

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 110 ราย ในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และวิธีที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

2.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.3 วิธีกรที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ส่วนที่ 3 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่กำหนด

3.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

3.1.1 ความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด

3.1.2 ความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด

3.1.3 ลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

3.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.2.1 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.2.2 ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของแต่ละรูปแบบ

3.2.3 หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประวัติการศึกษาจริยธรรม การประชุมหรืออบรม เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลอายุ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	107	97.27
ชาย	3	2.72
ศาสนา		
พุทธ	102	92.73
อิสลาม	7	6.36
คริสต์	1	0.91
สถานภาพสมรส		
โสด	55	50.00
คู่	51	46.36
หย่า/แยก	3	2.73
หม้าย	1	0.91
รายได้ (บาท/เดือน)		
5,000-10,000	45	40.91
10,001-15,000	41	37.27
15,001-20,000	19	17.27
มากกว่า 20,000	5	4.55
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	104	94.55
ปริญญาโทสาขาการพยาบาล	6	5.45

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
ศัลยกรรม	61	55.45
อายุรกรรม	49	44.55
การศึกษาจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาล		
ได้รับ	108	98.18
ไม่ได้รับ	2	1.82
การประชุม/อบรมจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา		
ได้รับ	81	73.64
ไม่ได้รับ	29	26.36
หัวข้อที่เข้าประชุม/อบรมเกี่ยวกับจริยธรรม*		
จริยธรรมทางการพยาบาล	73	66.36
จริยธรรมทั่วไป	61	55.46
จริยธรรมกับกฎหมาย	47	42.73
การตัดสินใจเชิงจริยธรรม	35	31.82
การประชุม/อบรม/สัมมนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		
ได้รับ	51	46.36
ไม่ได้รับ	59	53.64

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของอายุ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง (N=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล (ปี)	M	SD	Min	Max
อายุ	31.31	5.54	23	44
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	6.67	4.70	1	20
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	6.85	4.54	1	18

M = Mean SD = Standard deviation Min = Minimum Max = Maximum

จากตาราง 1 และตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 ราย มีอายุระหว่าง 23-44 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 31 ปี (SD=5.54) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.27 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.73 มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 50.00 รองลงมาร้อยละ 46.36 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีผู้จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลเพียงร้อยละ 5.45 รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 รองลงมาร้อยละ 37.27 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท/เดือน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 55.45 หอผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 44.55 โดยมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 7 ปี (SD=4.70) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เฉลี่ย 7 ปี (SD=4.54)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.18 ได้รับความศึกษาจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษพยาบาล และร้อยละ 73.64 ได้รับความประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา โดยร้อยละ 66.4 ได้รับความอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 42.73 ได้รับความอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมกับกฎหมาย และร้อยละ 31.82 ได้รับความอบรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.36 ได้รับความประชุม อบรมหรือสัมมนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และวิธีที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

ข้อมูลส่วนนี้ประกอบด้วย ความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวลเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนผลกระทบทางลบที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังแสดงในตาราง 3- ตาราง 6

2.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา (N=110)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา	ไม่เคย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเผชิญสถานการณ์ที่เป็น ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม	0	0	47	42.73	43	39.09	20	18.18
2. ความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม	0	0	31	28.18	55	50.00	24	21.82

ตาราง 3 แสดงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยพบว่าร้อยละ 42.73 เผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนานๆครั้ง รองลงมาคือ บางครั้ง และบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.09 และร้อยละ 18.18 ตามลำดับ ซึ่งความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบางครั้ง และบ่อยครั้งรวมกันมากกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 57.27) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวลเป็นบางครั้ง เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้ง

ทางจริยธรรม รองลงมาคือ รู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวลนานๆ ครั้ง และบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.18 และร้อยละ 21.82 ตามลำดับ ซึ่งความรู้สึกรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวลบางครั้ง และบ่อยครั้ง รวมกันคิดเป็นร้อยละ 71.82 นอกจากนี้พบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ไม่เคยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเลย

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของผลกระทบทางลบ จากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (N=110)

ผลกระทบทางลบ	M	SD	Min	Max
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	5.37	2.35	0	10
ทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ	5.25	2.37	0	10
สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน	3.88	2.58	0	10
กิจวัตรประจำวัน	2.64	2.08	0	8
อื่นๆ	0.65	2.24	0	10

จากตาราง 4 พบว่าผลกระทบทางลบที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในด้านต่างๆ มีคะแนนระหว่าง 0-8 และ 0-10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยคือ ผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 5.37 (SD=2.35) ทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 5.25 (SD=2.37) ผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.88 (SD=2.58) สำหรับด้านที่มีผลกระทบน้อยที่สุดคือ กิจวัตรประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ย 2.64 (SD=2.08) ส่วนผลกระทบด้านอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ย 0.65 (SD=2.24) ได้แก่ สัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย รู้สึกหดหู่ใจในการดำรงชีวิต และภาพพจน์ในการให้บริการ

2.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา (N=110)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา	ไม่เคย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	0	0	58	52.73	42	38.18	10	9.09
2. การปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม								
2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล	21	19.09	41	37.27	38	34.55	10	9.09
2.2 วิเคราะห์ข้อมูล	29	26.36	46	41.82	28	25.46	7	6.36
2.3 กำหนดประเด็นขัดแย้ง	26	23.64	46	41.82	34	30.91	4	3.63
2.4 พิจารณาทางเลือก	0	0	44	40.00	49	44.55	17	15.45
2.5 วิเคราะห์ทางเลือก	0	0	42	38.18	38	34.55	30	27.27
2.6 ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ	0	0	39	35.45	45	40.91	26	23.64

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.73 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนานๆครั้ง รองลงมาคือ บางครั้งและบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.18 และ 9.09 ตามลำดับ สำหรับความถี่ของการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้ง 6 ขั้นตอน พบว่า 4 ขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดปฏิบัติ นานๆครั้งคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 37.27) การวิเคราะห์ข้อมูล (ร้อยละ 41.82) การกำหนดประเด็นขัดแย้ง (ร้อยละ 41.82) และการวิเคราะห์ทางเลือก (ร้อยละ 38.18) ส่วนขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดปฏิบัติเป็นบางครั้งคือ การพิจารณาทางเลือก (ร้อยละ 44.55) และการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ (ร้อยละ 40.91) นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ร้อยละ 19-26 ที่ไม่เคยปฏิบัติในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 19.09) การวิเคราะห์ข้อมูล (ร้อยละ 26.36) การกำหนดประเด็นขัดแย้ง (ร้อยละ 23.64)

2.3 วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (N=110)

วิธีที่ใช้ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
พยายามหาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ	109	99.09
ปรึกษาผู้อื่นเพื่อแก้ไขปัญหา	108	98.18
พูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ	108	98.18
ปลง/ทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์นั้น	103	93.64
ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	102	92.73
ปลีกตัวออกจากสถานการณ์	78	70.91
อื่นๆ	3	2.72

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 6 แสดงวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 ใช้วิธีการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 5 ลักษณะดังนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ 99.09 ใช้วิธีพยายามหาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ รองลงมาคือ ปรึกษาผู้อื่นเพื่อแก้ไขปัญหาและพูดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ คิดเป็นร้อยละ 98.18 เท่ากัน ร้อยละ 93.64 ปลง/ทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์นั้น และร้อยละ 92.73 ใช้วิธีทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.91 ใช้วิธีปลีกตัวออกจากสถานการณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.72 ใช้วิธีอื่นๆ ซึ่งได้แก่ หาทางระบายโดยวิธีต่างๆ เช่น ชีตเขียนกระดาษแรงๆ หรือแอบร้องไห้คนเดียว ปรึกษาผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเฉพาะ และคิดหาทางแก้ไขปัญหาและให้การพยาบาลตามความเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหลายๆวิธีร่วมกัน

ส่วนที่ 3 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่กำหนด

3.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่กำหนด

ข้อมูลประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง จากสถานการณ์ที่กำหนด ประกอบด้วยความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนความรู้สึกรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังแสดงในตาราง 7- ตาราง 13

3.1.1 ความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (N=110)

สถานการณ์ที่กำหนด	ไม่เคย		นานๆครั้ง		บางครั้ง		บ่อยครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์	6	5.45	62	56.37	30	27.27	12	10.91
2. จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วย อย่างไร?	27	24.55	61	55.45	15	13.64	7	6.36
3. เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต	9	8.18	72	65.46	23	20.91	6	5.45
4. เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย	25	22.73	54	49.09	21	19.09	10	9.09
5. เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?	0	0	53	48.18	48	43.64	9	8.18

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด และมากกว่าร้อยละ 48 ที่เคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทุกสถานการณ์นานๆครั้งคือ สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 56.37) สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? (ร้อยละ 55.45) สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต (ร้อยละ 65.46) สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย (ร้อยละ 49.09) และสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน? (ร้อยละ 48.18) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 เคยเผชิญสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 94.55) และสถาน

การณที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยี้ดชีวิต (ร้อยละ 91.82) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 75 เคยเผชิญสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย (ร้อยละ 77.27) และสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? (ร้อยละ 75.45) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยเผชิญสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? โดยกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญสถานการณ์นี้บางครั้งและบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.82

3.1.2 ความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (N=110)

สถานการณ์ที่กำหนด	ความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ			
	M	SD	Min	Max
1. เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์	5.88	1.86	2	10
2. จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?	6.99	1.90	3	10
3. เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยี้ดชีวิต	7.98	1.85	3	10
4. เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย	7.61	1.71	2	10
5. เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน?	6.64	1.89	2	10

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2-10 และ 3-10 โดยสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยี้ดชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจคือ 7.98 (SD=1.85) รองลงมาคือสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 7.61 (SD=1.71) สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? คะแนนเฉลี่ย 6.99 (SD=1.90) สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? คะแนนเฉลี่ย 6.64 (SD=1.89) และสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์นี้ 5.88 (SD=1.86)

3.1.3 ลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่กำหนด

สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

นางสาวลิ เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง หัวหน้าเวรมอบหมายให้นางสาวลิดูแลผู้ป่วยทีมสอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อและมีผู้ป่วยเอดส์รวมอยู่ด้วย เนื่องจากมีข้อตกลงร่วมกันในแผนกที่จะต้องผลัดเปลี่ยนทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกสัปดาห์ เพื่อไม่ให้พยาบาลแต่ละคนต้องสัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำ นางสาวลิอยากปฏิเสธที่จะดูแลผู้ป่วยทีมดังกล่าว เนื่องจากรับรู้วาระระยะนี้ตนเองสุขภาพไม่แข็งแรง และช่วงนี้มีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีญาติ มีอาการถ่ายเหลวบ่อย ใช้สูง หายใจเหนื่อยต้องให้การดูแลใกล้ชิด ขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยดึงสายน้ำเกลือออกมีเลือดเประอะเปื้อน ต้องเปิดเส้นใหม่ซึ่งเส้นเลือดค่อนข้างแข็งและแตกง่าย จากอาการปัจจุบันผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แต่แพทย์เจ้าของไข้เห็นว่า หากผู้ป่วยดึงสายน้ำเกลือออกบ่อย ให้งดยาฉีดทางหลอดเลือดดำก็ได้

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้	79	71.82
2. อยากเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เสี่ยง แต่ไม่สบายใจที่ดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที	16	14.54
3. ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ กับผลเสียที่อาจเกิดกับตนเอง	8	7.27
4. อยากปฏิเสธการดูแล แต่ไม่อยากผลักระให้ผู้อื่น	4	3.64
5. ไม่ขัดแย้ง	3	2.73
6. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้	2	1.82

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ 4 ลักษณะคือ (1) ไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ (2) อยากเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เสี่ยง แต่ไม่สบายใจที่ดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที (3) ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ กับผลเสียที่อาจเกิดกับตนเอง และ (4) อยากปฏิเสธการดูแล แต่ไม่อยากผลักระให้ผู้อื่น นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งเมื่อเผชิญสถานการณ์นี้ ในขณะที่บางรายก็ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้

1. **ไม่อยากจะดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 79 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.82 ได้บอกถึงประเด็นขัดแย้งระหว่างการทำไม่อยากจะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วงที่ตนเองสุขภาพไม่แข็งแรง แต่ด้วยสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่อยากจะให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้ กลัวได้รับอุบัติเหตุหรือติดเชื้อจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงที่สุขภาพของพยาบาลไม่แข็งแรงโอกาสจะได้รับเชื้อเกิดง่าย แต่จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“อยากจะทำปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากต้องดูแลสุขภาพของตัวเองให้แข็งแรงก่อน แต่ความรับผิดชอบต่อหน้าที่จึงต้องทำให้ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด...สุขภาพตนเองสำคัญ ความรับผิดชอบก็สำคัญเช่นกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

2. **อยากเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เสี่ยง แต่ไม่สบายใจที่ดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 16 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.54 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อตนเองอยากเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ในเวลาเดียวกันก็รู้สึกว่าการกระทำเช่นนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ จึงเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดในช่วงที่สุขภาพตนเองไม่แข็งแรง ผู้ป่วยเองก็ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา กิจกรรมหลายอย่างที่ไม่อยากปฏิบัติ เช่นการเปิดเส้นเพื่อให้น้ำเกลือใหม่ ทำให้เสี่ยงที่ต้องใช้เข็มและปนเปื้อนเลือด ผู้ป่วยมีเสมหะมากยิ่งเสี่ยงมาก แต่ถ้าดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่ ก็รู้สึกไม่สบายใจ หากอาการเลวลง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 100)

3. **ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ กับผลเสียที่อาจเกิดกับตนเอง** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 8 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.27 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อต้องดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งอาจทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงที่มีปัญหาสุขภาพ แต่หากคำนึงถึงประโยชน์ของตนเองมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากการดูแล จึงเกิดความลังเลว่าควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพียงใด จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ และในเวลาเดียวกันก็ไม่เกิดผลเสียต่อตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เกิดประเด็นขัดแย้งระหว่างหน้าที่ที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ในเวลาเดียวกันสุขภาพของตัวเองก็ต้องดูแลรักษา ต้องซึ่่งน้ำหนักเลือกทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 41)

“การดูแลผู้ป่วยทุกรายเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ปฏิเสธผู้ป่วยหรือเลือกปฏิบัติไม่ได้ แต่ไม่อยากให้ตัวเองต้องเสี่ยงมากเกินไป คงต้องดูว่าถ้าช่วยแล้วผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะดีขึ้นก็ต้องดูแลโดยใช้หลัก UP (universal precautions) แต่ถ้าเสี่ยงแล้วไม่คุ้ม ก็คงจะต้องเลือกให้ตัวเองปลอดภัย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 62)

4. อยากปฏิเสธการดูแล แต่ไม่อยากผลักรถให้ผู้อื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อตนเองอยากปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วงที่สุขภาพไม่แข็งแรง แต่ถ้าตนเองไม่ทำ ผู้ร่วมงานอื่นก็จะต้องถูกมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้แทน ขณะที่รับรู้ดีว่าทุกคนก็ไม่อยากดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่อยากทำงานที่เสี่ยงต่อตัวเอง แต่ถ้าไม่ทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ขอลาป่วย ผู้ร่วมงานอื่นก็ต้องถูกหัวหน้าแ้วมอบหมายให้ดูแลแทน จะเป็นการเห็นแก่ตัวเอาเปรียบเพื่อนร่วมงาน เพราะถ้าเราไม่อยากดูแลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ร่วมงานคนอื่นๆก็คงไม่อยากดูแลเช่นกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 66)

“อยากปฏิเสธการดูแลเนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง แต่ก็คงปฏิเสธไม่ได้เพราะแต่ละคนก็คงไม่อยากเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยเอดส์บ่อยๆ เกรงใจที่จะขอเปลี่ยนเวรกับผู้อื่น เพราะทุกคนก็ต้องผลัดเปลี่ยนที่มกันดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลงของแผนกอยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 109)

5. ไม่ขัดแย้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 3 รายจากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.73 ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งจากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

6. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ไม่สามารถระบุถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ชัดเจนจากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

ชายไม่ทราบชื่อ วัย 30 ปี ตำรวจพบนอนอยู่ข้างถนนจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในอาการสับสน มีกลิ่นแอลกอฮอล์ บริเวณเข้าขวามีแผลเปิด ต่อมามีอาการหายใจช้าลึกมีเสียงเสมหะในคอ ได้รับการเจาะเลือดตามแผนการรักษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผลปกติ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และรับไว้สังเกตอาการในหอผู้ป่วย ผลเลือดพบว่า มีเชื้อเอชไอวี ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจมีเสมหะสีเหลืองจำนวนมากต้องดูดเสมหะบ่อย แผลเข้าขวามี discharge ซึม เปลี่ยนแผลให้วันละ 2-3 ครั้ง

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับ หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยนอนหลับไม่ค่อยดี แต่เมื่อพยาบาลเข้าไปให้การดูแล ผู้ป่วยถามบ่อยว่า “ผมเป็นโรคอะไรที่น่ารังเกียจหรือเปล่า ทำไมทุกคนต้องระวังกันมากเวลามาทำอะไรให้ผม” “ผมเป็นเอดส์หรือ? เจาะเลือดผมตอนไหน” เมื่อพยาบาลปรึกษาแพทย์ แพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องบอกผลเอชไอวีให้ผู้ป่วยทราบ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วยหรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี	68	61.82
2. อยากบอกความจริงแต่ไม่ใช่ขอบเขตหน้าที่	43	39.09
3. แม้ไม่สบายใจที่ต้องตอบเลียงๆ/โกหก แต่ก็บอกความจริงไม่ได้	4	3.64
4. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้	1	0.91

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? 3 ลักษณะคือ (1) ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วยหรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี (2) อยากบอกความจริงแต่ไม่ใช่ขอบเขตหน้าที่ และ (3) แม้ไม่สบายใจที่ต้องตอบเลียงๆ/โกหก แต่ก็บอกความจริงไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้

1. **ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วยหรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 68 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.82 ได้บอกถึงลักษณะประเด็นขัดแย้งว่าตนเองควรบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ควรจะรู้ข้อมูล

เกี่ยวกับตนเองหรือควรนิ่งเฉยดี เพราะผู้ป่วยอาจยังไม่พร้อมที่จะรับรู้ความจริงที่เป็นข่าวร้าย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“รู้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้อาการและโรคที่เป็นอยู่ แต่ไม่แน่ใจว่าควรจะนิ่งเฉยหรือบอกความจริงแก่ผู้ป่วยดี เพราะถ้าไม่บอกนิ่งเฉยเสียก็เหมือนปิดบังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกังวลพยายามถามอยู่เรื่อยๆ หรืออาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ถ้าบอกแล้วผู้ป่วยรับไม่ได้และทำร้ายตัวเอง พยาบาลก็ทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“อยากบอกให้ผู้ป่วยทราบความจริง เพราะผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตัวเอง แต่เกรงว่าจะยอมรับไม่ได้ เพราะสภาพผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับรู้ความจริง จึงไม่แน่ใจว่าควรจะบอกความจริงหรือนิ่งเฉยดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 30)

2. อยากบอกความจริงแต่ไม่ใช่ขอบเขตหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 43 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.09 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อต้องการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคหรือผลเลือดเอชไอวีให้ผู้ป่วยทราบ แต่ก็ไม่สามารถบอกได้เพราะไม่ได้อยู่ในขอบเขตหน้าที่ของตน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ต้องการบอกให้ผู้ป่วยทราบ แต่โดยขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ทำให้ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากการบอกผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของแพทย์หรือผู้ให้การรักษา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

“อยากจะบอกให้ผู้ป่วยทราบความจริง เพื่อจะได้รู้ถึงวิธีป้องกันการแพร่เชื้อและการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถบอกได้ เพราะขอบเขตของการให้ข้อมูลยังจำกัดหน้าที่การบอกผลการวินิจฉัยโรค ยังเป็นของแพทย์เจ้าของไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 71)

3. แม้ไม่สบายใจที่ต้องตอบเสียงๆ/โกหก แต่ก็บอกความจริงไม่ได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อถูกผู้ป่วยถามบ่อยๆ แต่ก็ไม่สามารถบอกความจริงได้ จึงต้องตอบเสียงๆหรือโกหก แม้จะไม่สบายใจที่ต้องทำเช่นนั้น เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม แต่ก็เชื่อว่าการตอบเสียงๆหรือโกหก จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ลำบากใจที่ไม่สามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ว่าเป็นโรคเอดส์ แต่ต้องอธิบายเลี่ยงไปทางอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่ถ้าผู้ป่วยทราบภายหลังว่าพยาบาลพูดไม่จริง คงไม่ไว้ใจหรือไม่เชื่อถือพยาบาลอีก”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 28)

“พยาบาลเมื่อทราบผลเอชไอวีของผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมระวังตัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสงสัยเราเองก็รู้สึกลำบากใจเมื่อถูกผู้ป่วยถามบ่อยๆ แล้วต้องบอกเลียงๆหรือโกหก ถ้าแพทย์ไม่บอกเราก็ไม่มีสิทธิ์บอก การโกหกทำให้ผู้ป่วยสบายใจก็จริง แต่ก็อาจทำให้ออกไปปฏิบัติตัวผิดๆได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 86)

4. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยุติชีวิต

นายอานนท์ อายุ 23 ปี เป็นลูกจ้างของบริษัทขายรถยนต์แห่งหนึ่งป่วยเป็นโรคเอดส์มาประมาณ 1 ปี เข้ารับการรักษาครั้งนี้ด้วยอาการหายใจเหนื่อย ร่างกายซูบผอม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการเลวลง เรียกไม่รู้สีกตัว หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น มารดาซึ่งเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเมื่อเห็นบุตรชายอาการเลวลง จึงบอกพยาบาลให้ช่วยตามแพทย์เจ้าของไข้มาดูอาการ เมื่อแพทย์รับทราบรายงานได้บอกพยาบาลว่าคงไม่มาตรวจเยี่ยมอาการซ้ำอีกในช่วงนี้ เนื่องจากได้อธิบายให้มารดาผู้ป่วยรับทราบถึงการดำเนินของโรคและการประคับประคองด้วยเครื่องช่วยหายใจแล้ว แต่มารดาผู้ป่วยยังคงเฝ้ารอการมาของแพทย์ด้วยความกระวนกระวายใจ ในขณะที่อาการของผู้ป่วยแย่งลงตามลำดับ มารดาจึงคอยซักถามและขอร้องพยาบาลเป็นระยะๆให้ตามแพทย์มาดูอาการของบุตรชาย และอยากให้อ้ายผู้ป่วยเข้าไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. อึดอัดใจที่ต้องอยู่ตรงกลางระหว่างญาติกับแพทย์	69	62.72
2. อยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ	24	21.82
3. อยากยืดชีวิตผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ แต่คิดว่าเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง	12	10.91
4. ยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน	9	8.18
5. ไม่ขัดแย้ง	1	0.91
6. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้	2	1.82

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต 4 ลักษณะคือ (1) อึดอัดใจที่ต้องอยู่ตรงกลางระหว่างญาติกับแพทย์ (2) อยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ (3) อยากยืดชีวิตผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ แต่คิดว่าเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง และ (4) ยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์นี้ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้

1. **อึดอัดใจที่ต้องอยู่ตรงกลางระหว่างญาติกับแพทย์** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 69 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.72 ได้บอกถึงลักษณะประเด็นขัดแย้งระหว่างการที่ต้องเป็นคนกลางคอยประสานงานกับแพทย์ เพื่อตอบสนองของความต้องการของญาติ ขณะเดียวกันก็ต้องรักษาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์เพื่อความร่วมมือในการทำงาน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“รู้สึกอึดอัดใจมากที่สุด ที่แพทย์ไม่ยอมมาอธิบายญาติผู้ป่วย เข้าใจความรู้สึกของมารดาที่มีต่อบุตร แม้แพทย์จะอธิบายแล้ว แต่ก็ยังต้องการให้บุตรได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแพทย์น่าจะมาดูอาการหรือค่อยๆพูดกับมารดา เพื่อให้สามารถยอมรับได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยและรับรู้ปัญหาตลอด ทำให้มีความลำบากใจมากที่ต้องคอยประสานงานกับญาติผู้ป่วยและแพทย์”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ลำบากใจที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยญาติยังไม่ยอมรับสภาพผู้ป่วย เข้าใจความรู้สึกของมารดาผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้ ยังต้องการให้แพทย์ช่วยเหลือบุตรถึงที่สุดแต่แพทย์ก็ได้พูดคุยอย่างละเอียดแล้ว ถ้าโทรตามอีกแพทย์อาจไม่พอใจ พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์กับญาติ ขณะเดียวกันก็ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างดีไปพร้อมๆกัน”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 64)

2. อยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 24 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.82 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งระหว่างความต้องการให้ญาติผู้ป่วยเฝ้ารับรู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย และยอมรับสภาพสิ้นหวังของผู้ป่วย กับหน้าที่ที่ควรระมัดระวังจิตใจญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อยากบอกให้ญาติทราบว่าไม่มีประโยชน์อะไรที่จะยึดชีวิตผู้ป่วยไว้ เพราะถึงอย่างไรผู้ป่วยก็จะต้องตาย แต่ด้วยหน้าที่เราจะบอกญาติตรงๆไม่ได้ จะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 57)

“อยากบอกความจริงกับญาติว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดหวังแล้ว แม้ว่าแพทย์จะมีแผนการรักษาเพิ่มเติมก็ไม่สามารถช่วยได้ แต่ไม่ทราบจะบอกอย่างไรจึงไม่เป็นการทำร้ายจิตใจญาติ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 90)

3. อยากยึดชีวิตผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ แต่คิดว่าเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 12 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.91 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งเมื่อตนต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยตามหน้าที่และตามความต้องการของญาติ ในขณะที่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง เนื่องจากเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ยึดชีวิตผู้ป่วยมีราคาแพง อีกทั้งมีจำนวนจำกัด หากนำทรัพยากรที่มีอยู่จำนวนจำกัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่ยังมีหวัง จะก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่า ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เข้าใจญาติว่ายังรับไม่ได้ แต่การยึดชีวิตผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยอื่นเสียโอกาสในการรักษา”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 42)

“อยากยึดชีวิตผู้ป่วยตามความต้องการของญาติ แต่ยึดเวลาออกไปผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิตอยู่แล้ว ยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้น หากย้ายเข้า ICU จะทำให้การครองเตียงไม่คุ้มค่า เพราะมีผู้ป่วยอื่นที่จำเป็นกว่า”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 84)

4. **ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 9 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.18 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งระหว่างการพยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลพึงกระทำ แต่หากการยึดชีวิตทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด จากอาการของโรค รวมถึงวิธีการต่างๆที่ใช้ยึดชีวิต ซึ่งในบางกรณีนอกจากผู้ป่วยจะทรมานแล้ว การยึดชีวิตผู้ป่วยก็ทำให้ญาติทรมานเช่นกัน เนื่องจากญาติต้องรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากผลของการรักษา จึงเกิดประเด็นขัดแย้งว่าควรยึดชีวิตผู้ป่วยต่อไปอีกหรือไม่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ถึงจะรักษาอย่างไรก็ไม่หาย หน้าที่ของเราคือ ให้การพยาบาลระยะสุดท้ายอย่างดีที่สุด ก็ควรให้เขาตายอย่างสมศักดิ์ศรีไม่ต้องทรมาน ถ้าไม่รายงานแพทย์ตามที่ญาติร้องขอให้ยึดชีวิตผู้ป่วย ก็รู้สึกไม่สบายใจ แต่ก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“การยึดชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวัง ทำให้ญาติสบายใจว่าได้รับการช่วยเหลือถึงที่สุด ยึดเวลาแต่ผู้ป่วยต้องทรมานเพราะวิธีการรักษา โรคที่เป็นและอาการไม่น่าลุ้น ถ้าไม่ช่วยญาติอาจไม่เข้าใจ ไม่พอใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ แต่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ทรมาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 40)

5. **ไม่ขัดแย้ง** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต

6. **ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ชัดเจนจากสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต

สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย

นายเอก อายุ 29 ปี แต่งงานมา 3 ปี มีบุตร 1 คน มีประวัติเคยติดยาเสพติดและเที่ยวผู้หญิงบริการ เข้ารับการรักษาครั้งนี้ด้วยอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง มีไข้ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ผลเลือดพบว่า มีเชื้อเอชไอวี ภรรยาของนายเอกได้เฝ้าดูแลอยู่อย่างใกล้ชิด โดยไม่ทราบว่านายเอกติดเชื้อเอชไอวี

ภายหลังจากที่ได้ส่งนายเอกไปพบกับผู้ให้การรักษา (counselor) เมื่อนายเอกทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้ขอร้องกับพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ว่าอย่าบอกผลเลือดให้ภรรยาของตนทราบ เพราะเกรงว่าภรรยาจะทิ้งตนไป เย็นวันหนึ่งภรรยาของนายเอกได้เข้ามาถามพยาบาลว่า “สามีของฉันป่วยเป็นโรคอะไร เป็นเอดส์ใช่ไหม” พยาบาลพยายามเลี่ยงการบอกผลเลือด แต่ภรรยาของนายเอกยังเข้ามาถามซ้ำๆ และให้เหตุผลว่า ถ้าสามีเป็นโรคเอดส์จริงจะได้ป้องกันตัวเองเวลาให้การดูแล นายเอก เนื่องจากยังมีบุตรอายุ 2 ขวบที่ต้องเลี้ยงดู พยาบาลนำเรื่องนี้ไปปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ว่าควรทำอย่างไร แพทย์บอกว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้การรักษาที่จะจัดการกับเรื่องนี้

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. จะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบ เพื่อป้องกันอันตราย	100	90.91
2. อึดอัดใจที่ต้องเลี่ยงการบอกผลเลือดแก่คู่สมรส เพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย	10	9.09
3. ไม่ขัดแย้ง	1	0.91
4. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้	2	1.82

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย 2 ลักษณะคือ (1) จะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันอันตราย และ (2) อึดอัดใจที่ต้องเลี่ยงการบอกผลเลือดแก่คู่สมรส เพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ามี 1 ราย ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งเมื่อเผชิญสถานการณ์นี้ และ 2 ราย ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ชัดเจนได้

1. **จะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือจะบอกให้คู่สมรสทราบ เพื่อป้องกันอันตราย**
พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 100 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.91 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งระหว่างหน้าที่ที่ต้องเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ กับการบอกความจริงให้คู่สมรสทราบเพื่อจะได้ป้องกันตัวเอง เนื่องจากการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยอาจ

ถูกฟ้องร้อง จากการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และการบอกผลการวินิจฉัยโรคก็เป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่การปกปิดความลับของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดผลเสียต่อคู่สมรสของผู้ป่วยเอง จึงสงสัยว่าควรจะปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือไม่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อยากบอกภรรยาให้ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร แต่ก็ต้องทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะบอก เราจะละเมิดไม่ได้ แต่ก็สงสารภรรยาและลูก ถ้ารู้จะได้หาวิธีป้องกันการติดเชื้อ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“ถ้าบอกคู่สมรสเกรงว่าจะเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย อาจถูกฟ้องร้อง แต่ถ้าไม่บอกจะถูกลูกถามซ้ำๆ คู่สมรสไม่ได้ป้องกันตัวเอง ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งขึ้นระหว่างจะบอกหรือไม่บอกดี”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 24)

“ภรรยาน่าจะได้รับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นเอดส์ เพื่อจะได้ป้องกันการติดเชื้อ และให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง แต่พยาบาลไม่สามารถบอกได้ เพราะจะเป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะบอกการวินิจฉัยโรค”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 99)

2. อึดอัดใจที่ต้องเลี่ยงการบอกผลเลือดแก่คู่สมรส เพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 10 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ได้บอกถึงประเด็นขัดแย้งที่ไม่สามารถพูดความจริงหรือต้องตอบเลี่ยงๆ แก่คู่สมรสเมื่อถูกถามบ่อยๆ เพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย แต่การที่ต้องทำลักษณะนี้บ่อยๆ ก็ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อึดอัดใจที่ต้องคอยตอบแบบเลี่ยงๆ เมื่อถูกญาติถามบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยไม่ยินยอมให้บอกผลเลือด พยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะญาติจะถามโดยอ้างเหตุผลใดก็ตาม”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

“อยากบอกให้ภรรยารู้ว่าสามีเป็นเอดส์ แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ เพราะเป็นความลับของผู้ป่วย ทำให้ต้องพูดไม่จริง ถ้าภรรยาของผู้ป่วยทราบภายหลังอาจทำให้ไม่ไว้วางใจพยาบาลได้”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 89)

3. ไม่ขัดแย้ง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งจากสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย

4. ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ไม่สามารถระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ชัดเจนเมื่อเผชิญสถานการณ์นี้

สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน?

นายมงคล อายุ 26 ปี ระบุว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ มาประมาณปีครึ่ง ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาอาการเหนื่อยหอบทุเลาลง แต่ยังคงมีเสมหะจำนวนมาก ควรได้รับการปรึกษาเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดให้มาเคาะปอดเหมือนอย่างผู้ป่วยรายอื่นๆ แต่แพทย์เจ้าของไข้ไม่ให้ความสำคัญตรงจุดนี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะบ่อย แต่ผู้ป่วยกลับไม่ค่อยได้รับการดูแลจากพยาบาลเท่าที่ควร บ่อยครั้งที่มีเสียงเสมหะ นางสาวลำไยซึ่งเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลกลับเฉยเมยไม่สนใจ และไม่รีบร้อนไปดูแลผู้ป่วย แม้จะมีญาติมาบอกแล้วก็ตาม ขณะที่กับผู้ป่วยรายอื่นนางสาวลำไยจะรีบให้การดูแลทันทีเมื่อมีญาติมาตาม นางสาวเมตตาซึ่งเป็นพยาบาลที่อยู่เวรในวันนั้นด้วยระบุว่าผู้ป่วยมีเสมหะมาก จึงจำเป็นต้องเข้าไปดูดเสมหะให้นายมงคลแทนนางสาวลำไย ทั้งที่นางสาวเมตตาไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน?

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม*	จำนวน	ร้อยละ
1. อึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย	65	59.09
2. ต้องยื่นมือเข้าไปทำทุกอย่างที่ไม่ใช่หน้าที่	30	27.27
3. จะเข้าไปช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือจะนิ่งเฉยดี	14	12.73
4. ไม่ขัดแย้ง	2	1.82

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? 3 ลักษณะคือ (1) อึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย (2) ต้องยื่นมือเข้าไปทำทุกอย่างที่ไม่ใช่หน้าที่ และ (3) จะเข้าไปช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือจะนิ่งเฉยดี นอกจากนี้ยังพบว่ามิให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่เกิดประเด็นขัดแย้งเมื่อเผชิญสถานการณ์นี้

1. **อึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 65 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.09 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพ อีกทั้งยังเป็นภาระให้กับผู้ปฏิบัติอื่นๆในทีมด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“รู้สึกอึดอัดใจเพราะพยาบาลไม่น่าเลือกปฏิบัติ นอกจากไม่ถูกต้องแล้ว ปริมาณงานของเราก็ต้องเพิ่มขึ้นด้วย เพราะปกติผู้ป่วยในความรับผิดชอบของเราที่ต้องดูแลก็มีมากอยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 43)

“อึดอัดใจมาก ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเหมือนผู้ป่วยวิกฤตอื่น ไม่ควรเลือกปฏิบัติเพราะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้โดยใช้หลัก UP พยาบาลควรนึกถึงจรรยาบรรณวิชาชีพในการทำงานให้มากกว่านี้ ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 72)

2. ต้องยื่นมือเข้าไปทำทั้งที่ไม่ใช่หน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งที่ต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่นอกเหนือความรับผิดชอบของตน เนื่องจากหากไม่ทำจะเกิดผลเสียกับผู้ป่วย แต่เมื่อทำไปแล้วก็รู้สึกลำบากใจเพราะไม่ใช่หน้าที่ของตน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ลำบากใจที่ต้องทำทั้งที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล เพื่อรักษาสิทธิให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยรายอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)

3. จะเข้าไปช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือจะนิ่งเฉยดี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 14 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.73 ได้บอกถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งว่าควรเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระกระทำที่อยู่นอกเหนือหน้าที่แต่ผู้ป่วยปลอดภัย หรือควรนิ่งเฉยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะตนเองจะไม่เกิดความเสียหายจากการดูแลผู้ป่วย แต่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรืออาจเกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นกรณีผู้ป่วยได้รับอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่แน่ใจว่าควรจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือนิ่งเฉยดี เพราะไม่ใช่หน้าที่ของตัวเอง ถ้าช่วยเหลืออาจเกิดผลเสียต่อตัวเองได้เพราะทำงานนอกเหนือหน้าที่ แต่ถ้านิ่งเฉยผู้ป่วยอาจได้รับอันตราย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 68)

“ควรให้การดูแลผู้ป่วยหรือนิ่งเฉย ถ้าเข้าไปดูแลผู้ป่วยแทน ก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งๆที่ไม่ใช่หน้าที่ แต่ถ้าไม่ดูแลผู้ป่วย อาจถูกญาติฟ้องร้องหรือตำหนิพยาบาลได้เพราะอยู่เวรเดียวกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 91)

4. ไม่ขัดแย้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ไม่เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?

3.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่กำหนด

ข้อมูลการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตาราง 14- ตาราง 22

3.2.1 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กำหนด (N=110)

สถานการณ์ที่กำหนด	รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม							
	ผู้ป่วย*		แพทย์**		หน่วยงาน***		อื่นๆ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์	37	33.64	4	3.64	50	45.45	19	17.27
2. จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?	47	42.73	30	27.27	32	29.09	1	0.91
3. เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต	75	68.18	19	17.27	16	14.54	0	0
4. เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย	88	80.00	9	8.18	13	11.82	0	0
5. เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?	85	77.27	0	0	25	22.73	0	0

หมายเหตุ : *รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model)

**รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model)

***รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model)

ตาราง 14 แสดงรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด พบว่าสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางมากที่สุด (ร้อยละ 45.45) รองลงมาเป็นรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 33.64) สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? ใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากที่สุด (ร้อยละ

42.73) รองลงมาเป็นรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 29.09) สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต ใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากที่สุด (ร้อยละ 68.18) รองลงมาเป็นรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 17.27) สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย ใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากที่สุด (ร้อยละ 80) รองลงมาเป็นรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 11.82) สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน? ใช้รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 2 รูปแบบคือ รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 77.27) และรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 22.73) จะเห็นได้ว่าทุกสถานการณ์ยกเว้นสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.2.2 ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของแต่ละรูปแบบจากสถานการณ์ที่กำหนด

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรูปแบบต่างๆ จากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (N=110)

ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ	37	33.64
เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง		
ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	4	3.64
เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง		
ดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ	50	45.45
อื่นๆ		
ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น ป้องกันตัวเองมากที่สุด	11	10.00
หลีกเลี่ยงการดูแลไปสักระยะ เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง	8	7.27

จากตาราง 15 พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เอดส์ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือ ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางคือ ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางคือ ดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ สำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมรูปแบบอื่น ๆ มีลักษณะดังนี้ (1) ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นป้องกันตัวเองมากที่สุด และ (2) หลีกเลี่ยงการดูแลไปสักระยะ เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. **ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 37 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.64 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่ต้องการดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเต็มความสามารถ แม้บางครั้งตนเองอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะกลัวการติดเชื้อ แต่ก็รับรู้ว่ายพบาลมีความรู้ในการป้องกันตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ให้การพยาบาลให้ดีที่สุด เหมือนดูแลผู้ป่วยรายอื่น แม้บางครั้งจะกลัวก็สามารถป้องกันตัวเองได้โดยใช้หลัก UP ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีอาการอย่างไร ก็ไม่น่าจะมีปัญหาในการพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 56)

“ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เช่นดูแลความสะอาดร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครบถ้วน พยายามระวังการเกิดอุบัติเหตุกับตัวเองจากเข็มตำ สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง สวมอุปกรณ์ป้องกันตามหลัก UP เพราะถ้าผู้ป่วยเข้ามารักษาแล้วที่มสุขภาพไม่ดูแล ผู้ป่วยก็ไม่รู้จะมาโรงพยาบาลทำไม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 79)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

1. **ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยการให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้พิจารณาแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้ตนเองต้องเสี่ยงเกินไป แต่ไม่อยากขัดคำสั่งการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่อยากให้การดูแลที่ต้องเสี่ยงเกินไป จากที่ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือทำให้ต้องเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางเส้นเลือดบ่อยๆ ควรพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ให้เป็นคนตัดสินใจหา

แนวทางการรักษาผู้ป่วยรายนี้ แพทย์อาจจะมีวิธีการที่ดีกว่านี้ ที่เราไม่จำเป็นต้องเสี่ยงกับเลือดผู้ป่วย แต่เราไม่มีสิทธิเปลี่ยนการรักษาเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 45)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

1. **ดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 50 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.45 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากไม่อยากมีปัญหาในการปฏิบัติงาน แต่ในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อป้องกันตนเองด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ผู้ป่วยติดเชื้อความก้าวหน้าของโรคไม่ดีขึ้นไม่หาย แต่ก็ต้องทำเพราะเป็นหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นข้อตกลงในหน่วยงาน ต้องผลัดเปลี่ยนทีมที่ให้การดูแล ถ้าปฏิเสธการดูแลอาจมีความผิดที่ละเลยหน้าที่ แต่ต้องทำด้วยความรอบคอบ โดยใช้หลัก UP”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“เป็นหน้าที่ ต้องทำถ้าไม่ทำใครจะทำเพราะผู้ป่วยไม่มีญาติ และถ้าหากญาติของผู้ป่วยรายอื่นหรือผู้ป่วยอื่นเห็นว่าเราละเลยไม่สนใจผู้ป่วย อาจจะถูกร้องเรียนได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 105)

รูปแบบอื่นๆ

1. **ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น ป้องกันตัวเองมากที่สุด** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 11 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นและป้องกันตนเองมากที่สุด เพราะรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ดูแลเท่าที่จำเป็น พยายามทำกิจกรรมหลายๆอย่างให้เสร็จในคราวเดียวกัน เพราะไม่อยากจะเข้าไปใกล้ชิดผู้ป่วยบ่อยๆ ป้องกันตัวเองให้มากที่สุดเพราะกลัวจะได้รับเชื้อฉวยโอกาสจากผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 31)

