

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดทางจริยศาสตร์
 - 1.1 ความหมายของจริยศาสตร์
 - 1.2 ความสำคัญของจริยศาสตร์ต่อวิชาชีพพยาบาล
 - 1.3 ทฤษฎีและแนวคิดทางจริยศาสตร์
2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1 ความหมายและการเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 3.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 3.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 3.3 ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล
4. การแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
5. แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดทางจริยศาสตร์

ความหมายของจริยศาสตร์

จริยศาสตร์ (ethics) เป็นนาม เป็นสาขาหนึ่งของวิชาปรัชญาที่ค้นหาคำตอบเรื่องความประพฤติและการครองชีวิตว่า สิ่งใดควรทำ ไม่ควรทำ อะไรดี อะไรชั่ว อะไรถูกหรืออะไรผิด โดยใช้เหตุผลเป็นพื้นฐาน (Bourke, 1970 อ้างตาม สิวลี, 2537)

การพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปรัชญาของวิชาชีพ (สิวลี, 2537)

ส่วนจริยธรรมเป็นหลักการหรือเกณฑ์ความถูกต้องเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อกันของมนุษย์ รวมทั้งการปฏิบัติต่อตนเอง จริยธรรมเกิดจากการใช้วิจารณญาณที่ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจหลายด้านเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อมในธรรมชาติ จริยธรรมมีเนื้อหาที่ถ่ายทอดได้ทั้งโดยคำพูด ภาษาลักษณ์อักษร และการกระทำที่เป็นสิ่งที่บุคคลจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อพัฒนาปัญญาในการพิจารณาผิดชอบชั่วดี และตัดสินใจประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องเป็นธรรมได้ตามสภาวะการณ์ (ละออ, 2536)

หากจะแยกให้เห็นชัดเจนเกี่ยวกับความหมายของจริยศาสตร์และจริยธรรมได้มีผู้สรุปไว้ว่า จริยธรรมเน้นประเด็นที่ว่า ประพฤติปฏิบัติอย่างไร จึงจะเข้าถึงความดี ส่วนจริยศาสตร์มุ่งตอบปัญหาว่า ความดีคืออะไร และทำไมจึงเรียกสิ่งนั้นว่าความดี ความต่างอยู่ตรงที่ว่า จริยธรรมเน้นวิธีปฏิบัติ ส่วนจริยศาสตร์เน้นทฤษฎี (พระเมธีธรรมากรณ์, 2534 อ้างตาม มัญชฎา, 2541)

ความสำคัญของจริยศาสตร์ต่อวิชาชีพพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นการบริการเพื่อประโยชน์สุขของมนุษยชาติ โดยไม่เลือกเชื้อชาติ ชนชั้น วรรณะ ความเชื่อและสถานภาพของบุคคล ซึ่งมีเป้าหมายในการประกอบภารกิจที่แตกต่างจากการประกอบธุรกิจด้านการค้า หรือธุรกิจด้านอุตสาหกรรม แม้ว่าพยาบาลในยุคปัจจุบันจะมีรายได้จากการประกอบกรงาน แต่ก็ยังเป็นรายได้สำหรับการดำรงชีพตามอัตภาพเท่านั้นมิใช่เป็นการกระทำเพื่อหวังผลเลิศในด้านกำไรที่ก่อให้เกิดความร่ำรวยทางวัตถุหรือทรัพย์สินเงินทอง ผลที่ได้รับจะเป็นในลักษณะนามธรรมมากกว่ารูปธรรม นั่นคือ ความภาคภูมิใจ ความปลื้มปิติยินดีและความสุขในการที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ผู้ปฏิบัติวิชาชีพจะต้องตระหนักถึงคุณธรรมและจริยธรรมในวิชาชีพของตนอยู่เสมอ

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่พัฒนามาจากมโนธรรมและความสำนึกในสิทธิมนุษยชนของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยที่ต้องอาศัยการปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบสูงบนพื้นฐานของปัญญา ความชำนาญและคุณธรรมพร้อมกัน

สมคิด (2527) ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันไว้ว่า เป็นวิชาชีพที่ผลิตบุคลากรออกไปทำงานกับชีวิตมนุษย์ คุณแลเมื่อเจ็บป่วย ให้ความรู้และข้อมูลแก่คนในการดูแลรักษาตัวเอง ต้องทำงานร่วมกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเพื่อนร่วมงานและญาติผู้ช่วย ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลนั้นค่อนข้างมาก และดูเหมือนว่าคนในวิชาชีพพยาบาลต้องเห็นแก่ผู้อื่นและสังคมมากกว่าตนเอง ดังนั้นภารกิจของพยาบาลจึงเป็นงานที่หนักหน่วง และต้องอดทน

วิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่ในการกระทำที่มีผลโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ มีบทบาทที่มีผลต่อจิตใจของผู้รับบริการสูงมาก นับเป็นการพึ่งพาทั้งทางกายและทางใจในยามที่บุคคลอ่อนแอและเจ็บป่วย โดยการช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่านพ้นวิกฤตเข้าสู่ภาวะที่สามารถปรับตัวได้ดีต่อสู้กับโรคร้ายได้ มีกำลังใจดำรงศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจในตนเองสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็วและเป็นสุขขึ้น ความสำเร็จในบทบาทด้านนี้จะต้องอาศัยพลังเกื้อหนุนที่เข้มแข็งจากคุณธรรม และจริยธรรมของพยาบาล โดยเหตุผลดังกล่าวพยาบาลทุกคนจึงจำเป็นต้องตระหนักและให้คุณค่าความสำคัญของคุณธรรม และจริยธรรม

ในทางปฏิบัติหากพยาบาลมีความบกพร่องในเรื่องของจริยธรรมไม่ว่าจะเป็นเรื่องส่วนตัวหรือความประพฤติในการปฏิบัติงานก็ตาม จะเป็นที่ยกตำหนากันในสังคม ต้องตกอยู่ในวงวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งองค์กรวิชาชีพได้เข้ามาดูแลและมีการวางกฎเกณฑ์สำหรับสมาชิกพยาบาลทุกคน นั่นคือ “จรรยาบรรณวิชาชีพหรือจริยธรรมแห่งวิชาชีพ” ถือเป็นระเบียบข้อบังคับที่สมาชิกทุกคนในวิชาชีพต้องนำไปปฏิบัติ บางครั้งเรียกว่า “มารยาทวิชาชีพ” สำหรับประเทศไทยได้มีการประกาศใช้จรรยาบรรณวิชาชีพ มาตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2528 โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งได้ใช้กันมาจนถึงปัจจุบัน และยังคงกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพไว้อีกด้วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม มัญชุภา, 2541)

ในการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาล พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นในการเลือกปฏิบัติกรใด ๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสถานการณ์ ดังที่ เดวิส และอะรอสการ์ (Davis & Aroskar, 1991) ได้กล่าวว่าเพื่อให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย พยาบาลต้องพิจารณาหรือตรวจสอบในประเด็นของ สถานการณ์ หรือกรณีผู้ป่วย และญาติ กฎหมายหรือปรัชญาการดำเนินงานชีวิต ธรรมเนียมประเพณี และหลักเกณฑ์ทางจริยธรรม นอกจากนี้ผู้นำทางการพยาบาลได้พยายามสร้างรูปแบบจริยธรรมทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและเป็นข้อยืนยันได้ว่า ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น พยาบาลได้กระทำภายใต้พื้นฐาน จริยธรรม ยึดหลักการ ดูแลบุคคลด้วยความเมตตา กรุณาไม่ต้องการให้เกิดอันตราย รวมทั้งยังมีการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วย

ซูซาน (Susan, 1993) ได้นำเสนอบทความที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบพื้นฐานการปฏิบัติพยาบาลที่ได้สร้างรูปแบบของการพยาบาลโดยศึกษาจากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพบีพท์เนแมมโมเรียล (Phoebe Putney Memorial hospital) ในรัฐจอร์เจีย และได้ข้อสรุปว่าพยาบาลมัก จะยึดหลัก จริยธรรม 5 ประการด้วยกันคือ (1) การทำประโยชน์เกื้อกูล (beneficence) (2) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (nonmaleficence) (3) เคารพในความเป็นอิสระ (autonomy) (4) มีความยุติธรรม (justice) และ (5) มีความซื่อสัตย์ (fidelity) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของไวส์

(Wise, 1995 อ้างตาม พวงรัตน์, 2541) ที่ได้เสนอ รูปแบบการพยาบาลที่เป็นสากลโดยมุ่งเน้นที่ ผู้รับบริการ มีด้วยกัน 7 เรื่อง ที่ต้องให้ความสำคัญคือ (1) เคารพต่อการให้คุณค่าของผู้รับบริการ (value) (2) เอาใจใส่ต่อการดูแลรักษาพยาบาล (3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (4) การให้ความสุขสบาย ด้านร่างกาย (5) สนับสนุนให้เกิดความผ่อนคลายด้านอารมณ์ (6) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และ (7) ให้บริการต่อเนื่องถึงบ้าน

พยาบาลทุกคนเชื่อว่าจริยธรรมมีความสำคัญสูงสุดต่อการสร้างและควบคุมคุณภาพการ พยาบาล คุณภาพการพยาบาลต้องอาศัยความมีคุณธรรมของพยาบาล คุณธรรมดังกล่าวคือ (1) เมตตาธรรมและความรักในเพื่อนมนุษย์ (2) ความยุติธรรม (3) ความละเอียดรอบคอบ และ (4) กตัญญูธรรม คุณธรรมพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยผลักดันให้พยาบาลสนใจ และแสวงหาหลักการ และวิธีการที่จะปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ให้ถูกต้องเป็นธรรม โดยเฉพาะต่อผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน องค์กร ผู้ว่าจ้างและสังคม (ละออง, 2536) ซึ่งทั้งหมดจะโน้มนำให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล ก่อให้เกิด การบริการที่ประทับใจ

ทฤษฎีและแนวคิดทางจริยศาสตร์

เมื่อวิชาชีพพยาบาลขยายบทบาทและความรับผิดชอบออกไป พยาบาลจึงต้องเผชิญกับ ปัญหาจริยธรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น พยาบาลต้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลาย ต้องเลือก คัดสินใจหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทั้งแนวกว้างและ แนวลึกโดยเฉพาะในเรื่องของจริยศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจเกิดความรู้และมี ทักษะในการตัดสินใจ สำหรับทฤษฎีทางจริยศาสตร์ที่วิชาชีพพยาบาลใช้เป็นแนวทางอย่างแพร่ หลายคือ ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism) และทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontology) (Chally, 1993)

1. ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism or teleology or consequentialism or situation ethics) เป็นทฤษฎีร่วมสมัยที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งให้มุมมองที่กว้างในการตัดสินใจกระทำ การสิ่งใด ๆ ทฤษฎีนี้จะย้ำเน้นพิจารณาในหลักศีลธรรมของชีวิตเป็นสำคัญ 4 ประการคือ (Bandman & Bandman, 1995 ; Davis & Aroskar, 1991 ; Ellis & Hartley, 1998)

1. การกระทำดี คือ การกระทำที่ได้มาซึ่งความสุขของคนหมู่มาก (greatest happiness of the greatest number) จริยธรรมในการปฏิบัติคือ การที่ต้องพิจารณาตามบทบาท ความต้องการ ความปรารถนา ความจำเป็นและความสุขของคนหมู่มาก ซึ่งเป็นไปตามปทัสถาน ทั่ว ๆ ไปของสังคมเป็นไปอย่างยุติธรรมและมีความเชื่อถือได้ และต้องมีอันตรายน้อยที่สุดด้วย

2. การกระทำดีเน้นความสุขของบุคคล และความเป็นเหตุเป็นผลก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมาณน้อยที่สุด สำหรับกรณีนี้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีการนำประเด็นนี้มาอภิปรายกัน มากในเรื่องการยืดชีวิตผู้ป่วย หรือการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาณจากการใช้

เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ หรือการได้รับอาหารเทียม หรืออาหารทางสายยางเพื่อหาคำตอบว่าจำเป็นมากน้อยเพียงใด

3. การกระทำนั้นต้องนำมาซึ่งประโยชน์ของคนหมู่มากและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (net benefit)

4. การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขนั้นต้องเป็นการกระทำดี และเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

แนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจากความคิดของ เบนแฮม (Bentham) และมิลล์ (Mill) ซึ่งมีแนวคิดในการที่จะอบรมสั่งสอนปลูกฝังบุคคลให้พึงยึดถือประโยชน์ของส่วนรวมเป็นหลักมากกว่าจะมุ่งเน้นประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดขึ้นในสังคม (Ellis & Hartley, 1998)

2. ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontology or duty – based ethics)

ทฤษฎีนี้เน้นและให้ความสำคัญในการทำหน้าที่ พันธะหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้ตายตัว รูปแบบของการกระทำจะต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ มีหลักการ คนดีของกลุ่มนี้คือ คนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ มีเหตุจูงใจหรือมีเจตนาที่ดีในการกระทำดี ซึ่งเป็นไปตามหลักปรัชญาของคานท์ (Kant) (Ellis & Hartley, 1998)

เมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรม จะยึดเอากฎเกณฑ์ทางศีลธรรมเป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นหลักสากล เป็นการมุ่งมั่นทำหน้าที่อย่างตรงไปตรงมา ไม่มีเงื่อนไข (categorical imperative) (Ellis & Hartley, 1998 ; Tschudin, 1992) ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้มากเมื่อต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (advocacy) ซึ่งบุคคลจะสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ โดยให้ความสำคัญกับสิทธิของบุคคลเป็นสำคัญ (Tschudin, 1992)

ในการปฏิบัติกรพยาบาล มีกฎเกณฑ์ มีหลักจรรยาบรรณ มีหน้าที่หลากหลายที่พยาบาลต้องพึงยึดถือปฏิบัติ ที่สำคัญก็คือ กิจกรรมใด ๆ ที่ทำต้องไม่กระทำให้เกิดอันตราย หรือก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ซึ่งนั่นก็คือ การพึงกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ นอกเหนือจากนี้ก็คือ พยาบาลพึงให้โอกาสผู้ป่วยได้มีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง นั่นก็คือ การเคารพในความเป็นอิสระและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แต่ในบางสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้ตนเองตายเพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมาน และร้องขอให้พยาบาลช่วยเหลือ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวไม่ไกลตัวพยาบาลเลย โดยหน้าที่แล้วพยาบาลพึงพิจารณาอย่างรอบคอบ ขณะเดียวกัน ก็ไม่สามารถหาคำตอบหรือแนวทางในการปฏิบัติได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้เองที่ก่อให้เกิดเป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการที่จะเลือกหาทางออกอย่างใดอย่างหนึ่ง การหาข้อสรุปด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง จึงไม่เพียงพอ ยังต้องอาศัยแนวคิดทางจริยศาสตร์อื่น ๆ ด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดทางจริยศาสตร์ (Basic ethical concepts)

ในการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลโดยหน้าที่ของพยาบาลแล้วจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตระหนัก และพิจารณาอย่างรอบคอบ ในสิ่งที่พึงเกิดประโยชน์ต่อบุคคล การตัดสินใจของพยาบาลเป็นการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และเป็นการกระทำที่ต้องแสดงออกซึ่งการเป็นผู้มีศีลธรรมจริยธรรมท่ามกลางปัจจัยด้านสังคม ความเชื่อ ค่านิยมที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีการกำหนดแนวคิดเป็นพื้นฐานสำหรับวิชาชีพที่พึงตระหนัก แนวคิดจริยธรรมพื้นฐานดังกล่าวคือ การทำประโยชน์เกื้อกูล (beneficence) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non maleficence) ความยุติธรรม (justice) ความซื่อสัตย์ (fidelity) การบอกความจริง (veracity) การเคารพในความเป็นอิสระ (autonomy or respect person) (Bandman & Bandman, 1995 ; Davis & Aroskar, 1991 ; Ellis & Hartley, 1998)

การทำประโยชน์เกื้อกูล (beneficence)

การทำประโยชน์เกื้อกูลเป็นการกระทำในด้านบวก เป็นสิ่งที่บุคคลพึงกระทำ เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามหลักศีลธรรมจรรยา การกระทำในสิ่งที่ดีจะส่งผลให้เกิดความผาสุก การทำประโยชน์เกื้อกูลตามแนวคิดนี้ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การบรรเทาความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมาน บูแซมป์และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 1989) ได้กล่าวสรุปไว้ดังนี้

1. บุคคลควรจะป้องกันไม่ให้เกิดสิ่งที่เป็นอันตรายหรือทุกข์ทรมาน
2. บุคคลควรจัดสิ่งที่ดีก่อให้เกิดอันตรายและความทุกข์ทรมาน
3. บุคคลควรกระทำแต่สิ่งที่ดีส่งเสริมความดี

