ การประสานงานภายนอก รวมทั้งการหาข้อมูลภาพรวมอย่างเร่งรีบเพื่อรายงานผู้บริหารทราบ ประสานงานภายในกับหน่วยงานต่างๆ ตลอดทั้งการเคลียร์เตียงเพื่อรองรับผู้บาดเจ็บ ในสภาวะที่มีทุกอย่างเข้ามาบีบคั้น รอบตัว ทั้งคนไข้ ทั้งญาติ ผู้ใหญ่ ทั้งนักข่าว รวมทั้งอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ยังต้องการอีกมาก ซึ่งล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งในใจตนเอง และการตัดสินใจต่อการทำงานในเวลาอันเร่งรีบ โดยไม่มีเวลาได้ปรึกษาใคร จนรู้สึกเกินขีดความสามารถที่จะจัดการได้เพียงลำพังในเวลาอันรวดเร็ว จากการเผชิญในสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ว่า กำลังเผชิญกับภาระงานที่เกินขอบเขตในบทบาทหน้าที่ที่ตนควรจะรับได้ จึงให้ความหมายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ ที่เหมือนเหตุการณ์ทางสงคราม ต้องแบกภาระที่เกินกำลังและ ต้องทำหน้าที่นอกเหนือบทบาทพยาบาล คล้ายกับผู้จัดการใหญ่ในสงคราม

การให้ความหมายดังที่กล่าวมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2551) ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบว่า เป็นชีวิตที่มีแต่อันตราย เสมือนปฏิบัติงานในสงคราม เช่นเดียวกับ สุรัสวดีและสุชาดา (2551) ที่มองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือนอยู่ในภาวะสงคราม เป็นกรปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวงในสถานการณ์ที่ขัดแย้งไม่แน่นอน อย่างไรก็ตามทั้งที่ผู้ให้ข้อมูล

1.3 เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลางระหว่างรัฐกับญาติ

การที่ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 รายได้ให้ความหมายในลักษณะประเด็นขัดแย้งดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า ผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบล้วนแล้วแต่ต้องเกี่ยวข้องกับรูปคดีที่ต้องสืบหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษตามกฎหมายบ้านเมือง เนื่องจากคดีจึงต้องเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ตำรวจและญาติผู้ป่วย ซึ่งในสถานการณ์ความไม่สงบ เหตุการณ์ของผู้บาดเจ็บที่ต้องเกี่ยวข้องกับคดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยบทบาทหน้าที่ปกติของพยาบาลเวรตรวจ

การซึ่งมีบทบาทในการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร และเป็นตัวกลางในการประสานงานเพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างเรียบร้อย ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์ที่ต้องเป็นตัวกลางในลักษณะดังกล่าว โดยที่ไม่มีความรู้ในวิชาชีพโดยตรง เช่นเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องการในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของญาติหรือไม่สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อของญาติ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการไม่สามารถเอื้ออำนวยให้ทั้ง 2 ฝ่ายได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นตัวกลาง และเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากความต้องการที่แตกต่างกัน เช่นกรณีที่ต้องผ่าศพเอาหัวกระสุนไปพิสูจน์ทางนิติวิทยาศาสตร์ตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ตำรวจตามรูปคดีซึ่งไม่เป็นไปตามความประสงค์ของญาติตามหลักศาสนา จากการทำหน้าที่เป็นตัวกลางจึงกลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งอธิบายได้ว่า สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในระบบบริการ ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการในรูปคดีและกฎหมายอีกด้วย

จากการเผชิญสถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุข เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป ซึ่งส่วนหนึ่งในความรู้สึกต่างๆของผู้ให้ข้อมูล ก็หวังเช่นเดียวกันถึงความสงบสุขของบ้านเมืองเช่นเดียวกัน ดังนั้นการเป็นตัวกลางในการทำหน้าที่แทน (*advocacy*) ทั้งตำรวจและองค์กรของโรงพยาบาลในการเจรจากับญาติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและเชื่อมต่อจากระบบบริการสู่กระบวนการยุติธรรมในการจับผู้ก่อเหตุมาลงโทษ การทำหน้าที่แทนดังกล่าวจึงเป็นหนทางหนึ่งที่มีประโยชน์ ซึ่งแนวความคิดทำหน้าที่แทน เป็นการช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้น (Fry, 1995 as cited in Fry & Johnstone, 2002) โดยบทบาทของการทำหน้าที่แทนในสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการพูดเพื่อรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วย (Fry & Johnstone, 2002) อันนำไปสู่ความสงบ และสันติสุข ตามความคาดหวัง และ รอคอยของทุกคนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

2. ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเมื่อผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และได้ให้ความหมายดังที่กล่าวมา ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นใน 5 ลักษณะ คือ 1) เครียด กัดดันกับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยาก และเกินกำลัง 2) กลัวญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง 3) เคว้งคว้างที่ต้องตัดสินใจโดยไร้อำนาจตามลำพัง

4) กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม และ5) รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครียด กัดฟัน กับสภาพการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยากและ เกินกำลัง

ความรู้สึก เครียด และกัดฟัน กับสภาพที่วุ่นวาย ยุ่งยากและ เกินกำลัง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ 5 ใน 12 ราย ซึ่งได้ถ่ายทอดถึงความรู้สึกถึงความเครียดกับภาระงานที่จะต้องทำหน้าที่ในการเตรียมรับความไม่แน่นอนของสถานการณ์ความไม่สงบ และการปฏิบัติงานท่ามกลางภาวะกดดัน จากสิ่งรอบข้างที่เข้ามาพร้อมๆ กันอย่างมากมายและโกลาหล ไม่เพียงแต่ปริมาณผู้บาดเจ็บ และญาติ นักข่าว ผู้ใหญ่ในบ้านเมืองรวมทั้ง เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการระดมพลทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในช่วงเวลาวิกฤตดังกล่าว ในบทบาททั้งการประเมินสถานการณ์ การเปิดแผนอุบัติเหตุหมู่ การสั่งการ การติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร การบริหารอัตรากำลัง เครื่องมือที่ขาดแคลน การส่งต่อ การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ภาวะวิกฤตดังกล่าวผ่านพ้นไปด้วยดี ซึ่งรับรู้ถึงภาระงานที่เกินขอบเขตหน้าที่ของตนในฐานะเป็นพยาบาลเวรตรวจการ ซึ่งสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นรอบตัวดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียดในตัวบุคคล เมื่อต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งคุกคาม ซึ่งอาจเกิดโดยไม่ทันรู้ตัว หรือตระหนักต่อภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น (ฟาริดา, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากรณีภัยพิบัติที่พยาบาลรู้สึกว่าการเกินกำลังที่จะดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ (อุมพร, อริญญา, และวันดี, 2551)

จากการศึกษาความเครียดจากบทบาทหน้าที่การเผชิญปัญหาและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล พบว่าภาระงานที่มากเกินไป เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (วิภาดา, ภัทรภรณ์, นงคราญ, Lambert & Lambert, 2549) และรับรู้ถึงภาระหน้าที่ที่ต้องเผชิญจนเกินกำลัง ส่งผลต่อความยุ่งยากลำบาก และอึดอัดใจ ต่อการตัดสินใจในการจัดการ ในขณะที่ปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่าร้อยละ 70 ของพยาบาล ให้ความรู้สึกโดยรวมต่อการตัดสินใจ ว่า เลือกร้อยละ 70 อย่างไร ใจก็เครียด (กฤษณา, 2545) การศึกษาเชิงบรรยายของพจนาน (2545) ในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเกิดความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล และเกิดผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับ ความรู้สึก อึดอัด ขัดใจ ที่ต้องทำงานภายใต้ความจำกัดของความรู้

ประสบการณ์และทรัพยากร ในการดูแลผู้ป่วย ธรณีพิบัติภัย (อุมพร, อรัญญา, และวันดี, 2551) และจากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่า เครียดเนื่องจากมีผู้ป่วยเจ็บจำนวนมาก การช่วยชีวิตผู้ป่วยเจ็บต้องแข่งกับเวลา เพราะเหตุการณ์มี รุนแรง ผู้บาดเจ็บมีอาการสาหัสเสี่ยงต่อชีวิต ทั้งใส่ท่อหายใจ (tube) ท่อระบายทรวงอก (ICD) และ การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บในเวลานั้นเป็นนาทีวิกฤติที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ แต่อัตราค่าล้ง มีไม่เพียงพอทำให้รู้สึกเครียดที่ต้องบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเจ็บได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุด (สุนีย์, อุไร, และอุมพร, 2551)

2.2 กลัวญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงความรู้สึกหวาดกลัวต่อการถูกทำร้ายจาก ญาติ หรือฟ้องร้อง จากในการทำหน้าที่ ในลักษณะที่ต้องเผชิญหน้ากับญาติ หรือการกันญาติ (จัดขวาง) ต่อการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมจากการใช้ความกดดันจากพลังของกลุ่มคนที่มีจำนวน มาก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย กลัวการถูกทำร้าย จากกลุ่มญาติผู้สูญเสียที่ไม่พึง พอใจกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความประสงค์ในการให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาอีกโรงพยาบาล แต่ด้วย ภาวะวิกฤติที่ต้องรับนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อช่วยชีวิตตามแนวทางการช่วยชีวิตในภาวะวิกฤติ แทนการส่งต่อที่อาจเสียชีวิตระหว่างทาง แต่ในที่สุดผู้ป่วยก็เสียชีวิต เป็นเหตุให้ ญาติฯ พยายามฟ้อง ประทุ...ตีกระจก...แสดงถึงความไม่พอใจ ผู้ให้ข้อมูลในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการเป็นผู้ซึ่งต้อง ดูแลความสงบเรียบร้อยภายในองค์กรในช่วงเวลาที่รับผิดชอบ จำเป็นต้องทำหน้าที่ด้วยความ รับผิดชอบในเป็นตัวกลางเข้าไปเผชิญหน้าเพื่อเจรจา สร้างความเข้าใจและขอให้การแสดงออกของ ญาติเป็นไปไปด้วยความสงบ ตามระเบียบของโรงพยาบาล ทั้งๆที่รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อความไม่ ปลอดภัย และรู้สึกกลัวการถูกทำร้ายจากกลุ่มญาติ หากไม่เห็นด้วยกับเงื่อนไขในการเจรจาซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ (2551) ซึ่งพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดน กลัว ความไม่ปลอดภัย การพิการ และสูญเสียชีวิต ต่อการถูกทำร้าย นอกจากความกลัวญาติทำร้าย ดังกล่าว ยังมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความกลัวในลักษณะที่ กลัวการฟ้องร้องของญาติที่เกิดจากการ ประวิงเวลาในการส่งตัวเพื่อการรักษาต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านการรักษา มากกว่า ด้วยเหตุผลสืบเนื่องจากอันตราย และความไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบใน ยามวิกฤติ การประวิงเวลาดังกล่าวทำให้ผู้ ้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า หากผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลงหรือเสียชีวิต อาจส่งผลต่อการร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากญาติได้ ซึ่งความเสี่ยงต่อการ ถูกฟ้องร้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้พยาบาลลาออกหรือโอนย้าย (สมสมัย, และจินตนา, 2551) ซึ่ง

ความกลัวต่อความไม่ปลอดภัยจากการทำร้ายของญาติ หรือกลัวญาติฟ้องร้องขณะปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลดังที่กล่าวมา อาจมีความเหมือนกับผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่มีความกลัวต่อความไม่ปลอดภัยเช่นเดียวกัน แต่เป็นความกลัวที่แตกต่าง คือ กลัวความไม่ปลอดภัย จากการติดต่อของโรคเอดส์ (สุไฮดา, 2551) เช่นเดียวกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่อยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สูงถึงร้อยละ 71.82 (พจนนา, 2545)

2.3 *แว้งกว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดยไร้อำนาจตามลำพัง*