“การให้สารน้ำทางเส้นเลือดกรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ควรหาวิธีป้องกันตัวเองอย่างดี แต่ถ้าผู้ป่วยดึงอีกจะไม่เปิดเส้นใหม่ เพราะมองถึงความเสี่ยง ถ้าเราเกิดพลาด เกิดติดเชื้อ ไม่มีอะไรมาประกันหรือรองรับการดูแลของเราได้เลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 61)

2. **หลีกเลี่ยงการดูแลไปสักระยะ เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 8 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.27 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะรักษาสุขภาพของ ตัวเองให้แข็งแรงก่อน โดยหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ไปสักระยะ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หาวิธีหลีกเลี่ยงไปก่อนสักระยะ เช่น พุดคุยกับหัวหน้าเวร เพื่อขอผลัดเปลี่ยนทีมที่มีผู้ป่วย รายนี้ รอให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของเราดีขึ้นก่อน เพราะว่าเหตุการณ์จะเปลี่ยนไปใน ทางที่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการถ่ายเหลว หรือไม่ต้องฉีดยาแล้ว...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 29)

“ลองปรึกษาหัวหน้าเวรถึงปัญหาสุขภาพของตัวเอง อาจจะไปขอไปดูแลผู้ป่วยทีม อื่นก่อน เนื่องจากพยาบาลมีสิทธิที่จะปลีกตัวหรือถอนตัวจากสภาพการทำงานที่มีผลบั่นทอน สุขภาพตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 34)

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน รูปแบบต่างๆ จากสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? (N=110)

ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริง ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย	38	34.54
อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง	9	8.18
เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง		
จะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์	30	27.27
เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง		
รักษาภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลของพฤติกรรม	13	11.82
พยาบาลแก่ผู้ป่วย		
ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และขอเจาะเลือดใหม่	10	9.09
ไม่บอกความจริงเพราะทำผิดขั้นตอน ได้แต่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย	9	8.18
อื่นๆ		
ปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น	1	0.91

จากตาราง 16 พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2 ลักษณะคือ (1) ปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริง ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ (2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางคือ จะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางมี 3 ลักษณะคือ (1) รักษาภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลของพฤติกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย (2) ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และขอเจาะเลือดใหม่ และ (3) ไม่บอกความจริง เพราะทำผิดขั้นตอน ได้แต่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย สำหรับลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมรูปแบบอื่น ๆ คือ ปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. **ปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริง ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 38 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.54 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ แต่จะมีการปรึกษาผู้ร่วมงานในที่รวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้และผู้ให้การปรึกษาก่อน เพื่อร่วมกันหาแนวทางที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ร่วมประชุมกับทีมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันหาทางออกที่ดีและเป็นประโยชน์ที่สุด ในการบอกความจริงที่เป็นเหมือนข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย จากนั้นประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

“พูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้การปรึกษา โดยวางแผนร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีควรได้รับทราบความจริง เพื่อจะได้ดูแลตนเองได้ตามความเหมาะสม และเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 43)

“ปรึกษาทีมงาน และ counselor รวมถึงแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อหาแนวทางว่าจะบอกผู้ป่วยหรืออธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้อย่างไร จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวล สามารถรับสภาพความเป็นจริง และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยจะได้รู้วิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 102)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 9 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.18 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยได้ จึงจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“จะต้องประวิงเวลา แล้วประเมินความพร้อมของผู้ป่วยว่ายอมรับความจริงได้หรือไม่ เมื่อเตรียมผู้ป่วยแล้วจึงจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับตนเองจากทีมสุขภาพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

“ประเมินผู้ป่วยถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ก่อน พร้อมให้การอธิบายหากผู้ป่วยยอมรับได้ก็จะบอกความจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น และเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 97)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

1. จะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้แพทย์เป็นผู้บอกหรือไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งสามารถให้ข้อมูลได้เต็มที่กว่าพยาบาล เพราะการบอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรเป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ ให้แพทย์พิจารณาเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

“ให้แพทย์ตัดสินใจเองว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ถ้าต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหรืออาการ ให้ผู้ป่วยคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ เพราะแพทย์สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ชัดเจนกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 110)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

1. รักษาภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลของพฤติกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 13 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.82 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่ไม่สามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ เพราะเกินขอบเขตหน้าที่และทำผิดขั้นตอนที่เจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้เตรียมผู้ป่วย แต่เพื่อภาพพจน์ของพยาบาลและ

หน่วยงาน จึงต้องอธิบายถึงพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงถึงการระมัดระวังตนเองมากเกินไปให้ผู้ป่วยเข้าใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่สามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ เพราะอาจมีความผิดที่ไม่ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด จึงต้องพูดลอบและให้คำตอบตามอาการ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการระมัดระวังของเจ้าหน้าที่ว่าเป็นการป้องกัน ต้องปฏิบัติเช่นนี้กับผู้ป่วยทุกราย ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“พยาบาลไม่มีสิทธิบอกผลเลือด แต่เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ และภาพพจน์ของหน่วยงาน จะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีการป้องกันโดยใส่ถุงมือ และ mask เพื่อป้องกันการนำเชื้อจากภายนอกสู่ผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 93)

2. ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และขอเจาะเลือดใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 10 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจขอเจาะเลือดผู้ป่วยใหม่ โดยให้ผู้ให้การปรึกษาเตรียมผู้ป่วยตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เจ้าหน้าที่ทำผิดขั้นตอนจึงไม่สามารถบอกผลเลือดแก่ผู้ป่วยได้ แต่จะขอผู้ป่วยเจาะเลือดใหม่ โดยเตรียมผู้ป่วยก่อนและบอกว่าใช้เป็นแนวทางในการรักษา เนื่องจากการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีต้องมีการอธิบายถึงผลดีผลเสีย และต้องขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเจาะเลือด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 32)

3. ไม่บอกความจริงเพราะทำผิดขั้นตอน ได้แก่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 9 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.18 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่ตนเองไม่สามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยได้ เพราะไม่ได้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยและไม่ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด จึงทำได้เพียงให้คำแนะนำวิธีดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ตอบแบบเลี่ยงๆให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะผู้ป่วยไม่ได้อนุญาตให้เจาะเลือดอาจมีการฟ้องร้องได้ ซึ่งโดยปกติในช่วงวิกฤตที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ต้องป้องกันตัวเองกับผู้ป่วยทุกรายอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีเร่งด่วน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 45)

“ทำผิดขั้นตอนจึงไม่สามารถบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบได้ ทำตามหน้าที่ของพยาบาล คือ พุดคุยให้กำลังใจเพื่อความไว้วางใจ บอกกว้างๆเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 61)

รูปแบบอื่นๆ

1. **ปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น** พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะแก้ไขประเด็นขัดแย้ง โดยการใช้วิธีปรึกษาเพื่อนร่วมงานเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรูปแบบต่างๆ จากสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต (N=110)

ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์	58	52.73
ดูแลผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆกัน	13	11.82
ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด	4	3.64
เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง		
ไม่รายงานแพทย์ แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์	19	17.27
เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง		
ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่	16	14.54

จากตาราง 17 พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3 ลักษณะคือ (1) ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์ (2) ดูแลผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับสภาพผู้ป่วย และ (3) ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางคือ ไม่รายงานแพทย์ แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์ และลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางคือ ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. **ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 58 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.73 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ให้กำลังใจญาติ และประสานงานกับแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และคอยให้กำลังใจญาติ ตามแพทย์ให้มาเยี่ยมอาการอีกครั้ง ตามความต้องการของญาติที่ยังยอมรับความจริงไม่ได้ แพทย์ควรอธิบายถึงการรักษาและให้ข้อมูลอื่นๆแก่ญาติ แม้จะเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายก็ต้องการการดูแลที่ดีที่สุดจากผู้ให้บริการทุกคน”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“บอกอาการของผู้ป่วยและปลอบโยนญาติ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในด้านต่างๆและให้การพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ ตามแพทย์ให้ และแจ้งให้ญาติทราบเป็นระยะว่าติดต่อแพทย์ให้แล้ว เพราะผู้ป่วยภาวะใกล้ตายการช่วยเหลือดูแล และตอบสนองความต้องการของครอบครัวจะสำคัญอย่างยิ่งใหญ่ต่อครอบครัวของผู้ป่วย”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 45)

2. **ดูแลผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆกัน** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 13 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.82 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดเต็มความสามารถ ขณะเดียวกันก็อธิบายให้ญาติยอมรับสภาพผู้ป่วย ดูแลสภาพจิตใจญาติไปพร้อมๆกัน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อธิบายให้ญาติเข้าใจสภาพของผู้ป่วย ให้ญาติทราบว่าผู้ป่วยอาการรุนแรง คอยปลอบโยนอยู่เป็นเพื่อนญาติจนกว่าจะยอมรับได้ ยอมให้ญาติอยู่ใกล้ชิดเพื่อจะได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พยายามคอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถและดูแลด้านจิตใจของญาติไปพร้อมๆกัน”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

“ตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลทางด้านจิตใจของญาติ บอกอาการเปลี่ยนแปลงให้ทราบเป็นระยะและคอยปลอบใจ พยายามทราบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์คนนี้นឹងจะต้องเสียชีวิต แต่ญาติอาจไม่เข้าใจ คงไม่อยากให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรของตัวเองเสียชีวิตไปต่อหน้าเอาใจเขามาใส่ใจเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 107)

3. **ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะนำปัญหาการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ไปปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ปรึกษากันในทีมงาน เพื่อสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และเพื่อความพึงพอใจของญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

1. **ไม่รายงานแพทย์ แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 19 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.27 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะไม่ติดต่อแพทย์ตามความต้องการของญาติที่ให้ตามแพทย์ซ้ำเพราะแพทย์อธิบายญาติแล้ว แต่จะอธิบายอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยแก่ญาติแทนแพทย์ เพื่อลดความขัดแย้งกับแพทย์ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่รายงานแพทย์ซ้ำอีก เพราะแพทย์ได้อธิบายญาติแล้ว คงไม่มีแผนการรักษาอื่นเพิ่มเติม ถ้ารายงานพยาบาลอาจโดนแพทย์ตำหนิ แต่จะอธิบายการดำเนินโรคให้ญาติทราบเป็นระยะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 75)

“บอกให้ญาติใจเย็นๆ อธิบายอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยให้ญาติเข้าใจ สอบถามว่าญาติรับรู้ข้อมูลที่แพทย์อธิบายมากน้อยแค่ไหน โดยให้เหตุผลกับญาติว่าแพทย์ได้ให้การช่วยเหลือเต็มที่แล้ว แต่อาการของผู้ป่วยหนักมากและผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว สุดท้ายสามารถที่แพทย์จะช่วยได้ เพราะถ้าพยาบาลรายงานแพทย์ซ้ำ อาจทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 110)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

1. **ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 16 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.54 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจไม่อยากยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย แต่จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติตามขอบเขตหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค และอาการของโรคตามขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล (เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถช่วยเหลือให้หายได้ ยืดชีวิตทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและอุปกรณ์) แต่ถ้าญาติยังไม่เข้าใจ จะติดต่อแพทย์ให้พูดคุยอีกครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 73)

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน รูปแบบต่างๆ จากสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย (N=110)

ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ปรึกษาผู้ให้การปรึกษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนบอกผลเลือด	35	31.82
ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส	29	26.36
ปกปิดผลเลือด แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส	16	14.55
แนะนำให้คู่สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง	8	7.27
เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง		
จะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือด ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์	9	8.18
เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง		
ให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ	13	11.82

จากตาราง 18 พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3 ลักษณะคือ (1) ปรึกษาผู้ให้การปรึกษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนบอกผลเลือด (2) ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส (3) ปกปิดผลเลือด แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส และ (4) แนะนำให้คู่สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางคือ จะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือด ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ และลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลางคือ ให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. **ปรึกษาผู้ให้การปรึกษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนบอกผลเลือด** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 35 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.82 ได้บอกถึงการตัดสินใจที่จะบอกผลเลือดของผู้ป่วยแก่คู่สมรส แต่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน โดยปรึกษาผู้ให้การปรึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและคู่สมรส ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ปรึกษาผู้ให้การปรึกษา และให้ผู้ป่วยร่วมหาทางออกที่ดีที่สุด ทีมสุขภาพควรจะพูดคุยกับคู่สมรสเพื่อค้นหาคุณค่าในตัวคู่สมรส เพื่อให้ทั้งสองคนได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“พูดกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งผู้ป่วยพบ counselor อีกครั้ง ในการที่จะพูดคุยให้ผู้ป่วยยอมรับและหาวิธีป้องกัน หรือพูดคุยกับภรรยาด้วยตนเอง เพื่อจะได้หาวิธีการป้องกัน ถ้าหากภรรยายังไม่ได้รับเชื้อ เนื่องจาก counselor เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอ็ดส์โดยเฉพาะ มีทักษะและประสบการณ์น่าจะช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดี”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

2. ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 29 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.36 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยจะอธิบายผู้ป่วยถึงผลดีและผลเสียของการบอกผลเลือดแก่คู่สมรส และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการบอกผลเลือดแก่คู่สมรสด้วยตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงอาการของโรคและการติดต่อสู่ภรรยาและบุตร และให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเองว่าจะบอกผลเลือดแก่ภรรยาหรือไม่ โดยให้เวลาในการตัดสินใจ ซึ่งระหว่างรอการตัดสินใจ จะให้ความรู้เรื่องการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อ วิธีการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

“ส่งผู้ป่วยพบ counselor อีกครั้ง เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องที่ภรรยาถาม บอกผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจว่าจะให้บอกภรรยาหรือไม่”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 84)

3. ปกปิดผลเลือด แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 16 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.55 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะปกปิดความลับของผู้ป่วย แต่จะอธิบายให้คู่สมรสทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่บอกผลเลือดกับภรรยาผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่ต้องการให้เปิดเผย แต่จะให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ภรรยา และวิธีป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

“บอกให้ภรรยาทราบอาการคร่าวๆ ไม่บอกตรงไปตรงมาว่าเป็นเอ็ดส์ แนะนำการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ บอกว่าโรคนี้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือทางเลือดเข้าบาดแผล”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 101)

4. **แนะนำให้ผู้สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 8 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.27 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะปกปิดความลับของผู้ป่วย โดยให้ผู้สมรสสอบถามผู้ป่วยเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ให้ภรรยาถามผู้ป่วยด้วยตัวเอง พยาบาลไม่สามารถบอกได้ เพราะจะเป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 99)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

1. **จะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือด ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 9 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.18 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาเกี่ยวกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้สมรส ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ต้องให้แพทย์คุยกับผู้ป่วยและผู้สมรสเองว่าจะบอกการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแก่ภรรยาหรือไม่ ภรรยาจะได้เข้าใจและยอมรับได้ พยาบาลไม่ต้องคอยเลี้ยงปัญหาการตอบคำถามของญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 87)

“อธิบายภรรยาผู้ป่วยว่า ด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลไม่สามารถบอกการวินิจฉัยโรคให้ทราบได้ ให้ลองคุยกับแพทย์ดู”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 110)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

1. **ให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 13 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.82 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้ผู้ให้บริการรับหน้าที่พูดคุยกับผู้สมรสตามระเบียบของหน่วยงาน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ให้ภรรยาปรึกษา counselor เพราะได้รับการแต่งตั้งจากโรงพยาบาลให้รับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 65)

“ให้ภรรยาพบกับผู้ให้บริการปรึกษา เพราะเป็นขั้นตอนที่ถูกต้อง ทีม counselor จะมีวิธีพูดและหลักการที่จะทำให้ผู้สมรสเข้าใจ ปัญหาจบลงด้วยดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 79)

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน รูปแบบต่างๆ จากสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? (N=110)

ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่	39	35.45
ดูแลผู้ป่วยแทนและตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่	23	20.91
พูดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น	23	20.91
เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง		
รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา	15	13.64
รักษาภาพพจน์วิชาชีพ โดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่	6	5.45
หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาคณะ	4	3.64

หมายเหตุ: สถานการณ์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

จากตาราง 19 พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3 ลักษณะคือ (1) ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ (2) ดูแลผู้ป่วยแทนและตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ และ (3) พูดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น ลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง 3 ลักษณะคือ (1) รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา (2) รักษาภาพพจน์วิชาชีพ โดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ และ (3) หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาคณะ

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. **ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 39 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.45 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะเข้าไปดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ช่วยเหลือผู้ป่วยแม้ไม่ใช่หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย เข้าใจนางสาวลำไยว่าต้องดูแลหยาบๆ แต่ผู้ป่วยก็ควรได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

“ให้การดูแลผู้ป่วยแทนนางสาวลำไย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น อาจต้องดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยเอดส์ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการเอาใจใส่จากญาติเท่าที่ควรหรือบางคนไม่มีญาติเลย นางสาวลำไยควรนึกถึงใจเขาใจเรา ถ้าตัวเราเป็นบ้างเราต้องการอะไร?”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 54)

2. ดูแลผู้ป่วยแทนและตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 23 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.91 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ช่วยดูแลหะให้ผู้ป่วยแทนนางสาวลำไย พุดคุยกับนางสาวลำไยว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลเท่าเทียมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22)

“เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วย และพุดคุยกับนางสาวลำไยว่าไม่ควรเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 41)

3. พุดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 23 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.91 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่จะไม่เข้าไปทำหน้าที่แทนแต่จะพุดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยรายอื่น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้านางสาวลำไยเป็นผู้ร่วมงานรุ่นน้องจะซักถามถึงเหตุผล แล้วแนะนำว่าไม่ควรทำอย่างนี้อีก เพราะผู้ป่วยอาจเกิดเสมหะอุดตันถึงขั้นเสียชีวิตได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 28)

“พุดคุยย้าให้นางสาวลำไยตระหนักถึงหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้หากพยาบาลหลีกเลี่ยงหน้าที่ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยทุกรายทุกโรคให้เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 73)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

1. รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 15 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.64 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยการรายงานให้ผู้บังคับบัญชารับทราบเพื่อแก้ไขปัญหาการหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานทราบ เพราะการที่พยาบาลหลักเลี้ยงหน้าที่หัวหน้าควร
รับทราบปัญหา เพื่อจะได้ตัดเงินเดือนนางสาวลำไย ให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 74)

“บอกหัวหน้าของนางสาวลำไย เพื่อตัดเดือนที่ไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย ไม่ตอบสนองความต้องการ
ต่อการต่อปัญหาของผู้ป่วยทันที”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 102)

2. รักษาภาพพจน์วิชาชีพ โดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลักเลี้ยงหน้าที่ พบว่า
กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.45 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจที่
จะให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีภาพพจน์ที่ดีกับวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“จำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือเมื่อญาติมาตาม เพราะญาติไม่ทราบว่าพยาบาลคนไหนที่มี
หน้าที่รับผิดชอบคนไข้รายนี้ ถ้าไม่ทำพยาบาลคงโดนตำหนิทั้งหมดว่าไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย เกิด
ภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 61)

“ช่วยเหลือผู้ป่วยแทนนางสาวลำไย อาจบอกให้หัวหน้าแอมอบหมาย case นี้สลับเปลี่ยน
กับคนอื่นบ้าง ประนีประนอมทำงานร่วมกันเพื่อวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 63)

3. หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาทิม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
4 ราย จากจำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.64 ได้บอกถึงลักษณะการตัดสินใจโดยการปรึกษาทิม
เพื่อแก้ไขปัญหาการหลักเลี้ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยงาน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“นำปัญหาปรึกษาในทิม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมองเป้าหมายเดียวกันในการทำงานบริการ
พยาบาล ป้องกันการหลักเลี้ยงการดูแลผู้ป่วยเอดส์”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)

3.2.3 หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model) ของแต่ละสถานการณ์

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์		
ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถและระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ (n=37)		
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย	22	59.46
สิทธิของผู้ป่วย	20	54.05
ความเชื่ออาทหรือการดูแล	16	43.24
จรรยาบรรณวิชาชีพ	14	37.84
สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?		
ปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริง ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (n=38)		
การบอกความจริง	32	88.89
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	26	72.22
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย	23	63.89
อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง (n=9)		
การบอกความจริง	9	100.00
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย	7	77.78
สิทธิของผู้ป่วย	6	66.67
สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต		
ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์ (n=58)		
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	51	87.93
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย	36	62.07
สิทธิของผู้ป่วย	12	40.00
จรรยาบรรณวิชาชีพ	5	16.67
ดูแลผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆกัน (n=13)		
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย	13	100.00
การบอกความจริง	13	100.00
สิทธิของผู้ป่วย	9	69.23

ตาราง 20 (ต่อ)

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด (n=4)		
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	4	100.00
ความร่วมมือ	4	100.00
สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย		
ปรึกษาผู้ให้การศึกษาเพื่อเตรียมผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนบอกผลเลือด (n=35)		
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ไม่ทำอันตราย	32	91.43
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	24	68.57
จรรยาบรรณวิชาชีพ	22	62.86
สิทธิของผู้ป่วย	20	57.14
ความซื่อสัตย์	6	17.14
ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส (n=29)		
การเคารพความเป็นอิสระ	29	100.00
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ไม่ทำอันตราย	26	89.65
สิทธิของผู้ป่วย	23	79.31
จรรยาบรรณวิชาชีพ	18	62.07
ความซื่อสัตย์	9	31.03
ปกปิดผลเลือด แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส (n=16)		
จรรยาบรรณวิชาชีพ	10	62.50
สิทธิของผู้ป่วย	10	62.50
การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ไม่ทำอันตราย	3	18.75
แนะนำให้คู่สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง (n=8)		
การเคารพความเป็นอิสระ	5	62.50
จรรยาบรรณวิชาชีพ	5	62.50
สิทธิของผู้ป่วย	3	37.50
สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?		
ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ (n=39)		
จรรยาบรรณวิชาชีพ	24	61.54
สิทธิของผู้ป่วย	23	58.97
การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย	20	51.28
การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค	3	7.69

ตาราง 20 (ต่อ)

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
ดูแลผู้ป่วยแทนและตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ (n=23)		
การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค	22	95.65
การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย	16	69.56
จรรยาบรรณวิชาชีพ	14	60.87
สิทธิของผู้ป่วย	12	52.17
พูดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น (n=23)		
การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค	23	100.00

ตาราง 20 แสดงหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่าหลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 4 หลักการคือ (1) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (2) สิทธิของผู้ป่วย (3) ความเอื้ออาทรหรือการดูแล และ (4) จรรยาบรรณวิชาชีพ สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 4 หลักการคือ (1) การบอกความจริง (2) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (3) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ (4) สิทธิของผู้ป่วย สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยัดชีวิต หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 6 หลักการคือ (1) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (3) การบอกความจริง (4) สิทธิของผู้ป่วย (5) จรรยาบรรณวิชาชีพ และ (6) ความร่วมมือ สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 6 หลักการคือ (1) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (2) สิทธิของผู้ป่วย (3) จรรยาบรรณวิชาชีพ (4) การเคารพความเป็นอิสระ (5) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ (6) ความซื่อสัตย์ และสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน? หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 4 หลักการคือ (1) จรรยาบรรณวิชาชีพ (2) สิทธิของผู้ป่วย (3) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค และ (4) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย

สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถและระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“พิจารณาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย หากไม่ได้รับการดูแล”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 65)

2. สิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกและเลือกที่จะให้การดูแล ควรยึดหลักสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 56)

3. ความเอื้ออาทรหรือการดูแล ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หน้าที่ของพยาบาลคือ ให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน(ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ) ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาในสภาพใดก็ตาม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18)

4. จรรยาบรรณวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยทุกโรค ทุกระดับ อย่างเต็มความสามารถตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“รู้สึกที่ทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพถ้าปฏิเสธการดูแล เพราะผู้ป่วยอาจได้รับอันตราย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20)

สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ

(1) ปรีกษาที่ทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริง ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ (2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. การบอกความจริง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ผู้ป่วยควรได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสม จากผู้ที่มีความรู้ ผ่านการอบรม เช่นผู้ให้การปรึกษา และรายงานให้แพทย์รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 63)

2. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ต้องพิจารณาดูก่อน หากบอกไปแล้วผู้ป่วยยังยอมรับไม่ได้ อาจเกิดผลเสียที่เป็นอันตรายคงต้องประวิงเวลาและปรึกษา counselor เพื่อหาวิธีบอกความจริงที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

“บอกความจริง เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตัวเองมากขึ้น และเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 97)

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย/สิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ประสานงานกับแพทย์ให้เป็นผู้บอกการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย และส่งปรึกษา counselor เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยหลังจากทราบความจริง ให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตามสิทธิของตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 91)

“ใช้หลักสิทธิของผู้ป่วยที่ควรรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ว่าเป็นโรคอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 44)

สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ (1) ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์ (2) ดูแลผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆกัน และ (3) ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แม้จะเป็นผู้ป่วยเอดส์ ก็ควรได้รับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายอย่างดีที่สุด แม้ไม่มีโอกาสหายจากโรค ก็ควรให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย/สิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ติดต่อแพทย์เพื่อตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอีกครั้งและอธิบายญาติ เพราะขณะนี้ผู้ป่วยอาการเลวลง โดยใช้หลักพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษา ช่วยเหลืออย่างเต็มที่ตามสิทธิของผู้ป่วย โดยไม่ต้องร้องขอ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 100)

3. การบอกความจริง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“บอกข้อมูลที่เป็นจริงพร้อมให้กำลังใจ โดยอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงให้ญาติทราบเป็นระยะ จะช่วยให้ญาติเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และยอมรับการสูญเสียได้ในที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

5. จรรยาบรรณวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่สิ้นหวัง พยาบาลก็มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และเต็มความสามารถตามจรรยาบรรณวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 49)

สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ

(1) ปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส (2) ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส (3) ปกปิดผลเลือด แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส และ (4) แนะนำให้คู่สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยใช้หลักการดังนี้

1. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“การบอกความจริงตามขั้นตอนที่ถูกต้อง จะเกิดผลดีคือภรรยาช่วยดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย และเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 85)

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย/สิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เพื่อพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องก่อนตัดสินใจ จึงติดต่อ counselor ซึ่งผ่านการอบรม มีทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 84)

“ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล พยาบาลไม่ควรเปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 53)

3. จรรยาบรรณวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าบอกผลเลือดให้ภรรยาทราบ ก็จะเป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ พยาบาลมีหน้าที่ปกปิดความลับผู้ป่วย ไม่เปิดเผยถ้าไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

4. การเคารพความเป็นอิสระ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเองว่าจะบอกผลเลือดภรรยาหรือไม่ เมื่อบอกผลดี/ผลเสียให้ทราบแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20)

5. ความซื่อสัตย์ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่สามารถบอกภรรยาได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร เนื่องจากผู้ป่วยขอซ่อนไว้ เมื่อผู้ป่วยไม่ยินยอมให้บอก พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามเคร่งครัด ไม่ว่าญาติจะอ้างเหตุผลใดก็ตาม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน? กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ (1) ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ (2) ดูแลผู้ป่วยแทนและตักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ และ (3) พูดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. จรรยาบรรณวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ทั้งแพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ไม่ควรเลือกปฏิบัติควรดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20)

2. สิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ทั้งแพทย์และพยาบาลควรเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ฐานะและลักษณะความเจ็บป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 56)

3. การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถึงไม่ใช่ case ที่ได้รับมอบหมาย เราก็ควรให้การดูแลเหมือนกับผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป ไม่ควรเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเท่าเทียมกัน และควรคำนึงว่าหากเราเป็นเช่นนี้ แล้วถูกเลือกปฏิบัติจะเป็นเช่นไร”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 72)

4. การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เข้าไปช่วยดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยแทนนางสาวลำไย เนื่องจากผู้ป่วยมีเสมหะมาก เกรงว่าเสมหะอุดตัน อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเพิกเฉยของผู้ร่วมงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 34)

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model) ของแต่ละสถานการณ์

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์		
ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (n=4)		
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	4	100.00
สัมพันธภาพ	2	50.00
สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?		
จะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ (n=30)		
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	30	100.00
สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้หยุดชีวิต		
ไม่รายงานแพทย์แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์ (n=19)		
สัมพันธภาพ	19	100.00
สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย		
จะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือดให้เป็นที่หน้าที่ของแพทย์ (n=9)		
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	9	8.18
สัมพันธภาพ	2	1.82

หมายเหตุ: สถานการณ์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

ตาราง 21 แสดงหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง พบว่า หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้เหมือนกันทุกสถานการณ์มี 2 หลักการคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และ/หรือ (2) สัมพันธภาพ สำหรับสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน? กลุ่มตัวอย่างไม่มีรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง

สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะพิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษาในเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 99)

2. **สัมพันธภาพ** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ปรึกษาถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยรายนี้กับแพทย์เจ้าของไข้ ถ้าเรางดยาเองหากแพทย์ทราบภายหลังว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา จะทำให้มีปัญหาในการทำงานร่วมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 108)

สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะจะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจดังนี้

1. **ขอบเขตของอำนาจหน้าที่** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“พยาบาลไม่สามารถบอกการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ เนื่องจากเป็นหน้าที่ของแพทย์”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 88)

สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยัดชีวิต กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะไม่รายงานแพทย์แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจดังนี้

1. **สัมพันธภาพ** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เนื่องจากแพทย์อธิบายการดำเนินโรคให้ญาติทราบแล้ว ถ้าพยาบาลรายงานอีกอาจโดนแพทย์ตำหนิได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 68)

สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะจะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือดให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. **ขอบเขตของอำนาจหน้าที่** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ด้วยบทบาทหน้าที่ พยาบาลไม่สามารถบอกเกี่ยวกับโรคติดต่อดังนี้ได้ ต้องให้ญาติคุยกับแพทย์เจ้าของไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 110)

2. **สัมพันธภาพ** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ควรมีการปรึกษาหารือกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อจะได้แก้ปัญหาด้วยกัน ไม่เกิดข้อขัดแย้งขึ้นภายหลัง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model) ของแต่ละ สถานการณ์

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์		
ดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ (n=50)		
ความรับผิดชอบ	48	96.00
กฎหมาย	4	8.00
สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?		
รักษาภาพพจน์พยาบาล/หน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลพฤติกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย (n=13)		
ภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน	13	100.00
กฎหมาย	5	38.46
ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและขอเจาะเลือดใหม่ (n=10)		
กฎหมาย	7	70.00
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	3	30.00
ไม่บอกความจริงเพราะทำผิดขั้นตอนได้แต่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย (n=9)		
กฎหมาย	6	66.67
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	3	33.33
สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต		
ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ (n=16)		
ความรับผิดชอบ	14	87.50
ความยุติธรรม	7	43.75
สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย		
ให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ (n=13)		
กฎหมาย	10	76.92
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	5	38.46
สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?		
รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา (n=15)		
ขอบเขตของอำนาจหน้าที่	15	100.00

ตาราง 22 (ต่อ)

หลักการ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาภาพพจน์วิชาชีพโดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ (n=6)		
ภาพพจน์วิชาชีพ	6	100.00
ความรับผิดชอบ	3	50.00
หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาทีม (n=4)		
ภาพพจน์วิชาชีพ	3	75.00
กฎหมาย	2	50.00

ตาราง 22 แสดงหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน เป็นศูนย์กลาง จากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่าหลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 2 หลักการคือ (1) กฎหมาย และ (2) ความรับผิดชอบ สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 3 หลักการคือ (1) กฎหมาย (2) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และ (3) ภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 2 หลักการคือ (1) ความรับผิดชอบ และ (2) ความยุติธรรม สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 2 หลักการคือ (1) กฎหมาย และ (2) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? หลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มี 4 หลักการคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ (2) ความรับผิดชอบ (3) ภาพพจน์ของวิชาชีพ และ (4) กฎหมาย

สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. **กฎหมาย** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“การปฏิเสธหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หากเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย...หรือถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตถูกฟ้องร้อง อาจมีความผิดทางกฎหมายตามมาได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 39)

2. **ความรับผิดชอบ** ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ทำไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกสภาพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 87)

สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ

(1) รักษาภาพพจน์พยาบาล/หน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลพฤติกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย (2) ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและขอเจาะเลือดใหม่ และ (3) ไม่บอกความจริงเพราะทำผิดขั้นตอนได้แต่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักการในการตัดสินใจดังนี้

1. กฎหมาย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ขออนุญาต และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย อาจถูกฟ้องร้องได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 58)

2. ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ตัดสินใจไม่บอกการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยเพราะไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาล แต่จะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจว่าการที่พยาบาลปฏิบัติเช่นนี้ไม่ใช่รังเกียจผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 76)

3. ภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“การเจาะเลือดโดยไม่ขอความยินยอมจากผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถบอกผลเลือดแก่ผู้ป่วยได้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมองภาพพจน์ของพยาบาลและหน่วยงานไม่ดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 101)

สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยึดชีวิต กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะปฏิบัติตามขอบเขตหน้าที่ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. ความรับผิดชอบ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“พยาบาลมีหน้าที่ต้องดูแลสภาพจิตใจญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และติดต่อแพทย์เพื่ออธิบายญาติถ้าญาติต้องการ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 40)

2. ความยุติธรรม ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หากยึดเวลารักษาต่อไปจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หากย้ายเข้า ICU ก็ทำให้การครองเตียงไม่คุ้มค่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่นที่จำเป็นกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 84)

สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ โดยใช้หลักการในการตัดสินใจ ดังนี้

1. กฎหมาย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถือเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องรักษาความลับของผู้ป่วย หากบอกผู้อื่นอาจถูกฟ้องร้องได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 91)

2. ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“การบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือผู้ให้การปรึกษา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 68)

สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้อย่างไรตรงไหน? กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะ (1) รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา (2) รักษาภาพพจน์วิชาชีพโดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ และ (3) หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาทีมโดยใช้หลักการในการตัดสินใจดังนี้

1. ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ไม่มีอำนาจตักเตือนได้ ผู้บังคับบัญชาควรรับทราบและแก้ไขปัญหาการละเลยหน้าที่”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 37)

2. ภาพพจน์ของวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าไม่ช่วยผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต เป็นผลเสียต่อวิชาชีพ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 108)

3. ความรับผิดชอบ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตามความเหมาะสมกับอาการ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นไม่มีความหวังที่จะหายได้เลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 77)

4. กฎหมาย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“จริยธรรมกับกฎหมายมักจะไปด้วยกัน ถ้าไม่ดูแลสมควรให้ผู้ป่วยเราอาจรู้สึกผิด แต่ถ้าดูแลผิดต้นจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะผิดกฎหมายด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 79)

การอภิปรายผล

การศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย โดยผู้วิจัยอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่พยาบาลประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

1. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

1.1 ความถี่ของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.73 เผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนานๆครั้ง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.27 เผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบางครั้งและบ่อยครั้ง ด้วยเหตุที่ปัจจุบันโรคเอดส์ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อัตราการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเอดส์และสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น อีกทั้งเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังไม่มีหนทางรักษาให้หายขาดได้ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเอง ทำให้สังคมรังเกียจและตีตรา (สุริพร, 2537) พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ไม่สามารถผลัดภาระการดูแลไปให้ผู้อื่นได้ ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศแล้ว พบว่าความถี่ของการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในต่างประเทศสูงกว่าของการศึกษาในครั้งนี้ ดังเช่น จากการสำรวจพยาบาลวิชาชีพจำนวน 934 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 79 ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าตนเองต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทุกวันจนถึงทุกสัปดาห์ในการดูแลผู้ป่วย (Scanlon, 1994)

การที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่มีเพียงร้อยละ 57.27 ที่เผชิญเป็นบางครั้งและบ่อยครั้ง อาจมีสาเหตุจากความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ถึงความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง จะบอกถึงความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

(moral sensitivity) เป็นความสามารถของบุคคลในการตีความสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ ซึ่งพยาบาลจะมีความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความนึกคิดและความรู้สึกในการรับรู้ และแยกแยะสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่างกัน จากงานวิจัยทางด้านจิตวิทยาของเรสต์ (Rest, 1984) เกี่ยวกับความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพบว่า (1) บุคคลส่วนใหญ่จะไม่สามารถตีความกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ แม้แต่ในสถานการณ์ที่ง่าย ๆ (2) ความแตกต่างของบุคคลมีผลต่อความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และ (3) ความสามารถในการพัฒนาความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นอยู่กับอายุ ทั้งนี้เพราะความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม รวมถึงการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมถือเป็นขั้นตอนที่ยาก หากการจัดการศึกษาพยาบาลไม่ได้มุ่งสอนให้ผู้เรียนเกิดความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ก็อาจทำให้พยาบาลไม่รับรู้สถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) ระบุว่าเคยมีประสบการณ์กับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่การศึกษาของมาร์ติน (Martin, 1990) เกี่ยวกับผลกระทบของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อความเครียดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 75 ราย พบว่าพยาบาลร้อยละ 75.1 เคยประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

1.2 ความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่เกิดจากความขัดแย้ง หรือความแตกต่างของคุณค่าและความเชื่อของบุคคล (สิวลี, 2542; Aroskar, 1980; Fry, 1994) มักเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องทำตามความต้องการของบุคคลหลายๆฝ่ายในเวลาเดียวกัน เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆ กฎเกณฑ์ของหน่วยงาน และวิชาชีพของตน ซึ่งต่างก็มีคุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกัน เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว พยาบาลจึงต้องพิจารณาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติให้เหมาะสม (Ellis & Hartley, 1998; Rushton, 1988 cited by Reigle, 1996; Wlody, 1990) จึงทำให้พยาบาลเกิดความเครียด เนื่องจากผลของการปฏิบัติตามหน้าที่ทางจริยธรรมอาจแตกต่างและตรงข้ามกับสิ่งที่ตนเองต้องการ (Beauchamp & Childress, 1994; Purtilo, 1993) จากลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะเห็นได้ว่าเมื่อต้องเลือกปฏิบัติทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ก็มักจะทำให้เกิดประเด็น

ขัดแย้งทางจริยธรรมอีกอย่างหนึ่งเสมอ (Herrick & Smith, 1989) การที่ต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เพราะต้องคำนึงถึงผลกระทบทางสังคมอันเกิดจากความเฉพาะของโรคที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวลเป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงาน ($M=6.67$, $SD=4.70$) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ($M=6.85$, $SD=4.54$) มากกว่า 5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานทางคลินิก (Benner, 1984) ดังนั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จึงสามารถแก้ไขปัญหาหรือหาวิธีเผชิญปัญหา ที่ไม่ทำให้ตนเองต้องรู้สึกเครียดหรือกังวลบ่อย

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน (Martin, 1990) เกี่ยวกับผลกระทบของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อความเครียดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 75 ราย พบว่าเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพยาบาลร้อยละ 35 เกิดความเครียดระดับสูง ร้อยละ 46 เกิดความเครียดระดับปานกลาง และพบว่าร้อยละ 50 ของพยาบาลที่เผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เกิดความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ขณะที่ร้อยละ 44.4 รู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคลในระดับสูง นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ราย พบว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน ความรู้สึกอึดอัดใจ ขัดใจ ไร้อิสระ และความรู้สึกโดดเดี่ยวที่ต้องแก้ไขปัญหาลำพังคนเดียว และจากการศึกษาของพินช์ (Pinch, 1985) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมกับการรับรู้ต่อความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (professional autonomy) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลใหม่ 109 ราย นักศึกษาปีสุดท้าย 103 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 82 ราย ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ถึงข้อจำกัดของความเป็นอิสระทางวิชาชีพ ทำให้พยาบาลรู้สึกวิตกกังวล เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งคาทาลาโน (Catalano, 1994) กล่าวว่า การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวลอย่างสูง ถ้าหากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นไม่ได้รับการแก้ไข หรือได้รับการแก้ไขไม่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของสวิลล์ (2532) ที่กล่าวว่า การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในขณะปฏิบัติการพยาบาล การแก้ไขหรือตัดสินใจเลือกการกระทำต้องการให้เกิดประโยชน์และผลดีแก่ผู้ป่วย แต่บางครั้งก็ไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง ก่อให้เกิดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซับซ้อนมากขึ้น และมีผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจของพยาบาลทำให้รู้สึกหม่นหมอง

และคับข้องใจ ทางจิตวิทยาการพยาบาลเรียกภาวะดังกล่าวนี้ว่า ภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม (moral distress) จากการศึกษาของเออเลนและฟรอสท์ (Erlen & Frost, 1991) เกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่ได้รับจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยพบว่าเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพยาบาลจะบอกถึงความรู้สึกไร้พลังอำนาจ ขาดความช่วยเหลือและอ่อนแอ เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงความไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจเพราะถูกควบคุมโดยแพทย์ และขาดความรู้ที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งพยาบาลไม่ได้ตระหนักว่ายังมีทางเลือก หรือโอกาสที่สามารถคลี่คลายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้

1.3 ผลกระทบทางลบจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นสถานการณ์ที่เกิดจากความแตกต่างของคุณค่าและความเชื่อ (สิวลี, 2542; Aroskar, 1980; Fry, 1994) เมื่อพยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจที่ต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกลงสองทางหรือมากกว่า ซึ่งต่างก็เป็นทางเลือกที่ตนเองไม่พึงพอใจเท่าๆกัน (Davis & Aroskar, 1991; Purtilo, 1993) สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงและไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งทัศนคติทางลบที่สังคมหรือแม้แต่พยาบาลเองมีต่อโรคและต่อผู้ป่วย ทำให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (พินิจ, 2537) การที่พยาบาลรับรู้ว่าตนเองไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหรือไม่มีทางเลือกในการตัดสินใจ เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแม้แต่ปัญหาที่ง่าย ๆ หรือบางครั้งตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ผลลัพธ์ไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบในด้านต่างๆได้ง่าย จากผลการศึกษาพบว่าผลกระทบทางลบที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในด้านต่างๆ คือ ผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (คะแนนเฉลี่ย 5.37) ทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ (คะแนนเฉลี่ย 5.25) สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.88) และด้านที่มีผลกระทบน้อยที่สุดคือ กิจวัตรประจำวัน (คะแนนเฉลี่ย 2.64) สำหรับผลกระทบด้านอื่นๆที่กลุ่มตัวอย่างระบุ ได้แก่ สัมพันธภาพกับญาติของผู้ป่วย รู้สึกหดหู่ใจในการดำรงชีวิต และภาพพจน์ในการให้บริการ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน (Martin, 1990) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อความเครียดของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่พบว่าผลกระทบจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยพยาบาลต้องการย้ายออกจากหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย และมักกลับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเดิมด้วยอาการค่อนข้างรุนแรง ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยมักถูกญาติปฏิเสธ ทอดทิ้งให้พยาบาลรับหน้าที่คอยดูแลทั้งหมด ดังนั้นพยาบาลกลุ่มเดิมจึงต้องดูแลผู้ป่วยซ้ำๆ โดยต้องรับบทบาทเป็นผู้ทำหน้าที่แทนญาติด้วย ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเพิ่มมากขึ้น เมื่อต้องตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใกล้ตาย และในการศึกษาเดียวกันยังมีผลกระทบทางลบอื่นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความภาคภูมิใจในวิชาชีพคือ พยาบาลบางส่วนต้องการลาออกจากวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้การรับรู้ถึงความเป็นอิสระในวิชาชีพ ยังมีผลต่อความภาคภูมิใจในวิชาชีพ เนื่องจากความเป็นอิสระ (autonomy) ถือเป็นแนวคิดพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงความรับผิดชอบ และขอบเขตของอำนาจหน้าที่ (authority) รวมถึงความรู้สึกรับอำนาจในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Mundinger, 1980 cited by Collins & Henderson, 1991)

ในการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพพบว่า พยาบาลมักจะต้องอยู่ตรงกลางระหว่างบุคคลหลายๆฝ่าย เช่น ผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์และผู้ร่วมงานอื่นในทีมสุขภาพ รวมถึงผู้บริหาร ทำให้เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จึงอาจเกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับทุกฝ่ายได้ง่ายโดยเฉพาะผู้ร่วมงาน อีกทั้งการที่พยาบาลมีบทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิที่พึงจะได้ พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ และส่วนใหญ่การปฏิบัติบทบาทดังกล่าวมักทำให้พยาบาลเกิดความเครียด เนื่องจากความขัดแย้งในคุณค่าของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และพยาบาลต้องแสดงบทบาททางวิชาชีพโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพได้ถ้าขาดความร่วมมือ (Kelly & Joel, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) พบว่าผลกระทบทางลบจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลคือ ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ สัมพันธภาพเสื่อมถอย ด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ และถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน

2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลต้องแสดงถึงความรับผิดชอบ เมื่อต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย การ

ศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) เคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งอาจเป็นเพราะความตระหนักในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ซึ่งมีจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ อีกทั้งคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่กำหนดขึ้นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลทางด้านสุขภาพปัจจุบันจะมีกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น (Barnum, 1998; Jarezewski, 1990) ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบมากขึ้นเช่นกัน การเรียนการสอนทางด้านจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาล ก็ถือว่ามีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย (อรัญญาและวันดี, 2544; Collins & Henderson, 1991; Pinch, 1985; Reigle, 1996; Webb & Bunting, 1992)

แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.73 ยังคงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนานๆครั้ง เนื่องจากการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลยังไม่ได้เน้นการให้ความรู้ และการเตรียมพยาบาลเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมบ่อยครั้ง จึงมีเพียงร้อยละ 9.09 เท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.18 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นบางครั้ง นอกจากนี้หัวข้อในการประชุม/อบรมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องจริยธรรมทางการพยาบาล และจริยธรรมทั่วไป มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 31.82 ที่เคยอบรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการคิดเชิงวิเคราะห์ ร่วมกับการฝึกทักษะ และประสบการณ์ในการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม (moral reasoning) กับสถานการณ์ตัวอย่าง จะช่วยให้พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรัญญาและวันดี, 2544; Catalano, 2000; Noland, 1999; Reigle, 1996) มีการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์และประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายของประเทศเกาหลี จำนวน 100 ราย พบว่านักศึกษาพยายามนำความรู้ และแนวคิดทางจริยธรรมที่ได้รับในชั้นเรียนมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมกับสถานการณ์ตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่า ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลยังไม่มีสิทธิเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แต่ควรได้รับการฝึกทักษะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Han & Ahn, 2000) นอกจากนี้แครก (Cragg, 1989) ยังกล่าวว่าพยาบาลควรมีการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบของการประชุม/อบรม/สัมมนาหรือประชุมเชิงปฏิบัติการ จะช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยในการวิเคราะห์แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อีกทั้งจะช่วยสร้างกลุ่มช่วยเหลือและให้คำแนะนำทางด้านจริยธรรม ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ ยังคงมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนานๆ ครั้ง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะพยาบาลรับรู้ว่าคุณค่าอำนาจอิสระในการตัดสินใจ และขาดที่ปรึกษาเนื่องจากไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมในหน่วยงาน จากการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลกับอำนาจอิสระ พบว่าการขาดอำนาจอิสระทำให้พยาบาลแสดงบทบาทในการตัดสินใจลดลง (Collins & Henderson, 1991) สอดคล้องกับแนวคิดของไรเกิล (Reigle, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงการไร้พลังอำนาจมีผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังนั้นในการเตรียมพยาบาลให้เกิดพลัง และมีความเชื่อมั่นในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ไรเกิลจึงเสนอแนะให้เตรียมความรู้ ทักษะและส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ไพค์ (Pike, 1991) กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสำคัญ ควรให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จะช่วยให้การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี และพราย (Fry, 1989) ได้เสนอรูปแบบการฝึกประสบการณ์และทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ ดังนี้ (1) ควรจัดให้มีการเยี่ยมตรวจทางจริยธรรม (ethics rounds) ซึ่งจะแตกต่างจากการเยี่ยมตรวจทางคลินิกทั่วไป โดยจะเน้นการวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (2) มีการประชุมปรึกษาก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย (pre-post conference) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์ตรงในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ควรนำกฎหมายและปัญหาทางสังคมมาวิเคราะห์ร่วมด้วย รวมถึงวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลและแพทย์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ (3) การประชุมวิชาการในหอผู้ป่วย ควรจัดให้มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณี (case conference) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยให้ผู้มีความรู้ทางด้านจริยธรรมเลือกกรณีตัวอย่าง เน้นการวิเคราะห์คุณค่าจะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์แยกแยะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีการวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลและรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ในทางปฏิบัติโดยทั่วไป พยาบาลจะต้องนำกระบวนการพยาบาลที่มีระบบเป็นขั้นตอนมาใช้ในการแก้ไขปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่สำหรับปัญหาทางด้านจริยธรรม การใช้กระบวนการพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ (Catalano, 2000; Noland, 1999) พยาบาลจำเป็นต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอนของ

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สำหรับขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่เคยปฏิบัติคือ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 19.09) การวิเคราะห์ข้อมูล (ร้อยละ 26.36) และการกำหนดประเด็นขัดแย้ง (ร้อยละ 23.64) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าว เป็นเพราะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน การที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนเหล่านี้ได้ จะต้องผ่านการศึกษาอบรม และฝึกทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยเฉพาะ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.18 จะผ่านการศึกษาจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาล แต่โปรแกรมในหลักสูตรไม่ได้เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม อร์ญญาและวันดี (2544) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนควรให้ผู้เรียนมีทักษะในการใช้ความรู้ทางทฤษฎีจริยศาสตร์ มาใช้ปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเนื้อหาด้านจริยธรรมเสนอว่าควรประกอบด้วยทฤษฎีจริยศาสตร์และหลักจริยธรรม แนวคิดทางด้านจริยธรรม การหาความกระจ่างของคุณค่า จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายและจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จากการศึกษาของเวบบ์และบันติง (Webb & Bunting, 1992) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 ราย พบว่าพยาบาลมีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บนพื้นฐานที่เน้นการปฏิบัติ (practical considerations) มากกว่าการใช้หลักจริยธรรม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าการเตรียมพยาบาลโดยการจัดการเรียนการสอนให้มีโปรแกรมพัฒนาการใช้หลักจริยธรรมในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และนำปัจจัยทั้งที่เกี่ยวกับโรคและผลกระทบอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ทศนคติ ปัญหาทางด้านสังคมและนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มาอภิปรายร่วมกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ยุ่งยากในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเหมาะสม

ในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมถ้าหากพยาบาลไม่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้อง การพิจารณาทางเลือก และตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ก็จะเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ไม่ได้ช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แท้จริง เพราะเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานการให้คุณค่าของพยาบาลเอง ซึ่งไรเกิล (Reigle, 1996) กล่าวว่าทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ การจัดการศึกษาจึงควรเน้นการส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการวิเคราะห์คุณค่าและระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพ

3. วิธีการที่ใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่กลุ่มตัวอย่างประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา

พบว่าวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ พยายามหาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ (ร้อยละ 99.09) พุดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 98.18) ปลง/ทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์นั้น (ร้อยละ 93.64) และใช้วิธีปลีกตัวออกจากสถานการณ์ (ร้อยละ 70.91) ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จะเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และไม่สามารถหาทางออกที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ/เครียด/กังวล จึงต้องหาวิธีการทำให้ตนเองสบายใจขึ้น ช่วยลดความรู้สึกตึงเครียดและความรู้สึกขัดแย้ง โดยการพุดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ เป็นวิธีการระบายความเครียดหรือความทุกข์ใจจากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมกับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจและรับฟังปัญหา ส่วนวิธีปลง/ทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์นั้น ใช้เมื่อไม่มีวิธีการใดที่จะช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ การปลงหรือทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์จะช่วยให้พยาบาลสบายใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชาวลิต สุทธรังษีและตาทวิริยะนันท์ (Chaowalit, Suttharangsee, & Takviriyannun, 1999) ที่พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการปลงหรือทำใจเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังใช้วิธีพยายามหาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ และปลีกตัวออกจากสถานการณ์ และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีอื่น ๆ อีก ซึ่งได้แก่ หาทางระบายโดยการขีดเขียนกระดาษแรงๆ หรือแอบร้องไห้คนเดียว

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังใช้วิธีการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเน้นการแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) ตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดูแล โดยใช้วิธีการปรึกษาผู้อื่นเพื่อแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 98.18) เป็นการแสวงหาหนทางที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลต้องเผชิญในการปฏิบัติงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อน ยากที่จะหาทางแก้ไขได้เพียงลำพัง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังใช้วิธีแสดงบทบาททางวิชาชีพที่เน้นการแก้ไขปัญหา เพราะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย โดยการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (ร้อยละ 92.73) และวิธีอื่นๆที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา ได้แก่ ปรึกษาผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยเฉพาะ และคิดหาทางแก้ไขปัญหาและให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เป็นต้น

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทั้งสองวิธีคือ เน้นการแก้ปัญหา และเน้นการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้งสองอย่างร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา วันดีและถนอมศรี (2544) เรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล 2 ลักษณะคือ ทำเพื่อผู้ป่วยและหาวิธีช่วยให้ตนเองสบายใจ และพูดคุยปรึกษาหารือ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา (2543) พบว่าการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมี 7 วิธี โดยวิธีที่มุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ หาเหตุผลให้ตนเองสบายใจ ระบายความรู้สึก ใช้เวลารักษาใจ และปลง สำหรับวิธีที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา ได้แก่ การแสดงบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพ มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน และเมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย และจากการศึกษาของมาร์ติน (Martin, 1990) เกี่ยวกับผลกระทบของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อความเครียดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ได้วิเคราะห์ผลการศึกษารูปแบบในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานมาก และเคยเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยบ่อย จะสามารถหาวิธีจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ค่อยประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ จะใช้วิธีจัดการกับตนเองไปในทางลบ เช่น โกรธ ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยา

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่กำหนด

1. ความถี่ของการเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75-100 เคยเผชิญกับทุกสถานการณ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 เคยเผชิญกับสถานการณ์ต่อไปนี้เป็นคือ สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? (ร้อยละ 100) เป็นสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยเผชิญ สะท้อนให้เห็นว่าการไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ โดยแสดงอาการรังเกียจ แยกแยะและการตีตรายังมีอยู่ในสังคม (จิราพร, 2542; Bennett, 1990; Gien & Largen, 1993) สำหรับสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 94.55) อาจมีสาเหตุเนื่องจากสังคมรับรู้เอดส์เป็นโรคติดต่อ

ร้ายแรง เป็นแล้วต้องตาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995) เพราะยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ทุกคนหวาดกลัวที่จะอยู่ใกล้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากงานวิจัยหลายรายงานก็พบว่าพยาบาลเองก็ต้องการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต (ร้อยละ 91.82) จากที่โรคเอดส์ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและคุณภาพชีวิต (Martin, 1990) และผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อายุยังน้อย (Flanagan, 1990) พยาบาลจึงยังต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวาระสุดท้าย/ใกล้ตาย ซึ่งปัจจุบันนับว่าเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อย เนื่องจากการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998)

ผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 เคยเผชิญสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย (ร้อยละ 77.27) และสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? (ร้อยละ 75.45) ซึ่งทั้ง 2 สถานการณ์เป็นประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งปัจจุบันพบว่าทุกหน่วยงานของรัฐมีคลินิกนิรนาม สำหรับให้การรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหลัก ผู้รับผิดชอบที่สังคมส่วนใหญ่รับรู้คือ ผู้ให้การปรึกษาและแพทย์ ดังนั้นความถี่ของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เหมือนหรือคล้ายกับ 2 สถานการณ์นี้ จึงพบน้อยกว่าสถานการณ์อื่น

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48-65 เคยเผชิญทุกสถานการณ์ที่กำหนดนานๆครั้ง มีเพียงสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.82 เคยเผชิญกับสถานการณ์นี้บางครั้งและบ่อยครั้ง ซึ่งคล้ายกับความถี่ของการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 57.27) แต่จะแตกต่างกับของต่างประเทศที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 79 ต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยทุกวันจนถึงทุกสัปดาห์ (Scanlon, 1994) สะท้อนให้เห็นถึงความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral sensitivity) ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเรสท์ (Rest, 1984) กล่าวว่าความไวต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นขั้นตอนแรกขององค์ประกอบหลักทางจริยธรรม ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเชิงจริยธรรมหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรม (moral action/moral behavior) ถือเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเผชิญกับสถานการณ์ที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดระบุว่าเคยเผชิญ สะท้อนให้เห็นว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยังมีความสำคัญสำหรับพยาบาล ซึ่งฟราย (Fry, 1989) กล่าวว่าการนำเอาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการปฏิบัติกรพยาบาล

มาประชุมปรึกษาและวิเคราะห์ก่อนและหลังให้การพยาบาล (pre-post conference) เป็นวิธีการทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์ตรงในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของไรเกิล (Reigle, 1996) ที่กล่าวว่า การฝึกให้พยาบาลมีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยเฉพาะกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อย จะช่วยเตรียมพยาบาลให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

2. ความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

การเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจและลำบากใจแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 5.88-7.98 คือ สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต (คะแนนเฉลี่ย 7.98) สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 7.61) สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? (คะแนนเฉลี่ย 6.99) สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน? (คะแนนเฉลี่ย 6.64) และสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (คะแนนเฉลี่ย 5.88) จะเห็นได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะระบุความถี่ของการเผชิญทุกสถานการณ์ที่กำหนดนานๆครั้งดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจค่อนข้างมาก เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนดซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพินิจ (2537) กล่าวว่า นอกจากพยาบาลจะมีหน้าที่ความรับผิดชอบทางจริยธรรมหลายประการแล้ว พยาบาลยังต้องทำงานในกรอบที่จำกัด วิชาชีพพยาบาลไม่ได้เป็นวิชาชีพอิสระอย่างที่ทุกคนเข้าใจ เพราะต้องทำงานร่วมกับแพทย์ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้สึกอึดอัดใจเนื่องจากไม่มีอำนาจอิสระที่จะตัดสินใจเองในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพราะต้องคำนึงถึงสัมพันธภาพกับแพทย์และผู้ร่วมงานอื่น อีกทั้งคำสั่งและกฎระเบียบต่างๆของหน่วยงาน บางครั้งเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจมากที่สุด เนื่องจากเป็นสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นความตาย ที่ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความทุกข์ อีกทั้งไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาลที่จะตัดสินใจช่วยเหลือหรือยุติการช่วยเหลือเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งในภาวะนี้แพทย์จะมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากคนส่วนใหญ่จะมุ่งรักษาชีวิต แต่

พยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยและญาติ และต้องรับรู้เหตุการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจมาก เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? และสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะเป็นของผู้ให้การปรึกษาและแพทย์ ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว การตัดสินใจจะต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและความร่วมมือกับหลายๆฝ่าย ซึ่งวันทิวา (2541) กล่าวว่าแม้ว่ากฎหมายและบทบาทหน้าที่ได้ระบุว่า เป็นหน้าที่ของแพทย์เป็นผู้ที่มีสิทธิในการให้ข้อมูล แต่ในทางปฏิบัติแล้วผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติคือ พยาบาล ซึ่งมักจะถูกถามเสมอ สำหรับปฏิกริยาจากการถูกถามพบว่าทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ

นอกจากนี้หากต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกอึดอัดใจ/คับข้องใจ/ลำบากใจน้อยที่สุด อาจเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง เมื่อเกิดผลกระทบก็สามารถหาทางระบายเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้นได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเชื่อว่าการนำหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้ในการปฏิบัติ ก็จะสามารถลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อขณะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.36 เคยผ่านการประชุม/อบรม การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการอบรมเหล่านี้มีมากภายหลังจากที่โรคเอดส์ระบาด และการอบรมดังกล่าวได้ให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อีกทั้งกองโรคเอดส์ก็ได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลทุกคนจึงมีความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อีกทั้งนโยบายของรัฐก็กำหนดให้ใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

3.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพันธะหน้าที่ในวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง (professional duty and duty to self) เกิดจากการที่พยาบาลมีความกลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย และต้องการปฏิเสธเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในช่วงที่สุขภาพไม่แข็งแรง เพราะพยาบาลรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าทุกประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นี้ กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงความต้องการหลีกเลี่ยงหรืออยากปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรในทีม

สุขภาพที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะให้การพยาบาลสูงกว่าบุคลากรอื่น พยาบาลจึงแสดงออกถึงความกลัว จากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในพยาบาล โดยบริซอลท์ และโพลิฟรอนิ (Breault & Polifroni, 1992) พบว่าพยาบาลมีความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลแสดงออกโดยการป้องกันตนเองมากเกินไป ความจำเป็นและพยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย จากสถานการณ์นี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.82 ที่อยากปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ด้วยสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลได้ จึงระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“ไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้”** เนื่องจากพยาบาลต้องตัดสินใจเลือกระหว่างการปฏิบัติงานตามพันธะหน้าที่ในฐานะพยาบาล ซึ่งจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเต็มความรู้ความสามารถ โดยไม่คำนึงถึงชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และหน้าที่ในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย เพราะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อของตนเองขณะปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซาดา (2533) เรื่องความขัดแย้งระหว่างบทบาทการปฏิบัติกรพยาบาลกับบทบาทการป้องกันตนเองและพฤติกรรมของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าพยาบาลไม่ต้องการให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และไม่ต้องการสัมผัสกับผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องให้การดูแลเพราะเป็นหน้าที่จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“อยากเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เสี่ยง แต่ไม่สบายใจที่ดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่”** จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีขณะให้การดูแลผู้ป่วย จึงอยากเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ในเวลาเดียวกันก็เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เพราะรับรู้ว่าการเลือกปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เต็มที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าถึงแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และพยายามปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่ยังเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย มีการศึกษาที่พบว่าพยาบาลกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย เพราะมีความเชื่อว่าจะข้อมูลที่ทางกรนำเสนอเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ต่ำกว่าความเป็นจริง (Reeder et al., 1994) เพราะแม้ว่าความเสี่ยงดังกล่าวจะน้อยมากแต่ก็ไม่ใช่เท่ากับศูนย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอลล์แลค (Wallack, 1989) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของทีมนสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่าร้อยละ 63 ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์ ถึงแม้ว่าจะปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดแล้วก็ตาม และพยาบาลร้อยละ 53 ให้ข้อมูลว่า มีบางครั้งที่พวกตนพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิต (Chaowalit, 1997) โดยสัมภาษณ์พยาบาลไทยจำนวน 13 ราย

เรื่องประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าพยาบาลทั้ง 13 ราย กล่าวการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ก็ต้องให้การดูแลตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยพยาบาล 4 ราย ที่รายงานว่ามีบางครั้งที่ตนเองหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วย และการศึกษาของดворकिन อัลเบรชท์ และคูกซี (Dworkin, Albrecht, & Cooksey, 1991) เกี่ยวกับความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากทีมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 73 ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องเจาะเลือด หรือแทงเข็มเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของแวง (Wang, 1997) เกี่ยวกับทัศนคติ ความวิตกกังวลและความกลัวโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา จำนวน 376 ราย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวที่มีคะแนนสูงสุดคือ การที่พยาบาลจะต้องสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วย

มีกลุ่มตัวอย่างที่เกิดความลังเลว่าควรจะทำปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพียงใด จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดูแล และในเวลาเดียวกันการปฏิบัติดังกล่าวก็ไม่เกิดผลเสียต่อตนเอง จึงระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับกับผลเสียที่อาจเกิดกับตนเอง”** เนื่องจากรับรู้ว่ามีบางกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ นั้นตนเองต้องเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีบทความเกี่ยวกับความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายหนึ่ง บอกว่า มีบ่อยครั้งที่ต้องเสี่ยงกับกิจกรรมที่ต้องสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นจากคำสั่งการรักษาที่ไม่ได้มุ่งให้การรักษาผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนมากในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย นอกจากพยาบาลต้องเสี่ยงโดยไม่จำเป็นแล้ว ผู้ป่วยยังต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่มขึ้นอีก (Halloran, 1993) ประเด็นนี้คณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาล (ANA Committee on Ethics, 1986 อ้างตาม อรรถาธิบายและวงจันท์, 2539) ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้แนวทางแก่พยาบาลในการประเมินสถานการณ์ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ทางจริยธรรม (moral duty) ที่ต้องกระทำ หรือเป็นทางเลือกทางจริยธรรม (moral option) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 4 ประการดังนี้ (1) ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายหรือความสูญเสียอย่างชัดเจนหากพยาบาลไม่ช่วยเหลือ (2) กิจกรรมการพยาบาลนั้นๆมีผลโดยตรงต่อการป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย (3) การดูแลของพยาบาลอาจจะป้องกันอันตรายหรือความสูญเสียแก่ผู้ป่วยได้ และ (4) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับมีมากกว่าอันตรายที่พยาบาลจะได้รับ และความเสี่ยงของพยาบาลจะต้องอยู่ในระดับต่ำมาก ข้อกำหนดเหล่านี้จะช่วยทำให้พยาบาลสามารถชั่งน้ำหนักได้ว่าตนเองต้องดูแลผู้ป่วย หรือมีสิทธิปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“อยากปฏิเสธการดูแล แต่ไม่อยากผลักภาระให้ผู้อื่น”**

เนื่องจากรับรู้ว่าจะหากตนเองไม่ดูแลผู้ป่วย ภาวะการดูแลก็ต้องตกเป็นของผู้ร่วมงาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานในอนาคตได้ และอาจเป็นเพราะลักษณะของคนไทยส่วนใหญ่ ที่มีนิสัยเกรงใจผู้อื่น (สุพัตรา, 2542) ในการตัดสินใจจึงมักคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูง

3.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

รูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 45.45) ใช้ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง** สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกตัดสินใจที่ไม่ได้มุ่งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างไรก็ตามการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นการกระทำที่อาจเกิดผลเสียต่อตนเอง เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้มีอำนาจเหนือกว่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงตัดสินใจปฏิบัติเฉพาะในส่วนที่เป็นหน้าที่ของตน การปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จึงไม่สอดคล้องกับทฤษฎีประโยชน์นิยม (consequence-based theory) ขณะเดียวกันก็ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีหน้าที่นิยม (obligation-based theory) เนื่องจากเป็นการกระทำที่ไม่มีพื้นฐานมาจากเจตนาดีต่อผู้ป่วยเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างจึงระบุการตัดสินใจในลักษณะ **“ดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ”** ซึ่งหลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจมี 2 หลักการคือ (1) ความรับผิดชอบ และ (2) กฎหมาย ในสถานการณ์นี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามข้อตกลงหรือกฎระเบียบของหน่วยงาน ดังนั้นการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย นอกจากพยาบาลอาจมีความผิดที่ละเลยหน้าที่แล้ว หากผู้ป่วยได้รับอันตรายจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ อาจถูกฟ้องร้องมีความผิดทางกฎหมายได้ ซึ่งความผิดฐานทอดทิ้งหรือปล่อยปละละเลยผู้ป่วย ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (สภาการพยาบาล, 2541; แสงวง, 2544) สอดคล้องกับแนวคิดของแชลลีและโลริซ (Chally & Loriz, 1998) ที่กล่าวว่าสำหรับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในปัจจุบัน พยาบาลควรจะนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายมาประกอบการตัดสินใจด้วย

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างใช้รองลงมา (ร้อยละ 33.64) คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** จะเห็นว่ามีเพียงหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่ตัดสินใจโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเอดส์ยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากภาพลักษณ์

ที่เกิดขึ้นจากอาการของโรคและจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสังคมทั่วไปไม่ยอมรับ (บ่าเพ็ญจิต, 2540) จึงมีผลให้บุคคลรอบข้างหรือคนในสังคมรวมทั้งพยาบาลเกิดความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (สุริพร, 2537) สาเหตุที่พยาบาลกลุ่มนี้ตัดสินใจโดยรูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยซึ่งมักจะถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคม (จิราพร, 2542; Bennett, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบริออลท์และโพลิฟรอนิ (Breault & Polifroni, 1992) ที่พบว่าพยาบาลยังมีความรู้สึกเห็นใจ เมตตาและสงสารผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อย เพราะรู้สึกว่าผู้ป่วยเหล่านี้กำลังเผชิญความตายและพยาบาลมีการสร้างความรู้สึกที่ดีให้กับตนเอง โดยพยายามมองถึงผลลัพธ์ที่ดีที่จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ ความสุขสบายและการฟื้นฟูจนสามารถกลับบ้านได้ อีกสาเหตุหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในลักษณะนี้ เพราะเชื่อว่าการนำหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ จึงระบุนการตัดสินใจในลักษณะ **“ดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถ และระวังไม่ให้ตนเองติดเชื้อ”** แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ก็รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน แต่ด้วยสำนึกของพยาบาลที่ต้องเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย หากตนปฏิเสธการดูแลก็เหมือนทอดทิ้งผู้ป่วย

การศึกษาและการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถป้องกันตนเองโดยใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานได้ อีกทั้งความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ต้องการการดูแลอย่างเต็มความสามารถรวมถึงกำลังใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้บอกถึงความรู้สึกกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในลักษณะ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ถ้าหากญาติของตนเจ็บป่วยด้วยโรคนี้บ้าง ก็คงต้องการให้ญาติได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเช่นกัน มีกฎศีลธรรมที่สามารถนำมาใช้เป็นหลักในการตัดสินใจได้ กฎนี้เรียกว่า “กฎทอง” (golden rule) ซึ่งมีใจความว่า “จงปฏิบัติต่อผู้อื่นดั่งที่ท่านอยากให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อท่าน อย่าทำอะไรกับผู้อื่นโดยที่ท่านไม่อยากจะให้ผู้อื่นทำสิ่งนั้นกับท่าน” ของไทยใช้คำว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” (วิทย์, 2543; <http://www.josephsoninstitute.org/MED/MED-models.htm>, 2002) สอดคล้องกับแนวคิดของสิวลี (2542) ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล บนพื้นฐานของจริยธรรม หมายถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ ความเอื้ออาทร (caring) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy) ความเห็นอกเห็นใจ (sympathy) และการให้ความเคารพ (respect) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของประไพและสุนทร (2535) ซึ่งสำรวจความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การปฏิบัติกรพยาบาลและทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลร้อยละ 97.56 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อที่กล่าวว่า ถ้าญาติ

สนิทของท่านติดเชื่อเอเดส ท่านต้องการให้ญาติได้รับการดูแลอย่างดีเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

สำหรับหลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในสถานการณ์ที่ 1: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอเดส มี 4 หลักการคือ (1) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ไม่ทำอันตราย พยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีพันธะหน้าที่ที่จะต้องทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย กับพันธะหน้าที่ที่จะไม่ทำสิ่งที่อันตราย หรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (Beauchamp & Childress, 1989) สอดคล้องกับแนวคิดของอริญญาและวงจันทร์ (2539) ที่กล่าวว่าหลักการทางจริยธรรมข้อนี้มักเป็นสิ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรก เมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (2) ความเอื้ออาทรหรือการดูแล ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรหรือการดูแล จะชี้ให้เห็นถึงบทบาทพื้นฐานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1984 cited by Fry, 1994) ถือเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่พยาบาลจะต้องมี เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเกื้อกูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพของเฟิร์น (Firn, 1995) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอเดส จำนวน 7 ราย พบว่าบทบาทการดูแล (caring role) ของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการคือ ให้พยาบาลตอบสนองความสุขสบายในภาวะวิกฤต ยอมรับผู้ป่วยและไม่ตัดสินผู้ป่วยด้วยความรู้สึกของตนเอง ให้การตอบสนองผู้ป่วยตามความแตกต่างของแต่ละบุคคลและสัมผัสผู้ป่วย และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของมาลี (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอเดส พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายสอดคล้องกันคือ ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิตและเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรู้สึกของผู้ป่วยจากการได้รับการดูแลจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะมีความสุขทางใจรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต ตระหนักในคุณค่าของพยาบาล (3) จรรยาบรรณวิชาชีพ การปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยถือเป็นภาระหน้าที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพเพราะในจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนดไว้ว่า (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545)

พยาบาล...พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัย และแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

พยาบาล...พึงป้องกันอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

พยาบาล...พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามหลักการแห่งวิชาชีพ การพยาบาล

พยาบาล...ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาค ตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนาและสถานภาพของบุคคล จากข้อกำหนดเหล่านี้ เป็นข้อบ่งชี้ว่าพยาบาลมีพันธะหน้าที่ตามวิชาชีพที่จะต้องให้การดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอเดส และมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ และหลักการ (4) สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้

รับบริการบริการด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ยกเว้นแม้แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนี้รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3.64) ใช้ในการตัดสินใจในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง** สะท้อนให้เห็นว่ามีพยาบาลจำนวนน้อยมากที่เห็นว่าในสถานการณ์เช่นนี้ แพทย์เป็นผู้มีอำนาจที่จะช่วยให้ตนเองปลอดภัยจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เนื่องจากรับรู้ว่าการรักษาที่ทำให้พยาบาลต้องเข้าไปเสี่ยงปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่ไม่จำเป็น (Hallován, 1993) พยาบาลกลุ่มนี้เชื่อว่าแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของตนได้ จึงระบุการตัดสินใจในลักษณะ **“ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย”** เนื่องจากรับรู้ถึงแม้จะให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ตนเองก็ยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงควรจะมีทางเลือกอื่นที่ไม่ทำให้ตนเองต้องเสี่ยงมากจนเกินไป อีกทั้งยังเห็นว่าแผนการรักษาบางอย่างเกินความจำเป็น แต่ถ้าหากตนไม่ปฏิบัติตามก็อาจมีผลต่อสัมพันธภาพกับแพทย์ และไม่ใช่ว่าขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลที่จะเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ดังนั้นหลักการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจจึงมี 2 ลักษณะคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ซึ่งพินิจ (2537) กล่าวว่าวิชาชีพพยาบาลไม่ได้เป็นวิชาชีพอิสระอย่างที่ทุกคนเข้าใจ พยาบาลยังต้องทำงานร่วมกับแพทย์ ไม่มีอำนาจที่จะตัดสินใจเองในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่จะต้องทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และ (2) สัมพันธภาพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีข้อกำหนดในจรรยาบรรณวิชาชีพต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นไว้ว่า พยาบาล...พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ และ พยาบาล...ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545)

นอกจากนี้พบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจโดยใช้รูปแบบอื่นๆ (ร้อยละ 17.27) โดยจะเน้นถึงความปลอดภัยของตนเองเป็นหลัก ซึ่งมีลักษณะการตัดสินใจคือ (1) ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น ป้องกันตัวเองมากที่สุด และ (2) หลีกเลี่ยงการดูแลไปสักระยะ เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเอง เพราะเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยในขณะที่พยาบาลมีปัญหาสุขภาพ นอกจากไม่เกิดผลดีกับพยาบาลแล้วก็อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

4.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการบอกความจริง (veracity/truth telling) เป็นการบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.82 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์นี้ในลักษณะ **“ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วย หรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี”** โดยเกิดความลังเลว่าตนเองควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เพราะถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรู้ข้อมูลของตนเองหรือควรจะนิ่งเฉยดี เพราะผู้ป่วยอาจจะยังไม่พร้อมที่จะรับรู้ความจริงที่เป็นข่าวร้าย เนื่องจากสังคมมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้และรับทราบกันโดยทั่วไปว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาให้หายขาดได้ หากบอกความจริงอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังไม่พร้อมจะรับรู้ความจริง อาจทำให้ใจยอมรับไม่ได้ เครียด สับสน ซึมเศร้าหรืออาจทำร้ายตนเอง จากการศึกษาของสมสกุลและบงกช (2539) พบว่าผู้ที่ทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการฆ่าตัวตาย หรือความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 36 เท่า ซึ่งมิลเลอร์ (Miller, 1987) กล่าวว่าความคิดฆ่าตัวตายจะพบได้เสมอในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกถึงความลำบากใจเพราะไม่ทราบจะหาวิธีการบอกอย่างไร ที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ดังที่รัตน (2541) กล่าวว่า การบอกความจริงเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากใจแก่ผู้ป่วยปฏิบัติในทีมสุขภาพ อาจเนื่องจาก (1) เกรงว่าการบอกความจริงไปแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ท้อแท้หรือเสียใจมาก (2) เกรงว่าเมื่อบอกความจริงไปแล้วจะได้รับการตำหนิ ว่าให้การดูแลไม่ดีพอ (3) เกิดความไม่มั่นใจไม่รู้ว่าจะต้องพูดหรือมีท่าทีอย่างไร เนื่องจากไม่เคยเรียนรู้ถึงวิธีการบอกความจริงมาก่อน และ (4) กลัวที่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับทราบความจริงแล้ว เช่น ถ้าผู้ป่วยโกรธ ร้องไห้หรือเอะอะโวยวาย ไม่รู้ว่าจะตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างไร แต่การไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย หรือนิ่งเฉยก็เหมือนเป็นการปิดบังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล สงสัย และมีผลกระทบต่อความเชื่อถือไว้วางใจที่มีต่อพยาบาลด้วย นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะนำข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองมาใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา ฟินิจ (2537) กล่าวว่า การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สภาพที่เป็นจริงของตน ไม่มีชีวิตอยู่บนความหวังลมๆแล้งๆที่ไม่มีทางเป็นจริงได้ ความจริงจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยก็ต่อเมื่อพยาบาลบอกความจริงโดยปราศจากวิจรณญาณ หากพยาบาลมีความรู้ทางจิตวิทยา จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองได้ ซึ่งรัตน (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เพราะ (1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้และอาจส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วย (2) การบอกความจริงทำให้ผู้ป่วยได้รู้อนาคตของตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ (3) การบอกความจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวออกมาและได้พูดคุยในเรื่องราวต่างๆที่อยากจะพูด (4) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสทบทวนเรื่องราวที่ผ่านมาในชีวิตและจัดการวางแผนชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และ (5) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

มีการศึกษาในต่างประเทศเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจำนวน 167 ราย เกี่ยวกับการบอกความจริง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83 ยอมรับความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 13 ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรับทราบความจริง และน้อยกว่าร้อยละ 4 ของผู้ป่วยที่ทำการสำรวจไม่ต้องการจะรู้ความจริง (Elian & Dean, 1985 cited by Williamson & Livingston, 1992) ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยแต่ละรายมีคุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกัน จึงมีทั้งผู้ป่วยที่ยอมรับความจริงและไม่อยากรับรู้ความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคที่เป็นเหมือนข่าวร้ายของตนเอง ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคับข้องใจ ดังเลไม่แน่ใจว่าจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยดีหรือไม่ ควรตัดสินใจอย่างไรจึงจะเกิดผลดี ทั้งนี้เพราะพยาบาลเองก็มีคุณค่าในเชิงวิชาชีพ (professional value) ที่จะต้องคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลก็รับรู้ว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีคุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มาจากการที่บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องของคุณค่าและความเชื่อ (สิวลี, 2542; Aroskar, 1980; Fry, 1994)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.09 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“อยากบอกความจริงแต่ไม่ใช่ขอบเขตหน้าที่”** ขณะที่ต้องการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคหรือผลเลือดเอชไอวีให้ผู้ป่วยทราบ แต่ก็ไม่สามารถบอกได้เพราะไม่ได้อยู่ในขอบเขตหน้าที่ของตน โดยรับรู้ว่าตามขอบเขตหน้าที่และกฎหมาย ผู้ที่มีหน้าที่ในการบอกข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคควรเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่โดยตรงในการบอกผลการวินิจฉัยโรคคือ แพทย์ (พิกุลทิพย์และปราณี, 2539; วิชญุรย์, 2537) แต่การที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดกว่าแพทย์ ทำให้ต้องคอยตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเองอาจไม่เข้าใจถึงขอบเขตหน้าที่ของที่มีสุขภาพเกี่ยวกับการบอกผลการวินิจฉัยโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจที่ทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถบอกให้ผู้ป่วยทราบได้ จากการศึกษาของวันทิวา (2540) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่า ไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะบอกข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ต้องเผชิญปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดกว่าแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องรู้ดีและสามารถตอบคำถามของตนได้ และมีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“แม่ไม่สบายใจที่ต้องตอบเสียงๆ/โกหก แต่ก็บอกความจริงไม่ได้”** เมื่อถูกผู้ป่วยถามบ่อยๆถึงการวินิจฉัยโรคแต่ไม่สามารถบอกได้จึงต้องตอบเสียงๆหรือโกหก แม้จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น แต่ตนเองก็รู้สึกไม่สบายใจที่ต้องทำเช่นนั้น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่เป็นจริงของตัวเองอาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวได้ อีกทั้งการบอกความจริงยังเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตนเอง แต่ข้อมูลบางอย่างที่เป็น

ข่าวร้าย อาจจะต้องปกปิดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ยังไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะยอมรับความจริงดังกล่าวได้ (Lee, 1994) พยาบาลอาจจะต้องปกปิดความจริงบางส่วนแก่ผู้ป่วย ถ้ารู้สึกว่าการบอกความจริงทั้งหมดจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (Chally & Loriz, 1998) แต่การที่ต้องเลี่ยงการบอกความจริงหรือต้องโกหกผู้ป่วย ก็ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจเพราะตระหนักดีว่าพยาบาลควรเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ให้ได้รับทราบข้อมูลของตนเองอย่างถูกต้อง เพียงพอและครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการบอกความจริง พบว่าพยาบาลเห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยมีสิทธิจะรู้ความจริง และยังเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรงที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นจริง (Sandroff, 1981 cited by Williamson & Livingston, 1992)

4.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

รูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 42.73) ใช้ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลกลุ่มนี้เชื่อว่าการตัดสินใจของตนจะเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงเลือกตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้เพราะการบอกความจริงถือเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมสำหรับพยาบาล เป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพที่บอกถึงความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล อีกทั้งเป็นความคาดหวังที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยในบริการสุขภาพ (พินิจ, 2537; Lee, 1994) เป็นการแสดงถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Fry, 1994; Williamson & Livingston, 1992) การบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรค หรือการให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นจริง เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Beare & Myers, 1994) แต่ในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เพราะนอกจากสภาพของผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมจะยอมรับความจริงแล้ว ผลการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็นับว่าเป็นข่าวร้าย จากการศึกษาครั้งนี้นักกลุ่มตัวอย่างระบุถึงลักษณะการตัดสินใจว่าควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วย โดยการบอกความจริงนั้นจะต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะเดียวกันจะต้องป้องกันผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจากการบอกความจริง เพราะการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย เป็นความต้องการด้านจิตสังคมที่ละเอียดอ่อน ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องการให้ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการบอกความจริงมีความเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ความเป็นเพื่อน ให้การยอมรับ รับฟังเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ให้คำแนะนำ คำปรึกษา รวมถึงข้อมูล ให้แนวทางในการปรับตัว ให้ความช่วยเหลือพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม (จริยวัตรและคณะ, 2540) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงระบุการตัดสินใจใน 2 ลักษณะคือ “ปรึกษาทีมงานเพื่อหาแนวทางการบอกความจริงที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย” และ “อธิบาย

“ให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย ก่อนบอกความจริง” สำหรับหลักการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจมี 4 หลักการคือ (1) การบอกความจริง (2) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (3) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และ (4) สิทธิของผู้ป่วย การตัดสินใจด้วยหลักการดังกล่าวข้างต้น เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการหาวิธีการบอกความจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลี (Lee, 1994) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพื่อจะได้มีทางเลือกในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การประชุมทีมสุขภาพที่มีความรู้ ประสบการณ์และทักษะในการบอกผลการวินิจฉัยโรคเอดส์และการให้การปรึกษา รวมถึงการปรึกษาแพทย์เพื่อหาแนวทางการบอกความจริงที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย ก็ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจปฏิบัติ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยมผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษามาแล้ว ก็จะเตรียมผู้ป่วยด้วยตนเองตามกระบวนการในการบอกความจริง อย่างไรก็ตามในกระบวนการของการบอกความจริงนั้น หากพบว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับทราบความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยาบาลก็สามารถบอกความจริงบางส่วน (partial truth) เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยได้ ถ้ารู้ว่าการบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของอะรอสการ์ (Aroskar, 1989) ที่กล่าวว่าในกรณีที่ผู้ป่วยยังยอมรับความจริงไม่ได้ พยาบาลจำเป็นต้องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจากการบอกความจริง ดังนั้นหลักการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย จะเป็นหลักการที่ต้องนำมาใช้ก่อนหลักการบอกความจริง

หลักการสำคัญอีกประการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์นี้คือ การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในด้านการได้รับข้อมูล ซึ่งในคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยกล่าวไว้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนเมื่อร้องขอ (ชุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) ดังนั้นรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงต้องถือหลักเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่แท้จริง รวมถึงประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการบอกความจริงด้วย (Lee, 1994) นอกจากนี้การบอกความจริง มักเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องประกอบการตัดสินใจและเลือกรับบริการทางสุขภาพ โดยรับรู้ถึงประโยชน์และทางเลือกของการรักษาแต่ละวิธี (Thelan et al., 1994)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากสถานการณ์ที่ 2: จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างไร? ที่กลุ่มตัวอย่างใช้รองลงมา (ร้อยละ 29.09) คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง** แสดงว่ามีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหนึ่งในสามที่ให้คุณค่าของภาพพจน์วิชาชีพ

และหน่วยงาน เนื่องจากรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้มีหน้าที่ต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีหน้าที่ต่อหน่วยงานและวิชาชีพอีกด้วย (Purtilo, 1993) ดังนั้นในสถานการณ์ที่ทีมสุขภาพจะเลือกผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีชนิดขั้นต้น กล่าวคือไม่ได้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยและไม่ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนจะเลือกการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค อาจเกิดผลกระทบต่อวิชาชีพและหน่วยงานได้ จึงเลือกที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระบุการตัดสินใจ 3 ลักษณะดังนี้ **“รักษาภาพพจน์พยาบาลและหน่วยงาน โดยอธิบายเหตุผลของพฤติกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย”** **“ปฏิบัติให้ถูกขั้นตอนโดยให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และขอเจาะเลือดใหม่”** และ **“ไม่บอกความจริงเพราะทำผิดขั้นตอน ได้แต่แนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย”** สำหรับหลักการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจมี 3 หลักการคือ (1) ภาพพจน์ของพยาบาลและหน่วยงาน (2) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และ (3) กฎหมาย การตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานโดยไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย แต่จะอธิบายเหตุผลของพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าพยาบาลจำเป็นต้องใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกับผู้ป่วยทุกราย เพื่อเป็นการรักษาภาพพจน์ของวิชาชีพและหน่วยงาน และกลุ่มตัวอย่างที่บอกว่าพยาบาลไม่มีอำนาจหน้าที่ในการบอกผลการวินิจฉัยโรค ก็จะแนะนำวิธีดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย หรือใช้วิธีขอเจาะเลือดผู้ป่วยใหม่โดยส่งผู้ป่วยพบผู้ให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อนตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยโดยการปฏิบัติที่ผิดขั้นตอนอาจมีผลทางกฎหมายตามมาได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแสวง (2540) เกี่ยวกับปัญหากฎหมายกรณีตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี กล่าวว่า จะกระทำต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องอธิบายและขอความยินยอมจากผู้ป่วย หากเป็นการเจาะเลือดผู้ป่วยที่มารับการรักษาไปตรวจวิเคราะห์โรคและนำเลือดนั้นไปตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเวลาเดียวกันด้วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบ กรณีเช่นนี้ถือว่าเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง และอาจกลายเป็นปัญหากฎหมายขึ้นได้ แม้แพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ จะอ้างว่าเป็นการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ก็ยังเป็นปัญหาในทางกฎหมายเพราะโดยทั่วไปถือว่าคุณบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีวิธีป้องกันอยู่แล้ว โดยให้สันนิษฐานไว้ว่าผู้ป่วยทุกคนอาจจะเป็นโรคเอชไอวีได้

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่พบในกลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด (ร้อยละ 27.27) ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง** แสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการบอกหรือไม่บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค เป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ พยาบาลไม่มีอำนาจเข้าไปก้าวร้าว เพราะจะทำให้มีผลกระทบทางลบต่อสัมพันธภาพกับแพทย์ได้ ดังนั้นจึงระบุการตัดสินใจในลักษณะ **“จะบอกหรือไม่บอกความจริง ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์”** ซึ่งหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจคือ ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ สอดคล้องกับแนวคิดของวิฑูรย์ (2537)

ที่กล่าวว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการบอกผลการวินิจฉัยโรคควรเป็นแพทย์ และจากการศึกษาของวันทิวา (2540) ที่สำรวจการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 593 ราย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 รับรู้ว่าจะไม่ใช้หน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะให้ข้อมูลหรือบอกความจริงแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง ในกรณีที่แพทย์ตัดสินใจไม่บอกผลการวินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรคแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้พยาบาลรู้สึกลำบากใจไม่แน่ใจว่าควรทำตามแพทย์หรือบอกความจริงกับผู้ป่วยดี แต่สุดท้ายพยาบาลก็ต้องทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (High, 1989)

5. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต

5.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต

เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการยืดชีวิตผู้ป่วย (prolong life) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.72 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“ยึดอัดใจที่ต้องอยู่ตรงกลางระหว่างญาติกับแพทย์”** โดยบอกถึงความรู้สึกยึดอัดใจที่ต้องเป็นคนกลางคอยประสานงานกับแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ญาติจะเป็นผู้ทำหน้าที่บอกถึงความต้องการต่างๆ แทนผู้ป่วย ในขณะที่หน้าที่ของพยาบาลนอกจากจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องให้การดูแลอย่างเต็มความสามารถตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับแล้ว ยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งความต้องการของญาติผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่จะต้องขอให้แพทย์และพยาบาลช่วยเหลือทุกทาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานออกไป และเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อายุยังน้อย (Flanagan, 1990) ทำให้ญาติทำใจลำบากที่จะยอมรับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและมีความสำคัญสำหรับตน การที่ญาติร้องขอให้พยาบาลติดต่อแพทย์เพื่อย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนัก ขณะที่พยาบาลรับรู้ว่าหน่วยงานไม่มีนโยบายให้ย้ายผู้ป่วยเอดส์เข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลจะบอกกับญาติอย่างไร หรือการได้รับข้อมูลจากแพทย์ยังไม่เพียงพอก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ญาติไม่เข้าใจและรู้สึกกังวล จึงแสดงออกโดยพยายามร้องขอให้พยาบาลติดต่อแพทย์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยถึงที่สุด ดังที่รัตนวาท (2541) กล่าวว่า เป็นเพราะแพทย์บางคนไม่ให้ความสำคัญหรือขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยใกล้ตาย จึงมักปล่อยให้เป็นที่หน้าหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งบางครั้งไม่เคยดูแลผู้ป่วยรายนั้นมาก่อนหรือไม่เข้าใจแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

เอดส์ แพทย์อาจคิดว่าการรักษาที่ให้อยู่คงจะเต็มทีและเพียงพอสำหรับผู้ป่วยในภาวะหมดหวัง การให้คุณค่าในการรักษาอาจแตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่น ในสถานการณ์นี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึก อึดอัดใจ ทั้งที่เข้าใจถึงคุณค่าที่แตกต่างของแพทย์และญาติ ตนเองซึ่งเป็นคนกลางควรปฏิบัติอย่างไร จึงจะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับทั้งสองฝ่าย เพราะฝ่ายหนึ่งคือผู้ร่วมงาน อีกฝ่ายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ เรียกร้องสิทธิแทนผู้ป่วย จากบทความเรื่องพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีขึ้นได้ อย่างไร ซึ่งมีการสัมภาษณ์พยาบาลที่เป็นนักจิตวิทยา และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน พยาบาลจะต้องใช้ ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่รวมทั้งไตร่ตรองปัญหาทางด้านจริยธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและญาติให้ได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในช่วง สุดท้ายของชีวิต อีกทั้งต้องนำทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วย (Shotton, 2000)

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“อยากบอกให้รู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย แต่เกรงว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจญาติ”** เพราะเชื่อว่าแม้ แพทย์จะมีแผนการรักษาเพิ่มเติมก็ไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานออกไปอย่างมีคุณภาพได้ จึงอยากบอกให้ญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยใกล้ตายและยอมรับสภาพสิ้นหวังของผู้ป่วย แต่จะบอกอย่างไรที่ไม่ เป็นการทำร้ายจิตใจญาติ เพราะพยาบาลตระหนักในหน้าที่ที่ต้องประคับประคองและให้กำลังใจแก่ ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเด็นขัดแย้งนี้นอกจากเกิดจากการให้คุณค่าของพยาบาลและญาติ ต่างกันแล้ว อาจเกิดจากตัวพยาบาลเองขาดทักษะและประสบการณ์ในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย ใกล้ตาย เพราะการจะบอกญาติว่าผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการสื่อสารที่ยุ่งยากอย่างหนึ่งและไม่มียุทธวิธี การบอกที่ตายตัว เพราะไม่สามารถใช้ได้ทุกกรณี เนื่องจากมีสถานการณ์ที่แตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละ ราย (รัตน, 2541)

แม้ว่าโดยหน้าที่และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลแล้ว ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งมีค่าและการ พยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการแรกที่พึงกระทำ แต่กรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือใกล้ตาย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การยืดชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด จากอาการของโรค รวมถึงวิธีการต่างๆที่ใช้ยืดชีวิต นอกจากผู้ป่วย จะทรมานแล้ว การยืดชีวิตผู้ป่วยก็ทำให้ญาติทรมานเช่นกัน เนื่องจากต้องรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยจากผลของการรักษา จึงมีกลุ่มตัวอย่างระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“ยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน”** มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตาย ของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน เพราะผู้ป่วยเชื่อ ว่าการตายอย่างสงบจะได้มีโอกาสระลึกถึงสิ่งดีๆและมีชีวิตหลังการตายที่ดี (ขวัญตา, 2542) และการ

ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย พบปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับการยืดชีวิตกับการยืดความทุกข์ทรมานเช่นกัน (Chaowalit, Suttharangsee, & Takviriyannun, 1999) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“อยากยืดชีวิตผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ แต่คิดว่าเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง”** เมื่อต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยตามหน้าที่และเพื่อตอบสนองของความต้อการของญาติ ในขณะที่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง เพราะเทคโนโลยีที่นำมาใช้ยืดชีวิตมีราคาแพง อีกทั้งมีจำนวนจำกัดหากนำทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยอื่นที่ยังมีหวังจะก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่า ซึ่งวิฑูรย์ (2539) กล่าวว่าการใช้เทคโนโลยีเพื่อยืดชีวิตของบุคคลต้องใช้ทรัพยากรสิ้นเปลือง และทรัพยากรเหล่านั้นควรจะนำไปใช้ช่วยชีวิตอื่นที่มีโอกาสมากกว่า การใช้ทรัพยากรซึ่งควรจะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยรวมอย่างยุติธรรม ไปในทางที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆต่อส่วนรวม เพราะชีวิตเหล่านั้นไม่สามารถสร้างผลผลิตใดๆให้กับสังคมได้อีก คุณจะยุติธรรมโดยเฉพาะในประเทศที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด และสิริระยา (2538) กล่าวว่าในปัจจุบันที่แหล่งประโยชน์มีจำกัด จึงทำให้ต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรให้ได้ประโยชน์สูงสุด

5.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต

รูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 68.18) ใช้ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ถึงบทบาทอิสระของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ดังที่สมิทและโบห์น (Smit & Bohnet, 1983 อ้างตาม รศพร, 2534) กล่าวว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มที่จะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษา (cure) มาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันการช่วยเหลือและดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก็ถือเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงระบุการตัดสินใจ 3 ลักษณะคือ **“ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ให้กำลังใจญาติ พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์” “ดูแลผู้ป่วยและญาติไปพร้อม ๆ กัน”** และ **“ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุด”** จากลักษณะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงบทบาทของตนเองนอกจากจะมีหน้าที่หลักคือ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานจากโรคในระยะสุดท้ายแล้ว พยาบาลยังต้องเข้าใจและให้เวลาในการปรับตัวแก่ครอบครัวของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้ครอบครัวยอมรับสภาพผู้ป่วย และเตรียมพร้อมสำหรับ

การสูญเสีย ดังที่กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาคั้งนี้ระบุว่า การยึดชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากมีความหวังน้อยแล้ว ยังเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวอีกด้วย พยาบาลจึงต้องให้การดูแลครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสิวลี (2535) ที่ว่า "ไม่ว่าผู้ป่วยหรือญาติจะมีความเชื่อ ทศนคติต่อการมองโลกของชีวิตอย่างไรก็ตาม โดยความเป็นจริง ความรู้สึกสลดใจและหม่นหมองต่อการสูญเสียย่อมเกิดขึ้น แต่การได้รับรู้ถึงความรู้สึกเห็นใจ ทำที่ที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือแนะนำจากทีมสุขภาพ จะช่วยบรรเทาความทุกข์ได้ และการช่วยให้ผู้ป่วยพบกับความตายอย่างสงบไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน และได้รับสิ่งที่ตนต้องการ เป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ (to help the patient die with comfort and dignity)"

หลักการที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ในการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในสถานการณ์นี้มี 6 หลักการคือ (1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่าไว้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ พยาบาลต้องทำหน้าที่ช่วยพิทักษ์คุณค่าและปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่บอกไว้กับญาติ หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีใครสามารถบอกถึงความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลควรทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย ชอตตัน (Shotton, 2000) กล่าวว่าพยาบาลจะทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายได้ดี จะต้องมีความรู้ ทักษะ และต้องรู้สึกซึ่งถึงความต้องการของผู้ป่วย (2) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย โดยพยาบาลจะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ (3) การบอกความจริง พยาบาลจะบอกความจริงถึงสภาพของผู้ป่วยให้ญาติรับทราบเป็นระยะ โดยพยาบาลยังทำหน้าที่คอยปลอบโยนและให้กำลังใจ เพื่อเตรียมความพร้อมแก่ญาติที่จะรับการสูญเสีย (4) จรรยาบรรณวิชาชีพ ที่กำหนดไว้ว่า พยาบาล...พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัย และแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน พยาบาล...พึงป้องกันอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545) จากข้อกำหนดเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่า พยาบาลมีพันธะหน้าที่ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย และมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ (5) สิทธิของผู้ป่วย ในข้อที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติในรัฐธรรมนูญ (ชุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) และ (6) ความร่วมมือ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การร่วมมือและประสานงานกันจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ครอบครัวของผู้ป่วย หรือบางกรณีอาจมีนักสังคมศาสตร์ จิตแพทย์ และนักกฎหมาย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุสิ่งที่ต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต (สิวลี, 2535)

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างใช้รองลงมา (ร้อยละ 17.27) ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง** เนื่องจากพยาบาลกลุ่มนี้เห็นว่าการยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์เป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์ การประสานงานกับแพทย์เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย อาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับแพทย์ได้ กลุ่มตัวอย่างจึงระบุนโยบายการตัดสินใจในลักษณะ **“ไม่รายงานแพทย์ แต่จะอธิบายญาติแทนแพทย์”** โดยให้หลักการสัมพันธภาพ เนื่องจากรับรู้จากประสบการณ์ว่าส่วนใหญ่แพทย์จะให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าจะเน้นการดูแล การติดต่อแพทย์ตามความต้องการของญาติอาจมีผลทางลบต่อสัมพันธภาพกับแพทย์ และการรักษาที่ไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ จึงตัดสินใจอธิบายถึงอาการและการดำเนินโรคแก่ญาติแทนแพทย์ มีการศึกษาของกรันสเทน อมาโด (Grunstein-Amado, 1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมระหว่างพยาบาลและแพทย์ โดยพยาบาลจะให้คุณค่าเรื่องประโยชน์ของผู้ป่วยและความเอื้ออาทรเป็นอันดับแรก ถือเป็นพฤติกรรมเชิงจริยธรรมที่พยาบาลควรกระทำ ขณะที่แพทย์ให้คุณค่าเกี่ยวกับการรักษาโรคเป็นสำคัญ

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.54) ใช้ในสถานการณ์ที่ 3: เมื่อญาติผู้ป่วยต้องการให้ยืดชีวิต คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง** เพราะพยาบาลกลุ่มนี้ไม่เห็นด้วยกับการยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ แต่ก็ต้องดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยระบุนโยบายการตัดสินใจในลักษณะ **“ปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่”** กลุ่มตัวอย่างบอกถึงการให้คุณค่าในการยืดชีวิตผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายว่า นอกจากไม่มีประโยชน์แล้วยังเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยทรมาน แต่แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่เห็นด้วยกับการยืดชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็ต้องทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพราะถ้าหากไม่ปฏิบัติก็ถือเป็นการบกพร่องในหน้าที่หรือขาดคำสั่งผู้บังคับบัญชา ซึ่งหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจคือ (1) ความยุติธรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เพื่อรักษาผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายเป็นการสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นทรัพยากรเหล่านี้ควรนำไปใช้กับผู้ป่วยอื่นที่มีโอกาสมากกว่า จึงจะถือว่าการใช้ทรัพยากรอย่างยุติธรรม (วิฑูรย์, 2539) และ (2) ความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบทางวิชาชีพ แม้จะไม่เห็นด้วยกับการดูแลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย

6. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย

6.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการปกปิดความลับของ

ผู้ป่วย (maintaining patients' confidentiality) ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญและประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Herrick & Smith, 1989) การปกปิดความลับนอกจากจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล (ชุนตรา, 2541) และในกระบวนการรักษาพยาบาลถือเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่สำคัญที่แพทย์และพยาบาลไม่พียงนำไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียต่อตัวผู้ป่วย ต่อกระบวนการรักษาพยาบาล ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ เป็นการไม่เคารพต่อความเป็นมนุษย์และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (สิวลี, 2542) และยังมีคามผิดตามกฎหมายอีกด้วย ไม่ว่าจะการเปิดเผยความลับนั้นจะมีความมุ่งหมายใดก็ตาม เว้นแต่จะเปิดเผยในการรักษาต่อผู้ป่วย (ชุนตรา, 2541; รัตนา, 2539; Herrick & Smith, 1989) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สิ่งที่ทำให้พยาบาลลำบากใจคือ นอกจากพยาบาลจะมีพันธะหน้าที่ในการปกปิดความลับของผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ยังมีพันธะหน้าที่ในการปกป้องผู้อื่นจากอันตราย โดยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ เช่น คู่สมรสของผู้ป่วย (สิระยา, 2538; Donovan, 1991) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 90.91 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“จะปกปิดความลับของผู้ป่วย หรือจะบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันอันตราย”** แม้ว่า จะอยากบอกให้คู่สมรสทราบเพื่อป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ แต่เมื่อคำนึงถึงผลกระทบของการเปิดเผยความลับผู้ป่วย นอกจากตนเองจะมีความผิดจากการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยแล้ว การบอกผลการวินิจฉัยโรคก็เป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ อีกทั้งการเปิดเผยสภาพของโรคอาจมีผลกระทบทางสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น ถูกทอดทิ้งจากสังคม คู่สมรส หรือถูกออกจากงาน เป็นต้น (Herrick & Smith, 1989) เพราะการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หมายถึง การเป็นโรคที่ต้องตาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995) เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจ ถูกตีตราจากสังคม จากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนทั่วไปไม่ยอมรับ (บำเพ็ญจิต, 2540) และเป็นโรคที่นำมาซึ่งความสูญเสียทุกสิ่งในชีวิต (Grady, 1989) จึงทำให้คนส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับ มีความรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการติดเชื้อเอดส์หรือเป็นโรคเอดส์ ถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคล (ชุนตรา, 2541)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของธารทิพย์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ที่ให้ข้อมูล 3 ราย หลังจากบอกผลเลือดให้คนในครอบครัวทราบ ทำให้มีการบอกต่อขยายวงกว้างออกไปสู่ญาติพี่น้อง เกิดผลกระทบตามมาโดยถูกรังเกียจจากคนใกล้เคียง และถูกแยกครอบครัวหลังจากบอกความจริงให้ภรรยาทราบ และความจริงดังกล่าวทราบไปถึงครอบครัวภรรยาด้วย ทำให้ผู้ป่วยถูกครอบครัวของภรรยารังเกียจและปฏิเสธ ด้วยเหตุที่คนในสังคมยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้

ป่วยเอ็ดส์ ทำให้การเปิดเผยผลการวินิจฉัยโรคมีโอกาสดังกล่าวแก่ผู้ป่วยอย่างมากตามมา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดต้องรับรู้และเผชิญปัญหาที่ยากแก่การตัดสินใจ แม้ว่าจะมี ข้อยกเว้นในบางกรณีที่มีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยไม่ถือว่าเป็นผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ คือ (1) การเปิดเผยความลับที่เข้าของความลับยินยอม ความมีหลักฐานการให้ความยินยอมไว้ชัดเจน เพื่อให้พ้นจากการประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพและทางกฎหมายได้ (2) การเปิดเผยความลับที่เป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย และ (3) การเปิดเผยความลับที่เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ การปฏิบัติที่ถือเป็นหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับกับหน้าที่ที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยควรเลือกปฏิบัติในแง่ใด เนื่องจากแพทยสภาและสภาการพยาบาลยังไม่ได้วางแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน แพทย์และพยาบาลจึงต้องระมัดระวังในบางเรื่องนี้อาจทำให้ประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพได้ (ชนุตตรา, 2541) แต่พยาบาลก็ยังไม่ได้รับสิทธิทางกฎหมายอย่างชัดเจนในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย (Aroskar, 1987) จากบทความเรื่องการปกปิดความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ในแอฟริกาใต้ ซึ่งเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์สูงที่สุดประมาณ 1,500 รายต่อวัน โดยมี รายงานการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 22.8 จึงจำเป็นต้องนำประเด็นการปกปิดความลับมาอภิปราย มีการวิเคราะห์ว่าตามหน้าที่ทางวิชาชีพ บุคลากรด้านสุขภาพไม่ควรเปิดเผยความลับของผู้ป่วย แต่ในกรณีผู้ป่วยเอ็ดส์ควรให้ความสำคัญแก่คู่สมรสของผู้ป่วยคือ แฉงผลเลือดให้ทราบด้วย ซึ่งรัฐมนตรีสาธารณสุขแอฟริกาใต้ ยื่นข้อเสนอว่าควรให้เอ็ดส์เป็นโรคติดต่อที่มีข้อยกเว้นให้เปิดเผยได้ และองค์กรวิชาชีพจะต้องให้การคุ้มครองแพทย์และพยาบาล ซึ่งเปิดเผยผลการวินิจฉัยโรคแก่คู่สมรส (Uys, 2000)

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.09 ที่ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ “**อึดอัดใจที่ต้องเลี่ยงการบอกผลเลือดแก่คู่สมรส เพื่อปกปิดความลับของผู้ป่วย**” เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับหน้าที่หลักที่จะต้องปกปิดความลับของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อถูกคู่สมรสของผู้ป่วยถามบ่อยๆ ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ เพราะไม่ยอมเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแต่ถ้าเลี่ยงการบอกผลเลือดหรือโกหก ก็อาจมีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพกับญาติ ดังที่วุดี้ (Wlody, 1998) กล่าวว่า การพูดความจริงถือเป็นสิ่งสำคัญในการติดต่อสื่อสาร และพยาบาลมีพันธะหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

6.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วย

รูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 80) ใช้ในสถานการณ์นี้ คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** เนื่องจากรับรู้ว่าคุณการเจ็บป่วย ถือเป็นความลับส่วนบุคคล โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ ซึ่งการเปิดเผยจะทำให้เกิดผลกระทบทาง

สังคมอย่างมากต่อผู้ป่วย การตัดสินใจจึงต้องเลือกวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระบุการตัดสินใจ 4 ลักษณะคือ “**ปรึกษาผู้ให้การศึกษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและคู่สมรสก่อนบอกผลเลือด**” “**ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจปกปิด/เปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส**” “**ปกปิดผลเลือด**” แต่แนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส” และ “**แนะนำให้คู่สมรสคุยกับผู้ป่วยด้วยตนเอง**” การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจปกปิดความลับของผู้ป่วยโดยไม่บอกคู่สมรสหรือญาติ เนื่องจากการรักษาความลับของผู้ป่วยถือเป็นจริยธรรมทางวิชาชีพ ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดข้อบังคับว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ.2530 “**ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เว้นแต่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยินยอม หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่**” (สภาการพยาบาล, 2545) และยังเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถือเป็นการกระทำที่ผิดทั้งจริยธรรมวิชาชีพ และมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาอีกด้วย เพราะมีประมวลกฎหมายอาญาที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเป็นสิทธิส่วนตัวที่ผู้อื่นไม่ควรจะรู้เรื่องส่วนตัวผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยเองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (ชนุตตรา, 2541)

นอกจากนี้พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองมีหน้าที่ ที่จะป้องกันอันตรายแก่ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจึงตัดสินใจหาวิธีการต่างๆที่จะช่วยป้องกันคู่สมรสของผู้ป่วยจากการติดเชื้อ เช่น ปรึกษาผู้ให้การศึกษา แนะนำวิธีป้องกันตนเองแก่คู่สมรส รวมทั้งแนะนำให้คู่สมรสพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อจะได้ทราบความจริงจากผู้ป่วย และสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยใช้หลักการที่สำคัญ 6 หลักการคือ (1) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย (2) การเคารพความเป็นอิสระ (3) สิทธิของผู้ป่วย (4) จรรยาบรรณวิชาชีพ (5) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ (6) ความซื่อสัตย์ การใช้หลักการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/ไม่ทำอันตราย เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยถือเป็นสิทธิความเป็นส่วนตัว ที่พยาบาลจะต้องปกปิดเพื่อป้องกันผลกระทบทางสังคมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการเปิดเผยสภาพโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยมักจะถูกปฏิเสธและแสดงท่าทีรังเกียจแม้แต่จากบุคคลที่เขารักหรือรักเขา จากการศึกษาเชิงคุณภาพของเบนเนทท์ (Bennett, 1990) เกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักร่วมเพศจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิเสธจากบุคคลที่ทราบความจริง รวมทั้งจากครอบครัว เพื่อน นายจ้าง โดยแสดงพฤติกรรมไม่ยอมรับและแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ หลบหลีก นินทา ถูกแยกอย่างเด็ดขาดจากครอบครัวและถูกไล่ออกจากงาน สอดคล้องกับการศึกษาของไจเอ็นและลาร์เยน (Gien & Laryen, 1993) ซึ่งศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับการตีตรา และต้องทนต่อการถูก

ทำลายสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเพื่อน กลัวการวินิจฉัยโรคถูกเปิดเผยและนำไปสู่การปฏิเสธจากสังคม สำหรับในสังคมไทยจากการศึกษาของจิราพร (2542) เกี่ยวกับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม และปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังมีอยู่ในครอบครัวและสังคมไทย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกขาดความรัก และการดูแลเอาใจใส่ก่อให้เกิดความว่าเหว ดังนั้นหลักการสำคัญอีกประการหนึ่งที่พยาบาลใช้คือ การเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะบอกผลเลือดแก่คู่สมรสหรือไม่ ซึ่งการกระทำดังกล่าวยังสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยในข้อที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย (ซุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) อีกทั้งยังสอดคล้องกับข้อกำหนดในจรรยาบรรณวิชาชีพที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่องการปกปิดความลับ ซึ่งกล่าวไว้ว่า พยาบาล...พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำโดยชอบธรรมเมื่อ (1) ถ้าปกปิดความลับ จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น (2) การเปิดเผยความลับ ทำให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม เช่น การรายงานโรคระบาดหรือโรคติดต่อร้ายแรง (3) การเปิดเผยความลับ ตามหลักการ 2 ข้อข้างต้น ต้องทำให้เหมือนกันทุกกรณีที่เกิดขึ้นคือ ไม่เลือกปฏิบัติ (ทองจันทร์, 2543) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้ในการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและคู่สมรส จะใช้หลักการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยติดต่อผู้ให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อใช้ในการตัดสินใจว่าจะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือดแก่คู่สมรส

สำหรับหลักการสุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วยคือ ความซื่อสัตย์ ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมที่ครอบคลุมถึงการรักษาสัญญา (promise-keeping) และการปกปิดความลับ (confidentiality) (พินิจ, 2537; Ellis & Hartley, 1998) โดยกลุ่มตัวอย่างจะแนะนำวิธีป้องกันตนเองและการดูแลผู้ป่วยแก่คู่สมรส เพื่อตนเองจะได้ทำหน้าที่ที่ดีที่สุด โดยไม่ต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งเฮย์เตอร์ (Hayter, 1997) กล่าวว่าหากทีมสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการปกปิดความลับของผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเข้าพบผู้ให้การปรึกษาหรือเข้ารับการรักษาแล้วความลับของตนเองถูกเปิดเผย จะทำให้ผู้ป่วยหมดความเชื่อถือและความไว้วางใจต่อพยาบาล เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาหรือไม่ยอมมาพบผู้ให้การปรึกษาอีก ทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมตามมาคือ อัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น

รูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างรองลงมา (ร้อยละ 11.82) ใช้ในการตัดสินใจสำหรับสถานการณ์ที่ 4: เมื่อถูกถามถึงความลับของผู้ป่วยคือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วย**

งานเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถือว่ามีคามผิดตามประมวลกฎหมายอาญา โดยถือเป็นการผิดฐานเปิดเผยความลับตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 ซึ่งคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย อันเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ผู้อื่นไม่ควรจะรู้เรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยเองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดไว้ว่า “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้ที่มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพ แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรก เปิดเผยความลับของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน (ชนุตรา, 2541; สภาการพยาบาล, 2541; แสงวง, 2544) นอกจากนี้โรงพยาบาลจะมอบอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงระบุการตัดสินใจในลักษณะ **“ให้ผู้มีหน้าที่โดยตรงเป็นผู้รับผิดชอบ”** เพราะไม่ต้องการปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ของตน

หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และ (2) กฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเฮย์เตอร์ (Hayter, 1997) ที่กล่าวว่าในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปกปิดความลับ พยาบาลควรทราบถึงจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางการแพทย์เป็นอย่างดี จากความเห็นของวิฑูรย์ (มปป.) ที่ว่าการเปิดเผยความลับโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลต่อคู่สมรส เป็นการเปิดเผยความลับให้ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้รับทราบ เพราะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ และเพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อโรค ถึงแม้การเปิดเผยนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการฟ้องหย่าก็ตาม ก็ไม่น่าที่จะเป็นความผิดฐานเปิดเผยความลับ และอีกความเห็นเกี่ยวกับปัญหากฎหมายกรณีของการเปิดเผยผลการตรวจเลือดเอดส์ให้ผู้อื่นทราบ ถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังมาก เพราะอาจจะเป็นเรื่องผิดกฎหมายได้เนื่องจากการนำความลับของผู้อื่นไปเปิดเผย แสงวง (2540) ให้ความเห็นว่าการกระทำที่มีความจำเป็นและมีเหตุผลเพียงพอ เช่น การบอกความจริงแก่คู่สมรสเพื่อป้องกันมิให้เกิดการแพร่เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เห็นว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ ถือเป็นความจำเป็นที่กฎหมายยอมรับ (justifiable necessity) นอกจากนี้ชนุตรา (2541) กล่าวว่า การปฏิบัติที่ถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับ กับหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วย ควรจะเลือกปฏิบัติในแง่ใด เนื่องจากสภาการพยาบาลยังไม่ได้วางแนวทางปฏิบัติในเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจน พยาบาลจะต้องระมัดระวังในบางเรื่องที่อาจทำให้ประพฤติดิจจริยธรรมแห่งวิชาชีพได้

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 8.18) ที่ใช้ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง** เพราะพยาบาลกลุ่มนี้เชื่อว่าการบอกผลการวินิจฉัยโรคไม่ใช่หน้าที่ของตน หากปฏิบัติเกินขอบเขตของอำนาจหน้าที่ ก็อาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับแพทย์ ดังนั้นจึงระบุการตัดสินใจในลักษณะ **“จะปกปิดหรือเปิดเผยผลเลือด ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์”** ซึ่งหลักการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ และ (2) สัมพันธภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีหน้าที่ที่จะต้องปกปิดความลับของผู้ป่วย หากเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแก่คู่สมรส โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย เนื่องจากปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยยังถูกทอดทิ้งจากครอบครัว เมื่อบุคคลในครอบครัวรู้ความลับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาเชิงคุณภาพของธารทิพย์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ที่ให้ข้อมูล 3 ราย หลังจากคนในครอบครัวทราบผลเลือดของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วยก็ถูกขยายวงกว้างออกไปสู่ญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจจากคนใกล้เคียง และต้องแยกครอบครัวกับภรรยา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังระบุว่าหากตนเปิดเผยความลับของผู้ป่วย อาจขัดแย้งกับแพทย์ได้ เนื่องจากการให้คุณค่าของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับประเด็นการปกปิดความลับอาจแตกต่างกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ดังกล่าว จึงเลือกที่จะให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจ โดยแนะนำให้คู่สมรสของผู้ป่วยสอบถามจากแพทย์เจ้าของไข้เอง

7. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน?

7.1 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนใช้รายอื่นตรงไหน?

เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice/fairness) โดยจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลกำหนดไว้ว่า พยาบาล...พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนาและสถานภาพของบุคคล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545) อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยความเสมอภาค โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านลักษณะของความเจ็บป่วย (ชุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) แต่สำหรับเอดส์ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นโรคร้ายแรงที่ทุกคนหวาดกลัว นอกจากบุคคลทั่วไปและสังคมรับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้แล้ว ยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค ทำให้สังคมมีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

เอดส์ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเอดส์ใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ นอกจากจะรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้วทัศนคติของพยาบาลต่อโรคเอดส์และต่อแบบแผนชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พวกรักร่วมเพศและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Forrester, 1990; Kelly et al., 1988) จากการศึกษาของฟอร์เรสเตอร์และเมอร์ฟี (Forrester & Murphy, 1992) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์และมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์น้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว อีกทั้งมีทัศนคติทางลบและไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมติดยาเสพติดชนิดฉีด มีรายงานว่าการศึกษาของพยาบาลบางคนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากมีความเชื่อว่าการติดเชื้อของผู้ป่วยเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรเป็นผู้รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของตัวเอง (Reisman, 1988)

จากสถานการณ์นี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกประเภทเท่าเทียมกัน และมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถ การเลือกปฏิบัติ หรือแบ่งแยกการดูแลจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ ไม่เคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย มีการศึกษาของเปี่ยมปิติ (2534) เกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 561 ราย พบว่าพยาบาลมีอคติต่อผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลางคือ แยกผู้ป่วยออกจากสังคม และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ไปตามหน้าที่โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย และการศึกษาของเคอร์เรย์ จอห์นสันและออกเดน (Currey, Johnson, & Ogden, 1990) พบว่านักศึกษาพยาบาลเชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ควรได้รับการรักษาในคลินิกหรือโรงพยาบาลเฉพาะ เช่นเดียวกับการศึกษาของดวอร์กิน อัลเบเรชท์และคูกซี (Dworkin, Albrecht, & Cooksey, 1991) ที่พบว่าร้อยละ 75 ของแพทย์ ร้อยละ 64 ของพยาบาล และร้อยละ 56 ของนักสังคมสงเคราะห์เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ควรจะได้รับ การรักษาในสถานที่เฉพาะ และมีพยาบาลเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่เต็มใจปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังบอกถึงความอึดอัดใจ/ลำบากใจ เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามจรรยาบรรณวิชาชีพแล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระงานให้ตนเองและผู้ปฏิบัติอื่นในทีมซึ่งทุกคนต่างก็รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เหมือนกัน แต่พยาบาลไม่ควรเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยจนเห็นความแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น หากตนเองเข้าไปตักเตือนก็อาจมีผลต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน การศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.09 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต่อสถานการณ์นี้ในลักษณะ **“อึดอัดใจ/ลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย”** และพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ในลักษณะ “จะเข้าไปช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือจะนิ่งเฉยดี” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกิดประเด็นขัดแย้งระหว่างการจะเข้าไปช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เสมอภาคกับการนิ่งเฉย เพราะการเข้าไปช่วยเหลือจะเป็นการรักษาสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น และผู้ป่วยปลอดภัย กับการนิ่งเฉยกับเหตุการณ์ดังกล่าว เพื่อตนเองจะได้ไม่เกิดความเสียหายกับการตัดสินใจจากการดูแลผู้ป่วย แต่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและอาจมีผลทางกฎหมายตามมา กรณีที่ผู้ป่วยได้รับอันตราย และยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะ **“ต้องยื่นมือเข้าไปทำทุกอย่างที่ไม่ใช่หน้าที่”** เพราะต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วย ทั้งๆที่อยู่นอกเหนือหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เนื่องจากหากไม่ช่วยเหลืออาจเกิดผลเสียกับผู้ป่วย และเพื่อรักษาสิทธิให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเท่าเทียมผู้ป่วยอื่นๆ แต่เมื่อทำไปแล้วก็รู้สึกลำบากใจ เพราะไม่ใช่หน้าที่ที่ตนเองได้รับมอบหมาย

7.2 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม สถานการณ์ที่ 5: เขาแตกต่างจากคนไข้รายอื่นตรงไหน?

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจสำหรับสถานการณ์นี้มีเพียง 2 รูปแบบคือ รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลในวิชาชีพ จากการที่พยาบาลบางคนหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในวิชาชีพเดียวกัน การตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่ได้นำแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการตัดสินใจที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 77.27) ใช้ในสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ถึงแม้จะไม่ใชหน้าที่ที่ตนเองได้รับมอบหมาย แต่เมื่อรับรู้ผู้ป่วยถูกละเลย (ไม่ได้รับการดูแล) จากพยาบาลผู้ร่วมงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกที่จะตัดสินใจโดยทำหน้าที่แทนพยาบาลที่หลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย โดยระบุการตัดสินใจ 3 ลักษณะคือ **“ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่”** **“ดูแลผู้ป่วยแทนและดักเตือนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่”** และ **“พูดคุยกับผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ ให้ดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมผู้ป่วยรายอื่น”** จากลักษณะการตัดสินใจดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการตัดสินใจที่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีประโยชน์นิยม อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่นๆ และไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย (Beauchamp & Childress, 1994) ซึ่งเป็นการกระทำที่ยังสอดคล้องกับทฤษฎีหน้าที่นิยมอีกด้วย แม้พยาบาลทุกคนต่างก็รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เหมือนกัน แต่กลุ่มตัวอย่างก็ให้ความเห็นว่าพยาบาลทุกคนมีความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ควรใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขณะให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ควรใช้วิธีเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย

เพราะเป็นหน้าที่ทางจริยธรรม เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับมีมากกว่าความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับพยาบาล และความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับต่ำมาก (ANA Committee on Ethics, 1986 อ้างตาม อรรถญาและวงจันทร์, 2539) ดังนั้นเมื่อผู้ร่วมงานละเลยผู้ป่วย ตนจึงต้องเข้าไปให้การดูแลแทนที่ที่ไม่ใช่หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือตักเตือนผู้ร่วมงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้ โดยหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจมี 4 หลักการคือ (1) สิทธิของผู้ป่วย (2) จรรยาบรรณวิชาชีพ (3) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยให้ได้รับความเสมอภาค และ (4) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไม่ให้เกิดอันตราย

การตัดสินใจตามหลักการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2541 ในข้อที่ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุและลักษณะความเจ็บป่วย (ซุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) ซึ่งเป็นสิทธิในการได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน การกระทำดังกล่าวยังสอดคล้องกับหลักการของจรรยาบรรณวิชาชีพในข้อที่กล่าวว่า พยาบาล...พึงปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนาและสถานภาพของบุคคล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545) สำหรับการตัดสินใจตามหลักการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเป็นรูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่ช่วยพิทักษ์คุณค่าของความเป็นมนุษย์ และทำหน้าที่ป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิของผู้ป่วย (Fry, 1994) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยของพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้โดยมีเงื่อนไข 2 ประการคือ (1) พยาบาลจะต้องสามารถระบุคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยและเคารพในประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และ (2) พยาบาลต้องมั่นใจว่าการปฏิบัติทั้งของแพทย์และพยาบาล จะต้องเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยด้วย (Shotton, 2000) ซึ่งในการใช้หลักการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนั้นกลุ่มตัวอย่างบางส่วนใช้วิธีการตักเตือนผู้ร่วมงานให้ตระหนักในหน้าที่และไม่ให้ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานจะไม่กล้าตักเตือน แต่จะตัดสินใจเข้าไปดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่

นอกจากนี้พบว่ารูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างรองลงมา (ร้อยละ 22.73) ใช้ในการตัดสินใจสำหรับสถานการณ์นี้คือ **รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง** เพราะพยาบาลกลุ่มนี้เห็นว่าการหลีกเลี่ยงหน้าที่ของพยาบาล นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแล้วยังเกิดผลเสียต่อภาพพจน์วิชาชีพอีกด้วย จึงระบุการตัดสินใจ 3 ลักษณะคือ **“รายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไขปัญหา” “รักษาภาพพจน์วิชาชีพ โดยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่”** และ **“หาแนวปฏิบัติไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำในหน่วยงาน โดยปรึกษาทีม”** การตัดสินใจดังกล่าว

แม้จะเน้นหน่วยงานและภาพพจน์วิชาชีพโดยตรง แต่ผลของการกระทำก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจมี 4 หลักการคือ (1) ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ (2) ภาพพจน์วิชาชีพ (3) ความรับผิดชอบ และ (4) กฎหมาย โดยรับรู้ว่าการเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่ควรกระทำ แม้ว่าอยากจะทำหรือตักเตือนผู้ร่วมงานแต่ตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอ จึงต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบและแก้ไขปัญหา เพื่อให้พยาบาลตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการเลือกปฏิบัตินอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เท่าเทียมผู้ป่วยอื่นแล้ว หากตนเองไม่เข้าไปดูแลผู้ป่วยแทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่ จะทำให้เกิดผลเสียต่อภาพพจน์วิชาชีพการพยาบาลได้ เนื่องจากสังคมโดยทั่วไปรับรู้ว่าการพยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยและด้วยความเสมอภาค (สภาการพยาบาล, 2541) นอกจากนี้หากไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากการหลีกเลี่ยงหน้าที่ของผู้ร่วมงาน อาจมีความผิดฐานไม่ช่วยผู้อื่นซึ่งตกอยู่ในอันตราย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374 ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภัยอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (สภาการพยาบาล, 2541; แสง, 2544) ด้วยเหตุผลของการที่ต้องรับผิดชอบต่อวิชาชีพและหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างจึงต้องเข้าไปทำหน้าที่แทนผู้ร่วมงานที่หลีกเลี่ยงหน้าที่