ต่อมาเดวิสและอโรสกา (Davis & Aroskar, 1991) ได้แสดงความเห็นเพิ่มเติมว่ากรณีที่บุคคลต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยุ่งยากต้องเลือกตัดสินใจนั้น นอกเหนือจากการยึดถือการทำประโยชน์เกื้อกูล ตามหลักการของบูแซมป์และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 1989) แล้วนั้น บุคคลควรคำนึงถึงการที่จะต้องไม่ก่อให้เกิดสิ่งที่เป็นอันตรายหรือทุกข์ทรมานต่อบุคคลอื่นไว้ด้วย

การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (nonmaleficence)

หลักจริยธรรมในข้อนี้เน้นการกระทำใด ๆ ที่จะต้องไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรืออันตรายทั้งต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และหรือสิ่งอื่นใดที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อศักดิ์ศรี และเกียรติภูมิแห่งการเป็นมนุษย์ของบุคคลอื่น (Fowler, 1989) การกำหนดดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า ทุกคนในสังคมมีหน้าที่ที่จะไม่ทำอันตรายผู้อื่น พยาบาลเองมีพันธะหน้าที่ที่จะไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งไม่ก่อให้เกิดผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายใด ๆ

ในทางปฏิบัติอาจพบว่า บางครั้งพยาบาลเกิดความขัดแย้ง เมื่อใช้หลักการข้อนี้ในการตัดสินใจกระทำ เช่น ในกรณีที่ให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลทราบว่าการให้เคมีบำบัดมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยในกรณีเช่นนี้ จะถือว่าอันตรายของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เป็นการกระทำที่ขัดแย้งกับหลักจริยศาสตร์ในข้อนี้หรือไม่ ในประเด็นนี้ แมคคอร์มิค (McCormick, 1973 อ้างตาม อรรถญา, 2543) ได้เสนอหลักการผลกระทบเชิงซ้อน (principle of double effect) ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไข 4 ประการ หากการกระทำนั้น ๆ มีคุณสมบัติครบถ้วนทั้ง 4 ประการ ถือว่าการกระทำนั้นถูกต้องไม่ว่าจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสีย เงื่อนไขทั้ง 4 ประการ ของหลักการผลกระทบเชิงซ้อน ประกอบด้วย (1) การกระทำนั้นไม่ใช่การกระทำที่เลวร้ายหรือผิด (2) ผู้กระทำต้องมีความตั้งใจที่จะกระทำให้เกิดผลดีเท่านั้น (3) ผลร้ายจะต้องไม่ใช่เป็นวิถี (means) ที่จะนำไปสู่ผลดี กล่าวคือ ผลดีจะต้องบรรลุได้ด้วยผลของการกระทำ ไม่ใช่เพราะผลร้าย (4) ผลดีจากการกระทำนั้น ๆ จะต้องมีสัดส่วนหรือน้ำหนักมากกว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้น

ความยุติธรรม หรือความเสมอภาค (justice)

ความยุติธรรมเป็นโครงสร้างพื้นฐานของสังคมและการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นสื่อให้เข้าใจถึงความเท่าเทียมกัน (to fair equitable) และความเหมาะสมในการปฏิบัติต่อกัน เมื่อพิจารณาถึงความเป็นบุคคล (Cassells & Gaul, 1997)

หลักความยุติธรรมหรือความเสมอภาคถูกนำมาใช้มากเมื่อต้องพิจารณาจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด และยังถือได้ว่ารูปแบบการกระทำที่ยึดหลักความยุติธรรมหรือความเสมอภาค เป็นรูปแบบอันดีที่แสดงถึงความมีจริยธรรม ห่วงต่อบุคคลและสังคม

ความซื่อสัตย์ (fidelity)

ความซื่อสัตย์ หมายถึง พันธะสัญญาที่จะต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตามบทบาทวิชาชีพที่พึงกระทำอย่างสมบูรณ์ รวมถึงการกระทำตามสัญญาที่ได้ให้ไว้ไม่ว่าจะเป็นกับตนเองหรือบุคคลอื่น (Ellis & Hartley, 1998) สำหรับพยาบาลแล้วจะเห็นได้ว่า ความซื่อสัตย์จะนำไปสู่ความไว้วางใจ อันได้แก่ การรักษาสัญญาและการรักษาความลับ (Fry, 1989) นอกจากนี้ความซื่อสัตย์ ยังเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการแสดงออกถึงความรับผิดชอบในหน้าที่ (Catalano, 1996) อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ก็อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ ซึ่งมักจะเกิดจากพันธะสัญญาที่มีต่อบุคคล หรือกลุ่มคน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งล้วนแต่มีความแตกต่างกัน เช่น ในภาวะการขาดแคลนพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาจได้รับการร้องขอจากผู้ตรวจการ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ทำงานต่อไปอีกจากเดิม 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง พยาบาลจำเป็นต้อง ชั่งน้ำหนักระหว่างความรู้สึกที่ตัวเองพึงมีต่อตัวเองว่าจะพักผ่อนกับหน้าที่

ที่ควรจะช่วยเหลือหน่วยงาน หรือผู้ว่าจ้างและความรู้สึกเชิงวิชาชีพที่พึงกระทำต่อผู้ป่วย ไม่ควรทอดทิ้งผู้ป่วย ควรให้การพยาบาลที่ดีที่สุดตามความสามารถ แต่อาจนำมาซึ่งความเหนื่อยล้า และอาจจะเป็นผลเสีย หรือรบกวนการทำงานได้ เนื่องจากอาจไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ เป็นต้น

การบอกความจริง (veracity or truth telling)

การบอกความจริง เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นความจริง ถูกต้องและไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิด (มัณฑุภา, 2541 ; Aiken & Catalano, 1994 ; Fry, 1994) การบอกความจริงเป็นรากฐานสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทฤษฎีจริยศาสตร์และศีลธรรม (Tschudin, 1992) การบอกความจริงทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ (มัณฑุภา, 2541 ; Williamson & Livingston, 1992) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าบางสถานการณ์การเลือกตัดสินใจทำได้ยากลำบาก เพราะความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่ยิ่งใหญ่ได้ ตามคำกล่าวของโบค (Boke, 1978 cited by Ellis & Hartley, 1998) ที่แสดงความคิดเห็นว่าในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย บางคนความจริงจะทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจูฟารรณ (2544) ที่พบว่า การบอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่ยันทอน / ทำลายความหวัง ดังนั้น การตัดสินใจว่าจะบอกความจริงหรือไม่ จัดเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมซึ่งต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบ มาพิจารณาหลาย ๆ ด้าน ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อผู้ป่วย

การเคารพในความเป็นอิสระ (autonomy or respect for person)

การเคารพในความเป็นอิสระ คือเสรีภาพ ความมีเสรีภาพคือสิ่งที่บ่งบอกว่าบุคคลมีคุณค่าในสังคม สามารถตัดสินใจใด ๆ ด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วย คือการมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ในขณะที่ตัวผู้ป่วยต้องมีความพร้อมหรืออยู่ในสภาวะที่พร้อมต่อการตัดสินใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยควรจะได้รับกรบอกกล่าวข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นจริง (Kemp, 1995) ผู้ป่วยควรมีโอกาสได้รับความเป็นส่วนตัว (privacy) (Cassells & Gaul, 1997) ซึ่งพยาบาลควรตระหนักในความเป็นบุคคลไม่ว่าเป็นเรื่องของคุณค่า เป้าหมายของชีวิต ศักดิ์ศรีและความเป็นเอกภาพของบุคคล รวมถึงต้องยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย (Davis & Aroskar, 1991)

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สิ่งที่ยาบาลหลีกเลี่ยงไม่ได้เลยก็คือ สถานการณ์ความตายของบุคคลที่ไม่มีใครบอกได้ว่าเวลาใดจึงจะเหมาะสมที่สุดสำหรับการตาย แต่หากผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ให้แพทย์หรือผู้ใดทำการยืดชีวิตหรือชะลอความตายออกไปโดยที่ขณะที่ทำเจตนาอยู่นั้น มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า "Living wills" สำหรับภาษาไทย เรียกว่า พินัยกรรมเพื่อชีวิต พยาบาลและทีมสุขภาพจะอย่างไร จะยืดความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญหรือต้องเอากฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง อันที่จริงพินัยกรรมเพื่อชีวิตก็ยัง

ไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในด้านกฎหมาย อย่างไรก็ตาม สันต์ (2542) ได้แสดงความคิดเห็นว่า การที่มีพันธุกรรมเพื่อชีวิต แสดงถึงช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจด้วยแพทย์ไม่ยอมทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติจนเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความตายเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละคนที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สิ่งที่จะมาควบคู่กับความตายก็คือ ความกลัวที่จะต้องตาย (พระภิกษุเขมมานันทะ, 2520 อ้างตาม สุภาพร, 2537) ความรู้สึกแห่งการสูญเสีย ความเศร้าโศก ความพินาศ และชีวิตถูกทำลาย (McInerney & Seibold, 1995) สมัยก่อนความตายถือเป็นกฎธรรมชาติ และเป็นวัฏจักรของชีวิต ปัจจุบันความเชื่อลักษณะ ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไป เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ได้สร้างเครื่องมือ เพื่อช่วยชีวิตหรือชะลอความตาย ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจตลอดจนยาหลายชนิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แต่ก็เป็นการอยู่ในสภาพของการไม่รู้สีกตัว เทคโนโลยีดังกล่าวเข้ามามีบทบาททำให้การคงอยู่ของผู้ป่วยเป็นไปแบบฝืนธรรมชาติ และเป็นการมีชีวิตอยู่โดยไม่สามารถคิด รู้สึกหรือรับรู้อะไรได้และไม่รู้ว่าจะคงอยู่ในสภาพนี้ยาวนานเท่าใด การเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกชะลอความตายให้เนิ่นนานออกไปด้วยเทคโนโลยี ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Shusterman, 1977)

ความหมายและการเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living dying interval) และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน หรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ดั้งเดิม มีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคที่เป็นอยู่นั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งสมิทและโบแนท (Smith & Bohnet, 1983 อ้างตามรสพร, 2534) กล่าวว่าผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะเปลี่ยนเป็นการ ดูแลเพื่อการประคับประคอง (palliative care) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพอจะสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ (สุภาพร, 2537)

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณอย่างมาก เนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ

แต่การดูแลด้านร่างกายยังจำเป็นอยู่ มิฉะนั้นจะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทวีมากขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ผู้ป่วยมิได้อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา เพราะผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษาแล้ว แต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ต้องการการดูแลมากกว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงมิใช่การดูแลโรค แต่เป็นการดูแลในฐานะบุคคล ที่ต้องการการได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมิใช่มีชีวิตอยู่คนเดียว แต่มีครอบครัว และสมาชิกในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและร่วมรับรู้ความรู้สึกร่วมของผู้ป่วย จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย และเพื่อน ๆ สมาชิกในทีมสุขภาพด้วย

จากความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนจะถูกคุกคามจากความตาย แต่ปฏิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลจากงานวิจัยของนักวิทยาศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตาย ทำให้เข้าใจมากขึ้นว่าเมื่อความตายมาถึงจะมีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรบ้าง ซึ่งแพทย์สามารถทำนายได้ แต่สำหรับสิ่งที่กระทบกระเทือนกับสภาพจิตใจเป็นสิ่งที่ยากต่อความเข้าใจ แต่ที่ทุกคนตระหนักดีก็คือความเข้าใจต่อความตายว่าเป็นการสูญเสีย ดังนั้น คนส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่เกี่ยวข้องกับความตาย แต่ความตายก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ทุกคนจึงต้องเผชิญกับความตาย แม้จะไม่พึงปรารถนาก็ตาม

การเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์ที่รู้ว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง อันก่อให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองได้ทั้งยอมรับและปฏิเสธ ซึ่ง คูเบอร์ – รอส (Kubler – Ross) ได้แบ่งปฏิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น 5 ระยะดังนี้ (Bandman & Bandman, 1995 ; Copp, 1998 ; Kubler – Ross, 1969 cited by Kemp, 1995)

1. ระยะปฏิเสธ และแยกตัว (stage of denial and isolation) เป็นปฏิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะตกใจ ซ็อก เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจ อาจเกี่ยวเนื่องกับการบอกข้อมูลที่เร็วเกินไป หรือคลุมเครือไม่กระจ่างชัด หรือบอกเมื่อผู้ป่วยยังไม่พร้อม การปฏิเสธจะเป็นกลไกการป้องกันตัวอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยอาจคิดว่า “ไม่ใช่ตัวเรา” หรือ“เป็นความผิดพลาด ไม่ใช่เรื่องจริง” โดยทั่วไประยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และจะค่อย ๆ ยอมรับได้ แต่บางรายอาจเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

2. ระยะเวลาโกรธ (stage of anger) เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ลักษณะที่เด่นชัดของระยะนี้คือ ผู้ป่วยจะเกิดคำถามตลอดเวลาว่า “ทำไมต้องเป็นตัวเรา” ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ตัวเอง และคนรอบข้าง และคิดว่า “ไม่ยุติธรรม” ที่ตนเองกำลังต้องสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต

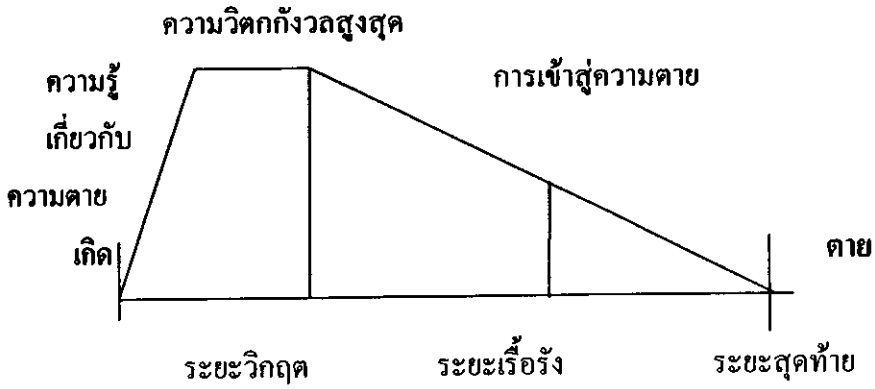
3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่ก็พยายามต่อรองอย่างมีความหวัง ให้สัญญาในการแลกเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่าง โดยมากมักจะพยายามต่อรองในการที่จะทำความดีให้มากขึ้น เพื่อมีชีวิตที่ยืนยาวออกไป สิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปตามความเชื่อ และศรัทธาในศาสนาที่นับถือ

4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาที่เห็นได้อย่างเด่นชัดในบุคคลที่ยอมรับว่าตนเองจะต้องตาย คือการสูญเสียชีวิต และถูกแยกจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก

5. ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่จะเกิดขึ้นเป็นความสงบที่เกิดขึ้น ด้วยการยอมรับว่า ตนเองได้ทำทุกวิถีทางที่ดีที่สุดแล้ว เป็นการยอมรับในธรรมชาติของชีวิต

ในระยะหลังได้มีการเสนอรูปแบบของปฏิกิริยา และอารมณ์ของบุคคลต่อระยะสุดท้ายของชีวิต โดย บัคค์แมน (Buckman, 1993 cited by Copp, 1998) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต (initial stage) ระยะเรื้อรัง (chronic stage) และระยะสุดท้าย (final stage) ซึ่งมีจุดเน้นที่ได้รวบรวมอารมณ์ และปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลแสดงออกมาเมื่อรับรู้ว่าจะชีวิตกำลังพบกับความตาย และเสนอว่าเป็นลักษณะของการแสดงออกที่เป็นผลมาจากการถูกกระตุ้น ซึ่งไม่ได้มีการกล่าวถึงใน ปฏิกิริยา 5 ระยะของคูเบอร์ – รอส เช่น ความกลัวต่อภาวะโกลีตาย ความรู้สึกผิด ความหวัง ความสิ้นหวัง การปรับตัวได้โดยการคิดอย่างขบขัน ซึ่งทั้งหมดนี้ บัคค์แมนกล่าวว่าสามารถพบได้ในการปฏิบัติการในคลินิก

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสนอโดยแพทริสัน (Pattison, 1977 cited by Copp, 1998) ที่ได้กล่าวถึง วิธีการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living – dying interval) โดยชี้ให้เห็นว่า บุคคลจะมีปฏิกิริยา และการแสดงออกที่คาบเกี่ยว และเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล โดยแบ่งวิถีของการมีชีวิตในช่วงนี้จากจุดเริ่มต้นที่มีการรับรู้ และมีความรู้เกี่ยวกับความตาย กับจุดที่ชีวิตต้องตาย อธิกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้ายดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 ความวิตกกังวลกับวิธีการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย

ที่มา : Pattison, E.M. (1977). **The Experience of Dying**. Prentice – Hall Inc.

จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าในระยะวิกฤตเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายจะมีความวิตกกังวลสูงสุด และจะแสดงออกมาซึ่งปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างรุนแรง สอดคล้องกับการเสนอของบัคค์แมน และคูเบอร์ – รอส (Buckman, 1993 cited by Copp, 1998 ; Kubler – Ross, 1969 cited by Kemp, 1995) ที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการปฏิเสธ กลัว ตกใจ ไม่เชื่อ หมดหวัง สิ้นหวัง ค้อรอง ซึ่งความวิตกกังวลจะเริ่มลดน้อยลง แต่อาจจะประสบกับความรู้สึกหลายอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวความว้าเหว่ และมีความเศร้าโศกที่ต้องสูญเสียชีวิต สูญเสียการควบคุมตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (สุภาพร, 2537) ระยะสุดท้ายอาจมองเห็นไม่ชัดเจนแต่จะเริ่มค้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มดอยหนีจากบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้อง มีโลกของตนเอง (Lieberman, 1965 cited by Copp, 1998)

บุคคลส่วนใหญ่เมื่อรู้ว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ก็จะรับรู้ด้วยตนเองที่กำลังจะเผชิญกับความตาย ซึ่งความตายตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ก็คือการสูญเสีย การสูญเสียชีวิตถือเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ที่สุด (Beare, 1990) ปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการสูญเสียดังกล่าวก็คือ ความเศร้าโศก และการคร่ำครวญ

ความเศร้าโศก (grief) เป็นกลุ่มอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคล หรือสิ่งมีค่า การตอบสนองจะแสดงออกในลักษณะของการห่มดหวัง ความเจ็บเหงา ความเศร้า ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ (นิภา, 2527 ; Carson, 1980 อ้างตาม สุภาพร, 2537 ; Pickett, 1993) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ชีวิตกำลังถูกทำลาย (Carse, 1980 cited by Kemp, 1995) และทนทุกข์ทรมานต่อความรู้สึกสูญเสีย (Eakes, 1990 cited by Kemp, 1995)

การคร่ำครวญ (bereavement and mourning) หมายถึง สภาพจิตใจขณะที่อยู่ในสถานการณ์ของการสูญเสีย

จากแนวคิดการเผชิญความตาย และปฏิกริยาอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความเศร้าโศก และการคร่ำครวญ ทำให้ทราบว่าสภาพจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยมีความหลากหลาย แดกต่างกันออกไปในแต่ละคน การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย จึงควรเป็นการดูแลในฐานะบุคคลเฉพาะแต่ละราย (individual care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการประคับประคองจิตใจอย่างมาก (พวงรัตน์, 2522) และควรเปลี่ยนรูปแบบการรักษามาเป็นการดูแลเพื่อการประคับประคอง (palliative care) (Smith & Bohnet, 1983 อ้างตามรสพร, 2534) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตและความผาสุกได้นั้น พยาบาลจึงควรประคับประคองให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม (Pickett, 1993)

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care)

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว แผนการรักษาจากการมุ่งเน้นเพื่อการรักษา (cure) จะกลายเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือการให้การดูแลในระยะสุดท้าย (terminal care) สถานที่ที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้อาจยังอยู่ในโรงพยาบาลหรือเป็นสถานที่เฉพาะที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งมีชื่อเรียกว่า "Hospice" (สถาพร, 2539)

การดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และรวมไปถึงครอบครัว โดยเน้นทางด้านมนุษยธรรม และการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ขณะเดียวกันก็เอื้อต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Burn, Carney & Brobst, 1989)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ palliative care ว่าเป็นการดูแลที่จัดไว้เพื่อผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ เป็นการดูแลรักษาที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบในทุก ๆ ด้านซึ่งประกอบด้วย การช่วยเหลือควบคุมความเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นรวมถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ (สถาพร, 2539)

สำหรับแนวคิดและรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือว่ามีความสำคัญมากในระบบสาธารณสุข และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศทางตะวันตก การให้บริการจะให้การดูแลทั้งที่ สถานบริการ และที่บ้าน โดยบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้านหลายสาขา บางแห่งจัดเป็นหน่วยงาน หรือโปรแกรมหนึ่งของโรงพยาบาล บางแห่งเป็นสถานบริการ ซึ่งมักเป็นของเอกชน เป็นองค์การที่ไม่คาดหวังผลกำไร (บรรจง, 2539) สำหรับประเทศไทยเมื่อปี 2535 องค์การพุทธศาสนิกสัมพันธ์เพื่อสังคม ได้จัดทำโครงการบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยวิถีทางพุทธขึ้น โดยเริ่มทำโครงการที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เริ่มต้นด้วยการรับ ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยใช้ชื่อว่า "ธรรมรักษ์นิเวศน์" ซึ่งถือว่าเป็น Hospice แห่งแรกในโลกที่ ก่อตั้งขึ้นโดยพระสงฆ์ไทย (พระอาจารย์อลงกต ดิกขปัญโญ, 2539)

เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางการดูแลครอบครัวทั้งหมด (total family care) (Cohen, 1979 อ้างตาม บรรจง, 2539) ความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นตัวกำหนดถึงปฏิบัติการชนิดต่าง ๆ และทีมงานต้องเคารพสิทธิด้านความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีสิทธิในการที่จะปฏิเสธ การบำบัดรักษาชนิดใดก็ได้ หากไม่ต้องการ แม้ว่าการบำบัดนั้นเป็นการช่วยชีวิต หรือต่อชีวิตให้ยืนยาว ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานใด ๆ ขึ้นกับผู้ป่วย รวมไปถึงการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

ซึ่งแลค (Lack, 1977 อ้างตาม สุภาพร, 2537) ได้กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (total care) เน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ
2. ควบคุมอาการต่าง ๆ อันจะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ควบคุมความเจ็บปวด ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บปวดทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น การเจ็บปวดด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุมดังนี้
 - 3.1 ควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดก่อนจึงให้ยา เพราะจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัว และกังวลว่าความเจ็บปวดจะกลับมาอีก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากขึ้น
 - 3.2 ให้ผู้ป่วยได้ตื่นอยู่กับครอบครัว และเพื่อน ไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหลับ
 - 3.3 ให้มีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ พยายามให้เจ็บปวดน้อยที่สุด
 - 3.4 ให้ผู้ป่วยได้สะดวกสบาย มีอิสระ ในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปาก หรือ

ยาเหน็บทวารหนัก

4. ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยไม่ทอดทิ้ง ฟัง และ

ให้ความช่วยเหลือ

5. ให้การดูแลครอบครัวในกระบวนการเศร้าโศก จากการสูญเสีย โดยให้การ

ประคับประคองดูแลทั้งก่อน และหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

คนส่วนใหญ่ไม่ปรารถนาที่จะตาย แต่เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงทุกคนต้องการตายอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (ทัสเนี่ย, 2543) แต่จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำ

ให้ปัจจุบันสามารถยืดความตาย (prolong death) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องตายอย่างช้าๆท่ามกลางเครื่องมือที่ทันสมัย ปัจจุบันเมื่อมีการประกาศสิทธิผู้ป่วยขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายก็พึงได้รับสิทธิดังกล่าวด้วย ซึ่ง เบียร์ (Beare, 1994) ได้เขียนแสดงสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายและความต้องการของบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ดังนี้

สิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย (Beare, 1994)

1. สิทธิที่จะได้รับการเยียวยารักษาเชิงมนุษยธรรมกระทั่งตาย
2. มีสิทธิที่พึงไว้ซึ่งความรู้สึกมีหวังอย่างเต็มเปี่ยม
3. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวัง
4. มีสิทธิที่จะแสดงออกซึ่งอารมณ์ และความรู้สึกที่เกี่ยวกับความตายที่จะมาถึง
5. มีสิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเป้าหมายการดูแลรักษาจะเปลี่ยนไปเป็นเป้าหมายเพื่อความสุขสบายก็ตาม
7. มีสิทธิที่จะไม่ตายอย่างโศกเศร้า
8. มีสิทธิที่จะปราศจากความเจ็บปวดก่อนตาย
9. มีสิทธิที่จะถามคำถาม และได้รับคำตอบที่เป็นความจริง
10. มีสิทธิที่จะไม่ถูกหลอกลวง
11. มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้ครอบครัวยอมรับได้ซึ่ง

ความตายของผู้ป่วย

12. มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบ และสง่าผ่าเผย
13. มีสิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และคงไว้ซึ่งความเชื่อ
14. มีสิทธิที่จะอภิปรายหรือพูดถึงประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามความเชื่อ

ทางศาสนาที่ตนนับถือ

15. มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับความเคารพจากบุคคลอื่นในฐานะบุคคล
16. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากบุคคลที่ความรู้ และเข้าใจในความ

ต้องการของผู้ป่วย และได้รับความช่วยเหลือในการเผชิญกับความตาย

จากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยได้พบกับความตายอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน และได้รับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการครบถ้วน และตายอย่างสมศักดิ์ศรีเกียรติภูมิแห่งความเป็นมนุษย์ ขณะเดียวกันก็ช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวให้ปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Barry, 1989 อ้างตาม รสพร, 2534) หรืออาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติ และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง (รสพร, 2534) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือว่าเป็นการดูแลในช่วงเวลาที่ไม่มีใครสามารถควบคุมเวลาหรือรักษาโรคให้หายขาดได้แล้ว ผู้ป่วยต้องพบกับความตาย ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างเหมาะสม (ประคอง, 2534) ขณะเดียวกันเพื่อเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย พยาบาลพึงระลึกถึงสิทธิผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน (ฟาริดา, 2536) ซึ่ง คลาสเตนบัม (Kastenbaum, 1992) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วย

1.1 ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ ดำรงบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตในฐานะบุคคล ไม่ทำลาย หรือรบกวนศักยภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยกิจวัตรประจำวัน และกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

1.2 ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าใด เพราะผู้ป่วยยังต้องการปฏิบัติกิจกรรม หรือให้อวัยวะต่าง ๆ ได้ทำหน้าที่ตามความสามารถ

1.3 ควบคุมความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.4 บอกเล่าเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยความเต็มใจ

1.5 สร้างความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ให้การติดต่อสื่อสารด้วยความรู้สึกที่อบอุ่น แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

1.6 ให้โอกาสผู้ป่วยได้เตรียมตัว เตรียมใจ หรือได้รำลึบบุคคลที่สำคัญของเขา

1.7 ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ความหมายและคุณค่าแก่เขา เลือกลงอยู่กับบุคคลที่เขาต้องการ กระทำในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

2. การดูแลครอบครัว

2.1 ให้โอกาสสมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยน หรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายกับทีมสุขภาพ ให้เวลา และร่วมรับรู้ต่อความรู้สึกของญาติด้วย

2.2 ให้โอกาสครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะที่ใกล้ตาย และเมื่อผู้ป่วยสิ้นใจทันที เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี หรือตามความเชื่อทางศาสนา และให้โอกาสญาติได้ระบายความรู้สึกเศร้าเสียใจตามกระบวนการความเศร้าโศก

3. การดูแลทีมสุขภาพ

3.1 ให้สมาชิกทีมสุขภาพแต่ละคนมีเวลาเพียงพอในการสร้างและคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพ

กับผู้ป่วย

3.2 จัดให้มีหน่วยงานสนับสนุน หรือมีระบบเกื้อหนุนทีมสุขภาพ (support network)

และมีสถานที่สำหรับบุคลากรในการผ่อนคลาย ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจแก่กัน

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีความพร้อมของภาวะสุขภาพ จึงต้องการการดูแลจากพยาบาล ดังนั้น การที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนนั้นต้องอาศัยทั้งทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ความมุ่งมั่น ซึ่ง เอิร์นเนส (Earnest, 1993 อ้างตามสุภาพร, 2537) กล่าวว่า เป็นความรับผิดชอบของพยาบาล 3 ประการ คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของตนเองในการตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วย เข้าใจความจริงของชีวิตและความตาย สามารถค้นพบและแยกความรู้สึกของตนเองได้ ขณะที่ร่วมในกระบวนการเศร้าโศกกับผู้ป่วย และญาติ ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือประคับประคองครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ คงไว้ซึ่งการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เท่าที่สามารถควบคุมได้ ควบคุมความเจ็บปวดและบรรเทาอาการต่าง ๆ เป็นผู้ให้และรับข้อมูลข่าวสาร ประคับประคองและช่วยเหลือในกระบวนการเศร้าโศก ความรับผิดชอบต่อครอบครัว พยาบาลพึงตระหนักไว้เสมอว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่พยาบาลต้องให้การดูแล เพราะสมาชิกในครอบครัวต่างก็มีส่วนรับรู้ต่อความรู้สึกต่าง ๆ ในการจากไปของผู้ป่วย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Ethical dilemmas)

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas) คือปัญหาจริยธรรมที่พบว่ายากต่อการหาแนวทางในการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม หรือเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรมที่จำเป็นต้องเลือกปฏิบัติในขณะที่มีทางเลือกสองทางหรือมากกว่า และเป็นทางเลือกที่มีน้ำหนักที่เท่า ๆ กัน หรือเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ ไม่พึงพอใจ (unsatisfactory alternative) (Davis & Aroskar, 1991) คำว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักมีการใช้ในความหมายเดียวกันกับประเด็นขัดแย้งทางศีลธรรม (moral dilemmas) (Sletteboe, 1997) นักวิชาการบางคนกล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นความขัดแย้งเชิงคุณค่า ความเชื่อประจำตัวของบุคคล ซึ่งมีเหตุผล (Mitchell, 1990 cited by Sletteboe, 1997) กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดจากความขัดแย้งในเรื่องพื้นฐานความเชื่อ หน้าที่ และกฎเกณฑ์ หรือหลักการปฏิบัติ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อาจใช้เมื่อเกิดกรณีที่มีความไม่มั่นใจ หรือมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น หากแก่การตัดสินใจว่าควรทำอย่างไรจึงจะเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งโฟชัน (Fotion, 1985 cited

by Sletteboe, 1997) ยกตัวอย่างกรณีแพทย์ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรทำอย่างไรระหว่างการยืดชีวิต กับการช่วยลดความทุกข์ทรมานในทารกที่คลอดออกมาไม่สมประกอบ หรือจะตัดสินใจอย่างไรดีระหว่างการให้ยาเพื่อการรักษาชีวิต แต่ยาที่จะให้ก็นำมาซึ่งความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Wlody, 1998) ที่กล่าวว่าความขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นหนึ่งในสามของความยุ่งยากในการเลือกตัดสินใจของพยาบาลที่สอดคล้องกับศีลธรรมและจริยธรรม นั่นคือ ความไม่แน่นอนเชิงศีลธรรม (moral uncertainty) ความขัดแย้งทางศีลธรรม (moral dilemmas) และความหม่นหมองทางศีลธรรม (moral distress) และได้ให้ความหมายว่า เป็นความขัดแย้งที่มีความสำคัญทั้งนี้เพราะเป็นความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ หรือหลักการทางจริยธรรม ที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ซึ่งวุดี้ (Wlody, 1998) ให้ความเห็นว่า ความขัดแย้งทางจริยธรรม มักเกิดขึ้นเมื่อจำเป็นต้องเลือกทางใดทางหนึ่งระหว่างสิ่งที่ดี (two good things) หรือความดีดังกล่าวขัดแย้งกับความรู้สึกรู้สึกของคนอื่น เป็นต้น

โดยสรุปประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในการเรียกร้องทางจริยธรรม และมีข้อคำถามเกิดขึ้น “ว่าควรเลือกปฏิบัติอย่างไรดี หรือการตัดสินใจเลือกปฏิบัติดังกล่าว จะเกิดประโยชน์หรือโทษ” ซึ่งเดวิส และอะรอสการ์ (Davis & Aroskar, 1991) กล่าวว่า เป็นความขัดแย้งระหว่าง คุณธรรม กับหน้าที่

ในการปฏิบัติงานประจำวันพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ ทั้งนี้เพราะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (advocacy) (Chaffey & Shannon, 1998 ; Copp, 1986 ; Fry, 1989 ; Martin, 1990 ; Nelson, 1988) แต่ก็บ่อยครั้งที่พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ และไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย (Redman & Fry, 1998 ; Redman & Hill, 1997 ; Wellard, 1992) นอกจากนี้แล้วแชลลี (Chally, 1993) ยังพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลพบมักเป็นเรื่องของทีมสุขภาพละเมิด หรือฝ่าฝืนสิทธิอันเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย หากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมถูกละเลย ไม่ได้รับการตระหนักและแก้ไขปัญหาลงแล้ว อาจส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงต่อความสามารถเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และยังเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะแห่งการหมดไฟ (burn out) และออกไปจากวิชาชีพได้ (Rodney & Starzomski, 1993) นอกเหนือจากความรู้สึก ดังกล่าวก็ยังสามารถทำให้พยาบาลมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจ (powerlessness) ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในคลินิกที่ก่อให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Redman & Hill, 1997 ; Wellard, 1992) นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่ระบุว่ากรณีที่พยาบาลไม่เห็นด้วยกับแผนการรักษาของแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วยก็นำมาซึ่งความขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อยเช่นกัน (Redman & Fry, 1998)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งคาดว่าส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาลและทีมสุขภาพให้ความสำคัญกับการมุ่งแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความตายเป็นอันดับแรก โดยไม่ได้คำนึงหรือถามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ (Chally, 1997) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกอร์และคณะ (Berger, et al., 1991) ซึ่งศึกษาประเด็นจริยธรรมในการพยาบาล จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 104 คน พบว่า หนึ่งในประเด็นจริยธรรมที่พบบ่อยที่สุดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักและการบริหารการพยาบาล คือ การยืดชีวิตผู้ป่วย และจากการศึกษาของ กาญดา (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า หนึ่งในประเด็นขัดแย้ง คือ การยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลทุกวันนี้ อาจกล่าวได้ว่าส่วนหนึ่งเกิดจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีซึ่งนำเข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยกระตุ้นการเต้นของหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือในการคัดเลือกรหรือตัดต่อยีน หรือการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น ขณะที่พยาบาลปฏิบัติงาน พยาบาลต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดคำถามว่าควรเลือกทำอย่างไรดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศในช่วง 13 ปี (คศ. 1989 – 2002) สามารถพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังต่อไปนี้

1. การงดให้อาหารหรือเลิกให้อาหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย (withholding or withdrawing nutrition in terminally ill patients)

การรักษาโดยการให้อาหารและน้ำ กลายเป็นเรื่องที่กำลังอภิปรายกันกว้างขวางว่า แท้จริงแล้วเป็นความจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพราะพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการสูญเสียน้ำและความชื้น (dehydration) จะยังรู้สึกสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผิดกับผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและอาหารจากการรักษา (Zerwekh, 1983) นอกจากนี้สายยางที่ใช้ในการให้อาหารและสารน้ำยังก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Printz, 1988 cited by Davidson et al., 1990) ความขัดแย้งทางจริยธรรมจึงเกิดขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำหรืออาหารอย่างเพียงพอ แต่การกระทำตามหน้าที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ หรืองดอาหารและน้ำกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นในลักษณะของทางเลือกที่จะต้องเลือกหากไม่เลือกที่จะให้ส่วนหนึ่งก็ควรรู้สึกผิดในการปฏิบัติหน้าที่ และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานจากความกระหาย หรือสำหรับคนที่เลือกให้อาหารและน้ำ ก็อาจรู้สึกว่าฝืนความรู้สึกของผู้ป่วยหากผู้ป่วยได้ตั้งใจไว้แล้วว่า จะไม่รับสารอาหารใด ๆ

จากการศึกษาของเดวิดสัน และคณะ (Davidson, et al., 1990) ที่ศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการให้อาหาร หรือไม่ให้อาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น มะเร็งระยะสุดท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจาก 8 ประเทศ ที่มีความแตกต่างกันในด้าน วัฒนธรรม และการใช้หลักการทางจริยธรรม ในด้านการคิดเชิงเหตุผล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ที่ไม่ให้อาหาร และน้ำ จะยึดหลักจริยธรรมในข้อการเคารพในความเป็นอิสระของบุคคล สำหรับพยาบาลที่ให้สารน้ำและอาหารจะใช้เหตุผลและผลของการทำประโยชน์เกื้อกูล เป็นหลักในการตัดสินใจ และที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลอาจเปลี่ยนการตัดสินใจได้ก็คือ คำสั่งการรักษาของแพทย์ และพยาบาลทั้งหมดต่างยอมรับว่าสถานการณ์ดังกล่าว เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

สำหรับหลักการเคารพในความเป็นอิสระของบุคคล หรือเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และยังมีสติสัมปชัญญะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง พยาบาลควรตระหนักและช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะแต่ละบุคคลย่อมมีแนวคิดเป็นของตนเอง มีมุมมองที่แตกต่างกัน ในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรต้องเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจ ดังคำกล่าวที่นักวิชาการพยาบาลได้กล่าวไว้ดังนี้ “พยาบาลเกิดมาเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และกระทำแต่ประโยชน์ที่พึงเกิดกับผู้อื่น” ดังนั้น พยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่า “ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรู้ว่าสิ่งใด จะเป็นประโยชน์และดีที่สุดสำหรับตนเอง” แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลในกลุ่มนี้จะไม่เกิดความขัดแย้ง หรือเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะส่วนใหญ่ก็ยังมีความต้องการที่จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย เพราะจะทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น ดังนั้นบางกรณีจะพบว่า พยาบาลจะให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วยวิธีการให้ยอน้ำแข็ง หรือให้ความชุ่มชื้นบริเวณริมฝีปากหรือทำความสะอาดภายในช่องปากให้อย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนสัน และนอร์เบอร์ค (Jansson & Norberg, 1989) ที่ศึกษาถึงการให้เหตุผลในการที่จะเลือกให้สารน้ำและอาหารแก่ผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย และพบว่าพยาบาล 11 คนจาก 20 คนเลือกที่จะไม่ให้สารน้ำ และอาหารแก่ผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่ต้องการ โดยไม่มีการพยายามบังคับผู้ป่วยสำหรับกลุ่มที่เลือกที่จะให้อาหารและสารน้ำแก่ผู้ป่วยจะกล่าวว่า เป็นการทำประโยชน์ให้กับผู้ป่วยทั้งนี้ยังพบด้วยว่าส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลจากประเทศจีนซึ่งตามหลักวัฒนธรรมของจีนยึดถือการรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งพยาบาลจะพยายามให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และหรือใส่สายยางเพื่อให้อาหารกับผู้ป่วย

สำหรับประเด็นของการไม่ให้ หรือการขุด หรือเลิกให้อาหารแก่ผู้ป่วย นอคซ์ (Knox, 1989) ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า มีความแตกต่างกันด้านจริยธรรม กล่าวคือมีบางความเห็นที่บอกว่ากรณีการไม่เริ่มให้การรักษานั้น พอนจะยอมรับได้ (morally permissible) แต่สำหรับการขุดหรือเลิกการรักษาเป็นความผิด ทั้งนี้เพราะกระทบต่อความรู้สึกด้านจิตใจ และทำให้คิดได้ว่ากรณีที่เคยให้การรักษาลงมาแล้วหยุด หรือยกเลิกอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่อย่างไรก็ตามหากให้การรักษาค่อ

ไปโดยการฝืนความปรารถนาของผู้ป่วยก็เป็นการละเมิดต่อสิทธิของผู้ป่วยเช่นกัน สารน้ำและอาหาร ถือเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ดังนั้น บุคคลจึงควรได้รับการตอบสนอง หากมีการยกเลิก หรือหยุดให้ข้อมดองกระทบต่อจิตใจของครอบครัว และผู้ดูแล เพราะดูเหมือนว่าเป็นการกระทำและเป็นความตั้งใจที่จะไม่ให้มีชีวิตรอดต่อไป (Derr, 1986 cited by Wurzbach, 1990)

จะเห็นได้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหัวข้อนี้ยังคงคลุมเครืออยู่ รัสซบัค (Wurzbach, 1995) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพกับพยาบาลที่ทำงานในหน่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลทางตะวันออกเฉียงเหนือ และตะวันออกเฉียงใต้ ของวิสคอนซิน (Wisconsin) สหรัฐอเมริกา เพื่อศึกษาถึงผลกระทบจากการตัดสินใจของพยาบาล ท่ามกลางความไม่แน่นอนของประเด็นจริยธรรมสำหรับการให้ หรือยกเลิกการให้สารน้ำ และอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยเรื้อรัง ที่อยู่ในระยะสุดท้าย ก็ยังพบความแตกต่างกันในด้านความคิดเห็นอยู่ กล่าวคือ ร้อยละ 64 ขอมรับว่ากรณีนี้เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในขณะที่ร้อยละ 12 มองว่าไม่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมสำหรับตนเอง แต่อาจเป็นของคนอื่น และร้อยละ 36 เชื่อว่าไม่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเลย และพบว่า ร้อยละ 32 ของพยาบาลมีประสบการณ์ในการไม่ให้สารน้ำ และอาหารกับผู้ป่วย และมีร้อยละ 20 ที่มีประสบการณ์ทั้งไม่ให้ และหยุดการให้สารน้ำ และอาหารกับผู้ป่วยประเภทนี้ โดยในกลุ่มนี้จะยึดถือการปฏิบัติที่สอดคล้องกับหัวหน้างาน หรือหน่วยงานผู้ว่าจ้างเป็นหลัก

นอกจากนี้สแกนลอน และเฟลมมิง (Scanlon & Fleming, 1989) ได้ให้ข้อคิดในประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการให้สารน้ำ และอาหารในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายว่า พยาบาลและผู้ดูแลควรได้ตระหนักไว้เสมอว่า สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป้าหมายในการดูแลสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ก็คือ การประคับประคอง ดังนั้นสิ่งต่างๆ ที่พึงกระทำให้กับผู้ป่วยควรเป็นสิ่งที่มิประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด ให้ความสุขสบาย และบรรเทาความทุกข์ทรมานที่จะเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นหากต้องพิจารณาในประเด็นอาหารและน้ำ ควรได้สอบถามความเห็นของผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงและหากผู้ป่วยได้เลือกแล้วก็ไม่ควรฝืนความปรารถนาของผู้ป่วย อีกทั้งยังได้แนะนำให้มีการทำหนังสือเพื่อการยืนยันความต้องการของผู้ป่วยด้วย (advance directive)

ในแง่ของวัฒนธรรมไทยซึ่งมีพุทธศาสนาเป็นพื้นฐานของสังคมมีมุมมองในเรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีสภาพ “เจ้าหญิงนิทรา” หรือ “ภาวะพืช” หรือภาวะเหมือนผัก” (permanent vegetative state) ซึ่งทางการแพทย์ถือว่า ผู้ป่วยประเภทนี้เป็นคนที่สมองบางส่วนยังคงทำงานทั้ง ๆ ที่สมองส่วนสำคัญหยุดทำงานอย่างถาวร ระบบหายใจและระบบย่อยอาหารยังทำงานอยู่ได้แม้จะไม่ปกติ สำหรับศาสนาถือว่า ผู้ป่วยประเภทนี้มีชีวิต ที่เป็นองค์รวมของขั้น 5 ที่อวัยวะสามารถทำงานประสานกันได้ แม้จะไม่เต็มที แต่อย่างไรก็ตามพุทธศาสนานับความสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพ แต่ไม่สอนให้ฆ่า หรือทำลายชีวิตที่ไม่มีคุณภาพ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าต้องการให้เราพยายามรักษาชีวิตให้ดำรงอยู่โดยไม่คำนึงถึงอะไรเลย ดังนั้นจึงเห็นว่าควรให้อาหาร น้ำ และยา เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ทั้งนี้เพราะถือว่า การให้อาหารไม่ได้เป็นการรักษา เพราะมีวัตถุประสงค์ ต่าง

กันกล่าวคือ การรักษา มีความมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีสภาพที่ดีขึ้น ถ้าหากรักษามาเป็นเวลานานพอสมควรแล้วอาการยังคงเดิม เราอาจเลิกรักษาได้ เพราะการรักษาต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อะไรขึ้นมาแก่ผู้ป่วย การให้อาหารผู้ป่วย นั้นไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะรักษาสถานะหนึ่งสถานะใดของผู้ป่วยโดยเฉพาะ หากมี วัตถุประสงค์เพียงอย่างเดียวคือเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้เท่านั้น จึงไม่ถือเป็นการรักษา ด้วยเหตุนี้การหยุดให้อาหาร และน้ำแก่ผู้ป่วยจึงถือเป็นการผิดจริยธรรมของพุทธศาสนา เพราะเท่ากับเป็นการทำลายชีวิตโดยตรง เพราะทางพุทธศาสนาถือ เจตนาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การเลิกให้อาหาร และน้ำถือเป็นการกระทำที่เจตนาให้ผู้ป่วยตายด้วยการให้อาหาร และน้ำ (พินิจ, 2538)

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในบทบาทการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (ethical dilemmas in nursing role of advocacy) สำหรับแนวคิดเรื่องการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย มีการพัฒนาขยายความนับแต่การประกาศใช้รรรยาบรรณพยาบาลของสมาคมพยาบาลนานาชาติ ซึ่งให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นบทบาทในการให้ข้อมูล หรือแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับเรื่องราวเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจ (Kohnke, 1982 cited by Chaffey & Shannon, 1998) ถือว่าแนวคิดการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่สมบูรณ์ และมีความครอบคลุมสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Bramlett, Gueldner & Sowell, 1989 cited by Wlody, 1998 ; Nelson, 1988) ซึ่งถือเป็น บทบาทที่สำคัญสอดคล้องกับบริบทของกฎหมายในการปกป้องซึ่งสิทธิมนุษยชน เป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคคลผู้ซึ่งไม่สามารถพูด หรือกระทำการสิ่งใด ๆ เพื่อตัวเองได้ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับพันธะสัญญา และหน้าที่ที่พยาบาลพึงมีกับผู้ป่วย เป้าหมายสำคัญสำหรับการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย คือ การส่งเสริมให้เกิดอิสระ และเสรีภาพของผู้ป่วย ความพึงพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเปรียบเสมือนการเป็นตัวแทน หรือทนายแก้ต่างให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย (Fry, 1988 cited by Wlody, 1998) ประเด็นสิทธิของผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องอภิปรายอยู่ทั้งนี้เพราะ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอสำหรับผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือจากการเป็นคนที่ไร้ความสามารถ ซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่จะตาย สถานการณ์ดังกล่าวจะพบได้เสมอ ที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธการได้รับสารน้ำ และอาหาร สิทธิที่จะตายจึงมักจะได้รับการวิเคราะห์หยาบๆ เป็นประเด็นเสมอมา เพื่อความเข้าใจมากขึ้นคงต้องทำความเข้าใจในความหมายของสิทธิทางจริยธรรม (moral right) ก่อน ได้มีผู้ขยายความต่อจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2525 ว่า หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน (วิฑูรย์, 2538) ซึ่งสิทธิทางจริยธรรมมีความแตกต่างจากสิทธิทางกฎหมายอยู่อย่างน้อย 4 ประการ คือ (1) เป็นสิทธิทางสากล ทุกคนในโลกมีสิทธิโดยไม่มีข้อยกเว้น (2) ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน และเสมอภาค (3) เป็นสิทธิที่เปลี่ยนมือไม่ได้และ (4) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์ไม่ได้เป็นผู้กำหนด จากข้อความดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วย

ปรารถนาที่จะปฏิเสธการได้รับสารน้ำ และอาหารแล้ว ก็ย่อมมีสิทธิที่จะกระทำได้ เพราะจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ที่ทำให้ชีวิตผู้ป่วยออกไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพจนบางคราวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเช่นนั้นตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับเป็นคนปกติได้ มีผู้ให้ความเห็นว่าสิทธิในการที่จะตาย หรือปฏิเสธการได้รับสารน้ำ และอาหารนั้นก็เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์นั่นเอง

สำหรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อการกระทำบทบาทดังกล่าว ดังที่ โทมัส (Thomas, 1988 cited by Wlody, 1998) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า บทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ค่อนข้างจะเป็นบทบาทในอุดมการณ์ ทั้งนี้เพราะผู้ที่กระทำบทบาทนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องเป็นผู้ที่โคดเด่น และมีความสามารถพิเศษในการให้การดูแลผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะทางการแพทย์บาลกล่าวคือมีทักษะ และความสามารถเชิงวิชาชีพ และมีการพัฒนาเหตุผลเชิงจริยธรรมไปพร้อม ๆ กัน การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ถือเป็นภาพลักษณ์ใหม่สำหรับพยาบาล (Winslow, 1984 cited by Wlody, 1998) โดยสรุปบทบาทของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยที่พยาบาลพึงกระทำคือ (Nelson, 1988)

1. พยาบาลเป็นตัวกลาง (mediator) ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
2. พยาบาลเป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง
3. พยาบาลเป็นตัวแทนผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งสิทธิผู้ป่วย

บทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยาบาลควรกระทำก็คือ การพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง ตามคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง พยาบาลต้องสื่อสารให้ทีมสุขภาพและครอบครัวได้เข้าใจตามความต้องการที่ผู้ป่วยได้เคยบอกไว้ เหล่านั้นอาจนำมาซึ่งความขัดแย้งได้ หากมีความแตกต่างกันในแต่ละมุมมอง

3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง (ethical dilemmas on truth telling or veracity) การบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียแก่ผู้ป่วยและญาติ กล่าวคือความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมพร้อมหรือมีทางเลือกในการรับบริการ แต่หากความจริงนั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอันตรายที่ร้ายแรงคุกคามชีวิต หรือการหมดหวังจากการรักษา ความจริงดังกล่าวก็จะกลายเป็นผลเสียไป (เพอร์วี่, 2538) ดังนั้น การบอกกล่าวความจริง โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผลการวินิจฉัย หรือแนวทางการรักษาโรคเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากใจให้กับพยาบาล เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทั้งนี้เพราะพยาบาลย่อมจะลังเลว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงดี ทั้งนี้เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถทำใจให้ยอมรับกับความจริงนั้นได้ ก็จะเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแสนสาหัสทางด้านจิตใจ อาจทำให้สูญเสียความหวัง หมกมุ่นใจต่อผู้โรคร้าย การบอกความจริงกลับกลายเป็นการทำร้ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทรุดหนักลงได้ (Aiken & Catalano, 1994) แต่หากไม่บอกความจริง ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาหรือ

ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ทั้งยังเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย อีกด้วย พยาบาลผู้ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะลำบากใจ เพราะต้องเผชิญกับคำถามต่าง ๆ และนำมาซึ่งความเครียด ดังการศึกษาของเบนเนท (Bennet, 1987 cited by May, 1993) พบว่า การที่พยาบาลเกี่ยวข้องกับกาเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้มีความเครียดในระดับสูงและยังเป็นเหตุให้พยาบาลพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ดังกล่าว ทั้งนี้เพราะพยาบาลรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามความจริง ทำให้ผู้ป่วยเสียประโยชน์มากกว่า ซึ่ง เฟอร์เลอร์ (Fowler, 1989) ได้เสนอเรื่องการให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยว่าควรคำนึงถึง 2 สิ่งต่อไปนี้ (1) ข้อมูลนั้นต้องเพียงพอต่อการตัดสินใจและเป็นเรื่องที่เขาใจได้ง่าย และ (2) ต้องเป็นไปตามความต้องการหรือความสมัครใจของผู้ป่วย นั่นคือ พึงยึดถือประโยชน์ที่จะมีต่อผู้ป่วยและยังเป็นการเคารพในความเป็นอิสระของผู้ป่วยด้วย

4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องความยุติธรรมและการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด (ethical dilemmas on justice or allocation scarce of resources) ตามที่สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (ANA, 1985 cited by Kinney, 1998) ได้กล่าวไว้ชัดเจนว่าในการให้บริการสุขภาพต้องพึงกระทำให้เกิดความเท่าเทียมกันต้องไม่มีการลำเอียงไม่ว่าในสถานการณ์ใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องพิจารณาในสถานการณ์ของภาวะขาดแคลนทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ด้านการรักษา ในปรัชญาการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ได้มีการกล่าวถึงอย่างชัดเจนว่าการรักษาต้องเน้นในเรื่องของความเท่าเทียมกันและเป็นประโยชน์สำหรับคนทุกคน และเป็นไปอย่างมีมนุษยธรรม (Saunders, 1984) มโนทัศน์ในเรื่องของความยุติธรรม เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Wlody, 1998) ได้เสนอแนวคิดว่าประกอบไปด้วย 3 ลักษณะคือ (1) การกระจายความยุติธรรม (distributive justice) สำหรับทีมสุขภาพรับหลักการนี้มาใช้มากอย่างเห็นได้ชัดในกรณีการจัดสรรบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มของประชาชน (2) การทดแทน หรือการตอบแทนผลการกระทำ (retributive) ในกรณีนี้ความยุติธรรมเป็นเรื่องที่ต้องตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก หากมีการกระทำผิด ต้องมีการถูกลงโทษ (3) แนวทางการปฏิบัติ (procedural) ความยุติธรรมมุ่งความสนใจไปในเรื่องผลลัพธ์ในการจัดกระทำใด ๆ ซึ่งข้อมขึ้นกับการกระทำนั้นๆ โดยสรุปหลักการเรื่องของความยุติธรรมเน้นในเรื่องของความสมดุลของประโยชน์ และสิ่งที่ต้องสูญเสียและเป็นความสุขของคนหมู่มาก ในปัจจุบันมุ่งเน้นในเรื่องของผลประโยชน์ของคนหมู่มาก และความคุ้มทุนในบริการสุขภาพ จึงก่อให้เกิดประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น ตัวอย่างเช่น การจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กลับไปใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้านด้วยมีความเห็นว่าเป็นการประหยัดทั้งค่าใช้จ่ายในภาครัฐ และครอบครัว รวมถึงประโยชน์จากการที่จะได้นำเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีจำกัดไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นที่มีหวังมากกว่า

5. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการยืดชีวิต (ethical dilemmas on prolong life or to prolong the dying process) นับว่าเป็นความท้าทายสำหรับวิชาชีพในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ ที่ต้องให้คำจำกัดความ และหาความแตกต่างระหว่างการ “ต่ออายุ หรือ ยืดเวลาตาย” จุดจบของชีวิตในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต ซึ่งเป็นผลของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ช่วยยืดชีวิต และยังมีผลกระทบต่อทัศนคติของสังคมในมุมมองเรื่องความตาย เทคโนโลยีให้ทางเลือกใหม่สำหรับชีวิต พยาบาลได้รับผลกระทบดังกล่าวในทางอ้อมที่ต้องเพิ่มบทบาทที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเทคโนโลยีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ประเด็นจริยธรรมที่ถกเถียงกันมานานนับแต่อดีตก็คือ ในสมัยโรมันยุคแรก ๆ ถือว่าการช่วยให้ตายเป็นสิ่งที่พึงกระทำได้หากเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวด (Bodemer, 1979 cited by Haisfield - Wolfe, 1996) ในประเด็นนี้มักจะอภิปรายกันในกรณีการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะใกล้ตาย หรือมรณะวิถิ (พินิจ, 2538) ว่าสมควรหรือไม่ และเมื่อเริ่มใช้แล้ว สมควรจะถอดหรือไม่ เมื่อไร และมีหลักเกณฑ์อะไรในการพิจารณา ในทางปฏิบัติจะพบว่าโดยทั่วไปในการเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจแพทย์มักจะเริ่มใช้โดยไม่ได้รอปรึกษาผู้ป่วย หรือญาติ เพราะถือว่าเป็นเรื่องที่เร่งด่วนที่เกี่ยวกับความเป็นความตายของผู้ป่วย และแพทย์เองมีหน้าที่ที่จะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยอยู่แล้ว หน้าที่นี้เป็นหน้าที่ตามหลักจริยธรรม แต่ปัจจุบันกลับมีมุมมองว่า ชีวิตควรเป็นของผู้ป่วยที่จะต้องตัดสินใจเอง ตามหลักจริยธรรมเรื่องสิทธิมนุษยชน ผู้ป่วยในมรณะวิถิมิสิทธิที่จะเลือกว่าจะใช้เครื่องช่วยชีวิตต่อไปหรือไม่ จะมีชีวิตต่อไปหรือจะให้ชีวิตสิ้นสุดลงทันที ปัญหา จริยธรรมดังกล่าวนับว่าสำคัญมาก พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในมรณะวิถิจะต้องเผชิญอยู่บ่อยครั้ง จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในคำที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ การตายอย่างสงบ (good death) หรือ การช่วยให้ผู้อื่นตายอย่างสงบ (euthanasia)

การช่วยให้ผู้อื่นตายอย่างสงบ หรือ การุณยฆาต หรือเมตตามรณะ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษ ว่ายูธานาเซีย (euthanasia) ซึ่งเป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกแปลว่า การตายอย่างสงบ หมายถึงการทำให้ผู้อื่นตายอย่างสงบ (mercy killing) (วิฑูรย์, 2538 ; Davis, 1991 ; McInerney & Seibold, 1995) สำหรับทางวิชาการ เมตตามรณะ อาจแบ่งได้ 2 ลักษณะคือ

1. เมตตามรณะแบบสมัครใจ (voluntary euthanasia) หมายถึง การที่ผู้ป่วยขอร้องให้จัดการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ เพื่อให้พ้นความทรมานจากโรค หรือความพิการ ซึ่งการกระทำดังกล่าวสามารถแบ่งการกระทำได้เป็น 2 แบบคือ การกระทำใด ๆ ที่ตั้งใจเพื่อจบ หรือยุติชีวิตของผู้อื่นตามคำร้องขอ (active euthanasia) ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายทั่วทุกหนทุกแห่งในโลก ยกเว้นสำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์ (Natherland) (McInerney & Seibold, 1995) ซึ่งถือว่าการกระทำดังกล่าวแพทย์สามารถดำเนินการ ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวัง และเป็นการร้องขอของผู้ป่วยอย่างไรก็ตามแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวเป็นที่ถกเถียงกันในหลาย ๆ ประเทศ ทั้งนี้เพราะบางวัฒนธรรมมองว่า การทำให้บุคคลผู้ซึ่งอยู่ใน

ระยะสุดท้ายจบชีวิตลงเป็นเสมือนการฆาตกรรม ในขณะที่วัฒนธรรมอื่นไม่ได้คิดเช่นนั้นเป็นต้น อีกแบบหนึ่งคือ การกระทำที่ชักนำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยทางอ้อม (passive euthanasia) โดยการงดหรือการหยุดการรักษาที่มีผลต่อการรักษาชีวิต หรือยัดชีวิตผู้ป่วยออกไป (วิฑูรย์, 2538 ; McInerney & Seibold, 1995)

2. เมตตามรณะแบบไม่สมัครใจ (involuntary euthanasia) หมายถึงการกระทำทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว (วิฑูรย์, 2538) ทั้งนี้หากพิจารณาจะพบว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพกำหนดไว้ว่า พยาบาลไม่ควรกระทำการใด ๆ ที่เป็นการทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายชีวิตผู้อื่น แต่หากพิจารณาในแง่ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้วก็คงมีเงื่อนไขหลายประการที่ต้องระมัดระวังและไตร่ตรองอย่างรอบคอบ รวมถึงการที่วิชาชีพกำหนดให้ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ประารถนาให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ซึ่งถือเป็นคุณค่าทางจริยธรรม

เห็นได้ว่าในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการยัดชีวิต หรือเมตตามรณะนั้น ไม่ได้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลที่จะต้องตัดสินใจโดยตรง แต่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในฐานะผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้องตอบคำถาม หรือให้คำปรึกษา หรืออาจถูกร้องขอให้กระทำการใด ๆ ที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจึงควรได้ตระหนักและใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบ และพึงระลึกไว้เสมอว่า ควรได้กระทำทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายได้และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยของพยาบาลก็คือ ต้องพยายามรักษาไว้ซึ่งคุณค่าความเชื่อและความปรารถนาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะได้ออกไว้กับพยาบาลญาติหรือที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Potter & Perry, 1995) พยาบาลควรให้เกียรติกับคำร้องขอของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยัดชีวิตผู้ป่วย ก็ยังไม่มีข้อสรุปแม้แต่ในประเทศที่มีความเจริญทั้งด้านเทคโนโลยีและด้านกฎหมาย เพราะหลาย ๆ ประเทศใช้วิธีคลี่คลายปัญหาด้วยวิธีการศาล สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับสิทธิที่จะตายและไม่เปิดโอกาสให้มีกลไกถึงศาลเรื่องการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ ดังผลการศึกษาของ วิลาวรรณ (2540) ที่ศึกษาเรื่องแนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน ที่มีอาชีพนักกฎหมาย คือ ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความและอาจารย์นิติศาสตร์ พบว่านักกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการที่แพทย์หยุดให้อาหารทางสายยางหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ไม่ว่าจะโดยที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและเป็นผู้ร้องขอให้ยุติการรักษาเองหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม แต่นักกฎหมายกลุ่มเดิมก็ยังยอมรับว่าหากผู้ป่วยเป็นญาติหรือเป็นตัวเอง ก็ยินยอมที่จะให้แพทย์ช่วยให้ตายอย่างสงบ นอกจากนี้ นักกฎหมายส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรให้คณะแพทย์ที่รักษาและญาติผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แต่

ระยะสุดท้ายจบชีวิตลงเป็นเสมือนการฆาตกรรม ในขณะที่วัฒนธรรมอื่นไม่ได้คิดเช่นนั้นเป็นต้น อีกแบบหนึ่งคือ การกระทำที่ชักนำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยทางอ้อม (passive euthanasia) โดยการงดหรือการหยุดการรักษาที่มีผลต่อการรักษาชีวิต หรือยัดชีวิตผู้ป่วยออกไป (วิจурย์, 2538 ; McInerney & Seibold, 1995)

2. เมตตามรณะแบบไม่สมัครใจ (involuntary euthanasia) หมายถึงการกระทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว (วิจурย์, 2538) ทั้งนี้หากพิจารณาจะพบว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพกำหนดไว้ว่า พยาบาลไม่ควรกระทำการใด ๆ ที่เป็นการทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายชีวิตผู้อื่น แต่หากพิจารณาในแง่ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้วก็คงมีเงื่อนไขหลายประการที่ต้องระมัดระวังและใคร่ครวญอย่างรอบคอบ รวมถึงการที่วิชาชีพกำหนดให้ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ประารถนาให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ซึ่งถือเป็นคุณค่าทางจริยธรรม

เห็นได้ว่าในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการยัดชีวิต หรือเมตตามรณะนั้น ไม่ได้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลที่จะต้องตัดสินใจโดยตรง แต่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในฐานะผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้องตอบคำถาม หรือให้คำปรึกษา หรืออาจถูกร้องขอให้กระทำการใด ๆ ที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจึงควรได้ตระหนักและใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบ และพึงระลึกไว้เสมอว่า ควรได้กระทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายได้และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

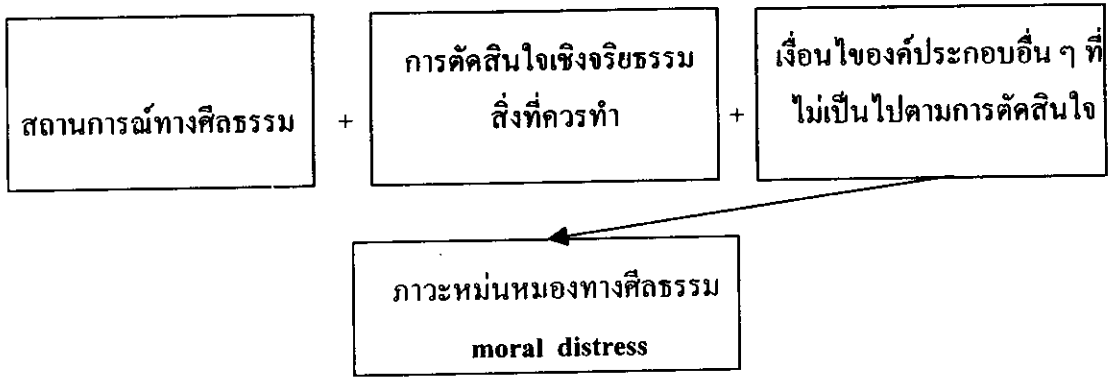
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยของพยาบาลก็คือ ต้องพยายามรักษาไว้ซึ่งคุณค่าความเชื่อและความปรารถนาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะได้บอกไว้กับพยาบาลญาติหรือที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Potter & Perry, 1995) พยาบาลควรให้เกียรติกับคำร้องขอของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยัดชีวิตผู้ป่วย ก็ยังไม่มีข้อสรุป แม้แต่ในประเทศที่มีความเจริญทั้งด้านเทคโนโลยีและด้านกฎหมาย เพราะหลาย ๆ ประเทศใช้วิธีคลี่คลายปัญหาด้วยวิธีการศาล สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับสิทธิที่จะตายและไม่เปิดโอกาสให้มีกลไกถึงศาลเรื่องการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ ดังผลการศึกษาของ วิไลวรรณ (2540) ที่ศึกษาเรื่องแนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน ที่มีอาชีพนักกฎหมาย คือ ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความและอาจารย์นิติศาสตร์ พบว่า นักกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการที่แพทย์หยุดให้อาหารทางสายยางหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ไม่ว่าจะโดยที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและเป็นผู้ร้องขอให้ยุติการรักษาเองหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม แต่นักกฎหมายกลุ่มเดิมก็ยังยอมรับว่าหากผู้ป่วยเป็นญาติหรือเป็นตัวเอง ก็ยินยอมที่จะให้แพทย์ช่วยให้ตายอย่างสงบ นอกจากนี้ นักกฎหมายส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรให้คณะแพทย์ที่รักษาและญาติผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แต่

จากหลายการศึกษา มักพบว่าผู้ที่มิมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเป็นแพทย์เท่านั้น (Davidson et al., 1990 ; Jansson & Norberg, 1989 ; Kuuppelomaki, 1993)

ผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่พัฒนามาจากความสำนึกทางจริยธรรมที่มนุษย์มีต่อกัน มีภารกิจถึงสิทธิมนุษยชนของบุคคล การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลจึงเป็นไปด้วยความรับผิดชอบและความมีจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล แต่จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมทำให้สถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง ผลจากการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ดังที่มาร์ติน (Martin, 1990) พบว่า ร้อยละ 50 ของพยาบาลที่เผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เกิดความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และสูญเสียความเป็นบุคคล (depersonalization) ในระดับสูง และยังอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟหรืออ่อนล้า (burn out) และออกไปจากวิชาชีพได้ (Rodney & Starzomski, 1993) ด้วยเหตุที่การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน การประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จึงนำมาซึ่งความรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจของพยาบาลเป็นอย่างมาก (Reckling, 1989) เพราะมักจะหาคำตอบหรือวิธีการตัดสินใจที่เหมาะสมได้ยากลำบาก เพราะเมื่อหาทางเลือกให้กับประเด็นหนึ่งก็มักจะขัดแย้งกับอีกประเด็นหนึ่งเสมอ (Herrick & Smith, 1989) เมื่อบุคคลค้นพบว่าตนเองไม่สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ตามที่ควรจะทำ ทั้งนี้ไม่ว่าจากความจำเป็นด้านวิชาชีพหรือการบีบคั้นหรือคาดหวังจากสังคม หรือหน่วยงานก็ตาม เหล่านี้นำมาซึ่งความคับข้องใจและ รู้สึกหม่นหมอง ซึ่งทางการพยาบาลเรียกภาวะหม่นหมองทางจิตใจของพยาบาลดังกล่าวนี้ว่า ภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม (moral distress) (สิวลี, 2532, Redman & Hill, 1987 ; Jameton, 1984 cited by Wlody, 1998)

ภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม หมายถึง ภาวะที่พยาบาลรู้ว่าสิ่งที่ถูกสั่งที่ควรทำและเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยนั้นคืออะไร แต่มีเงื่อนไข หรือองค์ประกอบประการอื่นที่ทำให้เหตุการณ์ไม่เป็นไปตามนั้น และพยาบาลก็ไม่มีอำนาจหน้าที่พอที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้น เท่า ๆ กับที่ไม่อาจปลีกตัวออกจากกระบวนการให้การรักษาพยาบาลได้ (Jameton, 1984 อ้างตาม สิวลี, 2532) การเกิดภาวะหม่นหมองทางศีลธรรมของพยาบาลเขียนแสดงได้ด้วยแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิ 2 การเกิดภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม

ที่มา : ลิวลี คิริโล. (2532). พยายามกับภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม. สารสภากา
 พยาบาล, 7 (1), 32 – 37.