ความรู้สึก แว้งกว้าง กับสิ่งที่เผชิญ และต้องตัดสินใจโดยลำพัง โดยไร้

อำนาจ ในการเตรียมระบบที่ดี เพื่อรองรับเหตุการณ์ความไม่สงบ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ 3 ใน 12 ราย ซึ่งได้อธิบายถึงความรู้สึก ที่เกิดจากการทำงาน ที่ต้องตามแก้ไขในสิ่งที่ไม่ได้เตรียมการ ท่ามกลางความไม่ชัดเจน ในแนวทางปฏิบัติ หรือแผนสำรองในการรองรับเหตุจากสถานการณ์ความไม่สงบ สะท้อนถึงการขาดการมองอย่างรอบด้าน ในการเตรียมการที่ดีในระดับองค์กร เพื่อค้นหาหรือหามาตรการป้องกัน ทั้งที่มีโอกาสเกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้ถึง การเกิดความรู้สึกที่ *แว้งกว้าง* ตามธรรมชาติ จากการที่จะต้องตัดสินใจโดยลำพัง ขณะเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ที่รับรู้ถึงความโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญกับการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามลำพังคนเดียว โดยไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพราะไม่มีใครสนใจรับฟังปัญหาหรือคอยช่วยเหลืออย่างจริงจัง (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545) และยังพบ การศึกษาประเด็นขัดแย้งและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ประสบกรณีพิบัติภัยในภาคใต้ที่รับรู้ถึงการเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ภายใต้อำนาจและประสบการณ์ที่จำกัด เช่นเดียวกัน ทำให้พยาบาลไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด (อุมาพร, อรัญญา, และวันดี, 2551)

สำหรับมูลเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความรู้สึกโดดเดี่ยว และ *แว้งกว้าง* ที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว อาจเกิดจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในปัจจุบันที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นกว่าในอดีต (Davis & Aroskar, 1991; Sullivan & Deker, 1997; Hudak, et al, 1998) เช่นเดียวกับพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปท่ามกลางความไม่สงบ ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความก้าวไกลของเทคโนโลยี ความคาดหวังของผู้รับบริการ และความซับซ้อนทางสุขภาพ ทำให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น (อรัญญา, 2545) ผวนวกับวิกฤตของสถานการณ์ที่รุนแรง ถึงแม้พยาบาลเวรตรวจการจะยึดหลักจริยธรรมในการ

ปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด แต่ก็ยังคงมีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานได้เสมอ (Calatano, 2003) เช่นเดียวกับผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ถูกถาโถม ซ้ำเติม ด้วยปริมาณงานที่เต็มไปด้วยความยุ่งยากซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นเท่าทวีคูณ จากวิกฤติสถานการณ์ ภาวะบีบคั้นดังกล่าว พยาบาลต้องเผชิญกับความกดดันในหลายด้าน และการบริการที่ต้องคงคุณภาพในทุกมิติ ตามความคาดหวังของสังคม ทำให้พยาบาลเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (กฤตยา, นงนุช, และอังศุมา, 2549)

2.4 กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม

กังวล กลัว ว่าผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังเสริม เป็นความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ที่ได้กล่าวถึงความไม่แน่นอน จนทำให้เกิดความรู้สึกกลัวในหลายลักษณะ ดังนี้ กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย กลัวไม่มีคนมาช่วยเวลามีเหตุการณ์รุนแรง ตามเจ้าหน้าที่แล้วมีคนมาช่วยไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก อภิปรายได้ว่าการที่เจ้าหน้าที่มาช่วยกันน้อย อาจเป็นเพราะจำนวนบุคลากรที่ยังคงอยู่ท่ามกลางความขาดแคลนต้องปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังในการรองรับปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นในเวลาดำเนินการ การต้องการการพักผ่อนในวันหยุด จากความอ่อนล้าจากปริมาณงานที่ล้นมือ อีกทั้งความต้องการใช้เวลาในการอยู่ร่วมดูแลครอบครัว ตลอดจนความกลัวต่ออันตรายบนเส้นทางในยามวิกาล ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การเรียกอัตรากำลังเสริมไม่ได้ตามปริมาณที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช, ประไพพรรณ, และศศิธร, (2551) ที่พบว่าการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มใน 3 จังหวัดชายแดนเป็นไปด้วยความยากลำบาก และเป็นผลกระทบต่อเนื่องไปยังความกังวล และกลัวไม่สามารถจัดการได้ เวลามีเหตุการณ์ ที่มีคนเจ็บหลายคน และมีคนมาช่วยไม่เพียงพอ อีกทั้งยังมีความรู้สึกกลัว การหากำลังพยาบาลเสริมในการส่งต่อไม่ได้ กรณีที่พยาบาลเวรส่งต่อกำลังไปปฏิบัติหน้าที่ และมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องส่งต่อด่วน เป็นความรู้สึกขัดแย้งที่ต้องเผชิญกับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ที่บีบคั้นอย่างที่สุด จากเวลาที่ล่วงเลย จากสายตาดูแล จากอาการผู้ป่วยที่ไม่รื้อจากความวิกฤติที่ต้องส่งต่อ และจากความว่างเปล่าที่ค้นหาเท่าไรก็พบจากการปฏิเสธของเจ้าหน้าที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภายใต้สถานการณ์ที่ขาดการมีจิตอาสาเนื่องจากความไม่ปลอดภัย ยกเว้นผู้อยู่เวรส่งต่อ ผู้ให้ข้อมูลยังต้องใช้กลยุทธ์จากพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีส่วนตัวมาเป็นตัวช่วยในการจัดการเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว

ซึ่งความกลัวดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลกรณีกรณีพิบัติภัย ที่พบว่า มีความกลัวผู้ป่วยผิหวางที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ เนื่องจากบุคลากร

และเครื่องมือจำกัด (อุมาพร, อรัญญา, และวันดี, 2551) สามารถอธิบายได้ว่า การเผชิญความรุนแรงของสถานการณ์ ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และไม่มั่นใจในศักยภาพของตนในการตัดสินใจต่อการจัดการที่นอกเหนืออำนาจของตน เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการที่จะต้องนำพาทุกคนที่เกี่ยวข้อง ให้พ้นวิกฤตไปได้อย่างราบรื่น และเกิดผลกระทบกับผู้เกี่ยวข้องน้อยที่สุด และเป็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งจากเสียงสะท้อนของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ที่ได้สะท้อนถึง การขาดประสบการณ์ในการบริหารงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผนวกกับการไม่ได้รับการเตรียมการที่ดีก่อนขึ้นสู่การปฏิบัติงานด้านการบริหารในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการตลอดทั้งการอบรมในเรื่องสำคัญต่อการจัดการในบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการ จึงขาดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ทั้งด้านการบริหารงาน และการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ผนวกกับการเผชิญเหตุการณ์ที่ยิ่งใหญ่ และรุนแรง ส่งผลต่อความกังวลและกลัวในระดับสูง ทำให้รู้สึกไม่อยากอยู่เวร ไม่อยากเป็นพยาบาลเวรตรวจการ และอยากลาออกจากการเป็นพยาบาลเวรตรวจการที่ต้องปฏิบัติงานในท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ด้วยความรู้สึกกังวลและกลัวต่อสถานการณ์ที่ขัดแย้ง และไม่แน่นอน ที่อาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2.5 *รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย*

ความรู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจ จากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผล เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ใน 12 ราย ได้ถ่ายทอดให้ฟังในลักษณะของความรู้สึกเชิงลบ ที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจในบทบาทหน้าที่ของตน หลังจากเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่ไม่มีความแน่นอนตายตัว จากการรองรับบริการภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในความดูแล ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ หรือผู้ป่วยและญาติ จากการตัดสินใจในครั้งนั้น แต่ทั้งนี้การตัดสินใจมักขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และการให้คุณค่าของผู้ให้ข้อมูล การตัดสินใจเป็นไปในลักษณะที่ จำใจต้องตัดสินใจ ทั้งที่ไม่อยากตัดสินใจ ภายใต้ความรู้สึกที่ขัดแย้งในตนเองว่า ไม่อยากยืนอยู่ในจุดที่ต้อง ซึ่งเป็น ชีตตาย คนอื่น ซึ่งในบางโอกาสที่ต้องตัดสินใจเลือกโดยให้คุณค่ากับชีวิตผู้ป่วย แต่กลับทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับผลกระทบต่อการเผชิญและเสี่ยงต่อชีวิต กับเหตุการณ์ไม่สงบบนเส้นทางระหว่างการเดินทางส่งต่อ หรือในสถานการณ์ที่ตัดสินใจเลือกโดยให้คุณค่ากับความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องเสี่ยงภัยในยามวิกฤต และการตัดสินใจดังกล่าวไม่สามารถตอบสนองการช่วยชีวิตในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สิ่งเหล่านี้จึงตอกย้ำในความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเสมอมาว่า สิ่งที่ได้ทำลงไปมันผิด และเป็นตราบาป ที่ยากจะลืมเลือน ซึ่งความรู้สึกผิดบาปของผู้ให้ข้อมูลในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการ ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ยังรวมถึง

บุคลากรในองค์กรที่อยู่ในความดูแลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบว่า เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้แม้รู้สึกผิดบาปก็ต้องทำ และเมื่อทำไปแล้ว ก็ตอกย้ำและรู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ (กฤษณา, 2545)

3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่สะท้อนให้เห็นจากการศึกษาในครั้งนี้ มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น 7 ประการ คือ 1) ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วย จะเลือกอะไร 2) การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ 3) จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพและผ่านการรับรองได้อย่างไรภายใต้ความขาดแคลน 4) ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย 5) ห่วงหน้าพะวงหลัง ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว 6) อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา และ 7) ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ก็ไม่อยากเห็นผู้ป่วยเป็นอันตราย

ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน 8 วิธี ได้แก่ 1) เลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด 2) เป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ 3) ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ 4) ปรีกษาหาคนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ 5) ขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ 6) หลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับทุกฝ่าย 7) ทำหน้าที่โดยไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว และ 8) ปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นอย่างมีคุณภาพ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลใช้หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ใน 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นบทบาททางวิชาชีพ 2) คำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต 3) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) การคำนึงถึงสิทธิ 5) ยึดตามระเบียบ/นโยบาย และ 6) ตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรมประเพณี

จากผลการศึกษาครั้งนี้ขออภิปรายผลโดยเชื่อมโยงจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทั้ง 7 ประการ กับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน 8 ประการ และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้ง 6 ประการ ดังความเชื่อมโยงใน ภาพ 2-8 ในหน้า 109 - 115 ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วย จะเลือกอะไร

ผู้ให้ข้อมูล 11 ใน 12 ราย ได้สะท้อนถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ต้องเลือกระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน กับความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ การสะท้อนดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญด้านความปลอดภัย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในคุณภาพบริการทางสุขภาพ (สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องยึดถือในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและบุคลากร ประกอบกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความไม่สงบที่ผ่านมา ส่งผลต่อการออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลทั้งในเชิงปริมาณ และจำนวนผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยกล่าวคือ มีภัยคุกคามบนท้องถนนจากถูกตะปูเรือใบจนไม่สามารถขับรถต่อไปได้ และการดักรุมทำร้ายผู้ขับรถยนต์ระหว่างทางเพิ่มขึ้น จนทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย (นงนุช, นันทิยา, กฤติยา และชญาพร, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัดของ สุณีย์ (2551) ที่พบว่าผู้ก่อความไม่สงบเคยดักรุมยิงรถพยาบาลขณะส่งต่อเช่นเดียวกัน การคำนึงถึงความปลอดภัยดังกล่าว ผนวกกับการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ในสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความยุ่งยากต่อการตัดสินใจในการสั่งการให้เจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลยามวิกาล ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นภารกิจหนึ่งในการบริการเชิงรุกของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่นเพื่อรักษา การปฏิบัติตามนโยบาย Emergency Medical Service (EMS) การออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุในพื้นที่ ที่มักมีความเสี่ยงต่อระเบิดลูกที่ 2 (second bomb) เพื่อทำร้ายทีมเจ้าหน้าที่ที่เข้าไป ณ จุดเกิดเหตุ (สุภัทร, 2550) ตลอดจนการออกเดินทางเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยชีวิตจากโรงพยาบาลอื่น การคำนึงถึงความปลอดภัยที่พบในการศึกษาข้างรวมถึงความปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่อาจเสี่ยงภัยกับการทำร้ายซ้ำ ที่อาจแอบแฝงมากลุ่มญาติที่มาเยี่ยมเป็นจำนวนมากตามประเพณี ซึ่งปัญหาดังที่กล่าวมา ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรทำหรือไม่ควรทำ จึงกลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (อรัญญา และวันดี, 2546)

ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีใน การเลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการ (Need hierarchy theories) ของมาสโลว์ (Maslow, 1943 อ้างตาม พวงทิพย์, 2551) ในการคำนึงถึง ความต้องการความปลอดภัยหรือความรู้สึกมั่นคง (safety or security) ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารจัดการการดูแลบุคลากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ อย่างเข้าใจถึงความต้องการพื้นฐานทางด้านความปลอดภัยของมนุษย์ด้วยกัน ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งการคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต

ดังกล่าวสอดคล้องกับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้ตรวจการพยาบาลที่มุ่งเป้าในการให้ความสำคัญต่อการการประกันความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ (Berggren, & Severinsson, 2006). ถึงแม้ว่าการตัดสินใจในแต่ละครั้ง อาจไม่สามารถตอบสนองความปลอดภัยได้ทุกฝ่ายตามที่ต้องการ หรืออาจพบความผิดพลาดตามมาจากการตัดสินใจครั้งนั้น ผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการปรึกษาหารือร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ โดยปรึกษาผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหารระดับสูง ในการตัดสินใจที่เหมาะสม และร่วมรับผิดชอบในสิ่งที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้าพยาบาล ในปัญหาที่ยิ่งใหญ่ และเกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ดังที่ จอร์น (2547) ได้กล่าวไว้ว่าไม่ว่าจะอยู่ในภาวะวิกฤตเพียงใด การปรึกษาหารือ จะทำให้การตัดสินใจมีคุณภาพมากขึ้น โดยที่ระหว่างการตัดสินใจในเวลาจำกัด ผู้บริหารส่วนใหญ่ใช้วิธีการปรึกษาคณะอื่นก่อนตัดสินใจ และการทำให้คนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ (ปีเตอร์, มิเชล, และเคซี, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการการตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่เลือกทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจเหนือกว่า (Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray, 2008) และจากการศึกษาในกลุ่มพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (ในสถานการณ์ปกติ) ของชนัญญา, อรัญญา, และ อรนิช (2550) พบว่าใช้วิธีการในการตัดสินใจโดยปรึกษาผู้บังคับบัญชาเช่นเดียวกัน และผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการในการ ปรึกษาแพทย์ ในการร่วมกันวางแผนดูแล เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยขณะชะลอเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย จากอุปสรรคสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของครุณี (2549) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งโดยการรายงานแพทย์มากที่สุด และในการศึกษาของกัญญา (2549) และ วัชร (2551) ก็พบว่าใช้รูปแบบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้แพทย์เป็นศูนย์กลาง มากที่สุด เช่นเดียวกัน ส่วนวิธี การเป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ เป็นหนทางที่ดีที่สุดอีกทางเลือกหนึ่งในการเข้าไปเจรจากับญาติผู้ใหญ่ที่มีอิทธิพลต่อความศรัทธาในกลุ่มญาติที่มาเยี่ยม เพื่อให้เข้าใจกฎระเบียบ ในการเข้าเยี่ยมของญาติที่มาเป็นจำนวนมาก ให้เป็นไปตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยขอความร่วมมือในการแบ่งเข้าเยี่ยมครั้งละ 2-3 คน ซึ่งไม่ขัดต่อความตั้งใจ และการให้คุณค่าทางวัฒนธรรมการเยี่ยมชมใช้ตามหลักศาสนาอิสลาม และเพื่อประโยชน์สูงสุดในการป้องกันภัยที่อาจแอบแฝงมามากับกลุ่มญาติ ที่ประสงค์ทำร้ายผู้ป่วยซ้ำ และอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

สำหรับหลักการและเหตุผลที่ประกอบในการตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูล คำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยหรือญาติ ที่เกี่ยวข้องในการดูแล แสดงถึงการให้คุณค่าให้กับงานที่ทำตามบทบาทหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (accountability/responsibility) (Fry & Johnston, 2002) เนื่องจากพยาบาลเวรตรวจ

การเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนหัวหน้าพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยมีหน้าที่ในการควบคุม ดูแล รับผิดชอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งโรงพยาบาล ด้วยความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ และเพื่อนร่วมวิชาชีพ (caring) ไม่เพียงแต่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ความเอื้ออาทรยังเป็นบทบาทพื้นฐานที่พยาบาลทุกคนพึงมีต่อการปฏิบัติการพยาบาล (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับวัชร (2551) ที่พบว่าเหตุผลที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่ การป้องกันความเสียหายที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และสอดคล้องกับหลักการทำความดี/การทำประโยชน์ (beneficence) ซึ่งบิวแชมป์และชายเครส (Beauchamp & Childress, 2001 อ้างตาม อรรถญา, 2548) ได้กล่าวว่า การทำความดี เป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเมตตา ความมีจิตใจดี ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความไม่เห็นแก่ตัว ความรัก อีกทั้งเพื่อประโยชน์จากกรียดีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจให้เจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลในยามวิกาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร, อรรถญา, และวันดี (2549) ที่ได้ ตัดสินใจกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย ส่วนการศึกษาของกาญจนา, อรรถญา, และวันดี (2545) พบว่าพยาบาลใช้หลักการทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย

สำหรับการให้ความสำคัญถึงความสำคัญของวัฒนธรรมโดยเฉพาะวัฒนธรรมการเยี่ยมไข้ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ปกติของมนุษย์ทุกศาสนาที่มีความรักความผูกพันต่อญาติพี่น้องของตน และเป็นหน้าที่ในการดูแลในยามเจ็บป่วย ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา รวมทั้งวิถีพุทธที่ให้การดูแลญาติพี่น้องตนเองอย่างอบอุ่นในยามป่วยไข้ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งประชากรมากกว่าร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม ผลการศึกษาจึงสัมผัสได้ถึงวัฒนธรรมการเยี่ยมไข้ที่มีความโดดเด่น ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับคำสอนตามหลักศาสนาอิสลาม ในการมาของญาติพร้อมๆกันทันทีที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของญาติมิตรของตน ซึ่งการมาเยี่ยมมากๆในเวลาเดียวกันในกรณีผู้ป่วยที่ถูกลอบทำร้ายจากสถานการณ์จึงก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรม จากลักษณะการมาเยี่ยมไข้ซึ่งมักเป็นจำนวนมากเหมือนเป็นวัฒนธรรมความห่วงใย จากการค้นคว้าพบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งมุสลิมถือว่า การให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์หรือผู้เผชิญกับความเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ที่จะต้องปฏิบัติ (สิวลี, 2548) ดังนั้นการเยี่ยมผู้ป่วยจึงถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ต้องปฏิบัติเพื่อเป็นการเยี่ยมเยียนและขอพร (ดูอาอ์) จากพระเจ้าเป็นเจ้า เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (บรรจง, 2543) จึงสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมุสลิมจะมีญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมากและมีการเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ (สิวลี, 2548) การเยี่ยมเยียนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เกิดความอบอุ่นและรับรู้ถึงความปรารถนาดีที่ญาติมิตรมีให้ ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังในการต่อสู้กับโรคร้ายที่รุมเร้าร่างกายอยู่ ศาสดามุฮัมมัดจึงส่งเสริมการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและ

สิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับจากคนที่สุขภาพแข็งแรงอยู่ ก็คือการไปเยี่ยมเยียนนั่นเอง (อาคิส, 2547) ดังนั้นการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมประเพณี หากผู้ปฏิบัติงานไม่ศึกษาและทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ อาจนำไปสู่ประเด็นปัญหาที่ขัดแย้งต่อระบบบริการของโรงพยาบาลได้

3.2 การปกป้องสิทธิผู้ป่วยกับการให้ความร่วมมือกับสื่อ

การที่ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ระหว่างการทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ ซึ่งอธิบายได้ว่า เหตุการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดน เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในความสนใจของประชาชน และชาวโลกรวมทั้งสื่อสารมวลชน ซึ่งให้ความสนใจเป็นพิเศษ ต้องวิ่งหาข้อมูลให้ได้มากที่สุด เร็วที่สุด ในยุคของข้อมูลข่าวสาร พยาบาลในโรงพยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อมากขึ้นกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามการทำงานของสื่อเพื่อการเผยแพร่ นั้น มักเป็นการกระทำที่ขัดต่อสิทธิหรือละเมิดข้อมูลส่วนตัวที่เป็นความลับ การเปิดเผยร่างกายในสภาพที่ไม่พร้อมและเหมาะสม ที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการให้เปิดเผย พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลและปกป้องสิทธิ ในขณะที่สื่อต้องปฏิบัติการทำงานในลักษณะที่ต้องล้วงลูกอย่างถึงลูกถึงคน เพื่อให้ได้ข่าวเด็ดตามที่ต้องการ ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และเพิ่มความยากต่อบุคลากรพยาบาลในการปฏิสัมพันธ์กับสื่อ โดยเฉพาะนักข่าว ท่ามกลางความรู้สึกที่ไม่อยากมีปัญหาเกี่ยวกับสื่อ ถึงแม้ต้องอดกลั้น กับการก้าวล่วงในการละเมิดสิทธิผู้ป่วยก็ตาม โดยคำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดกับตนเองรวมทั้งภาพลักษณ์ ชื่อเสียงขององค์กรและวิชาชีพตามมา ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจใน การเป็นตัวกลาง เพื่อเจรจาด้วย การเป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพ และหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ด้วยความอดทน (ขันติ) ภายใต้อำนาจที่สุขภาพแข็งแรง และเข้าใจถึงความแตกต่างทางความต้องการระหว่างสื่อกับโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจถึงนโยบายและระเบียบของทางโรงพยาบาล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการทำหน้าที่แทน (*advocacy*) ในการปกป้องการละเมิดสิทธิดังกล่าว ตลอดจนทั้งความรับผิดชอบ (*accountability*) ในการรักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงขององค์กรและวิชาชีพ การทำหน้าที่ในบทบาทดังกล่าวของพยาบาลเวรตรวจการณ์ จึงก่อให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

การที่ผู้ให้ข้อมูลให้คุณค่าในการป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้ให้ข้อมูลนั้น ซึ่งเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2550) (พวงทิพย์, 2551) ในมาตราที่ 32 ว่าด้วยบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายความเป็นส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับ

ข้อ 3 ของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ที่ว่าด้วย พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล ทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิในเสรีภาพ ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) แต่ในบทบาทและวิถีอาชีพของนักรักษา ที่มีสื่ออยู่ในมือทำให้ผู้ให้ข้อมูลจะต้องใช้หลักขันคิ คือ ใช้ความอดทน อดกลั้น และให้อภัย (สุนทรี, ม.ป.ป.) ในการพูดคุยขอความร่วมมือ เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย โดยไม่ใช่จากที่ไม่สมควรอันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียภาพลักษณ์ทั้งต่อตนเอง วิชาชีพ และองค์กร ตลอดจนทั้งเป็นการป้องกันภาพลักษณ์ขององค์กรและวิชาชีพอีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามของข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (2550) ตามข้อ 6 ที่ว่าด้วยผู้ประกอบการวิชาชีพ ย่อมไม่ปฏิบัติ หรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ ดังที่วิภาดา (2545) ได้กล่าวไว้ว่า ประเด็นปัญหาด้านจริยธรรม จะเป็นประเด็นหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์กรอย่างมาก หากการตัดสินใจนั้นๆ กระทำอย่างไม่รอบคอบ และวิภาดา (2549) ได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่าหากพยาบาลขาดประสบการณ์การตัดสินใจโดยขาดการนำประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพมาประกอบการตัดสินใจด้วย ก็อาจเกิดผลกระทบในด้านลบต่อวิชาชีพและศรัทธาของประชาชน การปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ่ความไม่สงบ ซึ่งเป็นไปในลักษณะที่เป็นการปกป้องสิทธิ ของผู้ป่วยและญาติ จากการถูกละเมิดสิทธิในสถานบริการ เช่น การบันทึกภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ่ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิของนักรักษาที่ต้องการข่าวโดยไม่คำนึงถึงสภาพผู้ป่วย มักพบประเด็นขัดแย้งในลักษณะดังกล่าวได้บ่อยจากการปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ่ความไม่สงบ

3.3 จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพ และผ่านการรับรองได้อย่างไร ภายใต้ความขาดแคลน

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 รายได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เผชิญ ในลักษณะที่มีผู้ป่วยขาดเจ็บเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จะดูแลอย่างไรให้มีคุณภาพ ภายใต้ความขาดแคลน จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน พยาบาลเวรตรวจการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพตามเป้าหมายในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน แต่การบริหารงานภายใต้เหตุการณ่ความไม่สงบใน 3 จังหวัดภาคใต้ที่ทวีความรุนแรงทั้งวิธีการและความถี่ของการเกิดเหตุการณ่รุนแรงที่เพิ่มขึ้นในยามวิกาลนั้น เป็นความยากลำบากในการจัดการเพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพ ตามการคาดหวังของประชาชน ทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งการ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามความคาดหวังขององค์กรและประเทศ (สถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติภัยหมู่ ตั้งแต่ (5 ม.ค.2547-21 เม.ย.2553) พบจำนวน 32 ครั้ง โดยมีสาเหตุมาจากระเบิดสูงที่สุดถึง ร้อยละ 65.63 (21/32) จากเหตุระเบิดพบว่า ร้อยละ 71.43 ที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บมากกว่า 10 คน/ครั้ง (มากที่สุด 46 คน/ครั้ง)ซึ่งต้องประกาศเปิดแผนอุบัติภัยหมู่รองลงมา ร้อยละ 21.87 (7/32) จากอุบัติเหตุหมู่ และจากการปะทะ ร้อยละ 9.37(3/32) จากการยิงผู้โดยสารบนรถเมล์ ร้อยละ 3.12 (1/32) (ที่มา:จากเวชระเบียนงานฉุกเฉินโรงพยาบาลปัตตานี) ทำให้มีผู้ป่วยที่เป็นผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขอย้ายออกจากพื้นที่(ประณีต, ปรีศนา, มนัสวี, ทศนีย์, 2548; และอศุขย์, 2548) และพบ 1 ใน 3 ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ ทำให้เกิดความขาดแคลนอัตราค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่สูงถึง 2,502 คน (มณฑาทิพย์, 2550)

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการขาดแคลนกำลังคนด้านการพยาบาล การเพิ่มปริมาณงานและปริมาณผู้ป่วย ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ในการสร้างไว้ซึ่งคุณภาพภายใต้ความขาดแคลนนั้น เป็นความยากลำบากและก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะที่จะต้องเลือกระหว่างคุณภาพ กับความปลอดภัย ถ้านั้นคุณภาพเกินไป อาจจะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่จำกัดเกิดความอ่อนล้า เครียด และอาจลาออกจากการต้องทำงานหนักขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมสมัย และจินตนา (2551) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลการลาออกโอนย้ายของพยาบาล คือ ภาระงานที่หนักและเหน็ดเหนื่อยมากเกินไป และจากรายงานวิจัยพบว่า อัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลที่เหมาะสมกับภาระงาน จะทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ (Aiken et al., 1994 อ้างในบุญใจ, 2550) ตลอดทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ขาดแคลน เช่นเครื่องช่วยหายใจ หรือ จำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยจากการบาดเจ็บมีไม่เพียงพอ การเสริมเตียงเพิ่มเพื่อรองรับผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ ทั้งที่มีอัตราค่าจ้างพยาบาลในการดูแลเท่าเดิมในหอผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้งานล้นมือ และอาจทำให้งานไม่มีคุณภาพ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลกระทบของการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าพยาบาลทำงานหนักขึ้นเนื่องจากผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (สุนีย์, 2551)

ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจโดยการขออัตราค่าจ้างเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งจากภายนอกโรงพยาบาลและภายในโรงพยาบาลเท่าที่กระทำได้ในเวลาอันจำกัดในยามวิกฤต ถึงแม้ว่าในพื้นที่กำลังประสบปัญหาด้วยความยากลำบากในการจัดสรรอัตราค่าจ้างเพิ่ม (นงนุช, ประไพพรรณ, และศศิธร, 2551) ตลอดทั้งการใช้วิธีการปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้นให้มีคุณภาพ โดยการไปประเมินย้ายผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในหอผู้ป่วยที่เตียงเต็มด้วยตัวเอง

และนำผู้ป่วยรายใหม่ที่วิกฤตทดแทนในหอผู้ป่วยที่มีความความชำนาญเฉพาะในการดูแลตามประเภทผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และด้วยความเอื้ออาทร ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีความรู้ดีกว่ามีงานล้นมือซึ่งสอดคล้องกับอัตราการครองเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดเพิ่มขึ้นมากอย่างชัดเจน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลก็พยายามใช้วิธีการเป็นตัวกลางในการประสานงานที่มีคุณภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ดังกล่าว การตัดสินใจเพื่อประโยชน์ในเชิงคุณภาพต่อผู้รับบริการของผู้ให้ข้อมูลที่พบในการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Nasae, Chaowalit, Suttarangsee, & Ray (2008) ที่พบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้เป็นการมุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เช่นเดียวกัน

3.4 *ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย*

การที่ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 12 ราย ได้บอกเล่าถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า หลังจากมีผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งบาดเจ็บและเสียชีวิต จากเหตุการณ์ความไม่สงบ เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งหนึ่งที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ การติดต่อขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บจากหลายฝ่าย ทั้งจากผู้มีอำนาจ/ผู้บริหารระดับจังหวัด หน่วยราชการ หน่วยการข่าว และองค์กรเอกชน รวมถึงญาติผู้เกี่ยวข้อง ทั้งโดยวาจา และการขอข้อมูลทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารที่รวดเร็ว แต่ไม่สามารถบ่งบอกที่ชี้ชัดผู้ต้องการข้อมูลได้ว่าเป็นใคร ซึ่งโดยหน้าที่และหลักการเบื้องต้นของพยาบาลต้องทำหน้าที่ปกปิดข้อมูลผู้ป่วยตามกฎหมาย ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2545) ในข้อที่ 7 กล่าวคือผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ซึ่งการตัดสินใจให้หรือไม่ให้ข้อมูลนั้น เป็นไปด้วยความไม่มั่นใจว่าผู้ขอข้อมูลเป็นผู้มีอำนาจ/ผู้บริหารระดับจังหวัด หรือเป็นผู้ก่อการ ตลอดทั้งการขึ้นชื่อผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตบนกระดาน เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารต่อญาติผู้ป่วย แต่เป็นการเปิดเผยความลับที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยจากการทำร้ายซ้ำ ซึ่งก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อผู้ให้ข้อมูลในลักษณะ ถ้าเป็นคนร้ายหรือผู้ก่อการจะเกิดผลเสียจากการให้ข้อมูลที่เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภมร (2551) ที่พบว่าพฤติกรรมของบุคลากรการพยาบาลอาจทำให้ความลับของผู้ป่วยถูกเปิดเผยในการให้ข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์แก่ผู้อื่น แต่หากไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้มีอำนาจ/ผู้บริหารระดับจังหวัด

ก็ไม่สามารถได้ข้อมูลอย่างรวดเร็วเพื่อประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับ ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัยและได้ประโยชน์สูงสุดตามนโยบาย ในหลายลักษณะเช่น ปฏิเสธการให้ข้อมูลเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤตในการช่วยชีวิตผู้ป่วยยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูล หรือให้ติดต่อขอข้อมูลจากผู้อำนวยการโดยตรง หรือให้ข้อมูลเฉพาะจำนวนผู้บาดเจ็บ โดยไม่ให้รายละเอียด เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการนำความลับไปเปิดเผย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีหน้าที่นิยม (obligation-based theory) กล่าวคือพยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วยไว้อย่างเหมาะสม ตลอดทั้งการคำนึงถึงความปลอดภัยต่อชีวิตผู้ป่วยหากมีการวางแผนทำร้ายผู้ป่วยซ้ำจากการเปิดเผยข้อมูลกับผู้ก่อการว่าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ รวมทั้งตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพในความรับผิดชอบ และความซื่อสัตย์ (fidelity) ในการปกปิดความลับ ซึ่งความซื่อสัตย์เป็นพันธะหน้าที่ของบุคคลที่ต้องซื่อสัตย์ต่อความยึดมั่นผูกพัน (commitment) หรือข้อตกลงในการรักษาสัญญา ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ความซื่อสัตย์ครอบคลุมทั้งการรักษาสัญญา และการปกปิดความลับ เพราะการรักษาสัญญาเป็นการแสดงความภักดี (loyalty) และอยู่บนหลักการทำประโยชน์ และหลักการบอกความจริง ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อถือไว้วางใจใน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (อรรถญา, 2548) รวมไปถึงความซื่อสัตย์ในวิชาชีพ (Fry & Johnstone, 2002) ตลอดทั้งพันธะหน้าที่ในการติดตามดูแลตามอาการที่ปรากฏของผู้ป่วย ซึ่งหลักจริยธรรมในข้อนี้ สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพฉบับปี พ.ศ. 2546 ข้อ 7 กล่าวคือ พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพพยาบาล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) สำหรับความไม่มั่นใจของผู้ให้ข้อมูลที่พบในการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลกรณีพิบัติภัยของอุมพาร์, อรรถญา และวันดี, (2551) ที่พบว่าป็นสถานการณ์ที่ทำให้กลับข้องใจเพราะไม่แน่ใจในการตัดสินใจเช่นเดียวกัน

3.5 ห่วงหน้าพะวงหลัง ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ 4 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะที่ เมื่อมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นในพื้นที่ เช่นระเบิด ซึ่งกระทบกับหมุ่คน มีคนไข้เป็นจำนวนมาก พยาบาลเวรตรวจการที่มีครอบครัวกลัวสมาชิกในครอบครัวตกเป็นเหยื่อของความไม่สงบ ดังข้อมูลจากการสำรวจบุคลากรโรงพยาบาลปัตตานี (ปี 2547 – ปี 2553) พบว่ามีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบจำนวน 36 ราย โดยได้รับผลกระทบเป็นจำนวน 43 ครั้ง (เจ้าหน้าที่ 1 คนได้รับผลกระทบหลายครั้ง หรือหลายคนในครอบครัว) สาเหตุร้อยละ 88.37 จากถูกลอบยิง (38/43) โดยที่มีบิดามารดา ถูก

ยิงแล้วเผา ร้อยละ 7.38 (3/38) และ ร้อยละ 11.63 (8/39) จากระเบิด และพบว่า ตัวเจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ร้อยละ 18.60 (8/43) เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 81.40 (35/43) เสียชีวิตรวม 22 ราย คิดเป็น ร้อยละ 51.16 โดยที่ร้อยละ 25 (2/8) เป็น เจ้าหน้าที่ และ ร้อยละ 57.14 (20/35) เป็นบุคคลในครอบครัว ในจำนวนที่เสียชีวิตทั้งหมด พบว่าบิดาเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 31.82 (7/22) รองลงมาเป็น สามี ร้อยละ 27.27 (6/22) และพี่ชายน้องชาย ร้อยละ 27.27 (6/22) นอกนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ 2 ราย และ มารดา 1 ราย ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับรายงานการทำร้ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้: ศบ.ศต (2552) พบว่า ตั้งแต่ (4 มค.47 ถึง 19 มค. 53) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งข้าราชการและลูกจ้างใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ไม่สงบ โดยมีผู้เสียชีวิต 22 ราย และบาดเจ็บทั้งสิ้น 24 ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดปัตตานีประสบเหตุความไม่สงบมากที่สุด มีสัดส่วนผู้เสียชีวิตถึง 2 ใน 3 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกทำร้ายทั้งหมด โดยจังหวัดสงขลามีผู้ประสบเหตุถูกทำร้ายน้อยที่สุด จะเห็นได้ว่า 2 ใน 3 ของผู้ประสบเหตุถูกทำร้ายจากสถานการณ์ไม่สงบเป็นลูกจ้างของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่ประสบเหตุในช่วงการเดินทางระหว่างบ้านกับที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ และปฐมามาศ (2547) ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบทั้งหมด มีความกังวลใจของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 80.3 เช่นเดียวกับศิริพร และสุวรรณิ (2547) ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพและกำลังขวัญของพยาบาลวิชาชีพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งพบว่าพยาบาล มีความกังวลใจของบุคคลในครอบครัวสูง ร้อยละ 88.9 เช่นเดียวกัน

จากข้อมูลผลกระทบดังกล่าวทำให้การปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลเป็นไปอย่างหวงหน้าพะวงหลัง และเกิดประเด็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ระหว่างหน้าที่กับครอบครัว ซึ่งใช้วิธีการตัดสินใจ ในการ *ทำหน้าที่อย่างไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว* การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ละทิ้งหน้าที่ทั้งที่ห่วงใยครอบครัว และพยายามหาหนทางรับทราบข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ในด้านความต้องการความปลอดภัย (safety need) ที่แต่ละบุคคลต้องการที่จะปราศจากอันตราย ทั้งชีวิตและทรัพย์สิน (Maslow, 1943 อ้างตาม สมจิตร, 2551) รวมทั้งความปลอดภัยของบุคคลในครอบครัว ที่ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่ในการดูแลความปลอดภัยด้วยเช่นเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการทำหน้าที่ของผู้ให้ข้อมูลด้วยความรับผิดชอบอย่างสูงส่งทั้งที่ใจกังวล แต่ไม่สามารถละทิ้งหน้าที่ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้

ได้รับผลกระทบ การช่วยเหลือเพื่อนร่วมวิชาชีพ และองค์กรภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ด้วยความเอื้ออาทร (*caring*) ซึ่งสอดคล้องกับการตัดสินใจของพยาบาลตรวจการที่มักนำแนวคิดทางจริยธรรม ความเอื้ออาทร (*caring*) มาใช้บ่อยในการแก้ปัญหาปฏิบัติงานทางคลินิก (Berggren, & Severinsson, 2003) สำหรับการแสดงออกถึงความรับผิดชอบ (*accountability/responsibility*) นั้นเป็นคุณธรรม จริยธรรมที่พยาบาลต้องถือปฏิบัติ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้รับบริการ ต่อสังคม และต่อวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อมนุษย์ (อุบลรัตน์, 2545) ซึ่งเป็นไปตามหลักจรรยาบรรณพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ที่ได้ระบุถึงความรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ซึ่งต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพไว้เป็นอันดับต้น

3.6 *อยากทำตามที่ญาติต้องการ แต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา*

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 12 ราย ได้อธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ต้องเลือกระหว่างการปฏิบัติงานหน้าที่ตามบทบาทของวิชาชีพ ภายใต้ความต่างทางศาสนากับ นโยบายของโรงพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับการให้คุณค่าความเชื่อตามหลักศาสนาของญาติ เช่นการจัดการศพ โดยที่ญาติต้องการไปประกอบพิธีทางศาสนาโดยเร็ว แต่นโยบายของโรงพยาบาลต้องเก็บศพไว้ตามระเบียบ 2 ชั่วโมงก่อนนำศพออกจากโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่ในการปฏิบัติตามนโยบาย และการปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาสูงสุดในโรงพยาบาล ในการเตรียมความเรียบร้อยของศพ และเอื้ออำนวยต่อการเตรียมรับการมาของผู้บังคับบัญชา ระดับสูงของผู้เสียชีวิตในการมาเคารพศพและปฏิบัติภารกิจตามนโยบายประเทศที่ต้องคลุ้มคลั่งแก่ทหารผู้เสียชีวิตในหน้าที่ ตลอดทั้งการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องเคารพการตัดสินใจของญาติที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อ จึงทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อีกทั้งกรณีการเย็บตกแต่งศพที่ถูกพันคอเกือบขาด ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล หรือการผ่าศพเอาหัวกระสุนไปพิสูจน์ทางนิติวิทยาศาสตร์ตามแนวทางปฏิบัติทางนิติเวช ที่เป็นความต้องการของเจ้าหน้าที่ตำรวจตามรูปคดีดังกล่าว นั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามความประสงค์ของญาติตามหลักศาสนา จึงกลายเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการในรูปคดีและกฎหมายอีกด้วย

ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจ โดยการเลือกหาหนทางที่ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ทั้งความพยายามในการทำตามบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของตนที่พึงปฏิบัติให้เป็นไป ตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยไม่ให้กระทบและเกิดผลเสียกับเวลาในการจัดการศพของญาติตามประเพณี โดยการประเมินเสี่ยงและประกันเวลาในการจัดการศพที่โรงพยาบาล เพื่อสามารถนำศพไป

ประกอบพิธีทางศาสนาให้ทันเวลา เป็นการคำนึงถึงสิทธิและเคารพในเอกสิทธิ์ (*autonomy*) ตามความต้องการและความเชื่อทางศาสนาของญาติ ด้วยหลักการและเหตุผล ที่ตระหนักถึงความสำคัญตาม ความเชื่อทางศาสนาอิสลามในการจัดการศพ ของญาติในการขอ นำศพกลับทันทีเพื่อไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และฝังศพก่อนตะวันตกดินตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งสอดคล้องกับการกล่าวถึงการจัดการศพในวรรณคดีอิสลาม ว่าในอัลกุรอานจะไม่ได้กำหนดระยะเวลาไว้ชัดเจน แต่เป็นเรื่องที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ว่าศพจะต้องถูกฝังภายใน 24 ชม. หรือหากเสียชีวิตในช่วงเช้าจะต้องฝังก่อนพระอาทิตย์ตกดิน ซึ่งเป็นแรงกดดันให้ทางภาครัฐต้องดำเนินการจัดการกับศพโดยรวดเร็วเพื่อส่งศพให้ญาติต่อไป (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2550) อีกทั้งการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของญาติตามหลักศาสนาในเรื่องการเย็บตกแต่งศพ หรือการผ่าศพเพื่อนำหวักระสุนไปพิสูจน์ตามรูปคดีเพื่อนำผู้กระทำผิดมาลงโทษตามของกฎหมายและสังคม สำหรับความตระหนักถึงความสำคัญ ซึ่งความต้องการที่สวนทางระหว่างความต้องการของภาครัฐกับของญาติ โดยญาติไม่ได้สนใจและคิดถึงเหตุผลและประโยชน์จากการผ่าศพตามที่ผู้ให้ข้อมูลพยายามให้ข้อมูลแก่ญาติ ทั้งนี้มุสลิมมีความเชื่อว่า ร่างกายของคนที่ตายไปแล้ว มีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนคนเป็น จึงต้องปฏิบัติต่อร่างกายของคนตาย ด้วยความเคารพเหมือนปฏิบัติต่อคนเป็น จะต้องไม่ให้ศพเป็นที่เปิดเผยในสภาพอูจาด การผ่าศพ (*autopsy*) จึงเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2550) การเคารพเอกสิทธิ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการตัดสินใจของพยาบาลตรวจการที่มักนำหลักการเคารพเอกสิทธิ์ (*autonomy*) มาใช้บ่อยในการแก้ปัญหาทางคลินิก (Berggren, & Severinsson, 2003)

สำหรับการปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาในสถานการณ์ที่ต้องเก็บศพเพื่อรอการมาปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบายของผู้บังคับบัญชาระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นไปตามทฤษฎีของระบบราชการ (*Bureaucratic theory*) ในลักษณะที่องค์กรของระบบราชการเป็นลำดับขั้นของการสื่อสารและความสัมพันธ์จากผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอำนาจหน้าที่ตามตำแหน่ง จากระดับที่เหนือกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่าในองค์กรตามสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน (Kelly-Heidenthal, 2003 อ้างตาม พวงทิพย์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับพยาบาลผู้ซึ่งเป็นผู้ใต้บังคับบัญชาและมีเจ้านายหลายชั้นทั้งในองค์กรและนอกองค์กร จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลพยายามใช้ความสามารถในการบริการจัดการ เพื่อให้เป็นไปในลักษณะ บัวไม่ให้ช้ำ น้ำไม่ให้ขุ่น ซึ่งเป็นการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมภายใต้ภารกิจสำคัญในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในทางที่เกิดผลเสียน้อยที่สุด (รัชณี, 2551) และทำให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ตามความตั้งใจ

3.7 ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ไม่อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 12 ราย ได้กล่าวถึงขณะปฏิบัติงานในกรณีที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย มีความเห็นแตกต่างกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย และจากการประเมินสภาพผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (nursing process) ควบคู่กับองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล มีความเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับวิธีการรักษาที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ แต่วิธีการที่เสนอเป็นสิ่งที่อยู่เหนืออำนาจหน้าที่ของพยาบาล เช่น การนำผู้ป่วยไปห้ามเลือด โดยการผูกเย็บเลือดในห้องผ่าตัด เพิ่มเติมจากแผนการรักษาที่มีเพียงการให้สารน้ำ กับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ซึ่งอาจสร้างความไม่พึงพอใจ และไม่เป็นที่พึงพอใจต่อสัมพันธภาพกับแพทย์ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ตัดสินใจทำหน้าที่แทนน้อง (พยาบาล) และผู้ป่วย ในการเจรจากับแพทย์ จะไม่ก่อให้เกิดผลดีทางการรักษา และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ที่พบประเด็นขัดแย้งในลักษณะ อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ โดยที่อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ไม่อยากขัดใจแพทย์ (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545) และพบประเด็นขัดแย้งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ในลักษณะ การทำหน้าที่แทนแต่ต้องขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาล แต่การดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความแตกต่างระหว่างแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากร (ชุตินา, อรัญญา, และอุทัยวรรณ, 2551) และประเด็นขัดแย้งที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแต่ไม่มีอำนาจ (กริณี, 2548)

การทำหน้าที่แทนโดยการเป็นตัวกลางไปเจรจากับแพทย์ เป็นการทำหน้าที่แทนพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งการใช้แนวคิดในการทำหน้าที่แทน (*advocacy*) ในการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน โดยการเป็นตัวแทนหรือทำหน้าที่แทนให้กับผู้ที่ไม่สามารถบอกกล่าวหรือกระทำการได้ด้วยตนเอง (Annas, 1974 as cited in Fry & Johnstone, 2002) บทบาทของการทำหน้าที่แทน (*advocacy*) คือ การพูดเพื่อรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วย และเป็นการกระทำที่ไปตามทฤษฎีหน้าที่นิยม (*deontological theory, obligation-based theory*) ซึ่งเชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำตามหน้าที่ที่พึงกระทำ โดยไม่ใช้ผลของการกระทำมาตัดสินว่าถูกหรือผิด (Beauchamp & Childress, 2001) โดยที่เกณฑ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในทฤษฎีหน้าที่นิยม คือ การกระทำที่ดี หรือการกระทำที่ถูกเกิดจากเจตนาที่ดี (สิวลี, 2548; อุบลรัตน์, 2545) และเป็นไปตามจรรยาบรรณพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ที่ได้ระบุถึงความรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ซึ่งต้องการการพยาบาล และ บริการสุขภาพไว้เป็นอันดับต้น ตลอดทั้งการยึดหลักจริยธรรมในการไม่ทำอันตราย (*non-maleficence*) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลที่ทีมสุขภาพต้องการที่จะไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย ทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ (Catalano, 2003)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian hermeneutic phenomenology) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเวรตรวจการที่มีประสบการณ์ ในสถานการณ์ความไม่สงบ และมีประสบการณ์ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึงเดือนมีนาคม 2553 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล พร้อมกับบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการตัดแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลิซซี่ (Colaizzi, 1978) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย ได้อธิบายความหมายของประเด็นทางจริยธรรม ไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตัดสินใจ ทั้งๆที่ไม่ทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จำนวน 9 ราย 2) เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพคล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม จำนวน 4 ราย และ 3) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเป็นคนกลางระหว่างรัฐกับญาติ จำนวน 4 ราย

ความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลเวรตรวจการต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย ได้แสดงความรู้สึกรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 5 ลักษณะ คือ 1) เครียด กัดค้นกับสถานการณ์ที่วุ่นวาย ยุ่งยาก เกินกำลัง จำนวน 5 ราย 2) กลัว ญาติผู้ป่วยทำร้าย ฟ้องร้อง จำนวน 4 ราย 3) เคว้งคว้าง ที่ต้องตัดสินใจโดยไร้อำนาจตามลำพัง จำนวน 3 ราย 4) กังวล กลัวผู้ป่วยไม่ปลอดภัย หากขาดกำลังใจเสริม จำนวน 3 ราย และ 5) รู้สึกผิด เป็นตราบาปและฝังใจจากการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดผลเสีย จำนวน 3 ราย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย ได้อธิบายลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นไว้ 7 ประการ คือ 1) ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วยจะเลือกอะไร จำนวน 11 ราย 1.1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย กับการเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ในยามวิกฤต จำนวน 9 ราย ได้แก่ ความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ ในการส่งต่อผู้ป่วยกับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 5 ราย การออกไปช่วยชีวิตผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ กับความเสี่ยงต่อชีวิตเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 ราย การเดินทางเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วย กับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 ราย 1.2) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ กับความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยถูกทำร้ายซ้ำ จำนวน 4 ราย 2) การปกป้องสิทธิผู้ป่วย กับการให้ความร่วมมือกับสื่อ จำนวน 7 ราย 3) จะดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากให้มีคุณภาพ และผ่านการรับรองได้อย่างไรภายใต้ความขาดแคลน จำนวน 4 ราย 4) ไม่มั่นใจว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น จะเป็นผลดีหรือผลร้าย จำนวน 4 ราย 5) ห่วงหน้าพะวงหลังระหว่างหน้าที่กับครอบครัวจำนวน 4 ราย 6) อยากทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการ แต่ไม่อยากขัดนโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชาจำนวน 3 ราย และ 7) ไม่อยากขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน แต่ไม่อยากเห็นผู้ป่วยอันตราย จำนวน 2 ราย

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย มีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน 8 ลักษณะ คือ 1) เลือกลงหนทางที่ทุกฝ่ายปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด จำนวน 11 ราย 2) เป็นตัวกลางในการสื่อสารที่มีคุณภาพจำนวน 8 ราย ได้แก่ ตัวกลางไปเจรจากับญาติ จำนวน 7 ราย ตัวกลางประสานงานในทีม

สุขภาพจำนวน 4 ราย 3) ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 7 ราย ได้แก่ ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 6 ราย ปฏิบัติต่อทุกฝ่ายด้วยความเท่าเทียม จำนวน 2 ราย 4) ปรึกษาหาคนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ จำนวน 7 ราย ได้แก่ ปรึกษาแพทย์เวร จำนวน 5 ราย ปรึกษาผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหารระดับสูง จำนวน 3 ราย ปรึกษาผู้มีประสบการณ์ จำนวน 3 ราย 5) ขออัตรากำลังเพิ่มเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ จำนวน 4 ราย 6) หลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับทุกฝ่ายจำนวน 4 ราย 7) ทำหน้าที่อย่างไม่ละเลย หาโอกาสสอบถามข้อมูลความปลอดภัยของครอบครัวจำนวน 3 ราย และ 8) ปรับเปลี่ยนการบริหารภายในให้รองรับผู้ป่วยที่มากขึ้น ให้มีคุณภาพ จำนวน 2 ราย

หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย มีหลักการ/เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถแบ่งออกเป็น 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นบทบาททางวิชาชีพ จำนวน 12 ราย ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ/องค์กร/ผู้ป่วย/ญาติ และเจ้าหน้าที่ จำนวน 9 ราย การทำหน้าที่แทน จำนวน 8 ราย ความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์และเพื่อนร่วมวิชาชีพ จำนวน 6 ราย เป็นการให้เกียรติเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำนวน 2 ราย 2) คำนึงถึงความปลอดภัยของทุกชีวิต จำนวน 11 ราย 3) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 7 ราย 4) การคำนึงถึงสิทธิ จำนวน 7 ราย ได้แก่ การปกป้องสิทธิผู้ป่วยและญาติ จำนวน 6 ราย สิทธิที่เท่าเทียมที่ควรได้รับ บนความต่างทางศาสนา และอัตลักษณ์ จำนวน 4 ราย 5) ยึดตามระเบียบ/นโยบาย จำนวน 6 ราย และ 6) ตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณี จำนวน 5 ราย ได้แก่ วัฒนธรรมการเยี่ยมไข้ จำนวน 3 ราย ความเชื่อทางศาสนาอิสลามในการจัดการศพ จำนวน 3 ราย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน

3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการบริหารการพยาบาลในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการใน 3 ด้าน ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมวิเคราะห์ภาระงานด้านการบริหารและการจัดการของพยาบาลเวรตรวจการ เพื่อสนับสนุนอัตรากำลังเสริมจากฝ่ายบริหาร ให้เพียงพอ และเหมาะสมกับสถานการณ์ความไม่สงบ

2. ควรมีการหารือในระดับนโยบายของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่ายทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนาอิสลาม และองค์กรสื่อสารมวลชน เพื่อร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องกับหลักศาสนา เช่นการจัดการศพ หรือการผ่าศพเพื่อพิสูจน์ตามรูปคดี ตลอดจนขอบเขตของความร่วมมือด้านการข่าว

3. กำหนดแผนพัฒนา การอบรม/ฟื้นฟู สมรรถนะด้านการตัดสินใจทางการบริหาร และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ตลอดจน ทั้ง การบริหารงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบแก่พยาบาลเวรตรวจการ ซึ่งจากผลการศึกษพบว่าประเด็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการพัฒนาน้อยที่สุดใน 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้มีความรู้และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์

4. ควรมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจน ในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่ตำแหน่งบริหารการพยาบาลในบทบาทพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลาราชการ ทั้งพยาบาลที่อยู่ในตำแหน่งบริหารหัวหน้างานและพยาบาลที่ไม่เคยผ่านงานการบริหารมาก่อน

5. นำประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พบจากการบริหารจัดการของพยาบาลเวรตรวจการเข้าวาระการประชุมในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลประจำเดือน เพื่อทราบและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

ด้านการปฏิบัติงานเวรตรวจการ

1. จากผลการศึกษาพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ระหว่างความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กับชีวิตผู้ป่วยจะเลือกอะไร ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 11 ใน 12 ราย ได้สะท้อนมากที่สุดถึงความจำเป็นที่ต้องตัดสินใจเลือกในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็น ความตายของชีวิต โดยที่ไม่สามารถคาดเดาถึงความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดระหว่างการปฏิบัติงานในยามวิกาลได้ จึงควรนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้านการตัดสินใจ ตลอดจนทั้งหลักการ/เหตุผลที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อ

แก้ไขปัญหานั้นแต่ละประเด็นชัดเจนที่เผชิญท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายประเด็นชัดเจนทางจริยธรรมในลักษณะที่เป็นสิ่งที่เกินขอบเขตวิชาชีพคล้ายผู้จัดการใหญ่ในสงคราม จึง ควรมีการฝึกประสบการณ์หรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการเตรียมรับอุบัติภัยหมู อันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบอย่างไรให้มีคุณภาพท่ามกลางความขาดแคลน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นชัดเจนทางจริยธรรมที่อาจเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ

3. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้นำหลักจริยธรรม และแนวคิดเชิงจริยธรรม บทบาททางวิชาชีพ การคำนึงถึงความปลอดภัย การคำนึงถึงสิทธิ ตลอดจนตระหนักถึงวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อทางศาสนาที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมในพื้นที่ 3 จังหวัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และการพัฒนาทักษะนำไปสู่การตัดสินใจทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเวรตรวจการควรได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการค้นคว้าด้วยตัวเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

4. ควรจัดตั้งทีมที่ปรึกษา ในเครือข่ายพยาบาลเวรตรวจการในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อไม่สามารถตัดสินใจจากการเผชิญประเด็นชัดเจนทางจริยธรรม

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรทำการศึกษาความถี่ และความรุนแรงในการเกิดประเด็นชัดเจนทางจริยธรรม จากการปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการ ในสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และผลลัพธ์/ผลกระทบจากการตัดสินใจตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ(เข้าใหม่) ภายใน 1 ปี ที่ไม่เคยผ่านงานด้านการบริหารมาก่อน (ไม่ใช่ตำแหน่งหัวหน้าหอ/หัวหน้างาน) ในสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3. ควรนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สร้างเป็นสถานการณ์ เพื่อศึกษาความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เกิดจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ โรงพยาบาลทั่วไป ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในรูปแบบวิจัยเชิงปริมาณ

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ เอิบศิริสุข. (2551). *การนิเทศและการประเมินผลทางการพยาบาล*. ในรัชณี อยู่สุข (บรรณาธิการ), *การบริหารการพยาบาล* (หน้า 55 – 70). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต
- กองการพยาบาล. (2539). *บทบาทความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษณี สังข์ประคอง. (2548). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กฤตยา แดงสุวรรณ, นงนุช บุญยัง, และอังสุมา อภิษาโต. (2551). สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(3), 227-237.
- กฤษณา เณลิยศักดิ์. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- กาญจนา รัชชาติ, อรัญญา เซาวลิต, และวันดี สุทธิรัมย์. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17 (1), 77-89.
- กัญญา สุทธิพงศ์. (2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต : การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความคับข้องใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กัณฑพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคคำ, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2550). ประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3), 211-223.

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์.

(2550). ค้นเมื่อ 30 กันยายน 2552, จาก

http://www.Southnurse.com/upload_forum/Bung1.pdf

คณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2551). เอกสารวันพยาบาล

สากล 2551 พยาบาลก้าวนำ สร้างสรรค์บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มพูนคุณภาพบริการ

ชุมชน. ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2552, จาก <http://www.thainurse.org/images/pdf/Trans.pdf>

คณะกรรมการจริยธรรมสภาการพยาบาล. (2545). แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล

ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ. โรงพิมพ์ศิริยอการพิมพ์.

คณะกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล. (2540). พระราชบัญญัติวิชาชีพการ

พยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เดอะเบส

กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์ จำกัด.

จนณะจง เฟ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสาร

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10

จอร์น อาแควร์. (2547). ผู้นำที่เป็นศูนย์รวมแห่งแรงบันดาลใจ. (สุริยา ศศิน, ผู้แปล). กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์ Good Morning. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ 2546)

จินดา หวังวรวงศ์. (2550). อยู่อย่างไรกลางไฟใต้. วารสารหมออนามัย, 16(4), 36-37

จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ. (2543). เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริง

ระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา

บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,

สงขลา.

ชนัญญา ชงัดเวช, อรัญญา เชาวลิต, และอรนิช แสงจันทร์. (2550). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้: การ

วิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 27(3), 23-39

ชาย โพธิ์ธิดา. (2547). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร

และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชุติมา จันทระประทีน, อรัญญา เชาวลิต, และอุทัยวรรณ พุทธิรัตน์. (2551). ประเด็นขัดแย้งทาง

จริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล

ศูนย์ภาคใต้: การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ. วารสารพยาบาล, 57(1), 37-47

- ครุณี ดันติเจริญวิวัฒน์. (2549). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
สงขลา.
- คาราพร คงจา. (2541). กฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยุทธรินทร์
การพิมพ์.
- เดชา แซ่หลี่. (2548). บทเรียนจากโรงพยาบาลกะป้อ จังหวัดปัตตานี. บทเรียนจากโรงพยาบาล
ชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้.5-7. คั่นเมื่อ 30 สิงหาคม 2552, จาก
http://medipe.psu.ac.th/security&safety/resource/workshop/4_hosp.htm
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2550). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม1 คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคน
องค์กร ชุมชน สังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครราชสีมา: โขกเจริญมาร์เก็ตติ้ง
- ทัศนาศ หิรัญสาย. (2551). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เทียน ปาโต. (2552). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของพยาบาลใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนกุล, กฤติยา แดงสุวรรณ, และ ชฎาพร ฟองสุวรรณ. (2550).
ประสบการณ์ของพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส ในการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ความ
ไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารวิชาการเขต 12.18 (2.1). 25-44
- นงนุช บุญยัง, ประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ, และศศิธร พุ่มดวง. (2551). ผลกระทบของสถานการณ์
ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพ
ชีวิตและการบริหารการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดน
ภาคใต้. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงการเสริมสร้างสังคมสันติสุขรุ่นที่ 1. (2552). รายงาน
ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้: บทวิเคราะห์และแก้ปัญหาเชิงรุกที่ยั่งยืนด้วย
สันติวิธี. สำนักสันติวิธีและธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้า. คั่นเมื่อ 18 กันยายน 2552,
จาก [http:// thainews. prd. go.th](http://thainews.prd.go.th)

- นิการิหมีะ นิจินิการิ. (2547). *การตัดสินใจระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรจง บินกาซัน. (2543). *จรรยาบรรณในอิสลาม*. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสืออิสลามกรุงเทพ
- บุญยราศรี ช่างเหล็ก. (2549). *การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จากสถานการณ์ไม่สงบในภาคใต้ : กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประณีต ส่องวัฒนา, ปรีศนา อัดถาผล, มนต์วิทย์ อดุลยรัตน์, และทักษิณี สมสมาน. (2549). ความต้องการและความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากรและระบบการพยาบาล ในพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้ของไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 107-115.
- ประณีต ส่องวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัตนานนท์. (2543). ความเหมือนและความต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรัชญาการวิจัย, ทฤษฎีขั้นพื้นฐานและชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-13.
- ประณีต ส่องวัฒนา และ คณะ. (2548). *รายงานการศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายบทบาทของคณะพยาบาลศาสตร์ ในการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้*. (หน้า 53). ม.ป.ท.
- ปีเตอร์ เดลี, มิเชล วัตกิน, และเคธี เรียววิส. (2551). *90 วันอันตรายสำหรับผู้บริหาร และผู้นำองค์กรภาครัฐ*. (ณัฐยา สิ้นตระการผล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ชรรคมลการพิมพ์. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ 2549)
- พจนา วิภามาศ. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรกุล สุขสุด. (2546). *สมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา ราชการ โรงพยาบาลของรัฐ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2545). จรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และสิทธิผู้ป่วย. ใน ธรรมนูญ เชาว
 ลิตและคณะ (บรรณาธิการ). *คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*
 (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 11-12). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2548). องค์การวิชาชีพการพยาบาล (หน่วยที่7). ใน *ประสบการณ์วิชาชีพ
 การพยาบาล* (ฉบับปรับปรุง, หน้า 307-347). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี:
 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พรสุมนต์ ผ่องใส. (2550). *การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลประจำการ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยใน
 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างสถานการณ์ความไม่สงบ: ตามการรับรู้ของพยาบาล
 ประจำการ*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พระธรรมปิฎก ป. อ. ปยุตโต. (2542). *พุทธธรรม*. (ฉบับปรับปรุงและขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ 8)
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาลพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติม โดย
 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547.* (2547). ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2552,
 จาก <http://www.Thailaws.com> title
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ*. (2550). ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2552, จาก
<http://gotoknow.org/blog/kasem2003/118045>
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. (2545). ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2552, จาก
<http://www.northphc.org/doc>
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พัชรี วงศ์ช่วย. (2552). *การพัฒนาสมรรถนะหลักแก่พยาบาลวิชาชีพ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย
 โรงพยาบาลชุมชน ในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับทางการพยาบาลและ
 สุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). *นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช.

- ฟารีดา อิบราฮิม. (2546). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟารีดา อิบราฮิม, และชูชื่น ชิวพูนผล. (2546). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(1), 8-16.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2550). *นวัตกรรมการจัดการศึกษาเพื่อสุขภาพประชาชน: การจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อผลิตผู้ให้บริการในพื้นที่เสี่ยงโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่13. วันที่ 5-9 พฤศจิกายน 2550. กรุงเทพมหานคร
- มณีนรัตน์ สายสมุทร. (2551). *ความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มารีนี สแลมเม. (2551). *ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษา อำเภอเกาะพ้อ จังหวัดปัตตานี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รพีพร โรจน์แสงเรือง. (2552). *ภัยพิบัติ (disaster) และอุบัติเหตุหมู่ (mass casualty incident, MCI)*. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. ค้นเมื่อ 9 เมษายน 2553, จาก <http://www.taem.or.th/node/118>
- รอชาลี ปัตยบุตร. (2548). *บทเรียนจากโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. บทเรียนจากโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้*. 1-4. ค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2552, จาก http://medipe.psu.ac.th/security&safety/resource/workshop/4_hosp.htm
- รอฮานี เจอะอาแซ, วันดี สุทธรังษี, และจินตนา เลิศไพบูลย์. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของวัยรุ่นไทยมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(2), 68-77.
- รัชนี อยู่สุข. (2551). *กระบวนการตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการและการแก้ปัญหา*. ในรัชนี อยู่สุข (บรรณาธิการ), *การบริหารการพยาบาล* (หน้า 200 – 221). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2550). ค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2552, จาก

<http://th.wikisource.org/wiki>

วณิชชา พึ่งชมพู, และสมาพร โล่สวัสดิ์กุล. (2549). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. *พยาบาลสาร*, 33(1), 177-188.

วัชรวิ จงไพบูลย์พัฒนนะ. (2551). *การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2545). การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในวิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 143-146), สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2549). *การพัฒนาบุคลากรพยาบาล*. เชียงใหม่: โชตนา พรินท์.

วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์. (ม.ป.ป.). *การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและความปลอดภัยและการจัดการอุบัติเหตุ*. ค้นเมื่อ 9 เมษายน 2553, จาก service.niems.go.th

วิไล อำนวยชัยมณี. (2544). การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: โรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์. *พยาบาลสาร* 28 (2), 36-47.

วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 18 (1), 70-78

สถานการณ์ไฟใต้กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้. (2547). *โรงพยาบาลชุมชน*, 5(5), 9 -16.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

สถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

(2552). *การศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบของพระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ต่อการจัดการและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2552*. ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2552, จาก

<http://www.deepsouthwatch.org/node/389>

สภาการพยาบาล. (2545). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ศิริยอการพิมพ์

- สภาที่ปรึกษาเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้. (2550). *อิสลามกับความจริงที่ถูกรู้*. ยะลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ยะลาการพิมพ์.
- สมพร อยู่ดี, อรัญญา เขาวลิต, และวันดี สุทธีรัมย์. (2547). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(3), 1-12.
- สมสมัย สุธีรสานต์, และจินตนา วรรณรัตน์. (2551) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออก โอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(2), 145-159.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). *จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับพุทธศักราช 2546*. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิตา สมศรี. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สิวลี ศิริไธ. (2548). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา เศรษฐวัชรานิช. (2549). *การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างเผชิญเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนันทา ลักขัทธิกุล, อุไร หักกิจ, และจิรพรรณ พิรุณดี. (2551). ประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(4), 349-360.
- สุนีย์ นำพิพัฒน์. (2552). *ความคิดเห็นและการเตรียมการของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนต่อการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนีย์ เกรานวล. (2551). *ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- สุนีย์ เกรานวล, อุไร หักกิจ, และอุมาพร ปุณฺณโสพรรณ. (2552). การให้ความหมาย ความรู้สึก แรงจูงใจ และเงื่อนไขการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสาม จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(2), 64-67.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). การชันสูตรศพจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/80>
- สุรัสวดี ไผ่ตรีกุล, และสุชาดา รัชชกุล. (2551). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้อาคารความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 20(2). 91-105
- สุวรรณณี เนตรศรีทอง และปฐมมาศ โชติบัณฑิต. (2547). การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการ สุขภาพและกำลังขวัญของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สถาบันวิจัยสาธารณสุขภาคใต้.
- สุไยดา แวะตะ. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ พ.ศ.2551-2555*. บริษัทพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี
- สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คุณภาพบริการพยาบาล*. ใน *อนาคตระบบบริการ ของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย*. บรรณาธิการ : ขนิษฐา นันทบุตร และ คณะ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือเลขที่ สช 0205.03.3/ว5 เรื่อง *โครงการระดมน้ำใจผู้ ชาวสาธารณสุข จังหวัดชายแดนภาคใต้*. ลงวันที่ 16 มกราคม 2550.
- สำนักสารนิเทศ. (2550). *สช. ส่งนักจิตวิทยา 74 คน ลงประจำการเยียวยาจิตใจประชาชนใน 37 อำเภอ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักงานสารนิเทศประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. (2549). 32 เดือนแห่งความรุนแรงในจังหวัดชายแดนใต้ (1ม.ค.47 - 31ส.ค. 49). ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/17>
- ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. (2552). *ห้าปีห้าเดือน: รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ ในรอบ 65 เดือน*. ค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2552, จาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/343>

- ศิริพร ภาณุเรืองรัมย์ และสุวรรณี เนตรศรีทอง. (2547). รายงานการศึกษผลกระทบต่อการ
จัดบริการสุขภาพและกำลังขวัญของพยาบาลวิชาชีพ ในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดน
ภาคใต้. สถาบันวิจัยสาธารณสุขภาคใต้: ม.ป.ป.
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2550). ความตายและการจัดการศพในทรศนะอิสลาม.
ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/80>
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, และสมาคมนักข่าวหนังสือพิมพ์ภาคใต้แห่งประเทศไทย. (2552)
5 ปีไฟใต้: สงคราม: ความรู้: ความสับสน. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องเวทีคลังสมอง
เครือข่ายแก้ไขปัญหภาคใต้ 18 มกราคม 2552. ณ โรงแรมโนโวเทล เซ็นทารา หาดใหญ่
จังหวัดสงขลา.สงขลา.
- อดุลย์ เรืองมา. (2548). บทเรียนจากโรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส. บทเรียนจากโรงพยาบาล
ชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้. 9-10. ค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2552, จาก
http://medipe.psu.ac.th/security&safety/resource/workshop/4_hosp.htm
- อรนิช แสงจันทร์. (2549). กฎหมายและจริยศาสตร์กับการพยาบาล. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์
อรัญญา เชาวลิต. (2545ก). ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับจริยธรรม ใน อรัญญา
เชาวลิต และคณะ (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร
บัณฑิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1 - 10). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2545ข). การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ใน อรัญญา เชาวลิต และคณะ (บรรณาธิการ),
คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 33 - 46).
สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2548). *ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม. เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการเรื่องวิชาชีพการพยาบาลกับความเสี่ยงทางกฎหมายจริยธรรม วันที่ 15-17
สิงหาคม 2548.* สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา เชาวลิต, และ วันดี สุทธิรงค์. (2546). *เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง พยาบาลและการ
ตัดสินใจเชิงจริยธรรม.* สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อับดุลอะลี บินซาฟีอี, (2550). "กูบอร์" ประตูลู่โลกหลังความตายของคนมุสลิม. ค้นเมื่อ
30 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.skyd.org/html/life-social/gubor.html>

- อาศิษ พิทักษ์คุ้มพล. (2547). ชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม วันที่ 7-8 พฤษภาคม 2547*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. (2545). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. นนทบุรี : ประชุมช่างจำกัด.
- อุมาพร อินทวงศ์, อรัญญา เซาวลิต, และวันดี สุทธิรัมย์. (2551). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยธรรมชาติพิบัติภัยในภาคใต้. *วารสารพยาบาล*, 57(1-2), 24-36
- Aiken, T. D. (2004). *Legal, ethical and political issues in nursing*. (2nd ed.) Philadelphia: F.A.Davis company.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Berggren, I., & Severinsson, E. (2003). Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervisors. *Journal Advance Nursing*, 41(6), 615-22.
- Berggren, I., & Severinsson, E. (2006). The significance of nurse supervisors' difference ethical decision making styles. *Journal Nursing Management*, 14(8), 637-43.
- Burkhardt, M. A., & Nathaneil, A. K. (2002). *Ethics & issues in contemporary nursing* (2nd ed.). Albany: Delmar.
- Catalano, J. T. (2003). *Nursing now: Today's issue, tomorrow's trends* (3rd ed.). Philadelphia: F.A.Davis company.
- Davis, A. J., Aroskar, M. A., Liaschenko, J., & Drought, T. S. (1997). *Ethical dilemmas and nursing practice* (4th ed.). Stamford: Appleton & Lange
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2001). *Nursing in today's world: Challenges, issue and trends* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Fry, S.T., & Johnstone, M. J. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making* (2nd ed.). Geneva: The International Council of Nurses.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. New bury Park, Sage: California

- Nasae, Chaowalit, Suttharangsee, & Ray, M. A. (2008). Ethical dilemmas and ethical decision making in nursing administration experienced by Head Nurses from regional hospital in southern Thailand. *Songklanagarin Medical Journal*, 26(5), 469-479.
- O'Neil, J. A. (1995). Ethical Decision making and the role of nursing. In G. L. Deloughery (Eds) *Issue and trends in nursing* (2nd ed., pp.223-246). New York: Mosby.
- Setiawan. (2003). *Ethical Dilemmas Experienced by nurse in intensive care units in Medan, Indonesia*. Unpublished master's thesis, The graduate school, Prince of Songkla University.
- Setiawan, Chaowalit, A., & Suttharangsee, W. (2004). Ethical dilemmas experienced by nurse in providing care for critically ill patients in intensive care units, Medan, Indonesia. *Songklanagarin Medical Journal*, 22(4), 221-229.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

รหัส

เรื่อง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของ พยาบาลเวร
ตรวจการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัด
ชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านเลือกและเติมคำในช่องว่างที่กำหนดให้

1. อายุ.....ปี
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. ศาสนา

| | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. พุทธ | <input type="checkbox"/> 2. คริสต์ |
| <input type="checkbox"/> 3. อิสลาม | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |
4. สถานภาพสมรส

| | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. คู่ |
| <input type="checkbox"/> 3. หย่า / แยก / หม้าย | |
5. ระดับการศึกษา

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือ ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาโททางการพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโท สาขาอื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ)..... |
6. หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สูติกรรม | <input type="checkbox"/> 2. ศัลยกรรม |
| <input type="checkbox"/> 3. อายุรกรรม | <input type="checkbox"/> 4. กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> 5. ผู้ป่วยนอก | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ)..... |
7. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
8. หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในอดีต

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สูติกรรม | <input type="checkbox"/> 2. ศัลยกรรม |
| <input type="checkbox"/> 3. อายุรกรรม | <input type="checkbox"/> 4. กุมารเวชกรรม |
| <input type="checkbox"/> 5. ผู้ป่วยนอก | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ)..... |
9. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานในอดีต.....ปี
10. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ.....ปี

11. ตำแหน่งทางวิชาชีพและประสบการณ์ในตำแหน่ง
1. ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหรือผู้ช่วย.....ปี
2. ประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลประจำการ.....ปี
3. อื่น ๆ (ระบุ).....
12. การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา 1. ไม่เคย 2. เคย
- หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรม
- 12.1 จริยธรรมทางการพยาบาล 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.3 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.4 จริยธรรมกับกฎหมาย 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.5 จริยธรรมทั่วไป 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.6 ความเสี่ยงทางจริยธรรม 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.7 กฎหมายเกี่ยวกับวิชาชีพ 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.8 สิทธิผู้ป่วย 1. ไม่เคย 2. เคย
- 12.9 อื่นๆ (ระบุ).....
13. การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ทางด้านการบริหาร 1. ไม่เคย 2. เคย
- หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ทางด้านการบริหาร
- 13.1 จริยธรรมสำหรับผู้บริหาร 1. ไม่เคย 2. เคย
- 13.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับผู้บริหาร 1. ไม่เคย 2. เคย
- 13.3 หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 1. ไม่เคย 2. เคย
- 13.4 การบริหารทางการพยาบาล 1. ไม่เคย 2. เคย
- 13.5 อื่นๆ (ระบุ).....
14. การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 1. ไม่เคย 2. เคย
- หัวข้อที่เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 14.1 สถานการณ์ความไม่สงบทั่วไปใน 3 จังหวัด 1. ไม่เคย 2. เคย
- 14.2 การเตรียมความพร้อมในการรองรับ
สถานการณ์ความไม่สงบ 1. ไม่เคย 2. เคย
- 14.3 การซ่อมแผนปฏิบัติการหมู่จากสถานการณ์ความไม่สงบ 1. ไม่เคย 2. เคย
- 14.4 การบริหารงานในสถานการณ์ความไม่สงบ 1. ไม่เคย 2. เคย
- 14.5 อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

คำชี้แจง จากการทำท่านในฐานะ พยาบาลเวรตรวจ การซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ให้ท่านบอกเล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ท่านเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เกิดจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเวรตรวจการในสถานการณ์ความไม่สงบที่ทำให้ท่านเกิดความอึดอัดใจ คับข้องใจ หรือขัดแย้งทั้งภายในตนเองและกับบุคคลอื่น ซึ่งยากต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างใด อย่างหนึ่ง เพราะไม่ว่าท่านจะเลือกทางใด ท่านก็เชื่อว่าจะทำให้เกิดผลดี / ผลเสียพอกัน

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง กระบวนการ / วิธีการที่ท่านใช้เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับตัวท่านจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ และหลักการที่ท่านใช้ในการตัดสินใจในครั้งนั้น

แนวคำถามเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

1. จากประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติ งานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบมีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ คับข้องใจ ตัดสินใจลำบาก ขณะปฏิบัติงานดังกล่าว และท่านคิดว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
2. จากประสบการณ์ที่ท่านได้เผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเวรตรวจการที่ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ท่านคิดอย่างไรกับเหตุการณ์นั้น และท่านจะให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าอย่างไร
3. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น
4. เมื่อท่านเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ท่านมีกระบวนการ/วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้นๆ
5. ท่านใช้หลักการ /เหตุผลอะไรและความเชื่ออย่างไรในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต่อเหตุการณ์นั้นๆ

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

ดิฉัน นางชไมพร สินธุอุทัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลัง ทำวิจัยเรื่อง “ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลเวรตรวจการ ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไปท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ ในสถานการณ์ความไม่สงบ ว่ามีอะไรบ้างและเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพยาบาลเวรตรวจการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างไรใช้หลักการใดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและผลลัพธ์ของการตัดสินใจ เป็นอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเวรตรวจการ ทั้งที่กำลังปฏิบัติงานในตำแหน่งและผู้ที่กำลังจะก้าวสู่ตำแหน่งพยาบาลเวรตรวจการ ในโรงพยาบาลทั่วไป 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลพยาบาลเวรตรวจการทุกท่านมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์ ซึ่งจะขออนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ซึ่งท่านสะดวกในการให้สัมภาษณ์อีกครั้ง โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงและในขณะที่สัมภาษณ์ขออนุญาตบันทึกเทปร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ข้อความที่บันทึกเทปจะเป็นความลับ และนำมาใช้สำหรับการศึกษาค้นคว้าเท่านั้นและจะทำการลบเทป ข้อมูลภายหลังจากการศึกษาค้นคว้าสิ้นสุดลงการนำเสนอข้อมูลจะใช้เพียงนามสมมติ ถ้าหากท่านไม่สะดวกในการให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อท่าน และบุคคลใกล้เคียงหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางชไมพร สินธุอุทัย)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณนวรรตน์ รักชาติ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
3. คุณกฤตยา แดงสุวรรณ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส

ภาคผนวก ง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

| คนที่ | อายุ (ปี) | เพศ | ศาสนา | สถานภาพสมรส | ระดับการศึกษา | หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน | ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน | หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในอดีต | ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในอดีต | ประสบการณ์พยาบาลตรวจการ | ประสบการณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย | ประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพในอดีต | จังหวัด |
|-------|-----------|------|--------|-------------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------|
| 1 | 49 | หญิง | พุทธ | โสด | ปริญญาตรี | ผู้ป่วยนอก | 20 ปี | ศัลยกรรม | 5 ปี | 2 ปี | 23 ปี | ปัตตานี | |
| 2 | 46 | หญิง | อิสลาม | คู่ | ปริญญาตรี | อายุรกรรม | 24 ปี | - | - | 5 ปี | 24 ปี | ปัตตานี | |
| 3 | 50 | หญิง | พุทธ | คู่ | ปริญญาตรี | กุมารเวชกรรม | 26 ปี | - | - | 16 ปี | 9 ปี | ปัตตานี | |
| 4 | 45 | หญิง | พุทธ | โสด | ปริญญาตรี | หออภิบาลทารก | 17 ปี | กุมารเวชกรรม | 6 ปี | 10 ปี | 17 ปี | ปัตตานี | |
| 5 | 47 | หญิง | พุทธ | โสด | ปริญญาตรี | อายุรกรรม | 8 ปี | หอผู้ป่วยหนัก | 17 ปี | 8 ปี | 17 ปี | ปัตตานี | |
| 6 | 45 | หญิง | อิสลาม | คู่ | ปริญญาตรี | สูติกรรม | 22 ปี | อุบัติเหตุฉุกเฉิน | 1 เดือน | 5 ปี | 17 ปี | ยะลา | |
| 7 | 52 | หญิง | พุทธ | คู่ | ปริญญาตรี | ผู้ป่วยนอก | 14 ปี | อุบัติเหตุฉุกเฉิน | 13 ปี | 6 ปี | 27 ปี | ปัตตานี | |
| 8 | 51 | หญิง | อิสลาม | คู่ | ปริญญาตรี | อายุรกรรม | 14 ปี | สูติกรรม | 20 ปี | 20 ปี | 20 ปี | ยะลา | |
| 9 | 53 | หญิง | อิสลาม | คู่ | ปริญญาตรี | พิเศษรวม | 4 ปี | ศัลยกรรม | 32 ปี | 10 ปี | 24 ปี | ปัตตานี | |
| 10 | 56 | หญิง | พุทธ | คู่ | ปริญญาตรี | อุบัติเหตุฉุกเฉิน | 1 ปี | สูติกรรม&ICU | 34 ปี | 25 ปี | 11 ปี | ปัตตานี | |
| 11 | 39 | หญิง | อิสลาม | คู่ | ปริญญาตรี | อุบัติเหตุฉุกเฉิน | 10 ปี | อายุรกรรม | 9 ปี | 2 ปี | 18 ปี | ยะลา | |
| 12 | 44 | หญิง | พุทธ | คู่ | ปริญญาตรี | ผู้ป่วยนอก | 17 ปี | ศัลยกรรม | 5 ปี | 10 ปี | 23 ปี | ปัตตานี | |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล

นางชไมพร สิ้นธุอุทัย

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5110421010

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

2530

และผดุงครรภ์ชั้นสูง

สงขลา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างานฝากครรภ์

และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลปัตตานี