

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความถี่ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและระดับความคับข้องใจของพยาบาลเมื่อเผชิญกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 กระบวนการตัดสินใจ
 - 3.3 รูปแบบของการตัดสินใจ
4. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6. ความคับข้องใจจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย มีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อย ๆ ทำให้บุคคลนั้นรับรู้หรือตระหนักได้ว่าความตายจะเข้ามาคุกคามต่อชีวิตของตนในระยะเวลาอันใกล้นี้ ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวด กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ตลอดจนประสบกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ ความอาลัยระหว่างบุคคล (ทัศนีย์ และวิภาดา, 2545; สันต์, 2521) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมี 3 ประการคือ 1) เป็นผู้ป่วยหนักด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือโรคอื่นที่ไม่มีทางรักษาให้หาย 2) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาทางการแพทย์ได้อีกต่อไป และ 3) ผู้ป่วยที่แพทย์พยากรณ์ว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น 3 เดือนสุดท้าย (อุบล, 2544) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายดังนี้

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย

คูเบลล-รอสส์ (Kubler-Ross อ้างตาม มานิต และจำลอง, 2542) ได้ลำดับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตออกเป็น 5 ชั้น ได้แก่

1. ภาวะปฏิเสธและแยกตัว เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าตนกำลังจะเสียชีวิต จะเกิดอาการตกใจอย่างรุนแรงและจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง พยายามบอกว่าผลการตรวจผิดพลาด บางคนอาจจะไปหาแพทย์อีกหลายคนให้ยืนยันว่าเขาไม่ได้ป่วยด้วยโรคร้าย ผู้ป่วยต้องการเวลาในช่วงนี้เพื่อหนีและหลีกเลี่ยงความเป็นจริงที่เขายังไม่ยอมรับไม่ได้ การปรับตัวในระบายนี้อาจมีผลต่อการยอมรับการรักษา สิ่งที่ต้องทำในระบายนี้อคือการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและแนวทางในการรักษา

2. ภาวะมีโทษและโกรธ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธในความโชคร้ายของตน โกรธแพทย์ พยาบาล คนอื่น ๆ ในครอบครัว โชคชะตาหรือแม้แต่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าไม่ยุติธรรมต่อตน ภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ต่อต้าน การตอบสนองต่อผู้ป่วยในลักษณะร่วมรู้สึกจะสามารถช่วยลดความโกรธของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยหันไปสนใจกับความรู้สึกเล็ก ๆ ของตน

3. ภาวะต่อรอง เมื่อทราบว่าตนเองจะต้องจากไปอย่างแน่นอน ผู้ป่วยจะแสดงปฏิกิริยาขอต่อรองเพื่อที่จะเลื่อนความตายออกไป อาจมีการบนบานศาลกล่าวต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขอชีวิตให้อยู่ยาวนานต่อไปอีกระยะหนึ่ง โดยอาจมีเหตุผลว่ารอญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวมาให้พร้อมกัน หรืออาจมีการต่อรองให้ได้รับการรักษาบางอย่าง เพื่อทำกิจกรรมที่ค้างอยู่จนสำเร็จหรือเพื่อสิ่งเสียเป็นครั้งสุดท้ายกับผู้ที่รัก การปฏิบัติตัวของผู้รักษาในระบายนี้อาจต้องชัดเจนว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ

4. ภาวะซึมเศร้า เมื่อความเจ็บป่วยไม่ทุเลาและยังทวีความรุนแรงขึ้น มีความทุกข์ทรมานยิ่งขึ้น เช่น เจ็บปวด น้ำหนักลดลง จึงคิดว่าตนเองจะต้องจากไปในระยะเวลาอันใกล้นี้ ผู้ป่วยจะเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง ท้อแท้ หดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ เนื่องจากสูญเสียหลายอย่าง เช่น ใกล้เสียชีวิต เสียอวัยวะ เสียเงิน ตกงาน จะทำให้รู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง ซึมเศร้า อาจแยกตัวเอง ไม่สนใจใคร ภาวะนี้อาจคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

5. ภาวะยอมรับ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ยอมรับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ยอมรับความจริงด้วยอารมณ์ที่สงบ ไม่ทรมาน ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่าง ๆ หดไป แยกตัวอยู่คนเดียวมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีปฏิกิริยาตอบสนองอื่น ๆ ได้แก่ ท้อแท้ สูญเสีย รู้สึกผิดและหวาดกลัวระบวณการก่อนตาย เช่น กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง

กลัวพลัดพรากจากผู้เป็นที่รัก และกลัวสิ่งที่ไม่รู้เบื้องหลังการตาย (จำลอง, 2547) ซึ่งปฏิกริยาตอบสนองดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรืออาจมีการย้อนกลับไปกลับมาหลายปฏิกริยา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่เข้ามาสนับสนุนและการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายในขณะนั้น (Lawton, 2000) การให้การดูแลมักจะยึดหลักประคับประคองตามกระบวนการตาย ดังนี้

กระบวนการตายและระยะเวลาของการตาย

กระบวนการตายเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยให้ความหมายของการตาย ที่มสุขภาพและครอบครัวเตรียมการสำหรับการตายของผู้ป่วย มีการตัดสินใจว่าไม่ต้องทำอะไรอีกแล้ว การสิ้นสุดของชีวิตกำลังจะเกิดขึ้น และนำไปสู่ชั่วโมงสุดท้าย การรอคอยความตายและการสิ้นสุด และความตายเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งกระบวนการตายตามระยะเวลาของการตาย (Backer, Hannon & Russel, 1994) ดังนี้

1. หนึ่งถึงสามเดือนก่อนตาย เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแยกออกจากสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง สื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง อยู่กับตนเองมากขึ้น ความอยากอาหารลดลงและหลับมากขึ้น

2. หนึ่งถึงสองสัปดาห์ก่อนตาย ผู้ป่วยจะไม่สามารถจดจำสถานที่หรือเพื่อนฝูงได้ ก้าวร้าว พูดในสิ่งที่มองไม่เห็น สับสน ความดันโลหิตลดลง ชีพจรลดลงหรือเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น ไม่สม่ำเสมอ ผิวเริ่มซีด เยียว อุณหภูมิสูงขึ้นหรือลดลง บ่นว่าร่างกายหนักและเหนียว นอนหลับมากขึ้นแต่ยังมีปฏิกริยาตอบสนองอยู่ ไม่กินอาหาร ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับญาติ การสร้างสัมพันธภาพ รับฟังความต้องการและความทุกข์ใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของชีวิตและความตาย (Kemp, 1995) ผู้ป่วยมักจะได้รับการดูแลความสุขสบายและการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและเตรียมการสำหรับการตายของผู้ป่วย

3. วันสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นกว่าระยะหนึ่งถึงสองสัปดาห์ก่อนตาย เจ้าหน้าที่และญาติต้องเผชิญกับการตัดสินใจหลายประเด็น เช่น การยัดชีวิตผู้ป่วยออกไป การเลือกสถานที่เสียชีวิต

4. ชั่วโมงสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีการหายใจแบบหิวอากาศ ปลูกไม่ตื่น การสิ้นสุดของชีวิตกำลังจะเกิดขึ้น สามารถแบ่งพฤติกรรมระยะนี้เป็น 3 ระยะคือ

1) การรอคอยความตายและการสิ้นสุด พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ป้องกันการตายที่ไม่พึงประสงค์ โดยจะต้องดูแลให้มีการตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมานและไม่ตายอย่างเดียวตาย การดูแลเน้นความสุขสบาย โดยลดความเจ็บปวด การพักผ่อนและอาการกระสับกระส่าย

2) ภาพการตาย เป็นระยะที่ร่างกายผู้ป่วยหยุดทำหน้าที่ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเสียชีวิต สมาชิกที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้มักจะได้รับอนุญาตให้อยู่กับผู้ป่วยได้

3) ความตาย ระยะนี้เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างแท้จริง และได้รับการยืนยันอย่างเป็นทางการจากแพทย์ผู้ทำการรักษาว่าผู้ป่วยเสียชีวิต

4) กล่าวอำลา

การเข้าใจถึงกระบวนการตายเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม ตอบสนองตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งแก้ไขสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับญาติ เพื่อป้องกันการเกิดข้อขัดแย้งทางจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะกระทำในขอบเขตเพื่อให้ชีวิตได้จากไปอย่างสงบอย่างมีศักดิ์ศรี โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้คือ (ธนา, 2539; นิตยา, 1999; สิวลี, 2547)

1. การดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน ควบคุมความเจ็บปวด ดูแลเกี่ยวกับอนามัยทั่วไป ความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน อาหาร น้ำ ขับถ่าย

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นระยะ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง

3. ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ให้เวลากับผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับใจตนเองเพื่อยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับได้มากที่สุด

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความเจ็บปวดที่ตนรู้สึกอย่างอิสระ พร้อมทั้งรับฟังตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดคุย

5. แสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการสัมผัส การรับฟังอย่าง จริงใจ และชี้แนะให้ผู้ป่วยมองปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล

6. ให้โอกาสผู้ป่วยได้กระทำตามความต้องการของตน เช่น การจัดการทรัพย์สินให้ เรียบร้อยก่อนเสียชีวิต

7. ตอบสนองความต้องการตามความเชื่อทางศาสนา สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อเท่าที่ศักยภาพของเขาจะทำได้ในขณะนั้น เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ หรือการทำละหมาด เป็นต้น

8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหรือบอกทางจากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน ครอบครัว เพื่อน โดยยืดหยุ่นเวลาให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้อยู่กันตามลำพัง

9. ให้กำลังใจ ปลอบใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วย

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นเนื่องจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติในเรื่องความตาย ผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตและเกิดความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น (Kuuppelomaki, 2002) ในขณะที่ญาติก็มักไม่รู้จักความจริงเกี่ยวกับสภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รวมทั้งการมีทัศนคติต่อปัญหาและการเข้าใจปัญหาที่ต่างระดับกัน การตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ และผู้บริหารโรงพยาบาล (ทัศนีย์ และวิภาดา, 2545) ประกอบกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ไม่เชื่อให้ญาติได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามคุณค่าและความเชื่อเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง ปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้

การเคารพเอกสิทธิ์ในการยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมและกฎหมาย ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจของทีมผู้รักษา รวมทั้งหลักจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพเอกสิทธิ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจได้เองมีสิทธิที่จะตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับตนเอง และมีสิทธิปฏิเสธการรักษาใด ๆ ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องยอมรับแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจ (Sensky, 2002) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ครอบครัวหรือผู้แทนมีสิทธิที่จะตัดสินใจแทนโดยเลือกกิจกรรมการรักษาที่ตรงกับความต้องการ คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย (Manias, 1998) จุดนี้มักจะก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากเพราะญาติอาจจะไม่รู้จักความจริงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้ว ความหวังที่จะให้คนที่ตนรักหายและกลับบ้านได้จึงยังมีอยู่ตลอดเวลาหรือแม้รู้แต่ก็คิดว่าต้องรักษาพยาบาลให้เต็มที่เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณให้กับคนที่ตนรัก ยิ่งในครอบครัวที่มี

ญาติพี่น้องมากยิ่งขึ้นยากแก่การตัดสินใจ การตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริงทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ (แสวง, 2547) ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่แนวคิดเรื่อง Living will หรือในบางครั้งเรียกว่า Advance Directive ซึ่งในหลายประเทศมีการรับรองในเรื่องนี้

การวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า (Advance Directive) เป็นการเตรียมการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับแผนการรักษาที่เฉพาะเจาะจงตามความปรารถนาของผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนไม่สามารถบอกความต้องการการรักษาในอนาคตได้ การวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้าแบ่งเป็น 2 แบบคือ (Kinzbrunner, Weinreb & Policzer, 2002; Marco, 1999)

1. พินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารที่บุคคลเขียนขึ้นเพื่อแสดงความต้องการหรือไม่ต้องการเกี่ยวกับการรักษาที่มีผลทางกฎหมายเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความปรารถนาของตนได้ กิจกรรมที่ระบุไว้ในพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้สารอาหารและสารน้ำ การใช้ยาปฏิชีวนะ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด หัตถการและการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอ็กซเรย์ รวมทั้งความต้องการอยู่โรงพยาบาลหรือกลับบ้าน

2. บุคคลที่ตัดสินใจแทน (durable medical power of attorney or proxy) เป็นการมอบหมายให้บุคคลอื่นตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือบอกความต้องการของตนเองได้ ผู้ที่ตัดสินใจแทนมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนสนิท บางครั้งเป็นแพทย์ซึ่งได้รับอนุญาตตามบทบาท การตัดสินใจจะต้องอยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาถึงความปรารถนาของผู้ป่วย

ในสถานการณ์จริงแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสำคัญกับแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า เนื่องจากเข้าใจความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วยผิด บางครั้งผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างกะทันหัน ส่งผลให้เกิดปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Marco, 1999) นอกจากนี้พยาบาลผู้ซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยและมักจะถูกคาดหวังว่าเข้าใจคุณค่า ความเชื่อและความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี มักจะเป็นบุคคลแรกที่ประสบกับสถานการณ์ที่จะต้องตัดสินใจโดยใช้กระบวนการในการตัดสินใจ แต่กลับพบว่าพยาบาลใช้กระบวนการในการตัดสินใจน้อยมาก (Manias, 1998) ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลยังต้องประสบกับความวิตกกังวลอย่างมากเนื่องจากไม่สามารถคาดหมายการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (Page & Meerabeau, 1996 cited by Manias, 1998) จากการศึกษาของแมนเนียส (Manias, 1998) เกี่ยวกับประสบการณ์และทัศนคติในการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล

ประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 98 ของพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 91 ของพยาบาลเห็นว่าพยาบาลควรจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 72 ของพยาบาลเห็นว่าแพทย์ควรจะบอกผลของการตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร และพยาบาลร้อยละ 71 เห็นว่าญาติที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพพบว่าร้อยละ 86.3 ของพยาบาลกล่าวว่าการกระทำโดยแพทย์เจ้าของไข้ และร้อยละ 4 ของพยาบาลเชื่อว่าเป็นการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดที่สุด นอกจากนี้พบว่าพยาบาลเกิดความคับข้องใจจากการได้รับข้อมูลเล็กน้อยเกี่ยวกับการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดที่สุดมักจะไม่ได้รับข้อมูลและไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ และจากการศึกษาของแบ็กและสมิท (Baggs & Schmitt, 2000) เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าหอผู้ป่วยหนักมีการตัดสินใจจำกัดการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก โดยการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการให้ยาขยายหลอดเลือดและการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮอลและร็อคเกอร์ (Hall & Rucker, 2000) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักประเทศแคนาดา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก

การเคารพเอกลัทธิของบุคคลในสังคมไทยยังต้องการแนวปฏิบัติ เพื่อช่วยให้พยาบาลรับฟังความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง เบียร์ (Beare, 1994) ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายและความต้องการของบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ดังนี้

1. สิทธิที่จะได้รับการรักษาเยี่ยงมนุษย์จนกระทั่งตาย
2. สิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีหวังอย่างเต็มเปี่ยม
3. สิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกที่มีความหวัง
4. สิทธิที่จะแสดงออกซึ่งอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการตายที่จะมาถึงตามแนวทางของผู้ป่วย
5. สิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. สิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเป้าหมายการรักษาจะเปลี่ยนไปเป็นเป้าหมายเพื่อความสุุขสบายก็ตาม
7. สิทธิที่จะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว
8. สิทธิที่ปราศจากความเจ็บปวดก่อนตาย

9. สิทธิที่จะถามคำถามและได้รับคำตอบที่เป็นจริง
10. สิทธิที่จะไม่ถูกหลอกลวง
11. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับการตายของผู้ป่วย
12. สิทธิที่จะตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
13. สิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นตัวเองของผู้ป่วยและไม่ประเมิณการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งอาจจะตรงกันข้ามกับความเชื่อของผู้อื่น

14. สิทธิที่จะอภิปรายและพูดคุยเกี่ยวกับศาสนาหรือประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย
15. สิทธิที่จะคาดหวังว่าความเป็นมนุษย์จะได้รับการเคารพจากบุคคลอื่นภายหลังการตาย
16. สิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทร ความรู้สึก ความรู้จากบุคคลที่เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และได้รับสิ่งที่พอใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตายได้

นอกจากนี้ เอสซัม จาคอบสัน โรเบิร์ต และสไนเดอร์แมน (Eschum, Jacobsohn, Roberts & Sneiderman, 1999) ได้ให้คำแนะนำสำหรับการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพในหอผู้ป่วยหนัก ดังนี้

1. สมาชิกในทีมสุขภาพจะต้องมีความเห็นตรงกันว่าโอกาสจะกลับคืนมาเป็นปกติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้และการรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงการยืดระยะเวลาการตายเมื่อการตายโดยแท้จริงไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้
2. สมาชิกในทีมสุขภาพจะต้องตระหนักว่าใครมีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยรายนั้น
3. ครอบครัวจะต้องแจ้งการตัดสินใจยุติการรักษาตามคำสั่งของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยและหรือครอบครัวจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต
5. แพทย์จะต้องให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนย้ายผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก
6. ผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ
7. ควรหยุดการตรวจเพื่อวินิจฉัย หัตถการและการให้ยาที่ทำให้เกิดความไม่สบาย
8. สมาชิกในทีมสุขภาพควรจะทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดการรักษา เฉพาะ คำสั่งการรักษาของแพทย์ การวางแผนการพยาบาล
9. ผู้ให้การดูแลควรมีการกำหนดช่วงระยะเวลาของการเสียชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ

10. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ยาและขนาดของยาจะต้องขึ้นอยู่กับอาการและความทุกข์ทรมานที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการตายของผู้ป่วย

11. ควรมีคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสำหรับให้คำปรึกษาในกรณีที่มีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับประเด็นการยุติการรักษา ระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวกับทีมสุขภาพ

12. ควรมีการตรวจสอบเกี่ยวกับการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้แน่ใจว่าตรงกับการตัดสินใจของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

ดังนั้นเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับอันตรายจากการตัดสินใจแทนนั้น จำเป็นต้องรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายที่ให้การดูแลรักษา รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันปัญหาเชิงจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น (ทศนิยม และวิภาดา, 2545)

การบรรเทาความปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว (individual or subjective) ไม่สามารถวัดออกมาเป็นรูปธรรมได้ เป็นสิ่งสำคัญและมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ญาติมิตรและทีมรักษาพยาบาล แต่การบำบัดรักษาในปัจจุบันยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังคงทุกข์ทรมานอยู่กับความปวดพร้อมพยาธิสภาพของโรคที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (เจ็อกุล, 2545) เนื่องจากทีมสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของความปวด พยาบาลมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาที่เพียงพอแล้ว ทั้ง ๆ ที่การบรรเทาความปวดด้วยยาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ (สิวลี, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวด และประเมินความปวดไม่ถูกต้อง (เจ็อกุล, 2545) จากการศึกษาของวชิราพร (2545) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลรวมทั้งการจัดการกับความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ในขณะที่พยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าวของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ถึงระดับมาก และระดับการรับรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการประเมินความปวดของพยาบาลไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดคือการมองและยอมรับว่าความปวดเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความปวดได้อย่างเข้มแข็ง แต่ผู้ป่วยบางรายก็ทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส ดังที่การศึกษาของ

ภักทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดอย่างมากจากการปฏิบัติกรดูแลหะของพยาบาล ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มักเผชิญกับความปวดอย่างเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดมักจะเกิดปัญหาในการดูแลคือผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญหลายประการคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด โดยเฉพาะการใช้ยา แก้วปวดที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวด (วงจันทร์ และอรุณญา, 2539) ทำให้เกิดประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยที่มีความปวด ดังนั้นการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานจะทำให้มองเห็นวิธีการปฏิบัติที่ควรจะเป็น (สิวลี, 2547)

ในขณะที่เดียวกันมีพยาบาลจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาคับข้องใจเมื่อไม่สามารถบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลเนื่องจากแพทย์ไม่ได้สั่งยาแก้ปวดให้กับผู้ป่วย หรือสั่งใช้ยาแก้ปวดให้ไม่เพียงพอที่จะบรรเทาความปวด ถึงแม้จะใช้วิธีการอื่นร่วมด้วยแล้วก็ตาม (วงจันทร์ และอรุณญา, 2539)

บทบาทของพยาบาลกับการประเมินความปวด (เจือกุล, 2545)

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้คำพูดสุภาพเข้าใจง่าย
2. ให้ความสนใจโดยเป็นผู้ฟังที่ดี และเชื่อในคำบอกเล่าของผู้ป่วย
3. ระหว่างการประเมินควรบันทึกพฤติกรรม แนวคิด สภาพอารมณ์ จิตใจ และ บุคลิกภาพของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูล
4. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบข้อซักถามได้ อาจใช้วิธีสัมภาษณ์จากคนดูแลใกล้ชิด หรือสังเกตพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดจากความปวด
5. ถ้าระดับความปวดเพิ่มมากขึ้นทันทีพร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตตก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว หรือเหนื่อยหอบ ควรรีบรายงานแพทย์เพราะอาจมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การมีเลือดออกของอวัยวะภายใน เป็นต้น
6. ให้ยาแก้ปวดปริมาณสูงสุด หรือให้การพยาบาลแล้ว ความปวดไม่ลดลง ควรตรวจหาสาเหตุอื่น ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลหรือรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

นอกจากนี้การให้ยาหลอกแก่ผู้ป่วย โดยทำให้เข้าใจว่าเป็นยาแก้ปวดจริง ๆ ถือว่าเป็นการหลอกหลวงผู้ป่วย และเมื่อไหร่ก็ตามที่ผู้ป่วยทราบว่าถูกพยาบาลหลอก สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะสิ้นสุดลงทันที (วงจันทร์ และอรุณญา, 2539)

การบอกความจริง

การบอกข้อมูลทั่วไปซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของทีมนักพยาบาล ได้แก่ การบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา วิธีการรักษา ผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและยากแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว และที่ยากที่สุดก็คือ การบอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปไม่ค่อยอยากจะทำนัก (อานนท์, 2547) แพทย์บางคนมักจะมอบหน้าที่นี้ให้กับบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ (Hall & Rocker, 2000) เนื่องจากการพูดถึงความตายเป็นเรื่องต้องห้ามในสังคมไทยและเป็นเรื่องละเอียดอ่อน อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและครอบครัว โดยเฉพาะในแง่ของความหมายของชีวิต อันจะนำมาสู่ความทุกข์และการปรับตัวที่รุนแรง ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะพูดคุยเรื่องความตายอย่างไรกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยไม่มีผลกระทบต่อความรู้สึกและทำลายความหวังของผู้ป่วย และเมื่อบอกแล้วจะช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างไร

พยาบาลมีหน้าที่ที่จะบอกความจริง ไม่โกหกหรือหลอกหลวงผู้ป่วย แต่ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติมักจะขอร้องให้ปกปิดผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเอาไว้ ไม่ให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งถือเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าการปกปิดความจริงทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสแสวงหาการรักษาแบบทางเลือก ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น (วิฑูรย์, 2537) แต่ในบางสถานการณ์กลับพบว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการบอกความจริงเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต

โรเบิร์ต (Robert, 1992 อ้างตาม อานนท์, 2547) ได้แนะนำทักษะการสื่อสาร 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อม ห้องที่ใช้พูดคุยควรจะเงียบสงบเป็นส่วนตัว ซึ่งอาจต้องถาม ผู้ป่วยว่าต้องการให้ญาติคนใดเข้าฟังได้บ้าง ซึ่งควรทำตามความต้องการของผู้ป่วยซึ่งแต่ละคนจะมีความต้องการแตกต่างกันมาก อาจจะต้องถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้น เพื่อเป็นการเริ่มต้นการสื่อสารแบบสองทาง
2. ประเมินว่าผู้ป่วยรู้เรื่องโรคมากน้อยแค่ไหน โดยอาจเริ่มด้วยคำถามว่าผู้รักษาได้ออกอะไรแก่ผู้ป่วยบ้าง เมื่อผู้ป่วยเล่าเรื่องก็จะสามารถประเมินได้ถึงสิ่งที่ได้รับการชี้แจงมาแล้ว รวม

ทั้งความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข่าวสารนั้นด้วย ทั้งนี้สามารถประเมินสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ด้วย

3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้ข่าวสารมากน้อยเพียงใด การถามว่าผู้ป่วยต้องการรู้ข้อมูลมากน้อยเพียงใดเป็นคำถามที่มีประโยชน์ อาจใช้คำพูดทำนองว่าผู้ป่วยบางคนอาจอยากให้ออกรายละเอียดทุกอย่าง แต่บางคนต้องการเพื่อเข้าใจอย่างกว้าง ๆ เท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างในแบบแผนการรับรู้และที่จริงแล้วไม่มีคำตอบใดซึ่งตายตัว แต่ผู้ป่วยอาจต้องการรู้มากกว่าเดิมในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไปได้

4. แลกเปลี่ยนข่าวสาร บุคลากรต้องมีความมั่นใจก่อนจะพบผู้ป่วยว่าตนเองมีข้อมูลต่าง ๆ ครบถ้วนอยู่ในมือ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรคและการช่วยเหลือรวมทั้งการเผชิญปัญหา การแลกเปลี่ยนข่าวสารต้องเป็นการสื่อสาร 2 ทาง และให้ข้อมูลแบบกะทัดรัดชัดเจน และควรสนทนาเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยด้วย การให้ข่าวสารแบบบรรยายฝ่ายเดียวอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยสับสน

5. ตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ถ้าบุคลากรไม่สามารถเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการบอกข่าวร้ายได้ก็เท่ากับว่าไม่สามารถทำงานที่เหลืออยู่แล้วหลังจากนี้ได้อีก เพราะการเข้าใจจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นขั้นแรกที่จะก้าวสู่การดูแลผู้ป่วยถึงระยะสุดท้าย การเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วยต้องมีประสบการณ์พบสมควร ในขั้นต้นอาจใช้คำถาม เช่น คุณรู้สึกอย่างไรในสภาพการณ์เช่นนี้

6. การวางแผนและติดตามการรักษา ในช่วงสุดท้ายต้องประมวลความต้องการของผู้ป่วยและการใช้ยาเพื่อทำเป็นแผนการรักษาที่เป็นรูปธรรม ซึ่งปฏิบัติได้จริงในระบบการรักษาที่เป็นอยู่ และจัดระบบของการสื่อสารเพื่อการติดต่อได้รวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ ลาเมีย-ทักเกอร์และเฟรดสัน (LaMear-Tucker & Friedson, 1997) ได้แนะนำเครื่องมือการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ทำปัญหาให้ชัดเจน (clarification)
2. ตั้งใจฟังและพยายามเข้าใจความหมาย (active listening)
3. หาแนวทางการให้ความช่วยเหลือใหม่ (reframing)
4. แฉงให้ทราบว่าคุณเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และให้ความไว้วางใจ (empathizing)
5. สรุปปัญหาร่วมกัน (summarizing)

การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและครอบครัว

การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดบนพื้นฐานของการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้เกิดอิสระและเสรีภาพของผู้ป่วย และป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเสมอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนแก่ผู้อื่นได้ (silent patient) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด หรือผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา (Norrie, 1997) โดยบทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยที่พยาบาลพึงกระทำคือ (Nelson, 2001) 1) เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ 2) ปกป้องผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจได้เอง และ 3) เป็นตัวแทนผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลจะต้องตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองและต้องได้รับการฝึกฝนในการจัดการกับประเด็นจริยธรรมซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความแน่ใจและมีอำนาจในการเป็นผู้ทำหน้าที่แทน (Norrie, 1997)

ซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 2001) ได้เสนอแนวปฏิบัติในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีความเห็นไม่ตรงกันกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมในการเริ่มการรักษาหรือความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตดังนี้

1. ความสอดคล้องของทีมสุขภาพ กล่าวคือทีมสุขภาพต้องมีความเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการพิจารณาความเหมาะสมของการรักษา

2. การสื่อสาร กล่าวคือแพทย์จะต้องรับผิดชอบ

2.1 พูดคุยกับผู้ป่วยในขณะที่เขายังรู้สึกตัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและความต้องการการรักษา

2.2 สืบสวนว่าทำไมผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนปรารถนาที่จะรับการรักษาต่อ

2.3 สนทนากับผู้ป่วยและหรือผู้ตัดสินใจแทนถึงเหตุผลของการยุติหรือการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิต

2.4 อธิบายเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบายและการตายอย่างสมศักดิ์ศรี

2.5 เสนอแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลเช่นนักสังคมสงเคราะห์ อนุศาสนาจารย์ หรือนักจริยธรรม สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และด้านข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

2.6 มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดในการติดต่อสื่อสารลงในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

3. การเจรจา เป็นความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดของแพทย์หรือทีมสุขภาพที่ได้รับ มอบหมายจากโรงพยาบาลจะต้องพยายามเจรจากับผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับแผนการรักษา ให้เป็นที่ยอมรับทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

4. ผู้ให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยหนัก แพทย์ผู้ให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยหนักจะต้องเข้าไปให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนตั้งแต่ในระยะแรกเท่าที่เป็นไปได้เมื่อรับ ผู้ป่วยไว้ในความดูแล

5. ความคิดเห็นอื่น ๆ ผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนมีโอกาสในการร้องขอเกี่ยวกับความคิดเห็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

6. การทดลองการรักษา มีการจำกัดเวลาในการทดลองการรักษา หลังจากนั้นจึงมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติอีกครั้งเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา

7. การเปลี่ยนผู้ดูแล ผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนควรมีโอกาสในการเลือกผู้ดูแลอื่น เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลและได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่อื่น

8. ควรมอบหมายบุคคลจากโรงพยาบาลให้มาประเมินประเมินในกรณีที่เกิดความคิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนและทีมสุขภาพ

9. ถ้ามีความล้มเหลวเกี่ยวกับการเจรจา จะต้องปรึกษานักกฎหมายของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการปรึกษาอำนาจของศาลเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

10. ถ้าทีมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายในการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องยินยอม ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของทีมสุขภาพ ควรให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวร้องขอให้ศาลเป็นผู้ตัดสินใจ

11. ถ้าการตกลงปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ทีมสุขภาพสามารถยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตรวมทั้งการดูแลอื่น ๆ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง กระบวนการตัดสินใจโดยการนำทฤษฎีจริยศาสตร์และหลักจริยธรรมมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล พิจารณาทางเลือก พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ เพื่อที่จะบอกว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควรกระทำ สิ่งใดถูกและสิ่งใดผิดโดยอาศัยหลักการคือบุคคลมีสิทธิเสรีภาพที่จะคิดและตัดสินใจ

เลือกกระทำด้วยตัวเอง ไม่มีใครมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้อื่นหรือเลือกกระทำแทนผู้อื่น แต่ในบางกรณี แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งในเหตุการณ์เช่นนี้ไม่อาจตัดสินว่าการกระทำของบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นการกระทำที่ถูกต้องหรือไม่ จำเป็นจะต้องมีเกณฑ์ในการตัดสินใจถึงเหตุผลของการกระทำนั้น (สิวลี, 2542; Burkherdt & Nathaneil, 2002) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต ความต้องการทางด้านจิตใจ ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญในการตัดสินใจ (LaMear-Tucker & Friedson, 1997)

ระดับของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแบ่งคร่าว ๆ เป็น 3 ระดับคือ 1) ระดับพื้นฐาน เป็นระดับที่แสดงเกี่ยวกับคุณค่าของชีวิตมนุษย์ 2) ระดับกลาง กล่าวถึงโครงสร้างของทฤษฎีสำหรับให้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 3) ระดับปฏิบัติ เป็นกรอบแนวคิดที่แท้จริงที่ใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งในแต่ละระดับจะช่วยให้เข้าใจว่าทำไมความขัดแย้งจึงเกิดขึ้นและจะแก้ปัญหาอย่างไร (Pellegrino, 2000)

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมถือว่าเป็นบทบาทของพยาบาล ที่จะต้องแสดงถึงความ รับผิดชอบเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลมักจะต้อง รับผิดชอบต่อสิ่งที่พึงพาของผู้ป่วยในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งปัญหาทางจริยธรรมเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาเลือกทางใดทางหนึ่งเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันที่เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นที่พอใจของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ญาติ พยาบาลและแพทย์ รวมทั้งต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เพราะบางครั้งพบว่าเมื่อนำข้อสรุปที่ผ่านการพิจารณาแล้วจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อนำไปปฏิบัติจริง กลับทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ เนื่องจากการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ จะต้องเสนอแนวความคิดในมุมมองของการพยาบาล รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ โดยอาศัยหลักการและแนวคิดต่าง ๆ ทางจริยธรรม รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณค่าและความเชื่อ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และนโยบายของหน่วยงาน โดยต้องไม่ขัดกับกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ (อรัญญา, 2545) โดยเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และโดยเมตตาธรรมของวิชาชีพที่พึงเอื้ออาทร ปกป้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ตลอดจนรวมถึงการที่อาจต้องตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมให้ในบางครั้ง (สิวลี, 2542) ดังนั้นเมื่อตัดสินใจแล้วทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องรับรู้ข้อสรุปของการตัดสินใจคืออะไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ในปัจจุบันนักวิชาการหลายท่านได้เสนอกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลไว้หลายรูปแบบเช่น

ฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) ได้เสนอขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในคุณค่าและความเชื่อ โดยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นเมื่อไร เกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมสถานการณ์ดังกล่าวจึงเกิดปัญหาจริยธรรมขึ้น ระบุบุคคลที่เกี่ยวข้อง คุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งของคุณค่าและความเชื่อ เมื่อทราบปัญหาทั้งหมดจะทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยการแปลความหมายของปัญหาและคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์คุณค่าและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ โดยการมองคุณค่าโดยรวมของแต่ละคนที่เกี่ยวข้อง คุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ศาสนา วัฒนธรรม การปรับตัวของครอบครัว กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และประเมินสถานการณ์ว่าใครควรเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การตัดสินใจมีผลกระทบในแง่กฎหมายหรือไม่ อะไรคือทางเลือกที่ควรทำ อะไรคือผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ผลกระทบต่อบุคคลและสังคมโดยรวม รวมทั้งวิเคราะห์ถึงความขัดแย้งของบุคคลที่มีส่วนร่วม เพื่อตอบคำถามว่าบุคคลที่มีส่วนร่วมในสถานการณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับคุณค่าที่เกิดขึ้นอย่างไร ซึ่งความขัดแย้งในคุณค่าอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจว่าควรทำอย่างไร การตัดสินใจต้องทำอย่างเปิดเผยบนพื้นฐานของคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจ ทำเพื่อใคร ซึ่งทางเลือกในการตัดสินใจประกอบด้วย 1) คุณค่าของผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ผลลัพธ์ที่ออกมา 3) ความถูกต้องทางจริยธรรมในแต่ละทางเลือก

แฮมริค, สปรอส และฮิวสัน (Hamric, Spross & Hauson, 1996) ได้เสนอกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน โดยการระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงทางการแพทย์ การพยาบาล คุณค่า สิทธิและหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น วัฒนธรรม ศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน โดยใช้กลวิธีในการแก้ปัญหาประกอบด้วย การร่วมมือ การประนีประนอม การอำนวยความสะดวก การบังคับ และการหลีกเลี่ยง

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์

ครีเคิลเลอร์ (Krekeler, 1987 cited by Norrie, 1997) เสนอกระบวนการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้บทบาทของการมีส่วนร่วมเพื่อความกระจ่างในความรับผิดชอบ ดังนี้

1. อะไรคือปัญหาทางการแพทย์และอะไรสอดคล้องกับคำถามจริยธรรม
2. ใครมีส่วนร่วมในประเด็นทางการแพทย์และความขัดแย้งทางจริยธรรม
3. อะไรคือบทบาทของแต่ละบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้น
4. ฉันคือผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้อื่นในปัญหาทางร่างกายหรือประเด็นจริยธรรม
5. มีการทบทวนทางเลือกของการกระทำหรือไม่ อะไรคือแนวปฏิบัติสำหรับการตัดสินใจ

ของฉันเพื่อตัวฉันเองและระบุเป็นคำถามที่ 2

6. การตัดสินใจสอดคล้องกับคุณค่าหรือไม่

อรัญญา (2545) ได้วิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากการทบทวนวรรณกรรมเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งพยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ขั้นตอนนี้จะต้องผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตัดสินใจว่าประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แท้จริง กล่าวคือเป็นประเด็นที่เกิดจากความขัดแย้งเกี่ยวกับคุณค่า พันธะหน้าที่ ประโยชน์ สิทธิ และความขัดแย้งเกี่ยวกับหลักจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและการวิเคราะห์ทางเลือก ซึ่งอาจจะมีหลายทางเลือกหรือหลายคำตอบ จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก และควรนำปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้และการยอมรับทางเลือกนั้น ๆ มาประกอบการพิจารณาด้วย และจะต้องประเมินแต่ละทางเลือกโดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับหลักการหรือกฎเกณฑ์ และความสอดคล้องกับการดูแลและความเมตตาต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ โดยอาศัยทฤษฎีจริยศาสตร์ หลัก จริยธรรม และแนวคิดต่าง ๆ ทางจริยธรรม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณค่า

ความเชื่อ ปัจจัยทางด้านสังคม ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และนโยบายของหน่วยงานร่วมด้วย โดยต้องไม่ขัดกับกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยทั่วไปจะต้องตัดสินใจร่วมกันทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาลและแพทย์

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล โดยจะต้องประเมินว่าการตัดสินใจนั้นสามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้หรือไม่ และเหตุผลที่ทำให้แก้ไขไม่ได้คืออะไร มีประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมใดบ้างที่ยังคงอยู่และเกิดประเด็นใหม่ขึ้นหรือไม่ ผลลัพธ์ของการตัดสินใจเป็นอย่างไร และเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่เพียงใด หากพบว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนใหม่ ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร ข้อมูลป้อนกลับจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการตัดสินใจครั้งนี้ และการเรียนรู้ดังกล่าวจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในอนาคตได้อย่างไร

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เมอร์ฟี (Murphy, 1984) และสไวเดอร์ และคณะ (Swider et al., 1985) ได้จัดรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 3 รูปแบบ คือ 1) การตัดสินใจโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model) เป็นการตัดสินใจที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อผู้ป่วย/ครอบครัวและความผาสุก, สิทธิของพวกเขา 2) การตัดสินใจโดยคำนึงถึงแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model) เป็นการตัดสินใจที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อขอบเขตอำนาจหน้าที่หรือสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ และ 3) การตัดสินใจโดยคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model) เป็นการตัดสินใจที่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ และจากรายงานการวิจัยพบว่าพยาบาลใช้รูปแบบการตัดสินใจในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมากกว่าการตัดสินใจโดยคำนึงถึงแพทย์และหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (Murphy, 1984)

จากการศึกษาของพินช์ (Pinch, 1985) เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาล เรื่องบทบาทของพยาบาลและการรับรู้ต่อความเป็นอิสระในวิชาชีพ ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ต่อความเป็นอิสระในวิชาชีพมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการแสดงบทบาท โดยทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลใหม่ 109 คน นักศึกษาพยาบาลปีสุดท้าย 103 คน และพยาบาลที่จบปริญญาตรี 82 คน แบ่งลักษณะการตัดสินใจต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย 2) รูปแบบการคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน และ 3) รูปแบบที่คำนึงถึงคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยศึกษาถึงการเลือกรูปแบบการตัดสินใจ ความเสี่ยง

ข้อจำกัด และความวิตกกังวลในการตัดสินใจจากสถานการณ์ที่กำหนด พบว่า นักศึกษาพยาบาลใหม่มีทัศนคติต่อความเป็นอิสระของวิชาชีพในระดับต่ำ มีการตัดสินใจที่ไม่คำนึงถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ต่อความเป็นอิสระในวิชาชีพและไม่ยินดีที่จะเสี่ยง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้วรับรู้ถึงข้อจำกัดและความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มอื่น

จากการศึกษาของสไวเดอร์ และคณะ (Swider et al., 1985) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 775 คน พบว่านักศึกษาพยาบาลพยายามที่จะแก้ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรม โดยร้อยละ 9 ตัดสินใจโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร้อยละ 19 ตัดสินใจโดยใช้แพทย์เป็นศูนย์กลาง และร้อยละ 60 ตัดสินใจโดยใช้กฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยว่านักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยกับกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเพราะเชื่อว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมและวิเคราะห์ผลการวิจัยว่านักศึกษาที่มีความสับสนเกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดพยาบาล

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ฟราย (Fry, 1994) ได้เสนอแนวปฏิบัติสำหรับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

1. พยาบาลมีหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย จะต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยและผู้แทน เข้าใจอย่างชัดเจนถึงอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาและผลจากการรักษาและไม่ได้รับการรักษาโดยตั้งคำถามดังนี้

- 1.1 ผู้ป่วยและผู้แทนเต็มใจที่จะเปิดเผยทางเลือกทั้งหมดของเขาใช่หรือไม่
- 1.2 ผู้ป่วยและผู้แทนสามารถตัดสินใจในระยะสุดท้ายชีวิตใช่หรือไม่
- 1.3 การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้แทนเป็นการตัดสินใจที่ผืนใจใช่หรือไม่
- 1.4 ผู้ป่วยและผู้แทนเข้าใจใช่ใหม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับเขา และจะปฏิบัติตาม

สิ่งที่เขาได้เลือกไว้

2. พยาบาลและทีมสุขภาพมีหน้าที่จะต้องประเมินอาการปวดและบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสม มีคำถามที่จะต้องพิจารณาดังนี้

- 2.1 ผู้ป่วยทรมานใช่หรือไม่ (ด้านร่างกาย จิตใจ หรือจิตวิญญาณ)
- 2.2 ความทุกข์ทรมานมีผลบรรลุถึงเป้าหมายของผู้ป่วยใช่หรือไม่
- 2.3 ค้นหาว่ามีทางเลือกสำหรับการบรรเทาปวดและความทุกข์ทรมานหรือไม่

2.4 อะไรที่ผู้ป่วยและผู้แทนเชื่อว่าสามารถบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานได้

3. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการดูแลและให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยไม่สนใจการตัดสินใจหรือสภาพของผู้ป่วย

4. หลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เข้าใจว่าเป็นการฆ่าหรือมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

เพลลิกรีโน (Pellegrino, 2000) เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตดังนี้ 1) ต้องพิจารณาว่าใครเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเอง ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพันธกรรมชีวิตหรือบุคคลที่ตัดสินใจแทนได้ตลอดเวลา และมีการตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับผิดชอบการตัดสินใจจะเป็นหน้าที่ของบุคคลที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยตัดสินใจตามคุณค่าของผู้ป่วย 2) ใช้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยประเมินผลของการรักษาเปรียบเทียบกับผลของการประเมินระหว่างประโยชน์ของการรักษากับการเป็นภาระจากการรักษา 3) ในกรณีที่มีความขัดแย้งในการตัดสินใจ แก้ไขโดยการเจรจากับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กร เพื่อให้ปัญหาจริยธรรมหมดไปและช่วยลดความขัดแย้งเกี่ยวกับการยืดการรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือการรักษาที่ไม่ต้องการ นอกจากนี้อาจมีการปรึกษานักจิตวิทยา นักบวช พระหรือให้ศาลเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 4) ป้องกันการเกิดความขัดแย้งโดยการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาในการรักษาและมีการให้ความหมายของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ร่วมกัน

คูอัฟฟีโลมากิ (Kuuppelomaki, 2002) ศึกษากระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการยุติการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าร้อยละ 86 เห็นว่าการตัดสินใจยุติการรักษาเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาล และร้อยละ 94 เห็นว่าควรกระทำตามการตัดสินใจ ร้อยละ 12 เห็นว่าการตัดสินใจกระทำควรขึ้นอยู่กับห่อผู้ป่วย ร้อยละ 66 เห็นว่าการตัดสินใจยุติการรักษาควรกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็วและคาดว่าจะเสียชีวิตภายในไม่กี่สัปดาห์ข้างหน้า ร้อยละ 23 เห็นว่าการตัดสินใจควรกระทำเมื่อกำลังจะเสียชีวิตในไม่กี่วันและร้อยละ 10 มีความเห็นว่าการตัดสินใจควรกระทำเมื่อคาดว่าจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน สอดคล้องกับร้อยละ 41 ของพยาบาลเห็นว่าการตัดสินใจยุติการรักษามักจะเกิดขึ้นเมื่อสายไปแล้ว และร้อยละ 44 กล่าวว่าควรเริ่มต้นพูดคุย

ก่อนการตัดสินใจยุติการรักษาควรเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ แต่ร้อยละ 87 กล่าวว่า เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในการพูดคุยเกี่ยวกับการยุติการรักษา

หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเกี่ยวข้องกับกฎหมายในประเด็นของการตีความตามกฎหมายเกี่ยวกับการยอมรับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ (วิฑูรย์, 2545) และมีการระบุเกี่ยวกับเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรีไว้ในหมวดที่ 2 ข้อ 2.2.10 ว่าด้วยเรื่องสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพว่า ในบั้นปลายของชีวิตบุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ แต่ข้อกฎหมายดังกล่าวยังไม่มียุติอะไร คืบหน้า และไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

- 1) การปกปิดความจริงแก่ผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายญาติมักจะขอร้องให้ปกปิดผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเอาไว้ ไม่ให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งถือเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยแต่ในแง่กฎหมาย ผู้ป่วยคงไม่อยู่ในฐานะที่จะฟ้องร้องได้ แต่ในแง่ของจริยธรรมถือว่าการปกปิดความจริงทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสแสวงหาการรักษาแบบทางเลือก ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น
- 2) ประเด็นการยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษาเพื่อพยุงชีวิตโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่ รวมถึงสิทธิที่จะตาย ซึ่งวิฑูรย์ (2537) กล่าวว่ากฎหมายไทยมีการรับรองสิทธิการตายโดยให้เหตุผลว่าความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ภาวะพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” ความผิดดังกล่าวเรียกกันทางวิชาการว่าความผิดที่ก่ออันตราย กล่าวคือ การทอดทิ้งคนป่วยคนชรา คนพิการนั้น สำหรับผู้ที่มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ซึ่งดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้เหล่านั้นเท่านั้น กรณีผู้ป่วย คนพิการหรือคนชราปฏิเสธการรักษา แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ให้การรักษาย่อมไม่ต้องรับผิดตามมาตรานี้ เพราะไม่มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาใด ๆ เลย นอกจากนี้การหยุดรักษาหรือไม่รักษาของแพทย์ ถ้าแพทย์เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อไปแล้ว เพราะผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นคืนสติกลับมาได้อีก การไม่รักษาหรือหยุดการรักษาไม่น่าจะถือว่า

เป็นการกระทำในความหมายของกฎหมายประมวลอาญาดังกล่าว คำสั่งที่ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิตเป็นเพียงการบอกกล่าวว่าไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่ ดังนั้นหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลรักษาและป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจึงยังคงต้องมีอยู่ กรณีที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักคือการแสดงเจตนาของญาติผู้ป่วยที่จะขอให้นำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ไปถึงแก่กรรมที่บ้านหรือไปรักษาต่อตามวิธีการและความเชื่อแบบชาวบ้าน แพทย์จะอนุญาตให้เป็นไปตามความประสงค์ได้หรือไม่หรือจะต้องปฏิบัติอย่างไร (แสง, 2546) ในแง่มุมของกฎหมายแล้วถือว่าการปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย (the right to refuse treatment) เว้นแต่กรณีของผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายซึ่งปฏิเสธการช่วยชีวิต แต่แพทย์หรือพยาบาลก็ต้องดำเนินการช่วยชีวิตต่อไปเพราะจิตใจของบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไม่ปกติ แต่ถ้าเป็นกรณีโดยทั่วไป เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งที่ปฏิเสธการรักษา ทางโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ แต่จะต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบเสียก่อน จากนั้นหากญาติยืนยันที่จะนำผู้ป่วยกลับ แพทย์ควรถือปฏิบัติดังนี้ (วิฑูรย์, 2537)

1. มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่าผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก
2. มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่าไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น
3. ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์จะให้ถอดเครื่องช่วยหายใจโดยเขียนหนังสือเป็นหลักฐานไว้

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐานดังกล่าว ย่อมจะถือได้ว่าแพทย์หมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป และการกระทำดังกล่าวก็ไม่ถือว่าเป็นความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยแต่ประการใด

เรื่องดังกล่าวได้บัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดหลักการให้บุคคลแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ในมาตรา 24 บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” แต่ พ.ร.บ. สุขภาพฉบับนี้ยังไม่มียกเว้นหรือค้ำประกันเนื่องจากรัฐบาลไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร (แสง, 2547) แต่อาจเพิ่มความสำคัญขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy) และยังเป็นวิธีที่จะหาทางลดล้างการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (dehumanization) และความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากการเพิ่ม

ความสามารถในการประวิงความตาย แต่มีความยากลำบากประการหนึ่งคือการไม่มีแบบฟอร์มที่ถูกต้องตามกฎหมายขึ้นใช้และภาวะที่ถือว่าเสียความสามารถทางร่างกายหรือจิตใจอันเป็นเงื่อนไขที่จะหยุดการรักษายังมีได้เป็นไปในทางเดียวกัน (วิฑูรย์, 2537)

หลักจริยธรรมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลหลายฝ่าย จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องเข้าใจหลักจริยธรรมพื้นฐาน (ethical principles) และสามารถเลือกรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเผชิญกับปัญหาเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม หลักจริยธรรมที่สำคัญประกอบด้วย (Beauchamp & Childress, 2001)

การเคารพเอกลิทธิ/ความเป็นอิสระ (respect for autonomy)

คำว่า “autonomy” หมายถึง การปกครองตนเอง สิทธิเสรีภาพ ความเป็นส่วนตัว ความเป็นอิสระ สัมพันธ์กับสิทธิการเลือก เป็นสาเหตุที่แสดงถึงพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ ปฏิเสธหรือมีส่วนร่วม เอกลิทธิของบุคคลเป็นอิสระจากการควบคุม, การจำกัดโดยบุคคลอื่น สอดคล้องกับการเลือกด้วยตนเอง กล่าวคือมีอิสระที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองโดยปราศจากการบังคับหรือแทรกแซงจากบุคคลอื่น มีอิสระที่จะเลือกหรือตัดสินใจด้วยตัวเองเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐาน หลักจริยธรรมข้อนี้ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ การตัดสินใจอย่างอิสระจึงมีลักษณะดังนี้ 1) อยู่บนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อ 2) อาศัยข้อมูลที่ต้องการและเพียงพอ 3) เป็นอิสระจากการถูกบังคับ และ 4) อยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและความตั้งใจ ส่วนการกระทำอย่างอิสระมีลักษณะดังนี้ 1) กระทำด้วยเจตนา 2) กระทำด้วยความเข้าใจ และ 3) กระทำโดยปราศจากการควบคุม การเคารพเอกลิทธิ/ความเป็นอิสระประกอบด้วยคุณลักษณะที่จำเป็น 2 ประการ คือ 1) อิสระเสรีภาพ และ 2) ความสามารถในการกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเป็นอิสระประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้าใจ ความมีเหตุผล ความรอบคอบและการเลือกด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามหลักจริยธรรมข้อนี้ไม่รวมถึงบุคคลที่ไม่อยู่ในสถานะที่จะกระทำการใด ๆ ได้โดยอิสระ เช่น บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไร้ความสามารถ ไร้ถูกบังคับ ทารก บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ติดยา เป็นต้น (Beauchamp & Childress, 2001)

การเคารพเอกสิทธิ์เป็นพันธะหน้าที่เชิงวิชาชีพ กล่าวคือ พันธะหน้าที่เชิงวิชาชีพหมายถึง การเคารพคุณค่า ความคิดและการกระทำของผู้ป่วย และไม่ลืมนำคุณค่าหรือศีลธรรมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นการเคารพโดยปราศจากเงื่อนไขตามคุณค่าของแต่ละบุคคล (Fry, 1994) แต่กลับพบว่าการรักษาที่ยึดชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคุณค่าของผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ การนำหลักจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระมาใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้พยาบาลรับฟังความคิดเห็นและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ถึงแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม

การทำประโยชน์ (beneficence)

การทำประโยชน์ หมายถึง การกระทำในสิ่งที่ดีและป้องกันอันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย เป็นการกระทำที่บ่งบอกถึงความเมตตา กรุณาและความใจบุญ เพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่น รักและเห็นแก่ความเป็นมนุษย์ หลักจริยธรรมข้อนี้อยู่บนหลักการที่สำคัญ คือ การทำประโยชน์ โดยป้องกันและปิดเป่าอันตราย และความสมดุลระหว่างการกระทำที่ดีและอันตราย กฎเกณฑ์ของการทำประโยชน์ (Beauchamp & Childress, 2001) ได้แก่

1. ป้องกันและปกป้องสิทธิของผู้อื่น
2. ป้องกันอันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้อื่น
3. ปิดเป่าสาเหตุของอันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้อื่น
4. ช่วยบุคคลผู้ไร้ความสามารถ
5. ช่วยชีวิตบุคคลที่อยู่ในอันตราย

บทบาทของพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของหลักการข้อนี้คือ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การบรรเทาความปวด และความทุกข์ทรมาน หลักการข้อนี้เน้นให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประโยชน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสำคัญ

การไม่ทำอันตราย (nonmaleficence)

การไม่ทำอันตราย หลักการข้อนี้ยืนยันพันธะหน้าที่ไม่ก่อความทุกข์ อันตรายมาสู่บุคคลอื่น รวมถึงการไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตราย ซึ่งแตกต่างจากพันธะหน้าที่ที่จะช่วยผู้อื่น กล่าวคือ มุ่งที่จะละเว้นการกระทำที่เป็นเหตุให้เกิดอันตราย (การกระทำผิดมีมูลจะฟ้องได้) หลักเกณฑ์ที่สนับสนุนการไม่ทำอันตราย ได้แก่ ห้ามฆ่า ห้ามทำให้ปวดหรือทุกข์ทรมาน ห้ามทำให้ไร้ความสามารถ ห้ามทำให้ชุนเคือง ห้ามทำให้สิ้นชีวิตที่ดี (Beauchamp & Childress, 2001)

การกระทำที่ถือว่าผิดหลักการไม่ทำอันตราย ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่โดยตรงต่อบุคคลนั้น
2. ผู้ประกอบวิชาชีพละเลยหน้าที่ของตน
3. บุคคลที่เกี่ยวข้องได้รับอันตราย
4. อันตรายเกิดจากการละเลยหน้าที่

ความยุติธรรม/เสมอภาค (justice)

ความยุติธรรม/เสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรม ความเท่าเทียม ความไม่ลำเอียง หลักการข้อนี้ถูกนำมาใช้มากเมื่อต้องพิจารณาจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด การบริการจะต้องกระจายไปอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งการพิจารณามักจะพิจารณาให้ตามความต้องการพยาบาลสามารถเลี้ยงมาใช้หลักของความยุติธรรมโดยการเคารพสิทธิในการตัดสินใจ และทางเลือกในการขอรับการรักษาของผู้ป่วยแทน จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม ในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Beauchamp & Childress, 2001)

การบอกความจริง (veracity)

การบอกความจริง หมายถึง บุคคลมีหน้าที่ที่จะพูดความจริงและไม่โกหก หรือหลอกลวงผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิด เป็นหลักการพื้นฐานของการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความเชื่อถือไว้วางใจระหว่างมนุษย์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสัมพันธภาพในระยะยาว (Fry, 1994) แต่ในทางปฏิบัติโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลับพบว่าเป็นปัญหาที่สร้างความยุ่งยากใจให้กับทีมสุขภาพ ซึ่งบ่อยครั้งที่ญาติมักจะขอร้องให้ปกปิดการวินิจฉัยโรคไม่ให้ผู้ป่วยรู้ ซึ่งการปกปิดความจริงในลักษณะนี้ถือเป็นการละเมิดสิทธิและโอกาสของผู้ป่วยที่จะแสวงหาการรักษาแบบทางเลือกที่เขาเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายของเขา (วิฑูรย์, 2545)

การปกปิดความลับ (confidentiality)

การปกปิดความลับ ถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถล่วงรู้ความลับต่าง ๆ จากผู้ป่วยโดยการพูดคุย หรือซักถามอาการที่เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องส่วนตัว นอกจากเกี่ยวข้องกับจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพแล้วยังเกี่ยวข้องกับสิทธิส่วนบุคคล (privacy right) ซึ่งในปัจจุบันได้ใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ดังนั้นสิ่งที่ต้องระวังคือการล่วงล้ำความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ ตลอดจน

ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยมากกว่าสารสนเทศนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยจึงต้องมีความระมัดระวัง โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านการจัดการข้อมูลผู้ป่วย มีการสร้างมาตรการควบคุมการเรียกใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศ มีการติดตามปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมและกฎหมายรวมถึงการตระหนักในการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง (ทิพาพันธ์, 2541)

ความซื่อสัตย์ (fidelity)

ความซื่อสัตย์เป็นพันธะหน้าที่ของบุคคลที่จะต้องซื่อสัตย์ต่อความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ที่มีต่อตนเองหรือผู้อื่น ความซื่อสัตย์ครอบคลุมถึงการรักษาสัญญา และการปกปิดความลับ รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย หลักการข้อนี้กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบที่พยาบาลจะต้องอุทิศตน ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดีที่สุด โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Beauchamp & Childress, 2001)

แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดทางจริยธรรมทางการพยาบาลประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ ดังนี้ (Fry, 1994)

การทำหน้าที่แทน (advocacy)

การทำหน้าที่แทน หมายถึง การที่บุคคลกระทำเพื่อปกป้องผู้อื่น หรือช่วยให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์ ดังนั้นในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยและเป็นผู้แทนของผู้ป่วยในการตัดสินใจ และลงมือกระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ถือเป็นกรกระทำเพื่อปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนผู้ที่ไม่สามารถเรียกร้องให้ตัวเองได้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยดังนี้

1. ความเข้าใจในข้อมูลและความสามารถในการรับรู้
2. ความสามารถเชื่อมโยงค่านิยมและเป้าหมายของตน
3. ความสามารถในการสื่อสาร

บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีดังนี้ (มัณฑุภา, 2541)

1. พิจารณาความสามารถและให้การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย
2. ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายทางสุขภาพ

3. ป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งทางจริยธรรม
4. สร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย
5. ให้ค้นหาเป้าหมายของตัวเองในการมีชีวิตและความตาย

นอกจากนี้การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยยังเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งฟราย (Fry, 1994) ได้เสนอรูปแบบของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังนี้

1. รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (right-protection model) ซึ่งทำอยู่ภายในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพเท่านั้น โดยพยาบาลมีหน้าที่บอกให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับและป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

2. รูปแบบที่พยาบาลช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการตามคุณค่าของตนเอง และตัดสินใจตามคุณค่า (values-based decision model) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบความต้องการ ความสนใจของตนเองและค้นพบทางเลือกที่ไม่ขัดต่อคุณค่าและความเชื่อของตัวเอง โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเอง พยาบาลจะเป็นผู้คอยชี้ให้เห็นข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ

3. รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่ช่วยพิทักษ์คุณค่าของความเป็นมนุษย์และทำหน้าที่ปกป้องการล่วงละเมิดศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัวและทางเลือกของผู้ป่วย (respect-for-person model) โดยทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ พยาบาลต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้บอกไว้กับญาติ หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีใครสามารถบอกถึงความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลควรทำสิ่งที่ที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย

ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility)

ความรับผิดชอบ หมายถึง การที่บุคคลสามารถให้คำตอบได้ (answerability) ถึงสิ่งที่ตนได้กระทำ หรือในสิ่งที่ตนรับผิดชอบ (responsibility) ดังนั้นคำว่า “accountability” จึงเป็นความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ซึ่งพยาบาลมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด (legal accountability) และมีความรับผิดชอบทางจริยธรรม (moral accountability) ที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ (ICN, 1973 cited by Fry, 1994) ที่แสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน นอกเหนือจากความรับผิดชอบต่อ ผู้ป่วย

หรือต่อประชาชนแล้ว พยาบาลยังมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ต่อเพื่อนร่วมงานและต่อตนเอง ตามที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

สำหรับความรับผิดชอบจากจริยธรรมของพยาบาล คือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการ ดูแลอย่างมีคุณภาพ การปฏิบัติหน้าที่ทางวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลไม่เพียงแต่จะมี ศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ยังสามารถช่วยขจัดความไม่สุขสบาย ความเครียดและการเลือก ทางเลือกที่เป็นไปได้ดีที่สุดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (มัณฑุภา, 2541) ความรับผิดชอบในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจะช่วยคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกที่ใช้ในการประเมินผลการพัฒนาตนเองในด้านวิชาชีพ อีกทั้งยังช่วยกำหนดแนวคิด ทางจริยธรรมและใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วย โดยมี เป้าหมายอยู่ตรงที่ทำอะไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลซึ่งบทบาท ของพยาบาลมีดังนี้

1. ส่งเสริม บัองกัน บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ
2. ต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ป่วย หน่วยงาน วิชาชีพและสังคม
3. ความรับผิดชอบด้านจริยธรรม: การปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ
4. ความรับผิดชอบด้านกฎหมาย: การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาล

ความร่วมมือ (cooperation)

ความร่วมมือ เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังระหว่างบุคคลในที่มสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักถึงคุณค่า และเป้าหมายทั้งของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกัน แนวคิดทางจริยธรรมข้อนี้ เชื่อว่าความร่วมมือจะ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายที่จะให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน แนวคิดของความร่วมมือให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อเป้าหมายร่วมกัน การเสียสละประโยชน์ส่วนตน เพื่อเป้าหมายของการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระยะยาว นอกจากนี้ความร่วมมือยังเป็นแนวคิดของความเสียสละ เพราะเป็นการแสดงถึงความผูกพันของมนุษย์ที่เกิดจากการทำงานและใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเป็นแนวคิดทางจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ เพราะเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายร่วมกันคือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ความเอื้ออาทร (caring)

เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการให้คุณค่าต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและบทบาทของพยาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเอื้ออาทร ซึ่งหมายถึง พยาบาลมีหน้าที่ที่จะปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การสนับสนุนให้กำลังใจ ความเกื้อกูล การให้ข้อมูล การระวังเมื่อดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1984 cited by Fry, 1994) รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี หลักจริยธรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดทางจริยธรรมข้อนี้คือ หลักการทำประโยชน์ และหลักการเคารพความเป็นเอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระ

ความคับข้องใจจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความคับข้องใจ (frustration) หมายถึง ภาวะที่คนเราไม่สามารถที่จะกระทำหรือปฏิบัติหรือได้ในสิ่งที่เราปรารถนาหรือตามที่เราต้องการ เนื่องจากมีการขัดขวางหรือรบกวนการทำให้เป้าหมายเป็นจริง ซึ่งฟรอยด์ (Freud, 1921 cited by Lazar et al., 2001) กล่าวว่าความคับข้องใจหมายรวมถึงอุปสรรคภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการแพทย์ สังคม กฎหมาย หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น และอุปสรรคภายใน ซึ่งประกอบด้วยข้อบกพร่องภายในตัวบุคคล ได้แก่ ขาดความรู้ ความชำนาญหรือความสามารถ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวขัดขวางความพอใจของบุคคล ส่งผลให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ที่สัมพันธ์กับปฏิกิริยาของความโกรธ เกลียดขัง ท้อแท้ใจ ผิดหวัง และไม่พอใจในงาน (สมศร, 2528; Lazar, 2001) ซึ่งเหตุผลของความคับข้องใจของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไป โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อระดับความคับข้องใจคือการวางเป้าหมายและได้รับข้อผูกมัดว่าเป้าหมายสามารถทำให้สำเร็จได้กับสมรรถนะของบุคคลที่จะสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazar et al., 2001)

เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจ ก็จะมีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้และเป็นตัวประกอบสำคัญอันหนึ่งของความรู้สึกเครียดและมีปฏิกิริยาตอบสนองได้เพื่อตอบสนองความคับข้องใจ โดยจะแสดงออกมาหลายแบบเช่น (สมศร, 2528)

1. การหยุดอยู่กับที่ (fixation) คือความรู้สึกนั้นคงอยู่ที่และรุนแรงขึ้นทุกที จนทำให้พฤติกรรมหยุดไปด้วย มักแสดงออกมาในลักษณะอยู่นิ่งไม่ทำอะไร หรือทำอะไรซ้ำ ๆ อย่างเดียว ทำให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย

2. ความก้าวร้าว (aggression) เป็นการแสดงออกแบบโกรธ มีท่าที่ไม่เป็นมิตร ต้องการทำลายสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือทำอะไรสักอย่างหนึ่งเพื่อระบายอารมณ์นั้นออกมา อาจจะเป็นการกระทำ

หรือใช้วาจาเย้ยหยัน พุดเสียดสี ชมชู้ รวมทั้งที่แสดงออกต่อบุคคลโดยตรงหรือหลีกเลี่ยงไปแสดงต่อสิ่งอื่น เช่น สัตว์ สิ่งของ หรือกลับไปทำร้ายตนเอง

3. การถอยหนี (regression) เป็นการถอยหนีจากสภาพการณ์ปัจจุบัน โดยถอยหลังไปมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัยตนเอง พฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไม่มีความสุข ไม่มั่นคง หรือมีอันตราย อาจมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก หรือต่ำกว่าวัยที่ตนควรจะแสดง เป็นได้ทั้งเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ เช่น บางเรื่องบุคคลนั้นสามารถช่วยตัวเองได้เมื่อเกิดความไม่สบายใจ เขาจะต้องพึ่งคนอื่นให้ช่วยทำหรือตัดสินใจให้ เป็นต้น

4. การยอมแพ้ (resignation) เป็นปฏิกริยาของการยอมหรือยกเลิก ปฏิเสธการรับรู้ มีพฤติกรรมถดถอย หลีกหนีจากสถานการณ์ที่เป็นจริง

การแสดงออกหรือมีปฏิกริยาต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลเลือกปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะความคับข้องใจ มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อลดความเครียดลงได้เท่านั้น การที่จะมีพฤติกรรมปกติและผิตปกตินั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกและการมีประสบการณ์ของแต่ละบุคคลว่าจะสามารถทนต่อสิ่งนั้นได้ขนาดไหน

พยาบาลผู้ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมักจะต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับรักษาที่ยืดชีวิตบ่อยมาก (Erlen & Sereika, 1997) ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ซับซ้อน ในขณะที่เด็วกันพยาบาลก็มีบทบาทและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เกิดความสับสนในบทบาทการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความจุดสิ้นสุดของความรับผิดชอบ (Swider, McElmurry & Yarlring, 1985 cited by Erlen & Frost, 1991) เกิดปัญหา ใหม่ ๆ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่ไม่มีความหมายรวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความวิตกกังวล ไร้พลัง โกรธ คับข้องใจ และรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย (LaMear-Tucker & Friedson, 1997) เนื่องจากภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้รักษาเอง หรืออาจรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเป็นกระบวนการสำหรับปรึกษาเพื่อระบุและประเมินผลทางเลือกว่าสิ่งไหนควรทำ เป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่อยู่ในวงจำกัดและยังไม่มีขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน การตัดสินใจมักใช้วิธีการประเมินทางเลือกว่าจะปฏิบัติอย่างไรอะไรควรทำ แต่บางครั้งกลับพบว่าพยาบาลไม่รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไร เนื่องจากมีประสบการณ์น้อยขาดความชำนาญ ไม่มีผู้นิเทศ และบางครั้งต้องฝืนใจกระทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ทั้ง ๆ

ที่ไม่เห็นด้วย (ธนา, 2539; Erlen & Frost, 1991; Erlen & Sereika, 1997) อาการที่ทรุดลงของผู้ป่วยที่พยาบาลไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด (Pinch, 1985) จากการศึกษาของเออร์เลนและสไรกา (Erlen & Sereika, 1997) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กล่าวคือระดับและสาเหตุของความเครียดเกิดจากการดูแลด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อผลของการดูแล การจัดการกับความลำบากในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ความเครียดเมื่อเผชิญกับการมีส่วนร่วมในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเคารพเอกลักษณ์ผู้ป่วยและการไม่ยอมรับประเพณี การแสดงบทบาทการพยาบาลส่งผลลบในด้านความรู้สึกต่อตนเองตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก (สมพร, 2546) เกิดความรู้สึกที่อึดอัดคับข้องใจ เครียด วิตกกังวล ไม่อยากทำงานและไม่สบายใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ (กฤษณา, 2545) และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบุคคลในวิชาชีพ (พจนา, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเออร์เลนและ ฟรอส (Erlen & Frost, 1991) ศึกษาถึงการรับรู้ภาวะไร้พลังต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล พบว่าผลของความไม่สามารถในการแก้ปัญหาของพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกโกรธ คับข้องใจและเกิดความรู้สึกไร้พลัง และพบว่าผลของการเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือทางบวกผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด พยาบาลมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้นและเกิดความภาคภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ และผลทางลบคือเกิดความเครียด/กังวลใจถึงผลการกระทำและรู้สึกว่าสิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์ และจากการศึกษาของกฤษณา (2545) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะคือ 1) เลือกร้อยละอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด 2) ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด 3) รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ และ 4) คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อพยาบาลใน 3 ลักษณะคือ 1) ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ นำไปสู่การย้อนคิดพิจารณาถึงรายละเอียดต่าง ๆ ที่ผ่านมา ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นและเพิ่มความเชื่อมั่น 2) ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถเลือกกระทำได้ตามที่ตัดสินใจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดความหม่นหมองทางจริยธรรม ก่อให้เกิดความ

ข้อเท็จจริงในการทำงานและพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว และ 3) ทุกข้อเท็จจริงที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร (2546) พบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีผลลบ ในด้านความรู้สึกต่อตนเองตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนี้ยังพบว่าความขัดแย้งระหว่างคุณค่างระหว่างแพทย์และพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความลำบากใจในการปฏิบัติตาม คำสั่งการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดความท้อแท้ คับข้องใจ ไม่อยากทำงานและไม่สบายใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ และพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (ธนา, 2539) นอกจากนี้ยังส่งผลให้พยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานมานานมากกว่า 5 ปีลาออกจากวิชาชีพ (Erlen & Frost, 1991; Gates, 1995 cited by Norrie, 1997; Singer et al., 2001) ในขณะที่พยาบาลจบใหม่มักจะมีคามฝันลาออกจากวิชาชีพน้อยกว่า (Davis, 1981 cite by Erlen & Frost, 1991)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรม ได้แก่ การเคารพเอกลิทธิในการยึดชีวิต/ยุติการรักษา การบรรเทาความปวด การบอกความจริง และการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในแต่ละประเด็นมักจะก่อให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้ป่วย พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยแต่ไม่เกินขอบเขตอำนาจหน้าที่ การเผชิญกับประเด็นดังกล่าวทำให้พยาบาลต้องตัดสินใจโดยอาศัยหลักการ/เหตุผล ได้แก่ ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย เป็นต้น ประกอบการตัดสินใจโดยเน้นผู้ป่วย แพทย์ และกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการตัดสินใจโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อผู้ป่วย/ครอบครัว และความผาสุก สิทธิของพวกเขา การตัดสินใจที่เกิดขึ้นจึงคำนึงถึงการเคารพความเป็นอิสระของบุคคล การทำประโยชน์/ไม่ทำอันตราย และการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและครอบครัว การตัดสินใจโดยเน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่สัมพันธ์กับแผนการรักษาของแพทย์ หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างวิชาชีพ การตัดสินใจที่เกิดขึ้นจึงคำนึงถึงขอบเขตของอำนาจหน้าที่และ/หรือสัมพันธ์ภาพเป็นสำคัญ และการตัดสินใจโดยคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ การตัดสินใจที่เกิดขึ้นจึงคำนึงถึงขอบเขตอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ ภาพพจน์ของวิชาชีพและกฎหมาย อย่างไรก็ตามการเผชิญกับการตัดสินใจในแต่ละประเด็นดังกล่าวยังส่งผลให้พยาบาลเกิดความคับข้องใจเนื่องจากพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ผู้รักษามีมุมมองและเป้าหมาย

ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้พยาบาลเกิดผลลบในด้านความรู้สึกที่สัมพันธ์กับปฏิกริยาของความโกรธ
เกลียดชัง และไม่พอใจในงาน