ผลกระทบของภาวะหม่นหมองทางศีลธรรมที่เกิดแก่จิตใจของพยาบาลนั้น ก่อให้เกิดผล
 ทั้งในลักษณะที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม กล่าวคือทางด้านจิตใจที่เป็นนามธรรม พยาบาลบางคน
 จะรู้สึกหดหู่ สงสาร รวมถึงรู้สึกผิดที่ตนไม่อาจช่วยผู้ป่วย หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ ยิ่งเป็นกรณีของ
 ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในทีมของฝ่ายการให้การรักษายาบาล ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกหม่นหมอง
 มากขึ้น ภาวะจิตใจเช่นนี้ บางครั้งกระทบไปถึงร่างกายมีอาการเครียด นอนไม่หลับ หรือท้องเสีย
 บ่อย ๆ ขณะเดียวกันผลที่ปรากฏเป็นรูปธรรมก็คือ การเลี้ยงที่จะไปเข้าร่วมการรักษาพยาบาล ปฏิเสธ
 ร่วมทีม ความรู้สึกต่อมาก็คือความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อระบบการรักษาพยาบาลซึ่งไม่เป็นผลดีต่อวิชาชีพ
 ใดๆ เลย ซึ่ง วิลคินสัน (Wilkinson, 1987) กล่าวว่าภาวะหม่นหมองทางศีลธรรมเป็นภาวะที่จิตใจ
 ขาดสมดุล มีความรู้สึกในแง่ลบต่อประสบการณ์ของตนเองที่ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ตนคิดว่าถูก
 และควรจะทำ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 พยาบาลจะรู้สึก โกรธ คับข้องใจไร้อิสระ (Lamear – Tucker & Friedson, 1997) อ้างตาม กาญดา,
 2543) ดังที่ เดวิสและอโรสกา (Davis & Aroskar, 1991) กล่าวว่า การเผชิญกับประเด็นขัดแย้ง
 ทาง จริยธรรม พยาบาลจะรู้สึกลำบากใจที่จะต้องเลือกทางเลือกที่ไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และยังนำมา
 ซึ่งความยุ่งยากใจ ลำบากใจและเจ็บปวดกับสถานการณ์ (Thompson, Melia & Boyd, 1983) อ้าง
 ตาม กาญดา, 2543) แม้ว่าจะแก้ไขหรือเผชิญอย่างไร ประเด็นดังกล่าวก็ยังคงอยู่

การแก้ไข / การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้ พยาบาล
 จึงควรมองประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ทายความสามารถในการตัดสินใจ

เชิงจริยธรรม ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ แม้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ดังที่ เฮร์ริคและสมิท (Herrick & Smith, 1989) กล่าวว่า เมื่อเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น มักจะยุ่งยาก เพราะไม่สามารถหาคำตอบหรือวิธีการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุดได้ ดังนั้นในการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหรือการหาคำตอบในแต่ละประเด็น ควรได้ใคร่ครวญ พิจารณาอย่างรอบคอบ ทั้งนี้ควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ (Smith, 1996) และสิ่งที่ต้องยึดถือตลอด คือ ความผาสุกของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Well-being) เป็นสำคัญ (Botes, 2000)

การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่สิ่งที่พยาบาลพึงกระทำเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมคือ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision-making) (Ellis & Hartley, 1998) และการปฏิบัติเชิงจริยธรรมหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรม (ethical practice) (Bishop & Scudder, 1987)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่พยาบาลและทีมสุขภาพ ควร มีและควรได้ฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ (Grundstien - Amado, 1993) เป็นกระบวนการใช้เหตุผลและการคิดวิเคราะห์หาทางที่เหมาะสม ดีที่สุดตามหลักศีลธรรมจริยธรรม (Bandman & Bandman, 1990; Gibson, 1993) ขณะเดียวกันต้องคงไว้ซึ่งคุณค่าและความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม (Bandman & Bandman, 1990) ได้มีผู้เสนอรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ในที่นี้ ขอเสนอรูปแบบการตัดสินใจของคาสเซลและกัลล์ (Cassell & Gaul, 1997) ซึ่งได้พัฒนารอบแนวคิดและรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้ชื่อว่า “Ethical Assessment Framework” (EAF) มีทั้งหมด 11 ขั้นตอน แต่สามารถแยกเป็นหลักใหญ่ ๆ คือ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (assessment) การวางแผนการปฏิบัติ (plan of action) การลงมือปฏิบัติ (implementation) และการประเมินผลการปฏิบัติ (evaluation) ซึ่งคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละวัน แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. ระบุปัญหา (identify the problem) เมื่อมีปัญหาหรือประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้น พยาบาลต้องกล้าที่จะบอกหรือระบุได้ถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2. รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (gather relevant fact medical) เช่น ผลการวินิจฉัยของแพทย์ อาการปัจจุบัน พยากรณ์และการดำเนินไปของโรค ประโยชน์และความเสี่ยงจากการรับการรักษา

3. ระบุรูปแบบหรือเหตุผลเชิงจริยธรรมที่จะใช้ในการช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identify method of ethical justification to help resolve the dilemma) ในขั้นตอนนี้เป็นการคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งทฤษฎีหรือรูปแบบเชิงจริยธรรมแต่ละรูปแบบก็จะมีลักษณะที่เฉพาะตัวไป

ดังนั้น ผู้ที่จะตัดสินใจก็ต้องศึกษาและเลือกในสิ่งที่เกี่ยวข้องกัน จะนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดนั้นคือ เป็นทางออกสำหรับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบหรือเผชิญอยู่

4. การทำความเข้าใจหรือกระจ่างในเรื่องคุณค่าความเชื่อ ทั้งของตนเองและผู้ป่วย พยาบาล มีหน้าที่ที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเรื่องคุณค่า ความเชื่อ ภูมิหลังหรืออื่น ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจใด ๆ ในคลินิก

5. จีซัดให้ได้ว่า เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identify if here is an ethical dilemmas present) เป็นจุดที่มีความสำคัญเพราะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัญหาจริยธรรมและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม กล่าวคือ หากพยาบาลพบสถานการณ์ที่มีคำถามว่าอะไรถูก อะไรผิด นั้นเป็นเพียงปัญหาจริยธรรม (ethical problem) แต่หากพยาบาลพบหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกตัดสินใจในระหว่าง 2 ทางเลือกหรือหลาย ๆ ทางเลือก หรือเป็นทางเลือกที่รู้ว่าไม่ควรเลือก แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง นั่นคือ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

6. ระบุน / เลือกปฏิบัติตามจรรยาบรรณของวิชาชีพ

7. ปรึกษากับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์ในการจัดการกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

8. จัดลำดับความสำคัญทั้งทางเลือกที่จะปฏิบัติและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่จะช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

9. เลือกวิธีปฏิบัติที่เป็นไปตามหลักศีลธรรมจริยธรรม และเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย

10. การปฏิบัติต้องเป็นการปฏิบัติเพื่อการช่วยเหลือ ดูแลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงทีมสุขภาพด้วย

11. ประเมินการปฏิบัติ ซึ่งควรทำทั้งระยะสั้นและระยะยาว และควรกระทำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้ประสบการณ์ที่เคยเจอในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันมาประยุกต์ใช้ เพื่อเกิดผลดี รวมทั้งยังเป็นการตรวจสอบรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อีกด้วย

แม้จะมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อแก้ไขหรือจัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ตามที่กล่าวมาก็ไม่ได้หมายความว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะถูกแก้ไขหรือหมดไป ดังนั้น หากพบว่ามีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังคงอยู่ ก็จำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์ใหม่ หรือพิจารณาหาทางเลือกหรือรูปแบบอื่นที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้ได้มาซึ่งทางออกที่พึงพอใจและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

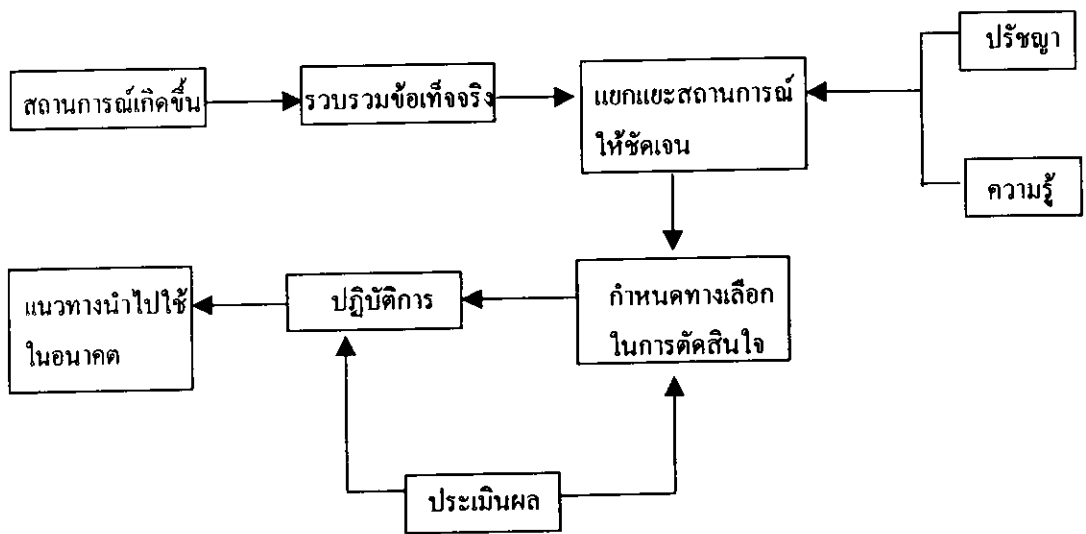
ส่วนพฤติกรรมเชิงจริยธรรม หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่สังคมนิยมชมชอบ หรือคนวันที่จะไม่ปฏิบัติสิ่งที่เป็นการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคมนั้น (มัณฑุภา, 2541) สำหรับวิชาชีพพยาบาล พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลก็คือ การแสดงออกซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีรากฐานมาจากแนวคิดการดูแล (caring) (Twomen, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรันสเทน อมาโด (Grundstein – Amado, 1992) ที่ศึกษาวิจัยความ

แตกต่างในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมระหว่างแพทย์และพยาบาล พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มนี้ มีความแตกต่างกันในการตัดสินใจ และปัจจัยที่ทำให้ 2 กลุ่มนี้แตกต่างกันก็ คือ คุณค่าความเชื่อในเชิงวิชาชีพ กล่าวคือ พยาบาลให้คุณค่าในเรื่อง การให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ขณะที่แพทย์ให้คุณค่ากับคุณภาพชีวิตและสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งรากฐานของแนวคิดก็คือ เวชจริยศาสตร์ (bioethics)

การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แม้ว่าพยาบาลจะใช้รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แต่ก็พบว่าในแต่ละวันของการปฏิบัติงานสถานการณ์ในคลินิกทวีความซับซ้อนขึ้น ทำให้พยาบาลเองต้องพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะในการตัดสินใจและการเผชิญกับปัญหาและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะพยาบาลผู้ชำนาญการ นอกจากนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะเฉพาะ แล้วยังต้องมีความสามารถเชิงจริยธรรม คือ ต้องสะท้อนออกซึ่งพฤติกรรมหรือการแสดงออกเชิงจริยธรรม โดยเฉพาะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อวัฒนธรรมการดูแลด้วย (Bishop & Scudder, 1987) แต่จากการศึกษาของ คีลา เคสตัด้า (de La Cuesta, 1983) ที่พบว่าในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานในคลินิกของพยาบาลมักพบว่าขาดประสิทธิภาพและไม่ประสบความสำเร็จและพบว่า มักมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ และความชำนาญ ซึ่งจากการศึกษาของเอสตโรมและคณะ (Astrom et al., 1995) ที่ศึกษาทักษะของพยาบาลในการแก้ไขปัญหาจริยธรรมในสถานการณ์ที่ยู่ยาก พบว่า สามารถแบ่งพยาบาลออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีทักษะในแก้ไขปัญหาที่เพียงพอ ซึ่งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างมีวิจารณญาณด้วยคุณธรรมและก่อให้เกิดผลดีในทางปฏิบัติ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางทักษะ ดังนั้นการตัดสินใจใด ๆ จึงชี้ชัดว่าขาดคุณธรรม ดังเช่นการละทิ้งผู้ป่วยเพื่อหนีปัญหา แต่ตัวพยาบาลเองก็จะรู้สึกว่าการตัดสินใจที่ไร้พลังอำนาจในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าพยาบาลในกลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงต่อการถดถอยในการพัฒนาด้านคุณธรรม และจะส่งผลให้ไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือทำงานร่วมกับคนอื่น รู้สึกไม่แน่นอนในวิชาชีพ

จากเป้าหมายการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายให้ดีขึ้น (Scanlon & Fleming, 1989) และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในคลินิกแล้ว พยาบาลต้องมีความเข้าใจในหลัก จริยศาสตร์ เพื่อทบทวนไตร่ตรอง เพื่อมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรม (Wlody, 1998) สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของเบอร์กแมน (Bergman, 1973) ที่กล่าวว่า เมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยทั่วไป ปฏิบัติการของพยาบาลที่ตอบสนองต้องผ่านกระบวนการกลั่นกรองของ สติปัญญา อารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานทางวัฒนธรรม การศึกษา และประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งยังได้เสนอแนะวิธีการหรือขั้นตอนในการเผชิญข้อขัดแย้งและการแก้ไขปัญหาตามลำดับดังนี้ (1) เมื่อเผชิญกับปัญหา ควรแยกแยะหา

ส่วนที่สำคัญของปัญหาและพิจารณาว่ามีข้อมูลอะไรบ้างและต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติม (2) รวบรวมข้อมูลที่ต้องการเพื่อจะให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น (3) รวบรวมสถานการณ์ขึ้นใหม่ จากข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมและความรู้ที่มีอยู่ (4) นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยอาศัยปรัชญาชีวิตของตนเองและวิชาชีพพร้อมกับความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (5) ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จะกลายเป็นทางเลือกสำหรับการปฏิบัติซึ่งพยาบาลต้องเลือกตัดสินใจ (6) ลงมือปฏิบัติตามทางเลือก ขณะเดียวกันต้องมีการทบทวนหรือยึดหยุ่นตลอดการกระทำ (7) ประเมินสิ่งที่ตัดสินใจเลือกและสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นผลอย่างไร และ (8) เก็บประสบการณ์นั้นเพื่อประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงต่อไป ซึ่งพอจะสรุปกระบวนการแก้ไขเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ตามแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิ 3 กระบวนการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ที่มา : Bergman, R. (1973). Ethic – concepts and practice. *International Nursing Review*, 20, 140 – 152.

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า พยาบาลยังใช้วิธีอื่น ๆ ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังการศึกษาของฟรายและแดมรอส (Fry & Damrosch, 1994) ที่สำรวจประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลร้อยละ 71 ใช้วิธีการเผชิญประเด็นจริยธรรมในการอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 51 อภิปรายกับหัวหน้างาน ร้อยละ 11 เท่านั้นที่ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมสอดคล้องกับการศึกษาของออร์ดูญา และคณะ (2544) ที่ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความขัดแย้งทางจริยธรรมและวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 3 ประการดังนี้ (1) พุดคุยปรึกษาหารือกัน (2) ทำใจให้สบาย และ (3) ทำหน้าที่เพื่อผู้ป่วย ขณะที่หลายฝ่ายรับรู้ว่าจะใช้วิธีการแก้ไขหรือเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างไรก็ตาม ย่อมต้องกระทบกับอีก

ประเด็นเสมอ ดูเสมือนกับว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไม่มีหนทางใดแก้ไขได้ การปล่อยวางจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่พยาบาลใช้ ทั้งนี้สอดคล้องกับหลักการพุทธศาสนาที่สอนให้พุทธศาสนิกชนปล่อยวาง ทำใจให้ เป็นสุข ซึ่งมีงานวิจัยของชาวลิคและคณะ (Chaowalit, Suttharangsee, & Takviriyannun, 1999) ที่ศึกษาปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลและการแก้ไขปัญหายจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้ของไทย ที่พบว่า มีแนวทางการแก้ไขดังนี้ (1) ระบายความรู้สึก (2) การปรึกษาผู้อื่น (3) การกระทำเชิงจริยธรรม (4) การปลง / ทำใจ และ (5) การคิดในทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่าเมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะใช้รูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายกันไป แต่ทั้งหมดก็จะสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สบายใจหรือความคับข้องใจ รวมถึงความเครียดที่ไม่สามารถจัดการความขัดแย้งไปได้ ดังผลการศึกษาของกาญจนา (2543) ที่พบผลด้านลบของการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่มี 4 ลักษณะ คือ (1) ยังค้างคาใจเพราะปัญหา ยังไม่ได้แก้ไข (2) สัมพันธภาพเสื่อมถอย (3) ค้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้และ (4) ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดของตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแก้ไข/การเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระทบต่อบุคคล และบุคคลนั้นประเมินเหตุการณ์นั้นด้วยกระบวนการทางความคิด (cognitive process) หรือประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) เพื่อตัดสินใจที่จะลงมือแก้ไขปัญหาหรือความคับข้องใจนั้น ๆ

กระบวนการประเมินการตัดสินใจด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประเมินแบ่งออกได้ 3 ขั้นตอน คือ

1. ประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินใจความรุนแรงและความสำคัญของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มากระทบต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะประเมินตัดสินใจออกไปใน 3 ลักษณะคือ

- 1.1 ไม่เกี่ยวข้องหรือกระทบต่อตนเอง ก็จะไม่แสดงปฏิกิริยาใด ๆ ออกมา
- 1.2 เกิดผลดีหรือมีประโยชน์ต่อตนเอง จะตอบสนองในทางบวก
- 1.3 เป็นความเครียด บุคคลจะประเมินในทางลบ ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ
 - เป็นอันตรายหรือสูญเสีย
 - เป็นการคุกคาม
 - เป็นการทำทาบ

2. ประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เมื่อบุคคลตระหนักว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด รับรู้ว่ามียอันตรายคุกคามชีวิตและความผาสุก บุคคลจะแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้เผชิญความเครียด (coping)

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) ประเมินซ้ำเมื่อเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดครั้งแรกแล้ว
ไม่ได้ผล

การเผชิญความเครียด ถือเป็นรูปแบบ / กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการ
เลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาของบุคคลจะเลือกตามบริบทของสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ ซึ่งรูปแบบ
ของการเผชิญความเครียดตามจุดมุ่งหมาย (focus of coping) ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus
& Folkman, 1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (problem focus from of coping) เป็นการ
พยายามมุ่งจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เมื่อบุคคลตระหนักดีว่าสามารถเปลี่ยนแปลง
เหตุการณ์ได้ โดยการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการตัดสินใจ

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ (emotional focus of coping) เป็นการ
พยายามลดหรือบรรเทาความกดดันที่เกิดขึ้นภายในใจลงเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ เพื่อบุคคล
ตระหนักว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะทำให้บุคคล
สนใจ คงไว้ซึ่งความหวังบุคคลเห็นแต่ในแง่ดี อย่างไรก็ตามวิธีการเผชิญความเครียดแบบนี้ไม่ได้
ช่วยแก้ไขปัญหา ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การพยายาม
อยู่ห่างไกลจากปัญหา (distancing) การมองเหตุการณ์ในทางบวก เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

คำว่า ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มาจากคำในภาษากรีกว่า phenomenon
หมายถึง ปรากฏ (appearance) และ logos หมายถึง การพิจารณาที่ดี มีเหตุผล (reason) (Walters,
1995) อย่างไรก็ตามคำว่าปรากฏการณ์วิทยา (phenomena) มีที่ใช้ในหลายสาขาวิชา ไม่ว่าจะเป็น
ในวิชาศาสนา (religion) ปรัชญา (philosophy) และฟิสิกส์ (physics) (Cohen, 1987) ปรากฏการณ์
วิทยาพัฒนามาจากปรัชญา ถือว่าเป็นกระบวนการของการทำความเข้าใจ หรือตีความในปรากฏ
การณ์ที่เกิดขึ้น (Omery, 1983) ปรากฏการณ์วิทยาได้รูปแบบมาจากวิชามนุษยศาสตร์ ซึ่งเน้นภาพ
รวมและบริบทรอบด้านโดยอาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจใน
สถานการณ์อย่างถ่องแท้ (นิสา, 2540) ซึ่งฟิลด์และมอร์ส (Field & Morse, 1985) ได้กล่าวไว้
อย่างสอดคล้องว่า การวิจัยเชิงคุณภาพ (quality research) เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการศึกษา
ปรากฏการณ์วิทยา หรือเหตุการณ์ที่ผู้ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นน้อยมาก

คำว่าปรากฏการณ์วิทยา กำเนิดมาจากคำปรัชญาของ เอ็ดมันด์ ฮัสเซิล (Edmund Husserl)
ซึ่งเป็นนักปราชญ์ชาวเยอรมัน เมื่อกลางศตวรรษที่ 19 และได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการ
ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (นิสา, 2540 ; Omery, 1983) โดยให้ความหมายของการศึกษาเชิง
ปรากฏการณ์วิทยาว่า หมายถึง วิธีการศึกษาโดยให้บุคคลได้อธิบายเรื่องราว และประสบการณ์

ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบมา เป็นการศึกษาถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ มีจุดเน้นที่มุ่งให้ความสนใจในการให้ความหมายต่อประสบการณ์ หรือปรากฏการณ์นั้น ๆ ของบุคคล (Koch, 1996 ; Oiler, 1982 cited by Leininger, 1991) ปรากฏการณ์วิทยาได้เป็นปรัชญาที่หยุดนิ่งอยู่กับที่ (stationary philosophy) หากแต่มีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ทั้งจากนักปรัชญาหลายคน หรือแม้แต่แก่นักปรัชญาคณคิม (Cohen, 1987 ; Streubert & Carpenter, 1995)

แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแตกต่างจากแนวคิดหรือมุมมองทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเน้นวิธีการและการแสวงหาความจริงเชิงสาเหตุ ต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสังเกต และหรือการทดลอง (empirical evidence) โดยนักปรากฏการณ์วิทยาเน้นเรื่องความสำคัญของการมีมุมมองอย่างรอบด้าน เพื่อการเข้าถึงรากเหง้าของพฤติกรรมมนุษย์ มองในภาพรวม (holistic) ในการเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละคน (นิสา, 2540) ซึ่งเมอร์ลิว – พอนตี (Merleau - Pontry, 1962 cited by Streubert & Carpenter, 1995) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิทยาศาสตร์ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายเฉพาะปรากฏการณ์ หรือสิ่งที่ปรากฏ และประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น เพื่อศึกษาหาความหมาย หาส่วนประกอบสำคัญให้ถึงแก่นแท้ เป็นปรัชญาที่แสวงหาความถูกต้องลึกซึ้ง ต้องอาศัยความเข้าใจโดยทักษะธรรมชาติในการกล่าวอ้างอิง โดยพยายามพรรณนาถึงประสบการณ์ในโลก ในสิ่งแวดล้อม ในช่วงเวลานั้นๆ

สำหรับทางการพยาบาล การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเริ่มเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง และเริ่มมีงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์ ตั้งแต่ปี 1980 (Walsh, 1996) ทั้งนี้เพราะตลอดเวลากว่า 35 ปี องค์ความรู้ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยวิวัฒนาการตามหลักวิทยาศาสตร์ยอมรับความรู้ที่ได้มาจากการทดลองด้วยระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ว่าครอบคลุมและเป็นความรู้จริง แต่เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการรวบรวมจัดหมวดหมู่ความรู้ พบอย่างสอดคล้องว่ามีใช่เฉพาะวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่จะทำให้เกิดเป็นความรู้ได้ หากรวมไปถึงความรู้ ความชำนาญ รู้อย่างลึกซึ้งถึงวิธีการหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น ศิลปทางการพยาบาล เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่การพยาบาลพยายาม เข้าใจซึ่งการให้ความหมายของบุคคลที่มีต่อความสุขสบาย การให้การดูแล เพื่อมุ่งเน้นให้การพยาบาลบุคคล จึงเกิดการหันเหเปลี่ยนซึ่งวิธีการศึกษาวิจัยที่เดิมเคยมุ่งเน้นด้วยระเบียบวิธีตามหลักปฏิฐานนิยม (positivist) หรือตามหลักวิทยาศาสตร์ มาใช้วิธีการศึกษาที่มุ่งสำรวจ (explor) และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (to understanding) (Pascoe, 1996) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา จึงถูกนำมาใช้และเป็นที่ยอมรับกันในงานวิจัยทางการพยาบาล เพราะเป็นวิธีที่อาศัยการสืบสวน ค้นหาคำตอบที่สมบูรณ์ สามารถทำให้เข้าใจในประสบการณ์ของมนุษย์ ซึ่งเป็นประสบการณ์จากชีวิตจริง ที่สำคัญที่พยาบาลต้องสืบสวนและหาความจริง ทั้งนี้เพราะการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพบุคคลตามความเป็นไปของบุคคลโดยเน้นในพื้นฐานเรื่องการดูแลอย่างองค์รวม นั่นคือดูแลจิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณ (mind, body and spirit) การดูแลอย่างองค์รวมเป็นจุดสำคัญเป็นแก่นแท้ของการปฏิบัติพยาบาล (Streubert &

Carpenter, 1995) มุมมองในองค์รวมเป็นการมองบุคคลในหลายแง่มุม ทั้งความเชื่อ การดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์กันในสังคม เป็นการค้นหาทั้งความเหมือนและความต่างของข้อมูลในแต่ละคน และยังมีกรนำข้อมูลที่ได้อไปเปรียบเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นไปแล้วด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่เป็นการค้นหาข้อมูลจากคำบอกเล่าของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าสาระสำคัญเหล่านั้นเป็นจริงภายใต้ประสบการณ์ของบุคคลนั้น ซึ่งสเปกเกิลเบิร์ก (Spiegelberg, 1965 cited by Streubert & Carpenter, 1995) กล่าวว่า สิ่งสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เชื่อว่า “อะไรคือรูปแบบ และประสบการณ์ชีวิตที่สำคัญของบุคคลนั้น” เพราะคนเราต้องผ่านประสบการณ์ชีวิต และมีกรสั่งสมให้แต่ละคนสร้างโลกแห่งความเป็นจริงของพวกเขา ในแต่ละคนอย่างไร ซึ่งจะเป็นความจริงตามความนึกคิด (subjective) ของคนนั้น ดังนั้นการประยุกต์วิธีการศึกษาแบบนี้จึงมีความสำคัญต่อวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล เพราะจำเป็นต้องเรียนรู้ประสบการณ์ในโลกของความเป็นจริงของมนุษย์เรา

เดวิส (Davis, 1973 cite by Koch, 1996) เป็นบุคคลแรกทางการแพทย์ที่ทำวิจัยทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้ระเบียบวิธีทางปรากฏการณ์วิทยา และแสดงให้เห็นว่าระเบียบวิธีทางปรากฏการณ์วิทยามีส่วนคล้ายคลึง และเหมือนกับการปฏิบัติทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาบาลทางคลินิกต้องมีทักษะในเรื่องการสังเกต (observation) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) การสัมภาษณ์ (interview) และการมีปฏิสัมพันธ์ ทักษะดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกันเป็นอันมาก ในมุมมองของเดวิส (Davis) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิก และวิธีการปฏิบัติงาน หรือการแก้ปัญหาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความลงตัวกันอย่างยิ่งที่สุด โดยจุดหลักใหญ่ (aim) ของการนำเอาปรัชญา หรือระเบียบวิธีทางปรากฏการณ์วิทยามาใช้กับงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ปรากฏการณ์ที่พยาบาลให้ความสำคัญ และมุ่งหาความหมาย พยายามสืบสวนเพื่อทำความเข้าใจ เป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลดังกล่าว พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล โดยการถาม (asking) ให้ผู้ป่วยได้อธิบาย (describe) ประสบการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำ ความรู้สึก อารมณ์ ความหวัง ลักษณะการพึ่งพา หรือแม้แต่การได้รับกำลังใจ เป็นความคิด ความรู้สึกในขณะนั้น ขณะที่บุคคลประสบอยู่ เป็นการหวนคิด ย้อนคิด จากความทรงจำ

เพื่อความเข้าใจในกระบวนการของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา นักวิจัยจึงควรทำความเข้าใจ และรู้การเคลื่อนไหวของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของปรัชญาแขนงนี้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ (Cohen, 1987 ; Reed, 1991 ; Streubert & Carpenter, 1995)

ระยะที่ 1 (preparatory phase) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญของยุคนี้คือ เบรันทาโน (Brentano) สมมติฐานเบื้องต้นทางปรัชญาของเบรันทาโน คือ บุคคลสามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคลหนึ่งได้ เพียงแค่การให้ความสนใจต่อการรับรู้ และให้ความหมายของบุคคลนั้น ด้วยความตระหนักอย่างมีสติ มีจิตสำนึก ที่เน้นคุณค่าการรับรู้ภายในตนของบุคคล (value of inner

2. สารสำคัญหรือแก่นแท้ (essence) ปรัชญาการณวิทยาของฮัสเซิล นอกจากมุ่งให้ความสนใจอย่างลึกซึ้ง และแท้จริงต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ยังมุ่งค้นหาสาระสำคัญ หรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุกประเด็น ด้วยความมีสติ มีจิตสำนึกอย่างรอบคอบ และตามการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (world) ที่เป็นอย่างมีชีวิตชีวา (Oiler, 1982 cited by Leininger, 1991) อุปมาได้ว่า ถ้าปรัชญาการณวิทยาของ ฮัสเซิลสนใจในข้อมูลบอกเล่า (objective) ระเบียบวิธีวิจัยทางปรัชญาการณวิทยาที่จะหมายถึง การนำเสนอซึ่งเรื่องราวสาระอย่างเป็นระบบ ตามกระบวนการรับรู้ (cognitive process) นั่นคือ ตามมุมมองของความรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ความเข้าใจ ความสนใจ ความคิด และการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น ๆ (Benner & Wrubel, 1989 cited by Koch, 1996)

3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenology reduction) คำถามการวิจัยจะได้คำตอบจากขั้นตอนการทอนปรากฏการณ์วิทยา (Koch, 1996) ทั้งนี้เพราะ ขั้นแรกของระเบียบวิธีทางปรัชญาการณวิทยาของ ฮัสเซิล คือการกำจัดทิ้ง หรือเอาความคิดต่างๆ ที่มีอยู่เดิมออก (elimination) (Schutz, 1970 cited by Koch, 1996)

การทอนปรากฏการณ์วิทยา เป็นคำที่ ฮัสเซิลเรียก การเปลี่ยนแนวทัศนคติจากธรรมชาติ (nature attitude) มาเป็นมุมมองด้วยทัศนคติเชิงปรัชญา (philosophy attitude) การทอนปรากฏการณ์เป็นการลดความซับซ้อนของปัญหา ด้วยการกำจัดเอาความอคติของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (world) (Walters, 1995) เป็นผลให้บุคคลมุ่งความสนใจไปที่การสืบสวนเพื่อทำความเข้าใจในสิ่งของหรือคำบอกเล่า นอกจากการลดอคติแล้ว ฮัสเซิล ยังเสนอว่า ควรจะเอาความเชื่อ (belief) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมออกไปด้วย (Koch, 1996) ขั้นตอนนี้ทำให้ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์แตกฉานออกไปทุกแง่ทุกมุม เพื่อจะได้สามารถถลั่นกรองเอาสิ่งที่เป็นแก่นออกมาจากปรากฏการณ์ทั่วไปได้ และยังช่วยให้สืบสวนหาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของปรากฏการณ์ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น (ศรีเพ็ญ, 2532)

