

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ 5 ประเด็น คือ

2.1 ความหมาย และความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3 ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล

2.4 การแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล

2.5 ผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล

ส่วนที่ 1 ลักษณะและข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ทางภาคใต้ตอนล่าง โดยปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม 3 คน ซึ่งมีนามสมมติว่า น้องหมีว น้องกิ้ง และป๊วย แผนกศัลยกรรม 3 คน ซึ่งมีนามสมมติว่า นกยูง พี่ปิ่น พี่นัน และหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU ทั่วไป) 4 คน มีนามสมมติว่า น้องพุดซ้อน น้องกล้วย น้องเตย และ โบทัน โดยทั้ง 10 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 36 ปี จำนวน 5 คน อายุน้อยที่สุดคือ 26 ปี และอายุมากที่สุดคือ 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุดคือ 8 คน นับถือศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ อย่างละ 1 คน เป็นโสด 7 คน สมรสแล้ว 3 คน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า 9 คน มีเพียง 1 คนที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาล-

ศาสตร์ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 6 ปี โดยมีจำนวนถึง 8 คน 1-3 ปี 1 คน และ 4-6 ปี 1 คน ทุกคนเคยศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตายรวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรม สำหรับการเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะปฏิบัติงานพบว่า สัดส่วนระหว่างการเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา กับการไม่เคยเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา เท่ากัน อย่างละ 5 คน อบรมจริยธรรม 9 คน ไม่อบรม 1 คน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศหญิง	10
อายุ	
26 - 30 ปี	3
31 - 36 ปี	5
37 - 40 ปี	2
ศาสนา	
พุทธ	8
อิสลาม	1
คริสต์	1
สถานภาพสมรส	
โสด	7
สมรส	3
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9
ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์	1
ในขณะที่ศึกษามีการสอนในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย	10
ในขณะที่ศึกษามีการสอนเกี่ยวกับจริยธรรม	10
เข้ารับการประชุม / อบรม / สัมมนา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย	
เคย	5
ไม่เคย	5

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
เข้ารับการประชุม / อบรม / สัมมนา เกี่ยวกับจริยธรรม	
เคย	9
ไม่เคย	1
ประสบการณ์ในการทำงานในวิชาชีพพยาบาล / การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	
1 - 3 ปี	1
4 - 6 ปี	1
มากกว่า 6 ปี	8

รายละเอียดในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 คน มีดังต่อไปนี้

น้องกิ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ 26 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีประสบการณ์ในการทำงานในวิชาชีพการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย 3 ปี โดยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่เริ่มสำเร็จการศึกษาจนถึงปัจจุบัน และเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งได้รับการอบรมเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้วย น้องกิ่งเป็นผู้ที่มีใจรักในวิชาชีพการพยาบาล และตั้งใจที่จะเรียนวิชาชีพพยาบาลมาตั้งแต่เริ่ม โดยมีความคิดส่วนตัวว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ตลอดช่วงชีวิต ด้วยเหตุนี้เมื่อน้องกิ่งต้องพบกับสถานการณ์ที่มีเหตุทำให้ จำเป็นต้องเลือกปฏิบัติระหว่างการทำเพื่อสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยหรือเพื่อตนเองน้ำใจญาติ น้องกิ่งจึงรู้สึกว่ามันเป็นความคับข้องใจอย่างมาก เพราะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นดังที่คิดไว้

น้องพุดซ้อน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อายุ 30 ปี มีสถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พุดซ้อนเป็นพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง พุดซ้อนจะฉลาด มีอัธยาศัยดี และกล้าแสดงออก ขณะที่ให้สัมภาษณ์จะรวบรวม ข้อคิดเห็นได้เป็นหมวดหมู่และเล่าบรรยายแต่ละขั้นตอนได้ละเอียด และมีความตั้งใจอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย พุดซ้อนไม่เคยเข้ารับการประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนาที่เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรม แม้จะมีประสบการณ์ในการทำงานในวิชาชีพพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย มามากกว่า 6 ปี ได้แสดงทัศนคติในเรื่องนี้ว่าถึงแม้จะไม่ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการอบรม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา รวมถึงประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับรุ่นพี่ที่อาวุโสกว่าก็พอจะมีแนวทางปฏิบัติงานได้บ้างพอสมควร น้องพุดซ้อนได้แสดงแง่คิดว่า แม้จะได้รับคำแนะนำจากรุ่นพี่ในการ

ทำงาน แต่ในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสายบังคับบัญชาในการทำงานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นมีประสบการณ์ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และด้วยบุคลิกภาพที่มีความมั่นใจในตัวเอง เมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าถูกต้องได้ ก็จะเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน

น้องนกยูง เป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุ 30 ปี สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 1 คน ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรม ตั้งแต่เริ่มเข้ารับราชการเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ดูแลเป็นที่เล็งงักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษาที่ดีสำหรับนักศึกษา น้องนกยูงเป็นอีกผู้หนึ่งที่ไม่เคยเข้ารับการประชุม/อบรม/สัมมนา ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตายเลย น้องนกยูงเป็นคนที่มีมองและคิดในทางบวกได้ให้ความเห็นในเรื่องนี้ว่า อาจเป็นเพราะตัวเองปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมจึงอาจถูกละเลยในการคัดเลือกตัวบุคลากร ไม่เหมือนกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยหนัก ซึ่งตรงกับงานมากกว่าก็อาจเป็นไปได้ เคยเข้าร่วมการอบรมเรื่องจริยธรรมมาแล้ว โดยที่ทางโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ จัดอบรมให้โดยเชิญวิทยากรจากภายนอกมาบรรยาย น้องนกยูงเป็นผู้หนึ่งที่กล่าวว่า ปัจจัยเกี่ยวกับความแตกต่างด้านความเชื่อและศรัทธาในศาสนา มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความคับข้องใจในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและโน้มนำให้เกิดความขัดแย้งเชิงจริยธรรมและยังเสนอว่าพยาบาลควรได้มีการศึกษาถึงความหลากหลายในแต่ละวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

น้องกล้วย เป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุ 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ ยังไม่มีบุตร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยใกล้ตาย ทำงานในวิชาชีพพยาบาลมานานกว่า 6 ปีไม่เคยเข้ารับการประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตายแต่เคยเข้าร่วมการอบรมในประเด็นจริยธรรม และในระหว่างที่ศึกษาอยู่ในหลักสูตรปริญญาตรีพบว่าในหลักสูตรมีการบรรจุหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยใกล้ตายและมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และนอกจากนี้ น้องกล้วยยังเคยเข้าร่วมการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่ทำการล้างไตด้วยเครื่องล้างไตเทียมด้วย ทำให้ได้มีโอกาสศึกษาและสัมผัสกับชีวิตของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย น้องกล้วยจึงได้ตระหนักมากขึ้นว่า การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิได้หมายความว่า จะต้องท้อแท้หรือละเลยการรักษาตัวเอง หากแต่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป เพียงแต่มีโรคอยู่ด้วยเท่านั้น เมื่อน้องกล้วยต้องพบกับเหตุการณ์ที่มีการตัดสินใจยุติการรักษาไม่ว่าจะโดยเจ้าของไข้หรือความสมัครใจของญาติ ก็ตาม น้องกล้วยจะรู้สึกอึดอัดใจ และคับข้องใจมากและน้องกล้วยยังแสดงความคิดเห็นว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแต่ละคนให้คุณค่าในสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกัน และนั่นคือที่มาของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

ของพยาบาล แม้จะพบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน น้องกล้วยก็มองว่าทุกอย่างสามารถก้าวผ่านไปได้ หากทุกคนให้ความสำคัญและร่วมมือช่วยเหลือกัน น้องกล้วยยังบอกไว้ในโรงพยาบาลที่น้องกล้วยทำงานอยู่กำลังจัดตั้ง คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลพยาบาลที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม

น้องหมี มีอายุ 31 ปี นับถือศาสนาคริสต์ สถานภาพโสด เดิมอยู่ในตำแหน่งของพยาบาลเทคนิค และเมื่อทำงานซดใช้ทุนครบถ้วนก็ได้สมัครสอบเรียนต่อ จนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จากมหาวิทยาลัยเปิดแห่งหนึ่ง และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ น้องหมีได้มีโอกาสศึกษาในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตายหัวข้อที่เกี่ยวกับจริยธรรม ทั้งในหลักสูตรระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี และยังมีโอกาสได้เข้ารับความรู้ในเรื่อง จริยธรรมจากการประชุม / อบรม / สัมมนา ซึ่งจัดโดยโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ แต่สำหรับเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยใกล้ตาย ยังไม่มีโอกาสได้เข้ารับการอบรมเลย ปัจจุบันน้องหมีปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ทำให้ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก จากภาระงานที่ค่อนข้างหนัก ทำให้น้องหมีกล่าวว่าบางครั้งตัวเองก็ไม่สามารถให้เวลากับ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้มากตามที่ควรจะเป็น ซึ่งเหตุผลดังกล่าวก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาล

น้องเตย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาสูงสุดในจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด กล่าวคือน้องเตย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ด้วยอายุ 31 ปี น้องเตยปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยเริ่มปฏิบัติงานในแผนกนี้ตั้งแต่เริ่มรับราชการ ในเรื่องของการเรียนรู้ในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย ตลอดจนหัวข้อที่เกี่ยวกับจริยธรรมน้องเตยได้รับการเรียนรู้ ขณะที่เป็นักเรียน และยังมีโอกาสได้เข้ารับการประชุม / อบรม / สัมมนาในหัวข้อดังกล่าวอีกด้วย ประสบการณ์ในการทำงานที่มากกว่า 6 ปี ทำให้ได้มีโอกาสทำงานในสิ่งที่ตัวเองรักแล้ว น้องเตยยังได้รับการคัดเลือกเป็นพยาบาลดีเด่นของหน่วยงานอีกด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตนเองสำเร็จการศึกษาชั้นสูง จึงถูกเรียกตัวไปร่วมทำงานกับกรรมการของโรงพยาบาลเสมอ ๆ น้องเตยจึงเกิดความรู้สึกว่ เวลาที่ควรจะดูแลผู้ป่วยถูกเบียดบังไปทำงานให้กับองค์กรแล้วจำเป็นต้องมอบหมายหรือแลกเวรเพื่อให้รุ่นน้องมาทำงานแทน ทำให้น้องเตยรู้สึกเหมือนกับตนเองละเลยหน้าที่ที่ควรจะต้องดูแลคนไข้ แล้วไปทำงานอย่างอื่นบ่อยครั้งที่น้องเตยต้องนั่งชั่งใจว่าตนเองมีหน้าที่อะไรกันแน่ระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับการไปร่วมระดมสมองเพื่อพัฒนาองค์กรและบอกว่าเป็นเหตุที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรม

ปุย เป็นพยาบาลวิชาชีพอีกคนหนึ่งที่เคยเป็นพยาบาลเทคนิค และได้รับการศึกษาเพิ่มเติมจนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ปุยมีอายุ 36 ปี สถานภาพสมรสคู่ ยังไม่มีบุตร นับถือศาสนาพุทธ ช่วงที่เป็นนักศึกษาไม่มีการเรียนการสอนในหัวข้อการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตายอย่างชัดเจนหรือกล่าวไว้โดยเฉพาะ แต่

สำหรับหัวข้อที่เกี่ยวกับจริยธรรมมีการบรรจุไว้ในหลักสูตรระดับปริญญาตรี ปุ๊ไม่เคยเข้ารับการประชุม/ อบรม / สัมมนาในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย แต่หัวข้อจริยธรรม ปุ๊เคยได้รับการอบรมภายในโรงพยาบาลมาแล้ว และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน มีประสบการณ์ในการทำงานและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่า 6 ปี ปุ๊เป็นพยาบาลที่มีมนุษยสัมพันธ์ จะพูดจาไพเราะทั้งกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ และยังเป็นพยาบาลที่ทำงานด้วยความรอบคอบ และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ด้วยสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เมื่อปุ๊พบสถานการณ์ที่บางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับสิ่งที่ดีตามที่ควรได้ ปุ๊จึงรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้

โบตัน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้โดยในเบื้องต้นปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค ต่อมาเมื่อใช้ทุนครบถ้วนได้สอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ จนจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันโบตันอายุ 36 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานในวิชาชีพพยาบาล และดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่า 6 ปี โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และต่อมาย้ายเข้าปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โบตันเป็นพยาบาลอีกคนหนึ่งที่รัก และเทิดทูนวิชาชีพพยาบาลพยายามทำงานในหน้าที่ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และผิดพลาดน้อยที่สุด ด้วยตั้งใจและมุ่งมั่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี ด้วยเหตุนี้จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้โบตันมีประสบการณ์ในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะโบตันกล่าวว่าในการทำงานเป็นทีม หากทีมอ่อนแอโอกาสที่จะเกิดมีปัญหาก็เป็นไปได้สูง โบตันเองไม่เคยเข้ารับการประชุม/อบรม/สัมมนาในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย แต่สำหรับหัวข้อที่เกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมโบตันเคยได้รับการอบรมแล้ว แต่ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังไม่เคยได้รับการอบรมเลย แม้กระนั้นโบตันเองก็บอกว่าจากประสบการณ์ที่ทำงานมา หากจำเป็นต้องตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วยังไง การตัดสินใจนั้น ๆ จะเป็นแบบอย่างสำหรับการตัดสินใจในครั้งต่อไปได้ ซึ่งก็ยังเป็นปัญหาสำหรับผู้ปฏิบัติงานอยู่ โบตันยังแสดงข้อคิดเห็นว่า เป็นการดีที่มีการศึกษาครั้งนี้ขึ้น เพราะจะได้เรียนรู้วิธีการตัดสินใจของเพื่อนร่วมวิชาชีพ

พินัน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ที่หลากหลาย คือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักถึง 10 ปี และต่อมาย้ายออกมายุ่งแผนกศัลยกรรมอีก 5 ปี ปัจจุบันพินันอายุ 38 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พินันนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพโสด ปกติเป็นคนค่อนข้างเงียบ ๆ ทำงานจริงจัง ด้วยความตั้งใจเต็มที่ แม้ว่าพินันจะไม่เคยเข้ารับการประชุม / อบรม / สัมมนา ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย ก็ตาม พินันเองก็สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ทั้งนี้พินัน ยังบอกว่าในช่วงที่พินันศึกษาอยู่ หัวข้อดังกล่าวมีการพูดถึงบ้างแต่ก็เล็กน้อยเป็นเพียงการเกริ่นนำ หรือบทสรุปเป็น

บางตอนของการพยาบาลเท่านั้น สำหรับหัวข้อประเด็นจริยธรรมก็มีการสอนบ้างแต่เน้นใน เนื้อหา ที่เกี่ยวกับปรัชญา และศาสนา มากกว่าประเด็นจริยธรรมที่จะเป็นการดูแลผู้ป่วย อย่างที่มีตำราทาง การพยาบาลในปัจจุบันกล่าวถึง ที่นั่นเคยเข้ารับการอบรมในประเด็นจริยธรรมทั้งใน และนอก หน่วยงาน ที่นั่นยังได้แสดงทัศนคติว่า เป็นการดีที่มีการจัดประชุม/อบรม/สัมมนา ในประเด็นจริยธรรม เรื่อย ๆ หรือเป็นระยะ ๆ เพราะปัจจุบันมีสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาจริยธรรมได้ เสมอ ๆ หากบุคลากรพยาบาลได้มีการตระหนัก และปฏิบัติหน้าที่ในทิศทางเดียวกัน ที่นั่นมองว่า สามารถลดความยุ่งยากในเชิงปฏิบัติได้

พี่ปิ่น เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากที่สุดในกลุ่มพยาบาลที่ให้ข้อมูล พี่ปิ่นมีอายุ 40 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ พี่ปิ่นเริ่มรับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพเมื่อ 17 ปีก่อน โดยปฏิบัติงานเริ่มแรกที่แผนก กุมารเวช และต่อมาย้ายมาอยู่แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จากประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ ตายของพี่ปิ่น ทำให้พี่ปิ่นมีมุมมองที่หลากหลาย โดยพี่ปิ่นมีความคิดว่าทุกอย่างต้องเปลี่ยนแปลง ไปตามวาระ เราจึงจำเป็นต้องปรับปรุงให้เกิดสิ่งดี ๆ ขึ้น เพื่อเป็นการให้รางวัลกับตัวเองและ คอบแทนวิชาชีพที่ทำให้มีงาน มีเงิน พี่ปิ่นไม่เคยเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ในเรื่องการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตายมาก่อน แต่ในประเด็นจริยธรรมเคยเข้ารับการอบรมมากกว่า 1 ครั้ง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เมื่อมองย้อนไปในขณะที่พี่ปิ่นเป็นนักศึกษา พี่ปิ่นบอกว่า มันนานมาก แต่ดูเหมือนไม่มีการสอนอย่างเจาะจง และประเด็นจริยธรรมมีการสอนแต่มีที่จะ โยงเกี่ยวกับหลักศาสนา ปรัชญา มากกว่าจะแยกเป็นประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย พี่ปิ่นรู้สึก ดีใจมากที่มีการศึกษาในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในประสบการณ์ของพยาบาล เพราะพี่ปิ่น คิดว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอ ๆ แต่ไม่มีรายงานอย่างชัดเจน เพราะเป็นการยากที่พยาบาลจะออกมา พูด หรือแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพข้างเคียง

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายไว้ 3 ลักษณะ คือ (1) ต้องเลือกกระทำทั้ง ๆ ที่ไม่อยากจะ (2) บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้ง กับคุณค่าของตัวเอง และ (3) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็จะต้องทำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่รู้ทั้งรู้ว่าไม่ควรกระทำ

พยาบาล 3 ใน 10 คน ให้ความหมายในลักษณะของความยุ่งยากใจ ลำบากใจในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะแม้ว่าการกระทำที่เลือกกระทำนั้นจะเป็นการกระทำที่ช่วยเหลือหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยก็ตาม แต่หากมองอีกด้านหนึ่งแล้วก็รู้สึกวุ่นวายทางเลือกที่ควรกระทำนั้น แต่อย่างไรก็ตามในบรรดาสิ่งที่ต้องเลือกก็ล้วนแต่ไม่น่าเลือกทั้งสิ้น สถานการณ์ที่เผชิญนั้น จำเป็นต้องเลือกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังรายละเอียดบางส่วนต่อไปนี้

“...ก็คนไข้ระยะสุดท้ายแล้วการดูแลก็เป็นแบบ *supportive* แต่ก็ยังต้องเจาะเลือดเปลี่ยนเส้นให้ *I.V.* (สารน้ำทางหลอดเลือดดำ) ตลอด ทุกครั้งที่ทำคนไข้ก็เจ็บ...ปวด...คู่ออกว่าทรมานแต่ก็ต้องทำ...”

(น้องกิ้ง)

“...วันหนึ่งเป็นหัวหน้าเวร ขณะที่ *check chart* คนไข้ (รับคำสั่งการรักษา) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาคนไข้คนหนึ่ง *hopeless* แล้วอาการทรุดลงมากโดยให้ *off* ยา *off* อาหารทางสายยาง... มันลำบากใจ เพราะต้องขังใจว่าอย่างไรจะเกิดประโยชน์กับคนไข้มากที่สุดระหว่างทำให้ทุกอย่างเหมือนเดิมกับหยุดให้บางอย่าง... คนไข้และญาติเองก็ไม่ได้บอกไว้ล่วงหน้า... ระหว่างหน้าที่ที่ควรทำ (ทำตามแผนการรักษา) กับการปฏิบัติตามหลักการพยาบาลที่ต้องช่วยดูแลคนไข้ให้ได้รับความสุขสบายและไม่ทำให้คนไข้ทุกข์ทรมาน... มันต้องเลือก เพราะนั่นก็หน้าที่ นี่ก็คนไข้ แล้วน้อง ๆ ในเวรที่รอการตัดสินใจของเรา... มันเป็นเรื่องที่ต้องเลือก ทั้งที่เลือกยากและไม่อยากจะทำ เราต้องขังใจ”

(โบตัน)

2. บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง

การให้ความหมายในลักษณะนี้ ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 คนเป็นผลสืบเนื่องจากการที่พยาบาลได้ตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยลงไปแล้ว ในขณะที่ทำก็รู้สึกขัดแย้งเพราะขัดกับคุณค่าของตัวเอง แต่จำเป็นต้องทำเพราะเป็นหน้าที่และคุณค่าเชิงวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อญาติต้องการนำคนไข้ระยะสุดท้ายกลับไปตายที่บ้าน สำหรับตัวเองคิดว่าระหว่างการเดินทางกลับคนไข้ทั้งทรมานและเจ็บปวด ถ้าอยู่โรงพยาบาลมีอะไรจะช่วยให้ช่วยกันได้... แต่ที่เราทำก็คือ ปลอ่ยให้ญาตินำคนไข้กลับไป เราก็คิดตลอดว่าเวลาที่เรายอมให้ญาตินำ

คนไข้กลับบ้าน... คนไข้ตายเร็วขึ้นหรือต้องทรمانกับการขาดออกซิเจนรีเปล่า... ซึ่งเราคิดว่ามันไม่น่าเกิดขึ้น... มันเป็นอะไรที่นำไปทั้งที่ถ้าเป็นตัวเองก็ไม่อยากทำแต่ต้องทำ... มันขัดแย้งแบบนี้แหละ”

(น้องหมี)

“...ญาติขอให้เรา (พยาบาล) ปิดบังคนไข้เรื่องผลการวินิจฉัย... ตัวเองคิดว่าคนไข้ควรรู้ความจริง... แต่ที่ปิดบังก็เพื่อถนอมจิตใจคนไข้ ไม่อยากให้คนไข้ทรุดหนัก... ขณะที่ไม่บอกก็รู้สึกเหมือนทำผิด... ปกติจะไม่ทำอะไรแบบนี้ เมื่อทำแล้วรู้สึกไม่ดี”

(น้องพุดซ้อน)

3. เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ

เป็นความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล 4 ใน 10 คน อธิบายถึงสถานการณ์ที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ ทั้งที่รู้ว่าถ้าเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งผลที่ตามมาจะวนเวียนในความรู้สึกว่า สิ่งที่ทำผิดหรือเป็นบาป เพราะการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตาย หากเกิดความตายขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ดูแลอยู่ พยาบาลก็จะรู้สึกผิดที่ช่วยไม่ได้หรือเป็นบาป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต่างตระหนักดีว่าไม่ว่าผลจะออกมาอย่างไร ผิดหรือบาป ก็ไม่สามารถเลี่ยงหรือออกจากสถานการณ์ดังกล่าวได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อญาติตัดสินใจนำคนไข้กลับบ้าน เพราะรู้สึกไม่มีทางเยียวยารักษาให้ฟื้นเหมือนเดิม... คนไข้กลับไปพร้อมท่อและเครื่องก็ไม่ได้... เราต้องปลดเครื่องและถอดท่อช่วยหายใจ... ไม่ทำก็ไม่ได้ทำแล้วรู้สึกไม่สบายใจ เพราะคิดว่าบาปที่ทำให้คนไข้ตาย... ก็ต้องอยู่กับสถานการณ์แบบนี้เรื่อย ๆ”

(โบตัน)

“...เวลาดูแลคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ทั่วไปหรือระยะสุดท้าย เวลาคนไข้ arrest (หัวใจหยุดเต้น) เราก็จะ CPR (ช่วยฟื้นคืนชีพ) ทันที... ไม่ได้ดูหรือซักถามว่าคนไข้ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพรีเปล่า... บางครั้งก็ผิความประสงค์หรือขัดความตั้งใจของคนไข้...ก็เราไม่รู้ไม่ได้ถาม... ก็มันต้องทำ... ต้องช่วยให้คนไข้ฟื้นทั้งที่ไม่รู้หรือกว่าจริง ๆ แล้วต้องการอะไร”

(พุดซ้อน)

ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้พยายามอธิบาย ขณะเดียวกันก็สะท้อนความรู้สึกเชื่อมโยงตามมาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกันมาก ซึ่งพอจะจำแนกความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ 4 ลักษณะดังนี้ คือ (1) เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด (2) ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด (3) รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ และ (4) คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา เพื่อชีวิตผู้ป่วย

1. เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด

พยาบาลผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน พยายามอธิบายความรู้สึกโดยรวมว่าเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะตัดสินใจอย่างไรก็ตาม ผลของการตัดสินใจเหล่านั้น ก็นำมาซึ่งความเครียดเพราะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็น - ความตายของผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อกำลังจะต้องเลือก ทั้งลังเลในสิ่งที่จะต้องเลือก ขณะที่ไม่แน่ใจและต้องขังใจเป็นปัจจัยเสริมให้เครียด แม้จะต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ซ้ำแล้วซ้ำอีก พยาบาลผู้ดูแลย่อมมีความเครียดเกิดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...กรณีคนไข้เป็นผักเป็นปลา (*vegetative stage*) ...น้องเอง (พยาบาล) ก็อยากให้คนไข้ กลับไปอยู่บ้านอยู่กับครอบครัว เพราะจะอบอุ่นกว่า... เวลาจะจากไปก็สงบดี น้องก็ไม่สามารถบอกกับเค้า (ญาติ) ได้เพราะดูเหมือนสลักไส่ใส่คนไข้...เวลาที่คนไข้ *arrest* (หัวใจหยุดเต้น) ญาติก็มักจะมาร้องไห้ร้องไห้ขอให้เราช่วยให้ถึงที่สุด บางรายพูดไปร้องให้ไป ยกมือไหว้อ้อนวอน น้องก็ต้องจำใจต้องขึ้นไปปั๊ม (ช่วยฟื้นคืนชีพ) ทั้งที่จริง ๆ แล้ว รู้อยู่ว่าไม่เกิดประโยชน์กับคนไข้ มีแต่ทำให้ต้องเจ็บต้องทรมาน... เหตุการณ์แบบนี้เครียดมาก บอกให้กลับบ้านก็ไม่ได้... ไม่ช่วยก็ไม่ได้ เพราะดูเหมือนแล้งน้ำใจ ซ้ำช่วยแล้วยังทรมานคนไข้ อีก ถึงเวลานั้นมันเครียดมาก”

(น้องกิ้ง).

“... ก็รู้สึกเครียด มันบอกไม่ถูกว่าเครียดเพราะอะไรมันปน ๆ กัน เพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลคนไข้ไม่ว่าจะเป็นโรคอะไร... ก็อคคิดไม่ได้ว่าถ้าเราทำพลาด เราได้รับเชื้อโรคโดยเฉพาะ HIV ใครจะรับผิดชอบเรา ใจหนึ่งก็ไม่อยากดูแลคนไข้ประเภทนี้... แต่เมื่อจำใจต้องดูแลก็เครียด เกร็งมากเวลาไปทำกิจกรรม สรุปว่าเครียด เป็นความเครียดของวิชาชีพเลย”

(พี่นัน)

2. ไม่นั่นใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด

พยาบาลผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน อธิบายถึงความรู้สึกไม่แน่ใจกับสิ่งที่ตนเองกระทำ หรือปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นความถูกต้องเหมาะสมแล้ว หรือเป็นความผิดฐานที่ละเลย การกระทำบางอย่าง ด้วยแต่ละเหตุการณ์มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องศีลธรรมจรรยา หรือสายบังคับบัญชาในการทำงาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อต้อง off I.V. คนไข้ ตามแผนการรักษาทั้ง ๆ ที่ขณะนั้นคนไข้เองก็ไม่ค่อยจะกินอะไร นอนเฉย ๆ ผิวหนังแห้ง แบบคนผอมแห้ง... ถ้ายังให้ I.V. ต่อ คนไข้ก็มีสภาพเดิมแบบที่เห็น ก็ไม่ดีขึ้นหรือเลวลง แต่ถ้าหลัง off... เราไม่รู้... เราคิดนะว่าการทำอย่างนั้นเหมือนการตัดตอนชีวิต เมื่อทำไปแล้วก็มาคิดว่าที่ทำไปจริงแล้วถูกหรือผิด...”

(น้องหมีว)

“...วันหนึ่งขณะที่กำลังรับเวรช่วงคืน round ตามเตียง (รับเวรแต่ละเตียง) พบคนไข้กำลังรองจะกลับบ้าน ซึ่งคนส่งเวรบอกว่า ญาติเซ็นไม่สมัครใจรักษา กำลังรอรอดมารับ ขณะนั้นเห็นคนไข้นอนอยู่บนเตียงโล่ง ๆ อุปกรณ์ต่าง ๆ เก็บไปหมดแล้ว คนไข้หายใจเหนื่อย สายหน้าไปมา ในใจอยากให้ออกซิเจนต่อ แต่ก็ไม่มีอะไรจะให้และต้องรับเวรเตียงอื่นต่อ... ปล่อยให้ช่วงเวลานั้นผ่านไป... แล้วมานั่งย้อนคิดที่ปล่อยเลยผ่านไปทำอะไรเลยแบบนั้นถูกหรือผิด...”

(โบคัน)

3. รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 คน สะท้อนความรู้สึกว่าเป็นความผิดของตัวเอง จากการตัดสินใจ การทำการใด ๆ ท่ามกลางสถานการณ์ที่ต้องเลือก แม้ในขณะนั้นเลือกก็พยายามใช้วิจารณญาณ ประสพการณ์และเกณฑ์ของวิชาชีพซึ่งดูแลแล้วดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...วันหนึ่งลูกของคนไข้มาถามว่าพ่อ (คุณไข้) เป็นอะไร เพราะรักษานานแล้วอาการไม่ดีขึ้น พี่เองรู้ว่าคนไข้เป็นมะเร็ง แต่ก็ไม่กล้าบอก ตามเลียบเคียงไปว่าหมอบอกอะไรบ้าง... ผลก็คือ ไม่มีใครบอกอะไร... ก็ไม่รู้จะทำไงดี เพราะโดยหน้าที่แล้ว พี่ไม่มีสิทธิจะบอกผลการวินิจฉัย... ท้ายสุดลูก ๆ ขอเอาคนไข้กลับบ้านเพราะอาการแย่งระหว่างรอจัดการเรื่องต่าง ๆ ปรากฏว่าคนไข้ตายก่อนที่จะกลับบ้าน... ความจริงก็ยังคงเป็นความลับ... พี่รู้สึกว่าการที่พี่ไม่บอกทั้งคนไข้และญาติมันผิดนะ เพราะคนตายก็ตายไปอย่างสับสนกับการเจ็บป่วย ลูก ๆ ก็กังวลว่าทำไมอาการไม่ดีขึ้น ทั้งที่มารักษาตั้งแต่อาการยังไม่ทรุดจนกระทั่งตาย...”

(พี่นั้น)

“... เวลาที่ญาติมาถามเรื่องอาการและโอกาสรอดของคนไข้กับพี่ พี่รู้สึกลำบากใจมากไม่ค่อยอยากจะบอก แต่ก็นั่นแหละนะ เวลาที่ญาติเยี่ยมหมอก็จะไม่อยู่ที่ตึก (ward) ที่พี่เลยบอกคร่าว ๆ เอา coma score เป็นเกณฑ์ case ที่ coma สูง ๆ ก็ไม่มีปัญหาмаก แต่ประเภทที่ผลมันออกมา 50-50 เรียกว่า เป็น-ตาย เท่ากันแต่ดู ๆ สภาพโอกาสตายมากกว่าเวลาที่พี่บอกแบบนี้ที่เองก็ไม่สบายใจนะ เพราะดูเหมือนเราไปกำหนดชะตาชีวิตคนไข้... เมื่อญาติรู้สึกขอให้นำคนไข้กลับบ้าน... ก็เพราะพี่นะจ๊ะพี่ที่เป็นจ้ะตาย เวลาที่เห็นญาตินำคนไข้กลับบ้าน พี่ก็จะรู้สึกทันทีว่าเป็นเพราะคำพูดของพี่ พี่รู้สึกลึก ๆ ว่าเป็นความผิดของพี่... ถ้าพี่ไม่พูดไม่บอกคนไข้ก็ยังรักษาต่อ...”

(พี่ปิ่น)

4. คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย

พยาบาลทั้ง 10 คน อธิบายถึงความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า มีความอึดอัดและคับข้องใจมากทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิต่าง ๆ โดยผู้ดูแลหรือญาติสนิทที่เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ และดูแลชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งขณะนั้น ผู้ป่วยเองไม่สามารถตัดสินใจใด ๆ ได้อีก ญาติจึงตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่พยาบาลคิดว่าเป็นการตัดสินใจที่ไม่ได้คำนึงถึงผู้ป่วย พยาบาลจึงเกิดความรู้สึกลับข้องใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... ก่อนหน้าที่ญาติจะมาถามพยาบาลเค้าก็คงคุยกันมาบ้างแล้ว...เมื่อพยาบาลบอกหรือให้คำตอบชัด ๆ ไม่ได้ว่า หลังจากนั้นแล้วอาการจะทรงอยู่หรือทรุดไป... ญาติจะบอกเลยว่าให้ถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลม... จะได้เดินทางกลับบ้านก่อนคำ... สำหรับน้องนะคิดว่าทำไมเค้าไม่ถามเราเลยหลังจากถอดเครื่อง ถอดท่อ คนไข้จะทรมาณหรือเป็นอย่างไ... คิดแต่เรื่องเวลา... ชีวิตคนทั้งคนผูกติดกับเวลาหรือ น้องคิดแล้วไม่สบายใจอึดอัด คับข้องใจ...”

(น้องพุดซ้อน)

“... ญาติ (ลูก) มาบอกว่าจะพาแม่ (คนไข้) กลับบ้านแล้ว เพราะทรมาณทั้งคนไข้และคนเฝ้าอยู่อย่างนี้นานหลายเดือนแล้ว... ให้เอาเครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลมค้อออก... น้องก็อธิบายว่าคนไข้จะเหนื่อย... เค้าก็ยืนยันว่าทราบดีให้เอาออกเถอะ... น้องก็บอกอีกว่ามีโอกาส wean เครื่อง (หย่าเครื่องช่วยหายใจ) เค้าก็บอกว่าเข้าใจทุกอย่างเอาออกเถอะ... น้องอึดอัดและคับข้องใจมาก เพราะชีวิตคนไข้แขวนอยู่กับญาติ แล้วญาติก็คือลูกที่คนไข้เลี้ยงดูมา แล้วเค้ามาตัดสินใจให้หยุดการช่วยเหลือ... น้องพยายามช่วยแล้วก็ไม่เป็นผล...”

(น้องกล้วย)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 4 ลักษณะ คือ (1) ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต (2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ (3) เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน และ (4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี

1. ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต

พยาบาลผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 คน ได้พยายามอธิบายถึงความไม่แน่ใจในขณะที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าแนวทางที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไรระหว่างยึดชีวิตผู้ป่วยออกไปหรือยุติชีวิตผู้ป่วย เพราะโดยหน้าที่แล้วพยาบาลต้องกระทำการใด ๆ เพื่อประโยชน์และให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยอย่างที่สุด พยาบาลเองไม่มีอำนาจหน้าที่ที่จะไปช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตลง แต่สถานการณ์นั้น ๆ ก็มีเหตุผลสนับสนุนว่าทั้งผู้ป่วย ญาติหรือแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าคุณป่วยเองหมดหวังที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองหรือผู้อื่นได้ ก็น่าจะดีถ้าได้ยุติชีวิตลง เพราะหากยึดชีวิตผู้ป่วยต่อไป ก็ย่อมต่อเวลาของความทุกข์ ทรมานกับการต้องใช้เทคโนโลยียึดชีวิต ซึ่งมันไม่น่าจะเกิดผลดีกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“... ขณะที่ดูแลคนไข้ซึ่งเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งอาการไม่ดีแล้วไม่ว่าจะเป็นระดับความรู้สึกตัวหรือสัญญาณชีพ รู้สึกตัวบ้างไม่รู้สึกตัวบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกตัว... ใจเราก็คิดว่าน่าจะปล่อยให้คนไข้ไปนะ... แต่ทุกคนโหมกำลังกันที่จะรักษา ญาติก็เอน้ำนม มาทา มาลูบตัว ให้เรา feed ด้วย... treatment ก็มาก เรา (พยาบาล) ก็ต้องทำ... ทั้งเจาะเลือด ให้เลือด แขนงเส้นให้น้ำเกลือ ดูแลเสมหะ... ก็ระยะสุดท้ายแล้วทำให้คนไข้ทรมานทำไม ทำไมไม่ปล่อยให้คนไข้ไป...”

(พี่นัน)

“... สำหรับคนไข้ HIV ที่หายใจหอบเหนื่อย เรารู้ว่าคนไข้หายใจเองไม่พอ ถ้าช่วยหายใจจะดีขึ้น... อย่างนั้นคนไข้จะต้องอยู่ต่อด้วยชีวิตที่เป็นเอดส์เป็นภาระกับตัวเองกับครอบครัว และบางครั้งก็ถูกทอดทิ้ง... ถ้าไม่ช่วย คนไข้จะต้องกระวนกระวาย คื่นรนเพราะขาดอากาศ ซึ่งเราก็ช่วยได้ระดับหนึ่งเท่านั้น... เวลาไม่แน่ใจเหมือนกันว่าอย่างไรจะเกิดประโยชน์กับคนไข้ที่สุด...”

(ป๊อ)

2. จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ

การปกปิดความลับหรือการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแก่ญาติเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมา โดยเฉพาะการเปิดเผยข้อมูลในเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตหรือความเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ เพราะเป็นข่าวร้ายที่ญาติผู้ป่วยอาจรับไม่ได้ แต่การปกปิดความลับของผู้ป่วย ก็อาจทำให้ญาติไม่มีโอกาสป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วยเอดส์) นอกจากนี้การปกปิดความลับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องโกหกหรือหลีกเลี่ยงการบอกความจริงแก่ญาติ อาจทำให้ญาติหมดความเชื่อถือ ศรัทธาค่อวิชาชีพ หากญาติรู้ความจริงในภายหลัง เหตุการณ์ของการปกปิดความลับผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล 7 ใน 10 คน ได้ร่วมอธิบาย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“... เวลาที่คนไข้ HIV เข้ามา แล้วมีอาการหนักมากขึ้น บางคนอาการไม่เด่นชัดนัก ญาติเองก็สงสัย แต่ไม่แน่ใจ ก็พยายามรบเร้าถามจากพยาบาล ขณะที่ถามเรา (พยาบาล) เรานั้นไม่สามารถบอกได้หรอก ทั้งที่อยากบอก เพื่อเป็นการเตรียมตัว เพื่อความถูกต้อง แต่เมื่อเป็นสิทธิของคนไข้ เราจึงจำเป็นต้องเลี่ยงไปเลียงมา ญาติเองเมื่อไม่ได้ยินคำว่า เอดส์จากปากเรา ก็ดูมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น แต่เราเองก็ไม่ได้ปฏิเสธว่าไม่ใช่ เพียงแต่ไม่เอ่ยเท่านั้น และชี้ชวนให้ญาติมามุ่งสนใจดูแลคนไข้อย่างถูกต้อง ทำทีเค้าก็มองดูดีขึ้นจากเดิม เวลาที่เราเลียง ๆ เค้าจะคลางแคลงใจเรา ดูเหมือนเค้าไม่ไว้วางใจเรา แต่เมื่อเราพูดคุยกับเค้ามากขึ้น เค้ามีท่าทีที่ดีขึ้น แต่ก็ห่วงนะ เพราะหากมีการพลั้งเผลอญาติอาจได้รับเชื้อโรคไปและอีกอย่างเราก็ไม่แน่ใจว่าตัวเองทำถูกหรือเปล่า”

(น้องหมีว)

“... ญาติ ๆ มาติดต่อแพทย์และพยาบาลขอความร่วมมือไม่ให้บอกกับแม่คนไข้เรื่องอาการที่มีแนวโน้มน่าห่วงของคนไข้... เมื่อแม่มาถามเรา เราก็อึดอัดไม่รู้จะเลือกทำอย่างไร... เพราะความจริงถ้ารู้เค้าจะได้เตรียมตัวและเตรียมใจ หากไม่รู้แล้วตั้งความหวังไว้ เมื่อเกิดอะไรขึ้นจะหนักกว่าเก่า อีกแง่หนึ่งที่ทุกคนกลัว คือ หากรู้ความจริงและรับไม่ได้ ล้มป่วยลง... ไม่รู้จะทำอย่างไร...”

(โบตัน)

“... เมื่อต้องดูแลคนไข้ซึ่งหมอบอกกับพยาบาลว่าคงไม่ทำอะไรมากไปกว่านี้แล้ว นั่นคือถึงที่สุดแล้ว อะไรจะเกิดก็เกิด ซึ่งก็คือ ถ้าคนไข้ไม่ไหว หรืออาการเลวลง ก็ช่วยไม่ได้ แต่ ณ เวลานั้น ญาติไม่รู้เรื่อง คนไข้ก็ไม่รู้ตัว พยาบาลเองอยากจะบอกกับญาติเหมือนกัน เพราะจะได้เตรียมตัว เตรียมใจ แต่ก็ไม่สามารถจะบอกอะไรได้ เพราะหมอบอกกับเราทำ

นั่น ไม่ได้เขียนอะไรให้พอที่จะอ้างอิงถึงได้ อีกอย่างนะ พี่เองก็ไม่ต้องการหยิบยื่นความเสียใจให้เค้า ไม่อยากบอกข่าวร้ายกับใคร ๆ ทั้งนั้น อีกอย่างไม่ใช่หน้าที่ที่พยาบาลจะบอกความจริงเรื่องความตายของคนไข้... เวลาที่ไม่บอกญาติก็จะมี ความหวังว่าคนไข้จะดีขึ้น พี่เห็นอย่างนั้น ก็ไม่สบายใจ..."

(พี่นั้น)

"...เมื่อคนไข้อาการหนักมากแล้ว ญาติจะกระสับกระส่ายมากเลย บางครั้งดูอาการจะหนักกว่าคนไข้อีก นี่เป็นกรณีที่ญาติไม่รู้ว่าคุณไข้มีเลือด HIV positive และอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว เพราะฉะนั้นญาติก็จะคอยถามพยาบาลว่าหมอจะมาใส่ท่อคนไข้มั้ย พยาบาลน่าจะรู้ทุกอย่างว่าคงไม่มีอะไรที่จะดีไปกว่าการปล่อยคนไข้ให้สงบ แต่จะให้บอกอย่างไรละความจริงที่ทุกคนบอกว่า เป็นสิ่งคืนะ กำลังจะเป็นข่าวร้ายสำหรับหลาย ๆ คน และยังเป็นการทำลายชื่อเสียงของคนไข้และญาติด้วย จึงจำเป็นต้องเลี่ยงไม่บอกความจริง"

(พี่)

3. เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน

แม้พยาบาลถูกสอนให้พึงระมัดระวังที่จะไม่นำคุณค่าความเชื่อหรือขนบธรรมเนียมของตนเองไปตัดสินความเชื่อหรือการให้คุณค่าของบุคคลอื่น แต่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในบางครั้งพยาบาล พบว่า คุณค่าความเชื่อของตนเอง แตกต่างจากคุณค่าและความเชื่อของผู้อื่น โดยเฉพาะของญาติผู้ป่วย หรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ความขัดแย้งจึงเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลได้จำแนกไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (1) ต้องทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแม้ไม่เห็นด้วย (2) อยากช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่บทบาทไม่เอื้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ต้องทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแม้ไม่เห็นด้วย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะเลือกกระทำสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์กับคนไข้อย่างสูงสุด แต่บางครั้งการให้คุณค่าของญาติและพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้พยาบาลเกิดความขัดแย้ง เนื่องจากคิดว่าการตัดสินใจของญาติไม่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย แต่ก็จำเป็นต้องทำตามที่ญาติต้องการ ดังรายละเอียดบางส่วนจากพยาบาล 6 ใน 10 คน ดังนี้

"...บางกรณีคนไข้ดูเหมือนจะรู้ว่าตัวเองมีโอกาสน้อยที่จะกลับบ้าน ก็จะดูสงบไม่เรียกร้องอะไร... ขณะที่ญาติมาบอกเราว่าขอให้ทำทุกอย่างอย่างเต็มที่... แม้ว่าจะจะเป็นช่วงสุดท้ายก็ขอให้เรา (พยาบาล) CPR (ช่วยฟื้นคืนชีพ) ซึ่งเราก็เห็นว่าตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ต้องการนัก แต่เราก็ทำอะไร ไม่ได้มันนอกจากทำตามที่ญาติขอร้อง... ขณะที่ทำก็รู้สึกวุ่นวายกับการกระทำ

ของตัวเอง ไม่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังปล่อยหรือยินยอมให้คนอื่นมา ละเมิดสิทธิคนไข้อีก...”

(น้องกิ้ง)

“...ขณะที่ดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย เรา (พยาบาล) จะดูแลคนไข้ให้ปลอดภัยที่สุดแม้จะรู้ว่า โรคที่เป็นอยู่จะเอาชีวิตไปสักวันหนึ่งข้างหน้าอันใกล้... เราทำอย่างมีหวัง หวังว่าจะสบาย ขึ้นบ้าง ลดความทรมานลง... ขณะที่ตัวญาติลังเล ไม่เปิดโอกาสให้เรา (พยาบาล) ช่วยเหลือ ต่อและขอนำตัวคนไข้กลับบ้าน... ท้ายสุดเราก็ไม่สามารถทำอะไรได้ ต้องปล่อยให้ญาติ นำคนไข้กลับบ้าน...”

(น้องพุดซ้อน)

3.2 อยากช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่บทบาทไม่เอื้อ

พยาบาล 7 ใน 10 คน พยายามอธิบายถึงสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งระหว่าง ความต้องการที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้พ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยอาจมีชีวิตรอดต่อไปได้ แต่พยาบาลไม่สามารถทำได้ เนื่องจากข้อจำกัดในขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อรับย้ายคนไข้ที่อาการหนัก พวกเรา (พยาบาล) จะรีบมาดูแลคนไข้ เพื่อให้การ พยาบาลที่ดีที่เพียงพอและถูกต้อง เพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต มีชีวิตอยู่ได้ต่อไป... ขณะที่ เมื่อแพทย์มาดูอาการ... ดูแพทย์ก็ลำบากใจที่จะต้องปล่อยคนไข้... สายตาญาติที่มองมาทั้ง เรา (พยาบาล) และแพทย์ก็ไม่สบายใจ ท้ายสุดเมื่อมีคำสั่งการรักษาออกมา... พยาบาลก็ เพียงแต่ให้การดูแลเพื่อประคับประคองไป... เพราะไม่สามารถสั่งการรักษาได้เอง...”

(น้องหมีว)

“...การดูแลโรคบางชนิดที่รักษาไม่หาย... เมื่อคนไข้อาการหนักมาก... ทีมก็จะปล่อยคน ไข้... บางครั้งพยาบาลอยากจะช่วย เพราะถือว่าหากคนไข้พ้นวิกฤตจากการหายใจเหนื่อย แม้โรคที่เป็นอยู่ไม่หายก็ตาม แต่ยังมีชีวิตอยู่ได้... พยาบาลก็ไม่สามารถทำได้ เพราะไม่ ใช่บทบาทตามที่วิชาชีพกำหนดให้ทำ... เลยคิดว่าตัวเองเหมือนไม่ได้ช่วยชีวิตคนไข้ ตามที่ ควร...”

(ป๊อ)

“... ขณะที่รายงานอาการคนไข้ที่หอบเหนื่อยมาก ๆ พยาบาลประเมินแล้วว่าคงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่อง ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทำได้แค่เตรียมเครื่องมือให้พร้อม... ระหว่างรอก็อดใจ ทั้งอาการคนไข้ที่แม่... ญาติก็กระวนกระวายพยาบาลอยากช่วยก็ช่วยไม่ได้ เพราะไม่ตรงกับบทบาท...”

(โบตัน)

4. ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี

พยาบาล 3 ใน 10 ราย พยายามอธิบายว่าตนเองอยู่ท่ามกลางสถานการณ์อันลำบากใจ ทั้งนี้เพราะแทบจะทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นตัวคนไข้เองหรือญาติก็ตาม คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และถึงที่สุด รวมถึงการได้ใช้เครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อให้หายเร็วขึ้น หรือคงอยู่ได้ด้วยเครื่องมือ ดังนั้น เมื่อมาถึงจุดที่ต้องใช้เครื่องมือขณะที่เครื่องมือมีจำนวนจำกัดและทุกคนก็มีคุณค่า สักดีศรีเท่าเทียมกัน ใครจะควรได้สิทธิในการใช้เครื่องมือดังกล่าว สถานการณ์เช่นนี้ นำมาซึ่งความขัดแย้งทางจริยธรรมให้กับพยาบาลที่อยู่ในสถานการณ์ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ขณะที่คนไข้ระยะสุดท้ายรายหนึ่ง wean อยู่ (หย่าเครื่องช่วยหายใจ) เราก็บอกไม่ได้ว่าจะ wean ได้ตลอดรีเปล่า... ขณะเดียวกัน มีคนไข้อีกรายหนึ่งมา ต้องการเครื่องช่วยหายใจ... มันไม่มีเครื่องอื่นแล้ว ไม่รู้จะทำอย่างไร... รายงานแพทย์เจ้าของไข้ไป ระหว่างนั้นก็ต้องการตัดสินใจว่าเครื่องที่เหลือตัวเดีวนี้ควรจะเป็นของใครระหว่างคนไข้คนเดิมที่ไข้บ้างไม่ไข้บ้างกับคนไข้คนใหม่...”

(น้องกล้วย)

“...คนไข้คนหนึ่ง wean (หย่าเครื่องช่วยหายใจ) ด้วยเครื่อง Bennett 7200 เปลี่ยน wean แบบอื่นไม่ได้เลย... มีคนไข้อีกคนต้องการใช้เครื่อง Bennett 7200 เพราะมีรูปแบบการรักษาที่ดีและจะช่วยคนไข้คนนั้นได้... มันไม่มีทางเลือกอย่างอื่น ต้อง off จากอีกคนมาให้กับอีกคนแน่นอน... ความจริงมันไม่ง่ายแบบนี้ละ เพราะมันไม่ลงตัวหรอก... แบบนี้เมื่อเกิดขึ้น แล้วใครจะตัดสินใจ น้องเองก็ลำบากใจถ้าต้องเลือก ควรให้ใครได้ละ...”

(พุดซ้อน)

ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อเกิดขึ้นแล้วยากในการหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม ที่จะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย ทั้งนี้เพราะทวีความยุ่งยากและซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการ ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ข้อมนำมาซึ่งผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบใน 3 ลักษณะ คือ (1) ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ (2) ความขัดแย้งทำให้ห่อเหี่ยวไม่อยากทำงาน และ (3) ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ

เหตุการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบางเหตุการณ์ เมื่อพยาบาลกลับมาย้อนคิดพิจารณาถึงการกระทำของตนเองว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครวั – ญาติ ลักษณะใด มีปัจจัยอะไรบ้างที่มองข้ามไป หรือมีปัจจัยเสริมอะไรบ้างที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า เพราะเมื่อได้หุุดคิด ก็จะช่วยให้มีสติมากขึ้น พยาบาล 3 ใน 10 คน ได้ให้คำอธิบายว่า

“...เมื่อเราอยู่ในเหตุการณ์ของความขัดแย้งทางจริยธรรมมันเป็นความเครียดสุด ๆ ในชีวิตของการทำงาน แต่สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วยกันก็คือ มันทำให้เรามีสติมากขึ้น มากพอสำหรับการที่จะต้องคิดว่าการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ เราควรต้องคิดอย่างรอบคอบ เพราะไม่อย่างนั้นแล้วมันจะส่งผลกระทบมากกว่าที่เราไม่ได้คิดเลย”

(พี่นั้น)

“...จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เวลาที่ญาติรับรู้ว่าคุณไข่นั้น ยากที่จะรักษาให้หายได้เป็นปกติแบบเดิม ๆ อีก ยิ่งถ้าพบว่าต้องใส่เครื่องช่วยหายใจด้วยแล้ว เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ขอกลับบ้าน... ดังนั้น เวลาที่ญาติถามเกี่ยวกับคนไข้ นื่องต้องคิดแล้วคิดอีกว่า จะพูดหรือตอบอะไร เพราะจะได้สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจไปพร้อม ๆ กัน ไม่ใช่ฟังแล้วขอกลับบ้าน... เป็นการฝึกให้เรารอบคอบ มีสตินะคะพี่...”

(น้องเคย)

“...ขณะที่เราดูแลคนไข้อย่างเต็มที่ ระมัดระวัง หากพบว่ามิใครในทีมดูจะวางเฉย... เราก็ต้องระมัดระวังมากขึ้น... ตรวจสอบทุกอย่างละเอียดขึ้น... มันก็ดีนะคะเรารอบคอบขึ้น... เหมือนเราฝึกตัวเองตลอดเวลา...”

(น้องกิง)

2. ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน

ความท้อแท้เป็นเรื่องที่เกิดตามหลังหรือต่อเนื่องจากการที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้คล่องไปได้ ปัญหาข้างเคียงคาใจอยู่ ก่อให้เกิดความกังวลใจ มีความรู้สึกในแง่ลบต่อตัวเอง และแสดงออกมาในลักษณะของการกระทำที่อยากจะทำแต่กลับลังเล งาน ไม่อยากทำงานหรือเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวอีก ดังประสพการณ์บางส่วนที่ถ่ายทอดจากพยาบาล 6 ใน 10 คนว่า

“...รูปแบบการรักษาหรือแผนการรักษาของแต่ละคนแต่ละแห่งจะต่างกัน... พยาบาลเองก็คิดอีกอย่าง เลยเป็นการเรียนรู้ไปเรื่อย ๆ อาการของคนไข้แบบนี้บางครั้งช่วยกันเต็มที่ทุกฝ่าย ขณะที่คนไข้ก็คนอาการแบบเดียวกัน... แผนการรักษาเป็นอีกอย่าง... พยาบาลผู้เจอเหตุการณ์สับสนนะ... ท้ายสุด ไม่อยากเจอ ไม่อยากให้มีคนไข้ระยะสุดท้ายในเวร... ไม่อยากทำงานแบบนี้...”

(น้องกล้วย)

“... สำหรับน้องไม่ว่าคนไข้ระยะสุดท้ายหรือคนไข้ทั่วไป ถ้าอาการกำเริบน้องจะช่วยแบบเดียวกัน ถ้าเค้าไม่ได้ขอร้องให้หยุดช่วยเค้า... ขณะที่คนมีหน้าที่ต้องช่วยเหลือกลับคิดอีกอย่าง... อาจเอาความคิดส่วนตัวตัดสิน... คนไข้ต้องมีอันเป็นไป แม้จะเป็นไปตามพยากรณ์ของโรค ก็เถอะ... น้องไม่อยากทำงานลักษณะนี้ เพราะดูเหมือนไม่เต็มที่กับบทบาทของตัวเอง... น้องรู้สึกเสียใจและท้อแท้กับชีวิตนะ ถ้าพบว่าหน้าที่ของน้องควรจะได้ช่วยอย่างเต็มที่ แต่ไม่ได้ทำอย่างที่ควรทำ...”

(น้องกิ้ง)

3. ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลต้องดูแลรวมไปถึงครอบครัว ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ขณะที่เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลต้องเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ขณะที่เลือกกระทำกิจกรรมใด ๆ พยาบาลเองก็ไม่สบายใจ เพราะสิ่งที่ทำก็ไม่ใช่อะไรที่อยากทำนัก ดังที่พยาบาล 7 ใน 10 คน พยายามอธิบาย ดังนี้

“... เดิมนะกะพี่ เวลาที่ญาติตัดสินใจพาคนไข้กลับบ้าน พยาบาลต้องเป็นคนปลดเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกจากคนไข้... ขณะนั้นคนไข้ยังไม่ตายนะพี่... แต่กำลังจะตาย... น้องรู้สึกเป็นบาปทุกครั้งที่ทำ ไม่อยากทำเลย เพราะทุกครั้ง มันจะคิดตัวคิดใจไปนานหลายวัน จะไม่สบายใจมาก... ทำไมต้องเป็นเรา (พยาบาล)...”

(น้องกล้วย)

“... คนไข้ระยะสุดท้าย รู้กันทั้งญาติ พยาบาลและแพทย์... ขณะที่พยาบาลต้องไปเจาะเลือด
แทงน้ำเกลือ... พี่ไม่สบายใจเพราะที่ว่าทุกครั้งที่ทำคนไข้เจ็บ สะดุ้ง... ใบหน้าบิดเบี้ยว...
ทำไมต้องทำก็ไม่รู้... ทำไมไม่ปล่อยให้คนไข้ได้อย่างสงบ...”

(พี่นน)

“... กรณีที่จะรู้สึกลำบากใจมากก็คงเป็นกรณีที่ต้องดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายที่ญาติรับไม่ได้
แม้จะพยายามบอกกับญาติว่าสุดท้ายแล้วสำหรับการรักษา... ญาติก็จะวิงวอนให้เราช่วยฟื้นฟู
คืนชีพให้คนไข้ พยายามบอกเราว่าช่วยเถอะ ช่วยให้ได้ก็ เราได้อยู่เต็มอกว่าการทำแบบ
นี้มันไม่ช่วยอะไรคนไข้เลย เราุ่นวายกับคนไข้เหมือนไม่เคารพคนไข้ ไม่ช่วยก็ไม่ได้
ญาติเฝ้าจับตามองว่าเราช่วยคนไข้ยูรีเปลา การที่เราไปยึดจุดดูแลกระซอกคนไข้ แต่ละหน
แต่ละทีที่กระแทกลงไป (CPR) คนไข้ก็คงเจ็บ ทำไปเราก็กังใจ ในสิ่งที่ไม่ถูก
ต้องในความคิดของตัวเอง แต่ต้องทำมันไม่สบายใจที่สุด มันหดหู่ มันเหมือนเราไม่ได้ทำ
เพื่อคนไข้เลย...”

(น้องกิ้ง)

การแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ใช้วิธีการที่หลากหลายในการแก้ไข / การเผชิญประเด็น
ขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลได้อธิบายไว้ 5 ลักษณะ
คือ (1) ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น (2) ปรีกษาหารือ (3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน
ทางบวก (4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และ (5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย / พิตักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งแต่ละลักษณะ
ของการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น

พยาบาล 3 ใน 10 คน อธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่ได้ตัดสินใจ
กระทำอย่างดีที่สุด สำหรับผู้ป่วย แต่ผลที่เกิดขึ้นอาจไม่เกิดผลดีตามที่คาดหวัง จึงต้องทำใจให้ยอมรับ
กับผลที่เกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... โดยส่วนตัวแล้ว ไม่อยากให้มีเหตุการณ์ที่ญาติเขินไม่สมควรใจอยู่รักษาต่อ แล้วนำคน
ไข้กลับบ้าน เพราะคิดเสมอว่าน่าจะมีทางเลือกอย่างอื่น ๆ ที่จะทำให้คนไข้ไม่ทุกข์ทรมาน
การอยู่โรงพยาบาล ทรมานสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลสามารถให้การดูแลได้ดี แต่เมื่อญาติ
ซึ่งนับถือศาสนาอิสลามมาบอกว่าต้องการจะนำคนไข้กลับบ้าน เพื่อทำพิธีทางศาสนา รวม

ทั้งกลับไปอยู่ท่ามกลางญาติมิตร ครอบครัว น้องก็ต้องยอมรับ ไม่ขัดขวาง เพราะนั่นเป็นวิถีชีวิต เป็นศรัทธาเป็นความเชื่อ เราเองก็ต้องยอมรับความจริงด้วยว่า อีกอย่างคนไข้ก็หมดหนทางเยียวยาแล้วเมื่อวิธีทางเลือกนั้นเหมาะกับเค้า เราก็ยอมรับได้ค่ะ”

(น้องกล้วย)

“...เวลาที่ต้องตัดสินใจบางครั้งรู้สึก โดดเดี่ยว เพราะดูเหมือนสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เราต้องตัดสินใจนั้น มันอยู่ระหว่างการเลือกทำสิ่งที่ถูกต้องกับการไม่ทำให้คนอื่นหลายคนเดือดร้อน อย่างเรื่องการปิดบังความจริงแม่คนไข้เรื่องการเจ็บป่วยของลูก เพราะหลาย ๆ คนคิดว่า แม่รับไม่ได้และจะล้มป่วยลงในขณะที่เรากำลังคิดว่า ถ้าแม่เค้ารู้ที่หลังว่าพยาบาลเองก็ร่วมมือปิดบังด้วย แม่คนไข้ต้องหมดความเชื่อมั่นในวิชาชีพพยาบาลแน่ ๆ เราก็ต้องตัดสินใจเลือก... เราต้องยอมรับความจริงในสิ่งที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเราพร้อมจะอธิบาย”

(โบตัน)

2. ปรีกษาหารือ

เมื่อพยาบาลพบกับสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลไม่สามารถก้าวผ่านได้ ไม่แน่ใจ ถึงแล้วจะทำอย่างไรดี หากตัดสินใจตามลำพังก็เกรงว่าอาจผิดพลาด เนื่องจากอาจต้องประสบการณณ์ จึงใช้วิธีการปรึกษาหารือเพื่อนร่วมงานหรือรุ่นพี่ที่ดูแลในเวร เพื่อหาทางออกที่เป็นจุดร่วมหรือข้อตกลงร่วมกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

“สำหรับน้องถ้าเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับส่วนรวมจะปรึกษากับหัวหน้าตลอด เริ่มต้นด้วยการพูดคุยเล่าเรื่องเป็นส่วนตัวก่อน เพื่อคลายความอัดอัดความคับข้องใจในส่วนตัวก่อน แล้วจึงนำเข้าสู่ประชุมประจำเดือนของตึก เพื่อจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เพื่อหาทางออกและที่สำคัญเมื่อพิจารณาพร้อมกันแล้ว เราก็คาดหวังว่าจะไม่เกิดปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นมาอีก”

(น้องหมีว)

“... เมื่อพบความคับข้องใจจากการทำงาน... ลงเวรไปก็พูดคุยเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้เพื่อนฟัง... บางครั้งก็ถามว่าควรทำอย่างไรดี... ซึ่งก็ได้คำตอบบ้างไม่ได้บ้าง แต่ก็รู้สึกดีขึ้น...”

(น้องพุดซ้อน)

“... โดยมากเวลาเผชิญกับเรื่องราวทำนองนี้... คิดนะคะว่าเป็นเรื่องของส่วนรวม จึงนำเข้าที่ประชุมประจำเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น... วิชาชีพเดียวกันพูดคุย ปรึกษาหารือแบบพี่น้อง... ก็ได้คำตอบ...”

(น้องกล้วย)

“... เมื่อมันสับสน ไม่รู้จะอย่างไรดี... ก็ไปคุยกับหัวหน้านะ บอกเล่าสถานการณ์ อย่างไรซะเค้าก็เป็นผู้บังคับบัญชา เราปรึกษาค่าก็ไม่เสียหาย ดีชะอีก เค้าจะรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ...”

(พี่นัม)

3. พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก

พยาบาล 4 ใน 10 คน อธิบายถึงการแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยการพยายามบอกกับตัวเองว่า สิ่งที่ทำนั้นดีที่สุดในความสามารถแล้ว โดยเน้นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อทั้งแพทย์และญาติตกลงใจว่าจะยุติการยื้อชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่คนไข้จะกลับบ้าน พยาบาลก็จะดูแลเรื่องถอดท่อ... แรก ๆ ก็ะอึดอัด แต่จะสบายใจและผ่อนคลายลงได้บ้าง เมื่อนึกถึงว่าตลอดเวลาที่ผ่านมาคนไข้ได้รับสิ่งที่ดี เราดูแลเต็มที่ อย่างดีที่สุด แม้แต่ครั้งนี้... อย่างน้อยที่สุดก็ลดระยะเวลาทุกข์ทรมาน... คนไข้คงสบายในไม่ช้า...”

(โบตัน)

“... การที่ต้องอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องปล่อยให้คนไข้ตายไป... ซึ่งเป็นความเห็นที่สอดคล้องกันทั้งแพทย์และญาติ ที่จะปล่อยให้คนไข้ไปตามวิถี แม้เราจะไม่เห็นด้วยนัก เพราะคนไข้เพิ่งมา... แต่เมื่อเหตุการณ์เป็นไปดังนั้น เราก็ต้องคิดในทางที่ดี ทั้งนี้เพราะคนที่ตัดสินใจเป็นคนที่ยรักคนไข้ เป็นคนในครอบครัว เข้ายอมเลือกสิ่งที่ดีที่สุด เรายังก็ได้ดูแลอย่างดีที่สุดเท่าที่วิชาชีพเราจะกระทำได้... เราส่งเค้ากลับบ้านอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ทั้งหมดที่ทำก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี...”

(น้องหมี)

4. ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง

เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนข้างจะเป็นสถานการณ์ที่ตั้งเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล ทั้งนี้เพราะเป็นช่วงชีวิตที่อยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย สิ่งหนึ่งที่พยาบาล 7 ใน 10 คน ได้พยายามทำให้สถานการณ์ความยุ่งยากใจหรือคับข้องใจผ่อนคลายลงเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ก็คือ การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... ก็คงเป็นแนวปฏิบัติที่ทำ ๆ ต่อกันมา แหะแหละ เวลาใดที่เราต้องรับรู้ว่าคุณไข้ต้องไปแล้ว... ขณะที่เราดูแลช่วงวาระสุดท้าย เราก็จะบอกคุณไข้แหละว่าไปสบายนะ... แล้วก็บอกตัวเองว่าออ ! คำทำบุญมาแค่นี้ ชีวิตเค้าสิ้นสุดเวลาทำดีแล้ว อะไรแบบนี้แหละ... ก็สบายใจดีล่ะ...”

(น้องกล้วย)

“... ศาสนาน้องจะสอนเรื่องการชำระบาปหรือล้างบาป... อะไรที่ทำให้รู้สึกคับข้องใจหรือเป็นบาป ก็จะมาพิจารณาและล้างบาป... เพราะอย่างไรซะมันก็ยากที่จะหาคำตอบหรือพิจารณาว่าใครผิดใครถูก... ทำจิตใจให้สงบ คงจะดีและเป็นทางออกที่ดีที่สุด...”

(น้องหมี)

“... ก็มีนะที่เก็บเรื่องราว ค้างคาอยู่ในใจ บางครั้งก็ไม่ตั้งใจหรอก แต่มันล้างไม่ออกซะที วันเวียนมา ซ้ำแล้วซ้ำอีก... ศาสนาที่พี่น้องถือก็บอกไม่ให้เก็บไว้ ต้องปลดปล่อยหรือปล่อยวาง... พี่ก็พยายามนะ... คิดซะว่า เค้าไปอยู่กับพระเจ้า... เป็นประสงค์ของพระเจ้า...”

(พี่นัน)

5. ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย / พัทธกษัตริย์ผู้ป่วย

พยาบาล 3 ใน 10 คน พยายามอธิบายว่า เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลไม่มีบทบาทอิสระในการตัดสินใจเพื่อผู้ป่วย พยาบาลก็จะใช้การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือ พัทธกษัตริย์ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่พยาบาลเชื่อว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ช่วยลดความรู้สึกขัดแย้งในใจ ที่ทำหน้าที่ได้ครบถ้วน ดังบอกเล่าที่ว่า

“... กรณีคนไข้ที่รักษาหลายแผนก... เมื่อมีเหตุฉุกเฉินกับคนไข้ บางครั้งก็ลำบากที่จะรายงาน case เพราะมันคาบเกี่ยวกันทั้ง Med (อายุรกรรม) และศัลย์ (ศัลยกรรม) แต่เราเจอาก็ไม่ได้คนไข้ต้องการการรักษาแบบเร่งด่วน... เราต้องตามหมอดูทุกคน เรายึดคนไข้เป็นสำคัญ...”

(โบตัน)

“... สายตาของพยาบาล และประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้หือคว่นวายไม่ได้ในการหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย... ทำอะไรกับคนไข้ ผลเป็นอย่างไร ก็พยายามรายงานทุกระยะ... ที่ทำ ๆ ก็เพื่อผู้ป่วยนั้นแหละตามสิทธิของเค้า ต้องได้รับการรักษาอย่างเต็มที่...”

(น้องพุดซ้อน)

“... เวลาที่คุณแลคนไข้ ซึ่งทั้งคนไข้และญาติไม่ได้รับรู้เรื่องราวของตัวเองหรือญาติว่าป่วยเป็นโรคอะไร แพทย์จะรักษาอย่างไร เราก็จะลำบากใจเพราะทั้งคนไข้และญาติจะมุ่งความหวังที่พยาบาล จะถามพยาบาลในทุกเรื่องที่ยากรู้ ทำให้เราอึดอัดใจมาก เพราะมันมีขีดจำกัดในเรื่องการให้ข้อมูลต่าง ๆ พยาบาลไม่สามารถบอกหรือให้ข้อมูลได้เต็มที่ แม้เราจะรู้ก็ตาม เราก็คงพูดชี้แนะให้ไปถามกับหมอเองและคอยกระตุ้นให้ญาติถาม เวลาที่หมอมารตรวจคนไข้และต้องทำแม้กระทั่งถามนำกับหมอเพื่อให้ญาติได้ถามต่อ...”

(น้องนกยูง)

ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากผลการศึกษาพบว่า ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งทางบวกและทางลบ ผลทางบวก หมายถึง พยาบาลสามารถหาวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้และผลที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความสบายใจ คลายความคับข้องใจและยังมีความเข้มแข็งในวิชาชีพ และผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ดีที่สุดในขณะที่ผลทางลบ หมายถึง พยาบาลยังคงมีความคับข้องใจ มีความเครียด เพราะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือพยาบาลได้พยายามแก้ไขไปแล้ว แต่ยังคงวลถึงผลที่จะตามมาว่าจะเป็นผลดีหรือผลเสียต่อคนไข้ แต่โดยมากสิ่งที่กังวลมักจะเป็นกังวลว่าจะเกิดผลเสียกับคนไข้มากกว่า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลทางบวกจากการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

พยาบาลได้อธิบายถึงผลด้านบวกไว้ 3 ลักษณะ คือ (1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (2) สัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น และ (3) ภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

พยาบาล 7 ใน 10 คน อธิบายด้วยความภาคภูมิใจว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลอยู่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการตอบสนองความต้องการครบถ้วนแบบองค์รวม แม้ว่าในบางครั้ง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังไม่ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นก็ตาม แต่อย่างน้อยที่สุด เมื่อมองคุณภาพรวมของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... เมื่อพยาบาลสงบและให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อและศรัทธา... ทุกอย่างที่เราเลือกกระทำก็เป็นสิ่งที่ดี เพราะกลั่นกรองและไตร่ตรองแล้ว... เวลาที่เห็นคนไข้ไม่กระวนกระวาย เราก็คิดแหละว่า คนไข้สงบ... ส่วนหนึ่งก็มาจากเราที่ดูแลเค้าอย่างดี ซึ่งเค้า (ผู้ป่วย) ก็ได้รับการดูแลอย่างดี...”

(น้องกิ้ง)

“... กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา หรือยุติการรักษาบางอย่างให้กับผู้ป่วย... สำหรับพยาบาลแล้ว คนไข้ระยะสุดท้ายต้องได้รับการตอบสนองอย่างครบถ้วน... พยาบาลจึงเลือกกระทำอย่างดี อย่างครบถ้วน... มันก็เป็นสิ่งที่ประ โยชน์และดีที่สุดที่คนไข้ควรได้... เพราะพยาบาลไม่มีสิทธิไปยุติการดูแล...”

(โบตัน)

“... เวลาที่พบคนไข้ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตนะ อาจเป็นช่วงประสบการณ์ที่ที่ไม่ได้ดูแลพ่อแม่ตัวเอง เวลาดูแลคนไข้เลยทำอย่างเต็มที่ เพื่อให้คนไข้ได้สิ่งที่ดี ๆ ... ความคับข้องใจจากเหตุการณ์ต่าง ๆ มันก็ยังอยู่นั้นแหละ ขึ้นกับว่าเราจะเลือกมองอะไรสำหรับพี่ พี่เลือกกระทำสิ่งที่ดีเป็นประ โยชน์กับคนไข้... คนไข้จึงได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด...”

(พี่ปิ่น)

2. สัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น

พยาบาล 4 ใน 10 คน มีความเห็นตรงกันว่า เมื่อทุกคนรับรู้ร่วมกันว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือหาทางออก ดังนั้นทุกคนจึงร่วมมือกัน ทำให้สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานดีขึ้น มีการปรึกษาหารือกัน ไม่ปล่อยให้หน้าตาของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานจึงดีขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... เมื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันมันก็ดีนะ เพราะเวลาที่มีสถานการณ์ที่ยุ่ยากใด ๆ เราก็จะเข้าไปช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยที่ไม่ดูเหมือนเป็นการก้าวก่ายหน้าทีกัน เหมือนในอดีตที่ผ่านมา... ขณะเดียวกัน คนที่ได้รับการช่วยเหลือหรือชี้แนะ เค้าก็มั่นใจมากขึ้นและผ่อนคลายขึ้น... จากที่ต่างคนต่างทำงานในทีมตัวเอง ก็พูดจาปรึกษากันมากขึ้นก็ดีขึ้นทุก ๆ อย่าง...”

(พี่นุ่น)

“... พี่บางคนจะถือมาก ถ้าเราไปวุ่นวาย case (คนไข้) ที่เป็น assigns (ได้รับมอบหมาย) ของเค้า... ขณะที่เราเห็นว่าคนไข้ต้องการความช่วยเหลือ ถ้าเราไม่ช่วย เราก็กู้ในความรู้สึกของตัวเอง ถ้าช่วยก็ดูละเมียดหรือก้าวก่ายคนอื่น... หลังการพูดคุยเปิดอก ปรึกษาหารือกัน บรรยากาศหนัก ๆ แบบเดิม หายไปแม้ไม่หมดซะทีเดียว... ก็ดีขึ้นค่ะ เราพูดจากันมากขึ้น สัมพันธภาพก็ดีขึ้นมาก...”

(น้องเคย)

“... เมื่อเราไม่ปล่อยให้อะไรผ่านไปเลย ๆ แบบไม่แก้ไข... เวลาพบกันปรึกษากัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เรามีแนวคิดเดียวกัน คือ patient center (ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง) เวลาตัดสินใจอะไรลงไป ก็คิดกันในทางที่ดี ช่วยเหลือกันมากกว่า... สายสัมพันธ์ระหว่างกันก็ดีขึ้น...”

(น้องพูดซ้อน)

3. ภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ

พยาบาล 6 ใน 10 คน อธิบายว่าผลจากการทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจและความรู้ ที่มีอยู่ประกอบกับความเชื่อมั่นและศรัทธาของการเป็นวิชาชีพที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือแม้แต่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตมาได้ นำมาซึ่งความรู้สึกสบายใจ และภูมิใจที่ได้กระทำ ภูมิใจที่อยู่ในวิชาชีพ เพราะทุกอย่างที่กระทำเป็นการกระทำเพื่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย บรรเทาทุกข์และทรมานผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ถ้าไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ คงไม่ได้ทำอะไรในลักษณะนี้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“... เมื่อคนไข้กระสับกระส่าย หายใจไม่ดี... เมื่อเราประเมินได้ เรารายงานแพทย์พร้อมกับเตรียมอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมเตรียมผู้ป่วย... เมื่อทุกอย่างพร้อมผู้ป่วยเองก็มีเปอร์เซ็นต์สูงในการรอด... ถ้าไม่ใช่เพราะวิชาชีพ เราก็คงไม่ได้ช่วยเหลือผู้คนได้มากมายเช่นนี้หรอกค่ะ...”

(น้องเคย)

“... ปัจจุบันการดูแลคนไข้เอดส์ระยะสุดท้ายก็มีทางเลือกจำกัด... สำหรับพยาบาลแล้วที่ทำได้ดีก็เพียงแต่ดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ดังนั้น เมื่อคนอื่นไม่ทำอะไรมีแต่พยาบาลเท่านั้นที่ดูแลคนไข้ก็คงรู้สึกนะว่าสิ่งที่เราทำมันพิเศษเหลือเกิน เราดูจากสายตาของเค้า เราก็รู้เลยว่าเค้า ซาบซึ้ง... เราเองก็ภูมิใจที่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของเรา...”

(นุ้ย)

“... ระหว่างรอคำสั่งการรักษา สิ่งที่พยาบาลพอจะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการจัด position (จัดท่า) clear airway (ขจัดเสมหะ) และถ้าถึงที่สุด การ CPR (การช่วยฟื้นคืนชีพ) เราก็ทำนะระหว่างรอ... ถ้าเราไม่เชื่อมั่น ไม่รอบคอบ ไม่มีความรู้ เราก็ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้... เพราะเราอยู่ในวิชาชีพ เราได้ทำบุญตลอดเวลา รู้สึกภูมิใจมากที่ได้เป็นพยาบาล...”

(พี่ปิ่น)

ผลทางลบจากการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

พยาบาลอธิบายถึงผลทางลบของการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 2 ลักษณะ คือ (1) เกิดความเครียด / กังวลใจถึงผลการกระทำ และ (2) สิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์ ทั้งนี้เพราะความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ และความรู้สึกเครียดกับสถานการณ์ยังคงอยู่ ทั้งนี้เพราะปัญหา ยังไม่ได้แก้ไขหรือแก้ไขได้ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ เพราะปัญหามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เกิดความเครียด / กังวลใจถึงผลการกระทำ

พยาบาล 7 ใน 10 คน อธิบายถึงความเครียด / ความกังวลใจต่อสิ่งที่ตัดสินใจเลือกกระทำ เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อตัดสินใจไปแล้วก็มีความเครียด และความกังวลใจ ไม่แน่ใจในผลของการกระทำว่าจะจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยและญาติหรือไม่ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ขณะที่น้องพยายามช่วยคนไข้อย่างเต็มที่ โดยพยายามไม่ใส่ใจว่าผู้ป่วยนั้นวิกฤตมากน้อยเพียงใด และแผนการรักษาของแพทย์ จะเป็นอย่างไร น้องพยายามช่วยเพื่อหวังให้ผู้ป่วยได้พบกับญาติอีกสักครั้ง น้องก็กังวลลึก ๆ เหมือนกันว่า เมื่อเค้าฟื้นมีชีวิตขึ้นมา ฟื้นวิกฤตจุดนี้ก็จริง แต่เค้า (ผู้ป่วย) ก็จะกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือลำบากหรือเปล่า หรือจริง ๆ แล้วผู้ป่วย ต้องการอะไร... ก็เราไม่รู้... มันก็เครียดนะ...”

(น้องพุดซ้อน)

“... เป็นช่วงต่อเเวร ที่รับผิดชอบคนไข้คนหนึ่ง... วันนั้นก็ยุ่งมาก เหนื่อยกันทุกคน เมื่อถึงเวลาที่ต้องส่งต่อคนไข้ ก็สองจิตสองใจ จะอยู่ต่ออีกหน่อยหรือไปเลยดี... เมื่อลงเเวรไปไม่รู้ทำไมเหมือนกัน มันกังวลใจ ใจมันโหวงเหวงพิกล... มันกังวลใจ ท้ายสุดก็เครียด เพราะไม่รู้อะไรจะเกิดขึ้น เมื่อเรากลับมา...”

(พี่ปิ่น)

“...เมื่อเป็นการตัดสินใจของญาติและผู้รักษา เรายังก็ต้องยอมรับ... ขณะที่ถอดท่อปลดเครื่อง เรายังก็เครียด... แม้ว่ายอมรับการตัดสินใจ แต่ความเครียดในใจมันก็เป็นอีกส่วนหนึ่ง... มันอยู่ในใจ ยังไงซะมันก็เครียด...”

(น้องกล้วย)

“... การที่ไม่บอกหรือบอกความจริง... ท้ายสุดก็ไม่รู้หรือว่าควรทำอะไรดี มันแล้วแต่บุคคล แล้วแต่เหตุการณ์... สิ่งที่อยู่ก็คือ เราเครียดเหมือนกัน...”

(พี่นุ่น)

2. สิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์

พยาบาล 5 ใน 10 คน อธิบายว่า แม้จะได้พยายามช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและอาจทำให้ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ก็ตาม แต่เนื่องจากญาติผู้ป่วยมีอำนาจการตัดสินใจ ดังนั้นพยาบาลจึงรับรู้สิ่งที่ได้พยายามกระทำ ไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์ใด ๆ แก่ผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

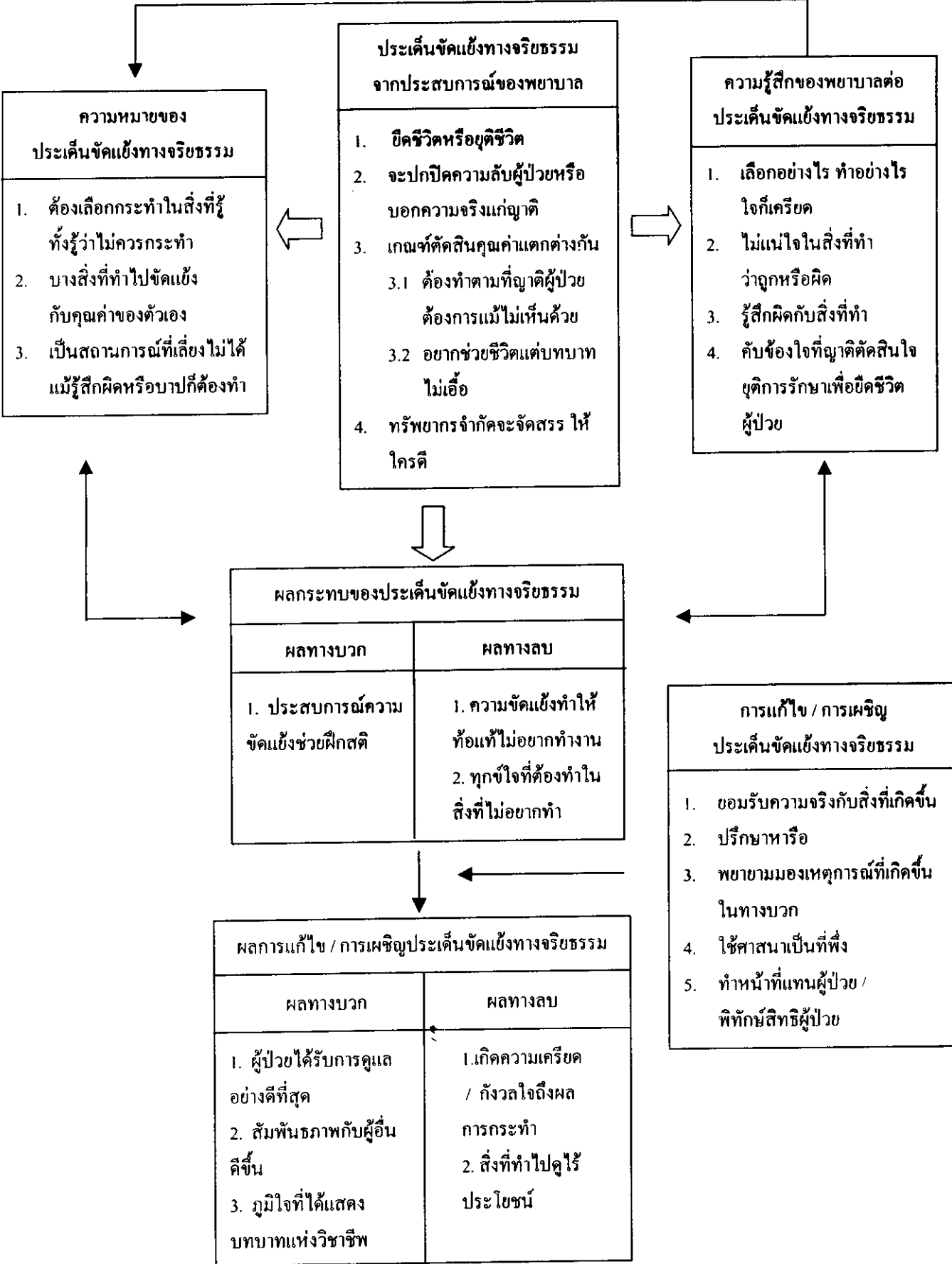
“...กรณีที่ต้องดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายที่ค่อนข้างจะท้อแท้ ไม่ยอมดูแลตนเอง ไม่มีหวังในชีวิต รวมทั้งญาติก็ไม่ใส่ใจ ละเลย แม้เราไปกระตุ้นเขาก็ไม่ใส่ใจ เราก็รู้สึกจะทำอะไรเขาถึงได้เป็นอย่างนี้ เราเป็นคนอื่นแท้ๆ เรายังพยายาม เราก็พยายามต่อแต่เขาไม่รับรู้ ร่วมมือ คงไม่สนใจ คงรอเวลา ท้ายสุดคนไข้ก็ตาย ความพยายามทั้งหมดที่ทำไปไม่เกิดประโยชน์อะไร...”

(นุ้ย)

“...มี case หนึ่ง ญาติไม่อยากให้เรารักษานักป่วย หมอก็ให้ข้อมูลกับญาติบ้างแล้ว แต่ญาติก็ยังต้องการพานักป่วยกลับบ้าน เพราะต้องรักษานาน ญาติเห็นผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ก็จะพากลับ เราก็พยายามทั้งให้ข้อมูล ทั้งให้การดูแล ให้ดูคนไข้ข้างเตียงเพื่อเพิ่มข้อมูลให้มากขึ้น ญาติไม่สู้เลย เช่นไม่สมัครใจอยู่ แล้วพานักป่วยกลับ เราก็รู้สึกทำได้แค่นี้เอง หรือ”

(น้องกิ้ง)

จากผลการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลได้ให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมรวมทั้งบอกความรู้สึกต่อประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พยาบาลมีประสบการณ์และยังได้อธิบายถึงผลกระทบของประเด็นขัดแย้งดังกล่าวที่มีต่อพยาบาลทั้งด้านบวกและด้านลบและได้พยายามหาวิธีการแก้ไข/เผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจหรือความกังวลใจ ซึ่งผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งพอจะสรุปได้ตามแผนภูมิที่ 4



**ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
จากประสบการณ์ของพยาบาล**

1. ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต
2. จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ
3. เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน
 - 3.1 ต้องทำตามที่ญาติผู้ป่วยต้องการแม้ไม่เห็นด้วย
 - 3.2 ออกจากช่วยชีวิตแต่บทบาทไม่เอื้อ
4. ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี

**ความหมายของ
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม**

1. ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่รู้
ทั้งรู้ว่าไม่ควรกระทำ
2. บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้ง
กับคุณค่าของตัวเอง
3. เป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงไม่ได้
แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ

**ความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลต่อ
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม**

1. เลือกอย่างไร ทำอย่างไร
ใจก็เครียด
2. ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำ
ว่าถูกหรือผิด
3. รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ
4. คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจ
ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต
ผู้ป่วย

ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผลทางบวก	ผลทางลบ
1. ประสบการณ์ความ ขัดแย้งช่วยฝึกสติ	1. ความขัดแย้งทำให้ ท้อแท้ไม่อยากทำงาน 2. ทุกข์ใจที่ต้องทำใน สิ่งที่ไม่อยากทำ

**การแก้ไข / การเผชิญ
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม**

1. ขอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น
2. ปรึกษาหารือ
3. พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
ในทางบวก
4. ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง
5. ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย /
พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผลการแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผลทางบวก	ผลทางลบ
1. ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างดีที่สุด 2. สัมพันธภาพกับผู้อื่น ดีขึ้น 3. ภูมิใจที่ได้แสดง บทบาทแห่งวิชาชีพ	1. เกิดความเครียด / กังวลใจถึงผล การกระทำ 2. สิ่งที่ทำไปดูไร้ ประโยชน์

แผนภูมิ 4 สรุปปรากฏการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การอภิปรายผล

1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมา 3 ลักษณะ คือ (1) ต้องเลือกกระทำทั้ง ๆ ที่ไม่อยากจะเลือก (2) บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง และ (3) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ

การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าต้องเลือกกระทำทั้ง ๆ ที่ไม่อยากจะทำ สะท้อนให้เห็นความคับข้องใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่ควรจะทำ และไม่อยากจะเลือกกระทำสอดคล้องกับแนวคิดของไอเคินและแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่บุคคลต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกที่ไม่ชอบเท่ากัน และของเดวิสและอโรสกา (Davis & Aroska, 1991) กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรมที่จำเป็นต้องเลือกจากทางเลือกสองทางหรือมากกว่า และเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ไม่พอใจจะเลือก (unsatisfactory alternative)

จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่า บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง ทั้งนี้เพราะในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพยาบาลมักพบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นพยาบาล แพทย์ ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีคุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกัน จึงก่อให้เกิดความขัดแย้งในคุณค่า (value conflict) ระหว่างบุคคลเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเรดแมนและฮิลล์ (Redman & Hill, 1997) ที่ได้สุরণานวิจัย 23 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงานที่อธิบายโดยพยาบาลในหลาย ๆ หน่วยงาน ทั้งโรงพยาบาล ชุมชน สถานบริการที่บ้านและรวมถึงฝ่ายบริหารการพยาบาล พบว่าความขัดแย้งที่พบส่วนหนึ่งมาจากมุมมองเรื่องคุณค่าความเชื่อของพยาบาลและแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพข้างเคียงที่มีความแตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับแนวคิดของสิวลี (2537) เดวิสและอโรสกา (Davis & Aroskar, 1991) และฟราย (Fry, 1994) ที่กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความแตกต่างในเรื่องคุณค่าและความเชื่อ นอกจากนี้ ฟราย (Fry, 1989) ยังกล่าวไว้ในเรื่องความแตกต่างทางความคิดระหว่างแพทย์และพยาบาลว่าส่วนหนึ่งมาจากกรอบแนวคิดหรือโครงสร้างทางองค์ประกอบของจริยธรรมที่แตกต่างกันของวิชาชีพ กล่าวคือ แพทย์ยึดกรอบแนวคิดจริยธรรมที่เรียกว่าเวชจริยศาสตร์ (bioethics) ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องของสิทธิ หน้าที่ พันธะ สัญญา ความสามารถและความยุติธรรม ส่วนจริยธรรมของพยาบาลมีพื้นฐานมาจากสัมพันธภาพการ

ดูแลระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อความผาสุกของผู้ป่วย

ส่วนความหมาย เป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงไม่ได้ แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความยุ่งยากใจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจได้ ในบริบทของสังคมไทย พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษาผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ แม้ไม่เห็นด้วยดังคำกล่าวของเคอร์ทีน (Curtin, 1980 cited by Yarling & McElmurry, 1986) ที่ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอันดับแรก ๆ ของพยาบาลก็คือ การที่พยาบาลขาดอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องลงมือปฏิบัติ ดังนั้น ความขัดแย้งในเรื่องของอำนาจและหน้าที่ในสายบังคับบัญชา จึงอาจเกิดขึ้นได้ (Tschudin, 1992) และโดยปกติแล้วในคลินิกทั่ว ๆ ไป แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ในขณะที่พยาบาลต้องอยู่กับผลของการตัดสินใจนั้น ๆ (Oberle & Hughes, 2001) ในความรู้สึกผิดหรือบาปที่ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดให้ฟังเป็นลักษณะของการที่ต้องรับคำสั่งการรักษา หรือการที่แพทย์มีแผนการรักษายุติการให้ยา อาหารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการละเว้นการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะในเรื่องความเชื่อของศาสนาไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์หรืออิสลาม จะให้คุณค่ากับชีวิต การกระทำใด ๆ ที่เป็นการจงใจ พรากกายจากชีวิตถือเป็นสิ่งผิดและเป็นบาป สำหรับศาสนาอิสลามยังกล่าวด้วยว่าการจงใจ ทำลายชีวิต แม้ด้วยเจตนาให้พ้นทุกข์ถือเป็นสิ่งผิดและเป็นบาป (สิวลี, 2537) สำหรับสังคมไทย ซึ่งเป็นสังคมพุทธศาสนา ที่เน้นความสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพ พุทธศานามองว่าการให้สารน้ำและอาหารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้เป็นการรักษา หากเป็นการช่วยให้มีชีวิตเท่านั้น หากหยุดให้ถือเป็นการทำลายชีวิตและเป็นการกระทำที่เจตนาด้วย ในสังคมตะวันตกเอง เมื่อศาลสูงของสหรัฐอเมริกาแสดงความเห็นชอบในกฎหมายที่ให้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายได้ (support the right to assisted suicide) ก็ยังก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้นในวงการพยาบาล การกระทำบางอย่างเช่น การปิดสวิทช์เครื่องช่วยหายใจ การงดให้อาหาร สารน้ำและรวมถึงการละเลยต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ (Wlody, 1998) เหล่านี้จึงเหมือนการขាំให้พยาบาลคิดเสมอว่า สิ่งที่คุณทำลงไปเป็นบาปทั้งสิ้น ดังนั้น พยาบาลจึงรับรู้ว่าเป็นบาปที่ตนต้องเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วย พยาบาลจึงให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะที่ว่า แม้จะตระหนักดีว่าเป็นบาป แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ดังกล่าวได้

2. ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกออกมาใน 4 ลักษณะ คือ (1) เลือกอย่างไร ทำอย่างไรใจก็เครียด

(2) ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำว่าถูกหรือผิด (3) รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ และ (4) คับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

การที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกว่า **เลือกอย่างไร ทำอย่างไร ใจก็เครียด** แสดงให้เห็นว่าหนทางเลือกของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไม่ใช่สิ่งที่อยากจะเลือกแต่จำเป็นต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของไอเคินและแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) และเดวิสและอะรอสการ์ (Davis & Aroskar, 1991) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่บุคคลต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกที่ไม่ชอบพอกัน และยังนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจ โดยทั่วไปแล้วพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง เพราะต้องเผชิญกับความเป็นความตายของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา การประสบกับความตายซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นเวลานาน ยิ่งนำมาซึ่งความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (สุภาพร, 2537) ขณะเดียวกันเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลยิ่งลำบากใจ ยุ่งยากใจ และกลายเป็นความเครียดเมื่อเกิดความไม่แน่ใจว่าจะใช้หลักจริยธรรมข้อใดมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ดังคำกล่าวของเจมตัน (Jameton 1984 cited by Redman & Hill, 1997) ที่ว่า ความไม่แน่ใจในหลักจริยธรรมเป็นลักษณะหนึ่งของความขัดแย้งทางจริยธรรม และเมื่อตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งก็ไม่มีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงหรือตายตัวก็นำมาซึ่งความเครียด (Smith, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของวูร์ซบัค (Wurzbach, 1993 cited by Wurzbach, 1995) ที่ศึกษาถึงความแน่นอนและไม่แน่นอนในหลักจริยธรรมของพยาบาลในการพิจารณาเรื่องการรักษาในวาระสุดท้าย ซึ่งพบว่าผลจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลท่ามกลางความไม่แน่นอนในหลักจริยธรรม กระทบต่อสภาพจิตและความผาสุก (mental health and well being) ของพยาบาล

ส่วนความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำ เป็นความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจ ขอมทำตามการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถยืนยันได้ว่า การตัดสินใจของญาติผู้ป่วยนั้นถูกต้องตรงกับความต้องการหรือคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตายเป็นเรื่องยากสำหรับทุกคน (Day, 2000) และมีหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย (surrogates or substituted judgment) ตัดสินใจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ชีวิตถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย และไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ (Day, 2000) ดังนั้นเมื่อพยาบาลต้องอยู่ในเหตุการณ์ที่ญาติตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจเพื่อยุติการรักษาแล้วนำผู้ป่วยกลับบ้าน โดยที่ผู้ป่วยแสดงท่าทีไม่ยินยอม แต่พยาบาลก็ไม่สามารถทำอะไรได้ นอกจากทำตามความประสงค์ของญาติ ขณะที่ต้องทำก็รู้สึกผิด เพราะไม่สามารถทำหน้าที่แทนผู้ป่วย / พิตักษ์สิทธิของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจะบอกว่า รู้สึกผิดและเสียใจมาก เมื่อต้องไปปลดเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อหลอดลมออกจากผู้ป่วยซึ่งผู้ให้ข้อมูลบอกว่า "... เมื่อไปบอกผู้ป่วยว่าลูกจะพากลับบ้าน... ขณะที่ปลดเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อหลอดลมออก... รู้สึกผิดและเสียใจ" เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ได้เสมอ ๆ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอาจเป็นความขัดแย้งระหว่างกลุ่มของผู้แทนผู้ป่วยเองหรือขัดแย้งกับทีมสุขภาพก็ตาม ทั้งนี้เพราะการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตายนั้น ไม่มีใครอยากให้เกิดข้อผิดพลาดขึ้น เพราะการตัดสินใจดังกล่าวทุกคนต่างเชื่อกันว่าเป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องบุคคลอันเป็นที่รักทั้งสิ้น และเพื่อให้เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุดเลย (Day, 2000) จึงแนะนำพยาบาลและทีมสุขภาพในการเลือกผู้แทนผู้ป่วยว่าควรเป็นญาติที่สืบทอดกันทางสายเลือด ทั้งนี้เพราะจะมีความเข้าใจในคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วยและจะให้ความสำคัญกับความผาสุกของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งหากพิจารณาโดยภาพรวมแล้วจะพบว่าในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะใช้แนวคิด หรือทฤษฎีหน้าที่นิยมเป็นแนวทางการปฏิบัติ กล่าวคือ ทฤษฎีนี้จะเน้นและให้ความสำคัญต่อการทำหน้าที่ คนดีในกลุ่มนี้จึงเป็นคนที่กระทำความดีอย่างสม่ำเสมอ หรือมีเหตุจูงใจ หรือมีเจตนาที่ดีในการกระทำความดี (Ellis & Hartley, 1998) ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลพบหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจทางจริยธรรม โดยเฉพาะการที่ต้องทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย หากว่าไม่สามารถกระทำการที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยได้ ก็จะรู้สึกผิด ทั้งนี้เพราะคนในกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับสิทธิของบุคคลเป็นสำคัญ (Tschudin, 1992)

ส่วนความรู้สึกคับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกับความรู้สึกผิดบางครั้งก็เกิดกลับไปกลับมา เมื่อญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย พยาบาลจะคับข้องใจ หากพบว่า การตัดสินใจดังกล่าวไม่ได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและเป็นไปตามคุณค่าความเชื่อของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยคาดหวังให้การตัดสินใจใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เองแล้วก็ควรเป็นการร่วมกันตัดสินใจระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของสมิท (Smith, 1996) ที่ว่าการตัดสินใจลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดความรอบคอบใคร่ครวญอย่างระมัดระวัง แต่โดยทั่วไปจากประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะพบว่า การตัดสินใจใด ๆ ขึ้นอยู่กับญาติเท่านั้น ซึ่งเมื่อญาติต้องการจะยุติการรักษาต่าง ๆ ก็จะหยิบยกเอาข้ออ้างเรื่องความจำเป็นด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานแล้ว หรือระยะทางในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นตัวตั้งมากกว่าคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย ความรู้สึกคับข้องใจจึงเกิดขึ้นและกลายเป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา

นอกจากนี้ ความรู้สึกคับข้องใจ เป็นการอธิบายความรู้สึกของพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติการหลักของพยาบาล คือ การช่วยเหลือบุคคลแต่ละคน โดยปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรคเร็วขึ้นหรือตายอย่างสงบ (Henderson, 1966 อ้างตาม สุภาพร, 2537) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมที่คาดหวังในตัวพยาบาลว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ ดังคำกล่าวของ โฮม (Homes, 1971 อ้างตาม สุภาพร, 2537) ที่กล่าวว่าพยาบาลจะเป็นผู้ที่แบ่งเบาภาระความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยใกล้ตายได้ ตลอดจนญาติและครอบครัวของเขา ดังนั้น เมื่อพยาบาลได้ตระหนักถึงภารกิจ ดังกล่าว และตั้งใจที่จะ

ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของการขาดอิสระในการตัดสินใจ (lack of self autonomy) ไม่ว่าจะตัดสินใจในเรื่องดูแลผู้ป่วย พัทธ์สิทธิ์ของผู้ป่วยหรือทำประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็ตาม พยาบาลจึงเกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ สอดคล้องกับการศึกษาของชาวลิท และคณะ (Chaowalit et al., 1999) ที่ศึกษาถึงปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาลจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย ที่พบว่า ปัญหาที่ขาดอิสระในตนเองของวิชาชีพก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจ เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของโกลด์ และคณะ (Gold et al., 1995) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เรื้อรัง และผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า พยาบาลจะรู้สึกอึดอัดใจเมื่อถูกร้องขอไม่ให้บอกความจริงกับผู้ป่วย ทั้งที่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ควรพิพัทธ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วย แต่พยาบาลกลับไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้

3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทั้งหมด 4 ลักษณะ คือ (1) ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต (2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ (3) เกณฑ์ตัดสินใจคุณค่าแตกต่างกัน และ (4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่าง ๆ สามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

ยึดชีวิตหรือยุติชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถพัฒนาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ การช่วยให้ชีวิตอยู่ต่อไปก็เป็นเพียงการยืดภาวะใกล้ตายให้ไกลออกไปเท่านั้น (Moody, 1999) และต่างยอมรับกันว่า การที่ชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายยืดยาวออกไป มักจะควบคู่กับความทุกข์ทรมานเสมอ ๆ (prolong life prolong suffering) ขณะที่การยุติชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการช่วยให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dignified death) การปล่อยให้ตาย (letting to die) หรือการช่วยให้เกิดการตายตามการร้องขอ (assisted suicide) เป็นความยุ่งยากใจและยากที่จะยอมรับได้ การยืดชีวิตผู้ป่วยหรือยุติชีวิตผู้ป่วยไม่ว่า จะเป็นด้วยเหตุผลใดหรือจากความต้องการของใคร ล้วนแต่นำมาซึ่งความยุ่งยากใจและเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลทั้งสิ้น ปัญหาดังกล่าวอาจเรียกเป็นผลกระทบเชิงซ้อน (double effect) ที่เกี่ยวกับความตาย (Buchan & Tolle, 1995 ; Pierce, 1999) เป็นเรื่องยากที่จะตัดสินใจว่าควรจะใช้มาตรฐานใด กำหนดว่าเมื่อใดควรยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อหรือยุติชีวิตและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้แล้ว อย่างกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจหยุดเต้น จากโรคหัวใจล้มเหลวและ

กล้ามเนื้อหัวใจตาย ญาติและแพทย์ต่างลงความเห็นว่าจะไม่ควรช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยอีก พยาบาลเองเมื่อเห็นอาการและสภาพของผู้ป่วยแล้วก็หยุดไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพต่อ เพราะคิดว่าผู้ป่วยจะต้องทรมาณกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเข้าไปเข้ามา ทุกคนลงความเห็นว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะต้องปล่อยให้ผู้ป่วยตาย การตัดสินใจนั้นจะเป็นเรื่องที่ถูกต้อง แล้วผู้ป่วยตัดสินใจอย่างไร ไม่มีใครตอบได้ แต่ในอีกสถานการณ์หนึ่ง มีผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจรได้รับการช่วยเหลือ และมีชีวิตอยู่โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการวินิจฉัยว่า จะต้องอยู่ในสภาพผู้ป่วยภาวะเหมือนผัก (vegetative state) ไปตลอด พยาบาลจะอย่างไร ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ต่อไปเช่นนี้ โดยไม่รู้ว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร หรือปิดสวิทช์ เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายไปอย่างสงบ

อย่างไรก็ตามความขัดแย้งดังกล่าว ยังคงคลุมเครืออยู่ แม้หลายประเทศจะพยายามใช้กฎหมายและการตัดสินใจในศาลมาใช้เพื่อช่วยทำให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น ซึ่งก็พบว่ายังคงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เช่นเดิม (กาญดา, 2543 ; Berger et al., 1991 ; Dines, 1995 ; Pierce, 1999 ; Young & Ogden, 2000)

ปัจจุบัน สิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทิมสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและห้ามละเมิด ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง รวมไปถึงการเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ทิมสุขภาพจะให้กับผู้ป่วย แต่สิทธิที่จะตายยังคงเป็นประเด็นให้ถกเถียงกันอยู่ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการที่จะตายโดยร้องขอให้ทิมสุขภาพ ยุติการรักษาต่าง ๆ ที่ทำให้ความตายของผู้ป่วยยาวนานต่อไป ควรทำอย่างไรและหากมีการทำตามคำขอนั้น ทิมสุขภาพซึ่งหมายถึง แพทย์และพยาบาลจะตกเป็นผู้ที่ถูกกล่าวหาว่า ฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่ ซึ่งดีนส์ (Dines, 1995) ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการทำยูธานาเซีย (euthanasia) ว่ามีความแตกต่างจาก การฆ่า (killing) หรือการปล่อยให้ตาย (letting to die) ซึ่งพบว่า พยาบาลจะมีแนวคิดที่สอดคล้องกันเรื่อง การฆ่า การปล่อยให้ตาย ว่าเป็นเรื่องที่ยากต่อการยอมรับและไม่สามารถนำมาอภิปราย หรือโยงให้เกี่ยวข้องกับการทำยูธานาเซียได้ เพราะใช้เหตุผลที่ต่างกัน ส่วนการทำให้ผู้ป่วยตายตามที่ร้องขอ (active euthanasia) และการทำให้ผู้ป่วยตายทางอ้อม (passive euthanasia) ต้องพิจารณาในรายละเอียดอีกครั้งหนึ่ง และเพียร์เซ (Pierce, 1999) สำรวจความคิดเห็นของพยาบาล 9 คน และแพทย์ 10 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ที่บ้าน ในการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายปวดมากได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ยืดชีวิตต่อไป ครอบครัวก็ยินยอมขณะที่แพทย์ยังให้การรักษาทุกอย่างทั้งยาปฏิชีวนะ ให้อาหารสายยางและทางหลอดเลือดดำ พยาบาลทำตามแผนการรักษา ต่อมาหลังจากนั้น 9 วัน ผู้ป่วยตาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการอภิปรายกับผู้วิจัยถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทั้งจากกรณีศึกษาที่อ่าน และที่พบในชีวิตประจำวัน และได้ผลการศึกษาดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างทุกคนต่างเห็นว่าควรหลีกเลี่ยงการให้การรักษาที่สำคัญ (major intervention) ที่จะทำให้ยืดชีวิตผู้ป่วย แต่พบความแตกต่างในการให้คำ

จำกัดความของคำว่า “การรักษาที่สำคัญ” ส่วนประเด็นการตัดสินใจจะช่วยให้ผู้ป่วยตายเพื่อพ้นจากความเจ็บปวดนั้น แพทย์และพยาบาลอภิปรายต่างประเด็นกัน แต่ต่างก็ยอมรับว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและลำบากใจที่ต้องสนองความต้องการของบุคคลในการทำให้บุคคลนั้นพบกับความตายเร็วขึ้น ทั้งนี้ประเด็นอยู่ที่การพยายามอภิปรายถึงหลักจริยธรรม เพื่อให้สื่อถึง การลด / บรรเทาความทุกข์ทรมานกับการทำให้ตาย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยบางส่วนกล่าวว่า ความตายช่วยให้ความทุกข์ทรมานหมดไป (2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต่างต่อต้านการให้สิทธิต่อผู้ป่วยในการจัดการ/เลือกวิธีตาย ซึ่งโดยสรุปก็พบว่าในประเด็นดังกล่าว ยังเป็นความคลุมเครือต้องการความกระจ่างชัดในรายละเอียดต่าง ๆ ขณะที่ผลการศึกษาของยังและโอเดิน (Young & Ogden, 2000) ที่สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลในแคนาดา 70 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ถึงบทบาทของพยาบาลในเรื่องเมตตาฆาตแบบสมัครใจ (voluntary euthanasia) และการช่วยให้ตาย (assisted suicide) ของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยในการให้สิทธิกับการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient's right to self-determination) แต่เห็นด้วยว่า ควรมีการกระทำใด ๆ เพื่อให้การปฏิบัตินั้นเป็นที่ยอมรับ มีเพียงบางส่วนที่พบว่าการกระทำดังกล่าว อาจเป็นการทำร้ายผู้ป่วยหรือละเมิดผู้ป่วย หากแพทย์หรือพยาบาลเป็นสื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดดังกล่าว และท้ายสุดทุกคนเห็นด้วยว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วยต้องอภิปรายกันอีกในหลาย ๆ ประเด็น

สำหรับประเด็นจะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงแก่ญาติ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด มักต้องพบกับความอึดอัดยุ่งยากใจ เมื่อต้องถูกถามคำถามมากมายเกี่ยวกับการวินิจฉัย แนวทางการรักษา ผลการรักษา และการดำเนินไปของโรค ไม่ว่าจะเป็นคำถามจากตัวผู้ป่วย ญาติหรือคนใกล้ชิดผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่ได้รับทราบความจริง โดยเฉพาะความจริงในเรื่องเกี่ยวกับโอกาสในการหายจากโรค หรือเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือการอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ความจริงจะทำให้เกิดการสูญเสียความหวัง หมกมุ่นลังเลใจในการต่อสู้ เป็นการทำร้ายและอาจทำให้อาการทรุดหนักลงได้ ซึ่งเกิดได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ (Aiken & Catalano, 1994) การบอกความจริง ถ้าเป็นข่าวร้ายย่อมทำให้ผู้ที่จะบอกเกิดความยุ่งยากใจเป็นธรรมดาและขณะเดียวกันพยาบาลเอง ยังไม่ได้รับสิทธิทางกฎหมายอย่างชัดเจนในการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (Aroskar, 1987 cited by Wlody, 1998) โดยเฉพาะข้อมูลอันเป็นความลับหรือเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พยาบาลต้องถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่ต้องเก็บรักษาไว้ด้วยความซื่อสัตย์ เพราะถือเป็นการรักษาคำมั่นสัญญา (fidelity) อันเป็นหลักจริยธรรมข้อหนึ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลถึงความไว้วางใจในสัมพันธภาพ (Ellis & Hartley, 1998) การที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสับสนและไม่แน่ใจว่าควรจะทำอย่างไรดี เมื่อถูกขอร้องไม่ให้บอกความจริงกับญาติ เพื่อป้องกันความไม่สบายใจ หรือการที่ถูกญาติรีบเร่งถามถึงผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ด้วยความสงสัยว่าจะป็นโรคร้ายแรงโดยเฉพาะ

โรคเอดส์ พยาบาลไม่สามารถที่จะบอกความจริงของผู้ป่วยกับญาติได้ เพราะเป็นการละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เมื่อต้องหลีกเลี่ยงการที่จะตอบคำถามตามความเป็นจริง พยาบาลก็รู้สึกว่าเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม เพราะไม่เปิดโอกาสให้ญาติได้เตรียมตัว เตรียมใจรับกับความจริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและไม่ได้ระมัดระวังตัว เพื่อป้องกันการติดต่อหรือมีแนวทางในการปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ดังการศึกษาของกาญจนา (2543) ที่พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจะเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการบอกความจริงว่า ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรัตนา (2541) ที่กล่าว ปัญหาในการบอกความจริง มักก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสมควรจะบอกหรือไม่เนื่องจาก (1)เกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ (2) เกรงว่าจะถูกตำหนิว่าให้การรักษาพยาบาลผิดพลาด (3) เกิดความไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะพูดหรือมีท่าทีอย่างไร และ (4) กลัวต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย แล้วไม่แน่ใจว่าจะควรจะตอบสนองอย่างไร

นอกจากนี้ไฮน์ (High, 1989) ได้ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการบอกความจริงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรค ซึ่งพบว่า เมื่อแพทย์ตัดสินใจไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ลังเลใจ ไม่แน่ใจว่าจะยอมทำตามแพทย์เพื่อรักษาสัมพันธภาพกับแพทย์ไว้หรือบอกความจริงกับผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของโกลด์ แชมเบอร์และวอเร็กซ์ (Gold, Chamber & Dvorak, 1995) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะฉุกเฉิน เรื้อรังและผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งพบว่า พยาบาลจะอึดอัดใจที่ถูกขอร้องจากแพทย์ที่ไม่ให้บอกความจริงกับผู้ป่วย เพราะพยาบาลรู้สึกว่าเป็นบทบาทของพยาบาลในการบอกความจริงกับผู้ป่วย แต่สำหรับการศึกษาของวันทิวา (2540) ที่สำรวจการรับรู้ของพยาบาลในการบอกความจริงในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร 16 โรงพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 รับรู้ว่าการบอกความจริงไม่ใช่บทบาทโดยตรงของพยาบาลที่จะให้ข้อมูลหรือบอกความจริงกับผู้ป่วย

สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2537) ได้กำหนดให้การปกปิดความลับเป็นข้อกำหนดในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล โดยกำหนดว่าพยาบาล "พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อปฏิบัติตามกฎหมาย" อย่างไรก็ตาม การรักษาสัญญาและการปกปิดความลับ ยังมีข้อยกเว้นในกรณีที่ทำการรักษาสัญญา หรือการปกปิดความลับอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้อื่น (อรัญญา, 2543)

ส่วนเกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกัน เนื่องจากหัวใจของการดูแลผู้ป่วย คือ ตระหนักในความเป็นบุคคล ความเป็นเอกภาพและความแตกต่างระหว่างบุคคล นั้นหมายถึงควรคำนึงถึงคุณค่าความเชื่อและเป้าหมายของบุคคลเป็นหลัก (Davis & Aroskar, 1991) ดังนั้น พยาบาลจึงควร

ทำให้สิ่งแวดล้อมในการตัดสินใจใด ๆ ในหอผู้ป่วยให้เป็นการตัดสินใจเชิงคุณค่า (value judgement) เป็นที่ยอมรับกันมานานว่าสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ส่วนหนึ่งคือสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว (Aroskar, 1998) แต่เนื่องจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่แวดล้อม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่นั้น เป็นความยุ่งยากและซับซ้อน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งเชิงคุณค่าได้ง่าย ดังคำกล่าวของคอร์เลย์ (Corley, 1998) ที่กล่าวว่าความขัดแย้งเชิงคุณค่าที่มักพบในสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีอาทิเช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายว่า ต้องทำตามที่ญาติต้องการแม้ไม่เห็นด้วย ในขณะที่ที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึงพยาบาลเชื่อว่า ช่วงสุดท้ายของชีวิต ควรจากไปอย่างสงบและราบรื่น เพราะตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการที่จะรับรู้ถึงการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่ก็ตามนั้น เป็นความทุกข์ทรมานพอแล้ว ถึงเวลาที่ควรจะยุติเสียที แต่ในขณะที่เดียวกันที่ญาติมองว่าความตายเป็นความทุกข์ทรมาน น่ากลัว โดดเดี่ยว เป็นการจากคนที่รักและความอบอุ่นในครอบครัวอย่างถาวร จึงพยายามใช้สิทธิการเป็นผู้แทนผู้ป่วย เรียกร้องให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้ชีวิตผู้ป่วยกลับคืนมาให้ได้ทุกวิถีทาง ซึ่งแม้จะไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของญาติ พยาบาลก็จำเป็นต้องทำตามความต้องการของญาติ การเผชิญกับสถานการณ์ ในลักษณะนี้ พยาบาลจึงรับรู้ว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ส่วนประเด็นที่พยาบาลบอกว่า **อยากช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่บทบาทไม่เอื้อ** แม้พยาบาลจะอยู่ในทีมที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แต่เกือบทุกสถานการณ์ที่มีการตัดสินใจใด ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย พยาบาล มักจะถูกกันให้ออกจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสมอ ๆ (de Casterle', 1998 ; Gold, et al., 1995 ; Yarling & McElmurry, 1986) และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อยครั้งและเป็นปัญหาที่ใหญ่ เกินจะให้คำจำกัดความได้ พยาบาลจึงรับรู้ว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและพยาบาลรู้สึกได้ถึงการใช้พลังอำนาจ (powerlessness) ที่พยาบาลจะเลือกทำตามความคิดและหลักจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยตามวิชาชีพมากกว่าทำตามแผนคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือเป้าหมาย/นโยบายของหน่วยงาน (de Casterle', 1998) ตามสายบังคับบัญชาในการทำงาน พยาบาลอยู่ในระดับปฏิบัติ บางบทบาทไม่สามารถทำโดยอิสระได้ ต้องทำตามแผนคำสั่ง การรักษาของแพทย์หรือเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการปฏิบัติการรักษา ตัวอย่างเช่น การใส่ท่อทาง หลอดลมคอให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจติดขัด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยกตัวอย่างสถานการณ์ขณะที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่หายใจติดขัด พยาบาลให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ตั้งแต่การจัดสิ่งแวดล้อม จัดทำนอนผู้ป่วย รายงานแพทย์เจ้าของไข้และเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือแล้วก็รอ ขณะที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น พยาบาลต้องการจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ แต่ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลไม่สามารถกระทำอย่างอื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น เพราะไม่สามารถช่วยผู้ป่วยหรือกระทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยได้

สำหรับเรื่องทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี ในขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พยาบาลตระหนักดีถึงปรัชญาในการดูแลผู้ป่วยที่กล่าวชัดเจนในเรื่องการรักษาที่ต้องเน้นในเรื่องของความเท่าเทียมกัน และการกระจายประโยชน์สำหรับทุกคน และเป็นไปอย่างมีมนุษยธรรม (Saunders, 1984) มโนทัศน์ในเรื่องของความยุติธรรมที่เสนอโดยเจมตัน (Jameton, 1984 cited by Wlody, 1998) ว่าประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ (1) การกระจายความยุติธรรม (distributive justice) (2) การทดแทน (retributive) และ (3) แนวทางการปฏิบัติ (procedural) โดยสรุปคือ ให้ความสำคัญเรื่องความความเท่าเทียมกัน ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2537) ได้กำหนดไว้ว่า พยาบาลจะต้อง "ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล สำหรับเรื่องที่มีมักจะก่อให้เกิดความยุ่งยากใจเสมอคือ เรื่องของการจัดหาเตียงในหอผู้ป่วยหนักหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะโดยทั่วไปผู้ที่ เกี่ยวข้องมักมองว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องตาย เพราะไม่ตอบสนองต่อการรักษาในแง่บวก ดังนั้นจึงอาจถูกละเลยในการที่จะดูแลและพึงรักษาซึ่งคุณภาพชีวิตก่อนวาระสุดท้าย ปัญหาที่เกิดขึ้นคือการหาคำตอบหรือข้อกำหนดหรือเลือกว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับประโยชน์จากทรัพยากรอันจำกัดดังกล่าว หรือการจัดลำดับความสำคัญก่อน - หลังว่าจะใช้กฎเกณฑ์ข้อใดกำหนด จะเป็นอายุ การวินิจฉัยโรค พยาธิสภาพ หรือภาวะของโรค การมาก่อน - หลัง หรือคุณประโยชน์ที่ผู้ป่วยกระทำต่อสังคม จากประสบการณ์ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบางโรงพยาบาลจะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วยเอดส์ ในกรณีที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคูชฎีวรรณ (2532) ที่พบว่า มีการละเว้นการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วยเอดส์ อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญที่นำมาซึ่งความยุ่งยากใจต่อพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย คือการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือหากใช้ต่อไปผู้ป่วยก็จะมีชีวิตอยู่ไปเรื่อย ๆ ขณะที่สภาพอย่างอื่นเลวลงหรือถ้าจะดีหากผู้ป่วยได้เปลี่ยนไปใช้เครื่องชนิดอื่นที่ดีกว่า และมีโอกาสจะดีขึ้น แต่ผู้ป่วยอื่นใช้อยู่ และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมือนกัน พยาบาลผู้ดูแลจึงอึดอัดใจ ขณะเดียวกันผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังจากใช้เครื่องมือ ดังกล่าวยังเป็นปัญหาที่ให้พยาบาลคิดต่อไป ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการสมควรหรือไม่ เพียงใด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควรอยู่ที่ไหน (Thelan et al., 1994)

4. ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ยากต่อการหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมหรือเกิดผลดีกับทุกฝ่าย จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลสะท้อนผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 3 ลักษณะ คือ (1) ประสบการณ์ความขัดแย้ง

ช่วยฝึกสติ (2) ความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน และ (3) ทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ อภิปรายได้ดังนี้

ประสบการณ์ความขัดแย้งช่วยฝึกสติ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น นำไปสู่การย้อนคิดพิจารณาถึงรายละเอียดต่าง ๆ ที่ผ่านมา นอกจากนี้ การที่ได้อยู่ในสถานที่จริงหรือการมีประสบการณ์ตรง ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นและเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่น (self – confidence) ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อพบกับปัญหาในคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คีคาสเตอร์ลี (de Casterle', 1998) ที่กล่าวว่า กลยุทธ์หนึ่งในการที่จะเตรียมพยาบาลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องให้มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อส่งเสริมให้มีการฝึกคิด – วิเคราะห์ หากคำตอบในประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม รวมทั้ง ถ้าเป็นนักศึกษาพยาบาลก็ยิ่งเพิ่มความเชื่อมั่นในการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และนอกจากนี้ โกลด์และคณะ (Gold et al., 1995) ยังกล่าวเสริมว่าการที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมหรือเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือเป็นเจ้าของประสบการณ์เองจะยังเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความชำนาญหรือเชี่ยวชาญด้านการคิดริเริ่มสร้างสรรค์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้

สำหรับความขัดแย้งทำให้ท้อแท้ไม่อยากทำงาน เป็นผลกระทบด้านลบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันพยาบาลพบว่าตัวเองไม่สามารถจะกระทำใด ๆ ตามที่เลือกตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะไม่ตรงกับคุณค่าความเชื่อของญาติหรือแพทย์เจ้าของไข้ แม้พยาบาลจะเห็นว่าการกระทำมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแล้วก็ตาม ดังการศึกษาของโพสท์ (Post, 1996) ที่พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลรู้ว่าอะไรควรทำให้กับผู้ป่วย แต่ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากความขัดแย้งในคุณค่า การขาดแคลนทรัพยากรและรวมถึงการที่ละเมิดซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งความขัดแย้งดังกล่าวนำมาซึ่งความหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) ก่อให้เกิดความท้อแท้และพยายามหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ดังกล่าว

นอกจากนี้ในเรื่องการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill patients) การรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life) เป็นกระบวนการที่ยุ่ยยาก ไม่สามารถตัดสินใจว่าควรเลือกกระบวนการหรือวิธีใดที่เหมาะสมที่สุด ดังนั้น พยาบาลผู้ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาเองก็เกิดความสับสน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้ยกตัวอย่างบางสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการรายงานอาการผู้ป่วยซึ่งบางครั้งก็ได้รับการตอบสนอง มีการสั่งการรักษาเพิ่มเติมในขณะที่บางครั้ง การกระทำดังกล่าว เป็นเหมือนการกระทำผิดกาลเทศะ เหล่านี้นำมาซึ่งความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่สมาคมพยาบาลแห่งเนบราสก้า (NNA, 1995) กล่าวว่า การ

ต้องอยู่ท่ามกลางกระบวนการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องง่าย บ่อยครั้งที่เกิดความสับสนในขอบเขตอำนาจหน้าที่ นอกจากนี้ ดีคาสเตอร์ลี (de Casterle, 1998) กล่าวว่า ปัญหาที่พบในการตัดสินใจทางจริยธรรมของพยาบาลส่วนหนึ่งมาจากข้อจำกัดในเรื่องอำนาจหน้าที่ในสายบังคับบัญชาในระบบการทำงานในหน่วยงาน ซึ่งทำให้พยาบาลขาดโอกาสในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ที่พึงรักษาไว้ซึ่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย เมื่อเป็นดังนั้น พยาบาลจึงมองว่าตนเองไร้ประโยชน์และไม่อยากทำงานต่อไป สำหรับประเด็นดังกล่าวนี้ เพื่อเป็นการธำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในวิชาชีพต่อไป คลาสเตนบัม (Kastenbaum, 1992) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น ซึ่งในรายละเอียดนั้น นอกจากจะกล่าวถึงหลักการในการดูแลผู้ป่วย หลักการดูแลครอบครัวแล้ว ยังได้กล่าวถึงการดูแลที่มสุขภาพด้วย โดยมีใจความสำคัญว่า ควรมีทีมหรือหน่วยงานสนับสนุน หรือมีระบบเกื้อหนุนที่มสุขภาพ (support network) และมีสถานที่สำหรับบุคลากรในการผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจแก่กัน

ทุกขใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ในเวลาที่บุคคลมีสิทธิที่จะตาย (right-to-die) แต่ขณะเดียวกันกลับได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น ซึ่งรับรู้กันว่ายังยึดความตายออกไปก็เท่ากับความยืดความทุกข์ทรมานยาวนานให้ออกไปด้วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างอธิบายในประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็นต้องกระทำตามความต้องการของญาติ และหรือการที่ต้องมีส่วนในการให้การรักษาที่มากเกินไปของแพทย์ ซึ่งพยาบาลจะอธิบายว่าทุกข์ใจมากที่สุดเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ขณะเดียวกันที่ ลอนเบอร์เกอร์ รัชเชลล์และเบอร์ตัน (Lonberger, Russell & Burton, 1997) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาทั้งยาและอุปกรณ์ท้ายสุดก็ตาย ด้วยค่ารักษาที่มากกว่าธรรมดาถึง 2 เท่าตัว ซึ่งเป็นผลกระทบทางอ้อมที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ทั้งที่อาจไม่ได้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1988) ที่พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดจะพบว่าบางครั้งแพทย์จะพยายามรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้กับเครื่องช่วยชีวิตไว้เพื่อรอนกว่าญาติจะยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น หรือรับได้ว่าถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องตายหรือบ่อยครั้งที่แพทย์ยังยอมรับไม่ได้ที่ต้องเสียชีวิตผู้ป่วยไป เพราะมองว่าเป็นความล้มเหลวของแพทย์ แพทย์จึงพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ซึ่งในภาวะการณั้้น พยาบาลรับรู้ว่าเป็นความทุกข์ใจและเหมือนตกอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ทรมาน ซึ่งยากต่อการอธิบายและพยาบาลรับรู้ว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ ภาวะคับข้องใจที่พยาบาลต้องเผชิญลักษณะนี้ แมคคอร์มิก (McCormick, 1973 อ้างตาม อร์ญญา, 2543) ได้เสนอหลักการผลกระทบเชิงซ้อน (principle of double effect) ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไข 4 ประการ หากการกระทำนั้น ๆ ถูกต้องไม่ว่าจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียเงื่อนไขทั้ง 4 ประการ ของหลักการผลกระทบเชิงซ้อน ประกอบด้วย (1) การกระทำนั้นไม่ใช่การกระทำที่เลวร้ายหรือผิด (2) ผู้กระทำต้องมีความตั้งใจที่

จะกระทำให้เกิดผลดีเท่านั้น (3) ผลร้ายจะต้องไม่ใช่เป็นวิถี (means) ที่จะนำไปสู่ผลดี กล่าวคือ ผลดีจะต้องบรรลุได้ด้วยการกระทำดี ไม่ใช่เพราะผลร้าย และ (4) ผลดีจากการกระทำนั้น ๆ จะต้องมีสัดส่วนหรือน้ำหนักมากกว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรมีวิธีการคิด หรือวิจารณ์ตาม รู้จักมองปัญหาแบบองค์รวม มองประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ และรู้จักใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ในการตัดสินใจ ทั้งนี้ เพราะการตัดสินใจของพยาบาลมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ เพราะอาจก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้

5. การแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลใช้วิธีการที่หลากหลายในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอธิบายไว้ 5 ลักษณะ คือ (1) ขอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น (2) ปรึกษาหารือ (3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก (4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และ (5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย / พึงกษัตริย์ผู้ป่วย

ขอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการตัดสินใจกระทำใด ๆ ก็ตาม พยายามใช้ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ก็เป็นการยากหรือลำบากในการที่จะระบุได้ว่าทุกอย่างนั้น ล้วนเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดได้ อย่างเป็นเหตุเป็นผล ขณะเดียวกันการพยายามที่จะแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลนั้นย่อมกระทบทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความผาสุกของพยาบาลในระยะยาวอยู่ดี ดังนั้นพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจึงต้องขอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่มองว่าบุคคลจะเลือกเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ (emotional focus of coping) เมื่อตระหนักว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ดังกล่าวได้ การกระทำดังกล่าวจะเป็นการพยายามลดหรือบรรเทาความกดดันที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ แต่อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขให้ปัญหาหมดไป ปัญหายังคงค้างคาอยู่ แต่ลดความกดดันลงไปเท่านั้นเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางส่วนจึงใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งต่อไป

ปรึกษาหารือ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้ ด้วยประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มักเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจระหว่างอะไรคือ สิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่ควรจะทำ (what was the right and good thing to do) ในขณะที่ไม่แน่ใจว่าจะทำให้เกิดความถูกต้องหรือดีที่สุดได้อย่างไร (how to do the right and good thing) (Soderberg & Norberg, 1993) ดังนั้นในการแก้ไขหรือเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกวิธีการปรึกษาหารือ เพื่อให้เกิดผลดีขึ้นกับทุกฝ่าย เพราะการร่วมกันคิด พิจารณาย่อมได้ทางเลือกที่เกิดผลดีที่สุด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาวลิต และคณะ (Chaowalit et al., 1999) ที่พบว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลพบกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจะเลือกใช้วิธีการปรึกษาหารือบุคคลอื่นเพื่อการแก้ไขปัญหา ขณะที่ฟรายและแดมรอสช (Fry & Damrosch, 1994) ดำรวจประเด็นจริยธรรมและการแก้ไขปัญหาจริยธรรมของพยาบาลในรัฐแมรี่แลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลร้อยละ 71 เลือกใช้วิธีการเผชิญประเด็นจริยธรรมด้วยการอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 51 อภิปรายกับหัวหน้างาน ร้อยละ 56 อภิปรายกับแพทย์ มีพยาบาลเพียงร้อยละ 11 ที่ปรึกษาคณะกรรมการ จริยธรรม แต่จากการศึกษาของวิลเก้และคณะ (Wilkes et al., 1993) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลชาวจีนและพยาบาลชาวออสเตรเลีย พบว่า เมื่อพยาบาลชาวจีน พบความขัดแย้งทาง จริยธรรมในการปฏิบัติงาน ก็จะหลีกเลี่ยงที่จะพูดปรึกษาหารืออภิปรายกับผู้ร่วมงาน ในขณะที่พยาบาลชาวออสเตรเลีย จะอภิปรายกับผู้ร่วมงาน โดยเฉพาะแพทย์

อย่างไรก็ตามการที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเลือกการปรึกษาหารือเพื่อหาข้อสรุป หรือแนวทางปฏิบัติเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แสดงให้เห็นว่าเป็นการพยายามกระทำเพื่อผู้ป่วยโดยการแสดงบทบาทแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของอริญญา, วันดีและถนอมศรี (2544) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พบว่ามีองค์ประกอบที่เหมาะสมและสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลเลือกใช้วิธีการพูดคุยและปรึกษาหารือกับบุคคลอื่น ซึ่งมีค่าความเที่ยงและเป็นที่ยอมรับได้

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้วิธีการปรึกษาหารือ ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นปัญหาตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lasarus & Folkman, 1984) ที่มองว่าเมื่อบุคคลตระหนักว่าสามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ได้ โดยการใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจด้วยสติปัญญา บุคคลก็จะพยายามมุ่งหาวิธีการเพื่อจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งวิธีการคือการปรึกษาเพื่อหาคำตอบ ขณะเดียวกัน การที่ได้พูดคุยปรึกษากับบุคคลอื่นเป็นการระบายความอัดอัดและกับข้องใจที่มีอยู่ด้วย

พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก การที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้วิธีการเผชิญหรือแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมด้วยการพยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกนั้น จากการวิเคราะห์ประมวลตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่าเป็นการกระทำที่ทั้งพยายามทำเพื่อผู้ป่วยและช่วยให้ตัวเองสบายใจ ทั้งนี้เพราะพยาบาลตระหนักและเชื่อว่าตนเองเลือกด้วยวิจารณญาณ เพื่อกระทำเพื่อผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ตามพันธะหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องปกป้องประโยชน์และเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อผู้ป่วย (Herrick & Smith, 1989)

การแก้ไข/การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ถือว่าเป็นความไม่แน่นอนทางจริยธรรม ทั้งนี้เพราะไม่สามารถเลือกหรือกำหนดหลักจริยธรรมที่ตายตัวมากำหนดในแต่ละสถานการณ์ได้ ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลผู้ที่ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สามารถก้าวผ่านไป ได้ ก็คือการคิดถึงแต่ในสิ่งที่คิดที่ควรจะเกิดขึ้น จากการกระทำที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนกล่าวว่า "...เมื่อเราดูแลเต็มที่อย่างดีที่สุดแล้ว...คนไข้ก็จะสบายในไม่ช้า และ...เมื่อเราเอง ได้ดูแลอย่างดีที่สุด เท่าที่วิชาชีพจะกระทำได้...ส่งคนไข้กลับบ้านอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี... ทั้งหมดที่ทำได้ก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี"

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เลือกการเผชิญโดยใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง คงเนื่องจากตระหนักดีว่าไม่ว่าจะเลือกคิดหรือทำอย่างไร ผู้ป่วยก็ต้องพบกับวาระสุดท้าย ต้องตายอยู่ดี พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็ง ไม่คิดมาก ดังคำบอกเล่าบางส่วนที่ว่า "...ผู้ป่วยคงทำบุญมาแค่นี้" หรือ "...เป็นไปตามประสงค์ของพระเจ้า...ผู้ป่วยคงได้กลับไปอยู่กับพระเจ้า" ซึ่งสอดคล้องกับคำสอนในพุทธศาสนาที่สอนให้มนุษย์เข้าใจธรรมชาติของร่างกายเป็นสิ่งไม่คงที่ต้องเสื่อมสลายเมื่อมีเกิด ก็มีตาย เป็นธรรมดา พระพุทธศาสนาองว่าความตายเป็นธรรมดาของชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง (พระธรรมปิฎก, 2542) ขณะที่ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลามมองว่า ความเป็นความตายเป็นไปตามประสงค์ของพระเจ้าและการตายถือเป็นจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ เมื่อความตายเกิดขึ้นวิญญาณจะกลับไปสู่อาณาจักรแห่งพระเจ้า (สิวลี, 2537) เมื่อผู้ให้ข้อมูลตระหนักในหลักศาสนา และใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ก็สามารถลดความเครียดจากการเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย และลดความทุกข์ทางใจลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกพร (2540) และบุปผา (2536) ที่พบว่าบุคคลจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต

ส่วนการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย / พಿತักษณิทธิผู้ป่วย พบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีความพยายามในการที่จะรักษาประโยชน์และสิทธิของผู้ป่วยไว้อย่างดี ขณะเดียวกันก็พยายามให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อให้เกิดความผาสุกขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย หรือพิตักษณิทธิผู้ป่วย ก็คือการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิสและคณะ (Davis et al., 1996) และ เดวิดสันและคณะ (Davidson et al., 1990) ที่พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และต้องการการประคับประคองจิตใจจากพยาบาล ขณะเดียวกันพยาบาลผู้ให้ข้อมูลยังได้สะท้อนพฤติกรรมดูแลที่เอื้อต่อสมาชิกในครอบครัวในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความเครียด วิตกกังวลใจ ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยรวมทั้งการที่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ ย่อมนำมาซึ่งความเครียดของสมาชิกในครอบครัว (Davis et al., 1996)

วิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงพฤติกรรมในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย/พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีหลายวิธีอาทิเช่น การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล หรือการรักษาประโยชน์ในการที่ควรจะได้รับ การรักษาในทุกขั้นตอนหรือแม้แต่การพยายามให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิด ฟราย (Fry, 1987 cited by Wlody, 1998) ที่กล่าวว่า การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยสามารถกระทำได้หลายวิธีแต่โดยรวมแล้วก็คือพยายามพึงได้กระทำ (1) เป็นตัวกลางที่จะคอยประสาน / ติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย (2) เป็นผู้ที่ยกป้องไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย และ (3) เป็นตัวแทนผู้ป่วย (Nelson, 1988)

6. ผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามวิธีการแก้ไข/การเผชิญความขัดแย้งของผู้ให้ข้อมูล พบว่า มีทั้งผลทางบวกและทางลบ การที่ผู้ให้ข้อมูลยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกันก็พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก ทั้งนี้เพราะได้พยายามที่จะให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยทุกวิถีทาง ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด การที่พยาบาลผู้ดูแลตระหนักในตัวเองถึงหน้าที่ และบทบาทความรับผิดชอบที่พึงกระทำทั้งต่อผู้ป่วย ตนเอง ตามหลักศีลธรรมอันดี รวมทั้งข้อบัญญัติของจรรยาวิชาชีพ พยาบาลก็จะมีความร่วมมือในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งก็จะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย สอดคล้องกับคำกล่าวของ แอนโทนี (Anthony, 1990 อ้างตาม สุภาพร, 2537) ที่กล่าวว่าความตระหนักในตนเองเปรียบเหมือนแสงสว่างให้พยาบาลมองเห็นและรับรู้ตนเองตามสภาพความจริง ทั้งในความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญาชีวิต เป้าหมายของการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในแต่ละวันก่อให้เกิดพลังในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร (2537) ที่พบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความตระหนักในตนเองอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนไปทางด้านสูงเช่นกัน

สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นช่วงเวลาวิกฤตทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ บรรยากาศจึงตึงเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเกิดปัญหาใด ๆ ขึ้น โดยเฉพาะความขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลเลือกวิธีการปรึกษาหารือ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเปิดใจกว้างยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ ไม่ล่วงล้ำหรือล่วงเกินบุคคลอื่น (invaded autonomy) สัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะทีมสุขภาพจึงดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ว่ามีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น นอกจากพยาบาลจะเปิดใจกว้างยอมรับฟังข้อคิดเห็นจากบุคคลอื่นแล้ว พยาบาลก็มีลักษณะของการประนีประนอม รักษาบรรยากาศในการทำงานร่วมกันไม่ให้เสียไป มีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและ ก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน การทำงานก็ราบรื่น ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขไป

สำหรับความรู้สึภภาคภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทวิชาชีพ วิชาชีพพยาบาลพัฒนามาจาก มโนธรรมและสำนึกในสิทธิมนุษยชนของบุคคล เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งบุคคลรับรู้อาจจะต้องพบกับความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ ย่อม นำมาซึ่งความเศร้าโศกและเป็นความเครียด ผู้ให้ข้อมูลตระหนักในความจริงตามเหตุการณ์และได้ แสดงบทบาทแห่งความเป็นวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลตอบสนองทั้งความต้องการด้าน ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณสอดคล้องกับแนวคิดของผู้นำทางการพยาบาลมาตั้งแต่ยุคต้น ๆ (พวงรัตน์, 2522 ; Highfield, 1992 ; Reed, 1991) พยาบาลให้ความสำคัญกับคุณค่าของมนุษย์ ดูแลด้วยความเมตตาอ่อนโยน ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก (Leininger, 1991) จากการศึกษา ครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนผลลัพธ์ของการที่ได้แสดงบทบาทแห่งวิชาชีพให้เห็นทั้งผู้ป่วยเองที่ได้ รับการดูแลอย่างดี ญาติประทับใจและพึงพอใจในบริการที่พยาบาลให้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดเป็น คำพูดบางส่วนว่า "...ถ้าไม่ได้เป็นพยาบาลคงไม่มีโอกาสได้ทำบุญ ช่วยเหลือคนอื่นได้เช่นนี้" ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1991) ที่พบว่าผลลัพธ์ของการดูแลจะ เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วย พยาบาล และทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ในส่วนของพยาบาลก็คือ พยาบาลจะเกิด ความปิติสุข เข้าใจผู้ป่วยและมีความภาคภูมิใจ เสริมบุคลิกภาพของพยาบาลขึ้นด้วย และยัง สอดคล้องกับการศึกษาของอู๋สวีตส์ (Euswas, 1997) ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาทฤษฎีประจักษ์คุณค่าขณะ ดูแลพบว่า การดูแลของพยาบาลก่อให้เกิดพลังบำบัดได้ เหล่านี้จึงเป็นเสมือนพลังและแรงจูงใจให้ เห็นว่า เมื่อพยาบาลให้การดูแลอย่างเต็มที่และเกิดผลดีกับผู้ป่วยย่อมนำมาซึ่งภาคภูมิใจในบทบาท แห่งวิชาชีพ

อย่างไรก็ดี ผลของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนต่อ การแก้ไข และแม้ว่าจะแก้ไขประเด็นหนึ่งย่อมต้องกระทบกับอีกประเด็นหนึ่งเสมอ (Davis et al., 1996 ; Herrick & Smith, 1989) ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ถึงผลด้านลบของการแก้ไข/การเผชิญ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เกิดความเครียด/กังวลใจถึงผลการกระทำ ทั้งนี้เพราะสถานการณ์ ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นทางเลือกที่พยาบาลตระหนักดีว่า ไม่น่าจะเลือก ไม่อยากจะ เลือก เพราะผลลัพธ์ไม่ดี ไม่ว่าจะเลือกอย่างไร สอดคล้องกับที่ เดวิสและอโรสการ์ (Davis & Aroskar, 1991) กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต้องเลือกทางเลือกจากทางเลือกที่ไม่พึง ประสงค์ ต่อเนื่องไปถึงความรู้สึกต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไปตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า สิ่งที่ทำไปอยู่ไร ประโยชน์ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ความจริงว่า ผู้ป่วยกำลังจะตาย ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะ เกิดปฏิกิริยาทั้งที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้หรือปฏิเสธ (Buckman, 1993 cited by Copp, 1998) จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่พบ คือ การสิ้นหวัง สูญเสียการควบคุมตัวเอง ปฏิเสธ การช่วยเหลือหรือให้ความร่วมมือใด ๆ ต่อการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของนุปลา (2536) ที่ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อรับทราบความจริง ก็จะท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ และการศึกษาของ ครอส (Krause, 1991) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัย ก็จะใช้กลไกการป้องกันจิต

หลายวิธี วิธีหนึ่งที่ใช้ก็คือ การปฏิเสธไม่พยายามเผชิญปัญหา ซึ่งจากการศึกษานี้ จะพบว่า ผู้ป่วยและญาติ จะขอกลับบ้านไม่ต้องการรับการรักษา หรือคำแนะนำใด ๆ จากพยาบาลอีก

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมักประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านี้ ทำให้เกิดผลกระทบกับพยาบาล ทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้พยาบาลต้องพยายามหาวิธีแก้ไขหรือตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มักไม่มีการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุด ดังนั้นไม่ว่าผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจอย่างไรก็พบว่า ยังก่อให้เกิดผลกระทบตามมาดังผลการศึกษาที่กล่าวมา