การทอนปรากฏการณ์ สตีเวนเบิร์ก และคาร์เพนเตอร์ (Streubert & Carpenter, 1995) ได้กล่าวไว้ว่า เริ่มต้นที่การตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับความเชื่อ ข้อสันนิษฐาน และความลำเอียงต่าง ๆ เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ภายใต้การสืบสวนหาข้อเท็จจริง (investigation) แยกตัวปรากฏการณ์ (pure phenomena) ออกจากความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเฉพาะกับปรากฏการณ์นั้น ๆ วิธีนี้จะเป็วิธีที่ทำให้เห็นเด่นชัดถึงความจริงของตัวปรากฏการณ์ อย่างอิสระ จากความคิดที่ได้ไตร่ตรองไว้ก่อน

นอกจากนี้เมอร์ลิว - พอนตี (Merleau - Ponty, 1956 cited by Streubert & Carpenter, 1995) ยังกล่าวไว้ว่า เป็นไปได้ยากที่การทอนปรากฏการณ์จะเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลมีความใกล้ชิด กับสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนในการทอนปรากฏการณ์ เริ่มแรกนักวิจัยเชิงปรัชญาการณวิทยาต้องระบุ ความนึกคิดที่คิดไว้ล่วงหน้า (notion) หรือความคิด (idea) เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นไว้ ต่อจากนั้นมาคว่านักวิจัยมีความเชื่อเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นอย่างไร และอะไร

แล้ว นำมาจัดกลุ่มแยกไว้ ที่สำคัญนักวิจัยต้องเล็งเอาความรู้ หรือความเชื่อในปรากฏการณ์นั้น ออกไป ขณะที่กำลังสืบสวนหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ เพื่อเป็นการป้องกันการรบกวน (interfering) ข้อมูลที่กำลังศึกษา

นักปราชญ์คนที่ 2 ที่มีบทบาทในระยะที่สอง ก็คือ ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) เป็นศิษย์ของฮัสเซิล (Koch, 1996 ; Walters, 1995) ในขณะที่ปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิลมุ่งสนใจในการอธิบายในการมีชีวิตอยู่จริงในโลก หรือสิ่งแวดล้อมของบุคคลผู้บอกเล่า หรือให้ข้อมูล โดยไม่ต้องการตีความ ไฮเดกเกอร์ มีมุมมองที่ขัดแย้งกับ ฮัสเซิล ในเรื่องการขจัดออก ซึ่งความเชื่อของบุคคลต่อปรากฏการณ์ (bracket) หรือการแยกตัวเองออกจากโลกหรือสิ่งแวดล้อม โดยไฮเดกเกอร์ มองว่า ความเป็นอยู่ หรือการดำเนินไปของชีวิตของบุคคล (human being) ไม่สามารถปฏิเสธความจริงในเบื้องต้นของการมีชีวิตอยู่จริงตามสิ่งแวดล้อม สำหรับไฮเดกเกอร์ มองว่าบุคคลย่อมมีเอกภาพ และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่ตนเป็นอยู่ ความแม่นยำ ที่ตรงไปตรงมา ที่เป็นไปได้คือ การปล่อยให้บุคคลได้บอกกล่าวความเป็นตัวของตัวเอง (show themself) ตามความเข้าใจของตัวเอง ตามความสัมพันธ์ที่ตนเป็นอยู่จริง ด้วยวิธีที่เข้าใจง่าย (intelligible) โดยสรุปคือ ไฮเดกเกอร์ มองว่าบุคคล (person) ไม่สามารถแยก (separate) ออกจากตัวเอง ออกจากโลก หรือสิ่งแวดล้อมได้ จึงไม่เห็นด้วยกับมุมมองของ ฮัสเซิล (Dryfus, 1987 cited by Walters, 1995)

แต่อย่างไรก็ตามในยุคที่สองของปรากฏการณ์วิทยา ก็ถึงจุดวิกฤต เพราะเป็นช่วงเวลาสงครามในเยอรมัน ระบบการปกครองของนาซี (Nazi regime) เข้าามีบทบาทในสังคมทั้งฮัสเซิล ซึ่งเป็นชาวยิว และไฮเดกเกอร์ ที่หันไปฝึกฝนในระบบการปกครอง งานเขียนจึงออกมาน้อยในช่วงนี้ ระยะที่สองจึงสิ้นสุดลง (Cohen, 1987)

ระยะที่สาม (French phase)

ปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ฝรั่งเศส และเริ่มมีอิทธิพลต่อนักปรัชญาในฝรั่งเศส (Cohen, 1987) โดยงานเขียนของ ฮัสเซิลได้ถูกแปลออกไปหลายภาษา (Reeder, 1989) แต่ก็พบว่าไฮเดกเกอร์ เป็นที่รู้จักมากกว่าฮัสเซิล

ยุคนี้เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีการพัฒนาแนวคิดให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น จากมุมมองที่แตกต่างหลากหลาย จากนักปรัชญาหลาย ๆ คน หรือคนเดียวกัน (Streubert & Carpenter, 1995) รวมทั้งนักจิตวิทยา (psychologist) จิตแพทย์ (psychiatrist) ที่รู้จักและกล่าวถึงกันมากก็คือ ซาตรี (Satre) และ เมอร์ลิว - พอนทรี (Merleau - Pontry) ซึ่งสนใจการปรากฏเป็นรูปร่างตามความเป็นจริง (embodiment) และการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being - in - the - world) โดยเชื่อว่าการกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคลล้วนมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ การมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์จริง (lived experience) นั่นคือการที่ตัวของบุคคลเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย ความรู้สึก ความคิด หรือประสาทสัมผัสทั้ง 5 อยู่ในสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Streubert & Carpenter, 1995) และนั่นเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแสดงออกมา

ซึ่งพฤติกรรม และมีลักษณะเฉพาะตัวบุคคล (Cohen, 1987) และเน้นความมีอิสระ ความเป็นตัวของตัวเองมากที่สุด ในการรับรู้ทุก ๆ เรื่องของบุคคล (Merleau – Ponty, 1962 cited in Cohen, 1987) ไฮเดรกเจอร์ ได้พัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ออกไปโดยเรียกเป็นปรากฏการณ์เชิงตีความ (hermeneutic phenomenology) (Annel, 1996 ; Koch, 1996 ; Plagger, 1994) ในความเป็นจริง ปรากฏการณ์วิทยา ระหว่างฮัสเซิลและไฮเดรกเจอร์ มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์ก็จะมุ่งไปที่ตัวปรากฏการณ์นั้น ๆ ด้วยการสืบสวนอย่างลึกซึ้ง (to the thing themselves) สำหรับความต่างก็อยู่ที่ไฮเดรกเจอร์ พิสูจน์ได้ว่า การเอาออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อต่อปรากฏการณ์ หรือการรับรู้ที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ (bracketing) นั้น ไม่สามารถทำได้จริง และได้แย้งว่า สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกได้ และสิ่งเหล่านั้นค่อนข้างจะเป็นสิ่งที่สำคัญ เป็นเนื้อหาสาระ (matter) ที่จะนำไปสู่ความจริง หรือความถูกต้อง เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ โดยเฉพาะ และมีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้น ๆ อย่างถ่องแท้ ลึกซึ้ง (insight) (Bleicher, 1980 cited by Koch, 1996) ซึ่งไฮเดรกเจอร์ แนะนำว่า การมีส่วนร่วมในการตีความ หรือแปลความของ ผู้ศึกษาร่วมกับผู้ให้ข้อมูล จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำและเที่ยงตรง เพราะเป็นการประสาน หรือรวมความสำคัญในบริบทของประสบการณ์ที่กำลังศึกษา ซึ่งต่อมา กาดามเมอร์ (Gadamer) เรียกว่า การหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) ดังนั้นวงจรการตีความ (hermeneutic circle) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Koch, 1996)

กาดามเมอร์ (Gadamer, 1976 cited by Koch, 1996) กล่าวว่า การตีความ หรือการแปลความ (hermeneutics) เป็นการทำให้เกิดความกระจ่างชัด หรือเข้าใจง่ายขึ้นในเงื่อนไข หรือข้อแม้ของการเกิดความเข้าใจ (understanding take place) มิใช่เป็นการพัฒนากระบวนการ หรือวิธีการปฏิบัติของการเข้าใจ

กาดามเมอร์ เป็นศิษย์ของไฮเดรกเจอร์ ถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญของปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยกาดามเมอร์ได้แผ่ขยายความเข้าใจในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดรกเจอร์ที่มุ่งสำรวจค้นหาความจริง ทำความเข้าใจในปรากฏการณ์โดยกล่าวว่า ปรัชญาการตีความ เป็นการสะท้อนออกมาซึ่งสิ่งที่กำลังดำเนินอยู่ โดยอาศัยหลักการหรือวิธีการ (method) ซึ่งกาดามเมอร์ เน้นในเรื่องการใช้ภาษา (language) วงจรการตีความ (hermeneutics circle) การสนทนา (dialogue) และการหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) (Koch, 1996)

ภาษา ใช้ในการค้นหาความหมายของประสบการณ์ชีวิตโดยผ่านความเข้าใจ จะทำให้เห็นมุมมองของประสบการณ์โดยละเอียด โดยการใช้บทสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้างแน่นอน และจำเป็นต้องใช้ภาษาเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสาร หรือทำความเข้าใจ (Konda, 1993 อ้างตามขวัญตา, 2542) ภาษาจึงเป็นพื้นฐานของการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ด้วยการพูดคุย

เพื่อค้นหาความหมายจากสิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าต่อบุคคลในบริบทที่เขาเป็นอยู่ และเน้นให้เห็นว่าการยืนยันข้อเท็จจริงในบริบทที่ศึกษาสามารถทำได้โดยวิธีการพูดคุยเท่านั้น

วงจรการตีความ หรือการเชื่อมโยงประสบการณ์จากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่ง หมายถึง การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับ หรือเข้าใจมาก่อน (past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยจะแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบันและจะส่งผลถึงการกระทำในอนาคต นั่นคือบุคคลจะเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการนำเอาประสบการณ์ครั้งใหม่ไปผสมผสานกันกับประสบการณ์ส่วนอื่น ๆ ที่เคยมีมาก่อน (Palmer, 1969 cited in Thaniwattanon, 1995)

การหล่อหลอมความเข้าใจ เป็นการรวบรวมความสำคัญ ความหมาย หรือจุดเด่นของประสบการณ์ที่กำลังศึกษาก่อนทำความเข้าใจ โดยผู้วิจัยต้องมองหาสิ่งที่ต้องการค้นหาความหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างกว้าง ๆ ไม่มีขอบเขต และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ครอบคลุมรายละเอียดของปรากฏการณ์ทั้งหมด และมองภาพรวมอีกครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

เรย์ (Ray, 1994) ได้กล่าวว่าการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามี 6 ขั้นตอนหรือ 6 ลักษณะ คือ (1) การศึกษาในเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) ที่มีการกำหนดแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วอภิปรายผลการศึกษา (2) การศึกษาแบบเน้นสาระความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ (3) การศึกษาปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏ (phenomenology of appearance) เป็นการเฝ้ามองเพื่อค้นหาความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่แตกต่างกัน (4) การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (constitution phenomenology) เป็นการสำรวจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติระมัดระวัง (5) การศึกษาส่วนย่อยของปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของผลการศึกษา และ (6) การศึกษาความหมายของปรากฏการณ์ (hermeneutics phenomenology) เป็นการแปลความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นจุดเน้นของการศึกษาทางปรากฏการณ์ในปัจจุบัน และการพัฒนาดังกล่าวก็เพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพราะวิชาชีพพยาบาลศึกษาความเป็นไปของมนุษย์เพื่อให้การดูแลบุคคลตามที่บุคคลเป็นอยู่ ค้นหาความหมายประสบการณ์ของบุคคลผ่านการพูดคุยอย่างลึกซึ้งกับบุคคลที่มีชีวิตอยู่กับเหตุการณ์นั้นๆ เน้นที่ศึกษาประสบการณ์ของบุคคลอย่างต่อเนื่องวันต่อวัน และมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นแหล่งเก็บสะสมข้อมูล และ ประสบการณ์ของบุคคล ข้อมบ่งบอกถึง จินตนาการ มโนภาพ ความรู้ แนวคิด คุณค่า และทัศนคติของบุคคล การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นการพยายามแปลความหมาย และอธิบายความคิด และการกระทำของมนุษย์ตามความเป็นจริง (Holstein & Gubrium, 1994)

นอกจากนี้ มันทอลล์ (Munhall, 1994 cited by Annel, 1996) เชื่อว่าในการที่พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลได้ พยาบาลต้องสืบสวน และทำความเข้าใจให้ชัดเจนในประสบการณ์ของ

บุคคล ผู้ซึ่งบอกเล่า หรืออธิบายตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในการปฏิบัติพยาบาล เพื่อการรักษา สุขภาพ รักษาสิ่งแวดล้อม การใส่ใจให้คุณค่าความเป็นบุคคลโดยรวม สนใจในการให้ความหมาย ต่อประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในประสบการณ์ เพื่อความเข้าใจในทุกวันของการมีชีวิตอยู่ของ บุคคล ผู้มารับบริการ สิ่งที่เหมาะสมสำหรับการตอบคำถามในปรากฏการณ์ทางการพยาบาล นั่นคือ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutics phenomenology)

ซึ่งเรย์ (Ray, 1994) ยังได้กล่าวถึงประโยชน์ของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์แบบตีความ ว่าเป็นการพิจารณาถึงประสบการณ์ด้วยกระบวนการพิจารณาโดยเหตุผล (dialectical) มีการใช้ ภาษาที่เป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจอย่างเป็นสากล (universality of language) ทั้งผู้ให้การดูแล และผู้รับการดูแล สนับสนุนการใช้ทักษะการฟัง (skill of listening) ทั้งของผู้พูด และการทำความเข้าใจในภาษาที่พูดที่ให้ความหมาย รวมทั้งยังให้มุมมองที่กว้างไกล ครอบคลุมในรายละเอียดของ ปรากฏการณ์ โดยเฉพาะในขั้นตอนของการหล่อหลอมความเข้าใจที่ทำให้เน้นในรายละเอียดของ อดีต ปัจจุบัน และอนาคตของบุคคลในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ เฮอร์แมนนิติกส์ ต้องมีความเข้าใจความเป็น บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องอยู่กับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งไฮเคเกอร์ได้อธิบายธรรมชาติของบุคคล

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความ สัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม (world) หรือสิ่งที่ติดตัวเขามาตั้งแต่เกิด ซึ่งสิ่งแวดล้อมมีความหมายถึง กลุ่มของสัมพันธ์ภาพ การปฏิบัติและภาษาที่บุคคลได้รับมาจากการอยู่ในวัฒนธรรมนั้น (Leonard, 1994)

2. บุคคลเป็นผู้มีชีวิตอยู่เพื่อการให้ความหมายและคุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) นั่นคือความเป็นมนุษย์ไม่เพียงแต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งที่มี ความหมายและคุณค่าเท่านั้น แต่ยังมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา และ สถานการณ์ของแต่ละบุคคล การทำความเข้าใจพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลจึงต้อง ศึกษาบุคคลในบริบทของเขาที่บุคคลให้คุณค่า และให้ความสำคัญ (Leonard, 1994) การบรรยาย ถึงความเข้าใจจึงเป็นสิ่งเดียวกันกับการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติใน ปัจจุบัน (hermeneutics circle) นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่ง ที่เขาได้รู้จักอย่างคึกมาก่อน ซึ่งบุคคลเข้าใจในตัวของตัวเองนั้น โดยการเอาเข้าไปรวมกันกับส่วนอื่น ๆ (Palmer, 1969 cited by Thaniwattananon, 1995)

3. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self – interpreting) การมีชีวิตอยู่ ของบุคคลคือ การแปลความหมายด้วยตนเอง การแปลความหมายของบุคคลจะถูกรวมเข้าไปกับ ภาษา ทักษะ และการปฏิบัติทางวัฒนธรรม (Benner, 1994) ซึ่งไฮเคเกอร์ อธิบายว่า การแปล ความหมายเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นมาจากระดับความมีสติของแต่ละบุคคลอย่างที่คุณคนั้นเกี่ยวข้องอยู่

กับสิ่งอื่น แต่ได้รับมาจากภาษาและประเพณีวัฒนธรรมและสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้นต่อเขา ที่มีผลมาจากภูมิหลังที่สำคัญ (Leonard, 1994)

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกายแต่ยังมีการรวมสิ่งอื่น ๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือการปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไปขึ้นกับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่น ๆ (shared) การรวบรวมสิ่งต่าง ๆ (embodied) และการรับรู้ (Benner et al, 1994) โดยตัวบุคคลจะรวมการให้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมอยู่ภายในตนเอง (Leonard, 1994)

5. บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) บุคคลเป็นผู้มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลา ซึ่งมีมิติของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิต การมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจโดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคตต่อไปด้วย (Leonard, 1994)

จากแนวคิดและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนในประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล สามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของพยาบาลได้อย่างครอบคลุมในบริบทของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการศึกษาดังกล่าว เพื่อศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจะได้ทราบถึงการให้ความหมายและความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีต่อพยาบาล การแก้ไขและการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล และผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นไปตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล และทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล