

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรม
  - 1.1 ทฤษฎีจริยศาสตร์
  - 1.2 หลักจริยธรรม
  - 1.3 แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
2. ข้อกำหนดทางจริยธรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในวิชาชีพการพยาบาล
  - 2.1 จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล
  - 2.2 สิทธิของผู้ป่วย
3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
  - 3.3 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
4. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 4.1 คุณค่า และการทำความเข้าใจในคุณค่า
  - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 4.3 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 4.4 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

### ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรม

จริยศาสตร์เป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ โดยใช้เหตุผลเป็นเกณฑ์พื้นฐานในการตัดสินใจ นักปรัชญาและนักจริยศาสตร์หลายท่านได้เสนอทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ (Davis & Aroskar, 1991; Thelan et al., 1994) ซึ่งฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการแก้ไขปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลควรมีเหตุผลบนพื้นฐานของกระบวนการทางจริยธรรม และการใช้หลักการทางจริย

ธรรม ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม และแนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม

### 1. ทฤษฎีจริยศาสตร์ (Ethical theories)

โดยทั่วไปทฤษฎีจริยศาสตร์ทุกทฤษฎี มีเป้าหมายหลักเพื่อช่วยให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพ โดยทฤษฎีจะให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ประเมินความถูกต้องหรือความไม่ถูกต้องทางจริยธรรม และใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยทั่วไปการตัดสินใจเลือกการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมมักใช้ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และกฎเกณฑ์ต่างๆของสถาบันเป็นมาตรการ การตัดสินใจ นักจริยศาสตร์เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวไม่อาจนำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และอาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้ จึงได้เสนอทฤษฎีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (มัณฑุภา, 2541; Ellis & Hartley, 1998)

ในประเทศตะวันตก มีทฤษฎีจริยศาสตร์จำนวนมากที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีที่สำคัญสำหรับวิชาชีพพยาบาล 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีประโยชน์นิยมและทฤษฎีหน้าที่นิยม (Beauchamp & Childress, 1994; Chally, 1997; Thelan et al., 1994)

**1.1 ทฤษฎีประโยชน์นิยม (teleologic theory/ utilitarianism/ consequence-based theory)** เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงผลของการกระทำ ผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้คือ เจเรมี เบนทัม (Jeremy Bentham, 1748-1832) และผู้สนับสนุนแนวคิดนี้และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปคือ จอห์น สจิวต มิลล์ (John Stuart Mill, 1806-1873) หลักพื้นฐานของทฤษฎีนี้ เรียกว่า หลักมสุข (the greatest happiness principle) (สิวลี, 2542) ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้องคือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด การกระทำที่ไม่ถูกต้องคือ การกระทำที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อคนจำนวนมาก (อรัญญา, 2543) โดยมิลล์มีความเชื่อว่าผู้รับผิดชอบในสังคมจะต้องส่งเสริมให้ทุกคนมุ่งหาประโยชน์ต่อส่วนรวม แล้วประโยชน์ส่วนตนจะตามมาเอง และสังคมจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทฤษฎีประโยชน์นิยมเชื่อว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำมีความสำคัญกว่าเจตนาหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้น (สุวัฒน์, 2540) ทฤษฎีนี้เน้นว่าผลประโยชน์จะต้องอยู่เหนือหลักการ (สิวลี, 2542; Aiken & Catalano, 1994) โดยเน้นการกระทำในสิ่งที่ดีเพื่อความสุขของคนส่วนใหญ่ และใช้เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ดีในการตัดสินใจการกระทำ (the greatest good for the greatest number and the end justifies the means) (Thompson & Thompson, 1992) ประโยชน์ของทฤษฎีนี้คือ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่าย เพราะสร้างจากความต้องการ

ความสุขของคน เหมาะสมกับสังคมที่ต้องการหลีกเลี่ยงกฎเกณฑ์ เป็นทฤษฎีทางจริยศาสตร์ที่สำคัญ สามารถใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด การกำหนดขอบเขตของการรักษาและการบริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ทฤษฎีประโยชน์นิยมยังเห็นด้วยกับการบอกความจริง แต่ถ้าการบอกความจริงไม่เกิดความสุขและประโยชน์แก่คนจำนวนมาก ดังนั้นการไม่บอกความจริงอาจทำให้เกิดความสุขมากกว่าการบอกความจริง (Thelan et al., 1994)

## 1.2 ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontologic theory/ formalism/ obligation-based theory)

เป็นทฤษฎีจริยศาสตร์ที่เน้นถึงการกระทำ นักปรัชญาที่เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้คือ อิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant, 1724-1804) ทฤษฎีหน้าที่นิยมเน้นที่การกระทำ ทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้องคือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี โดยเป็นการกระทำตามกฎหมายหน้าที่ที่พึงกระทำ โดยไม่ใช้ผลของการกระทำมาตัดสินความถูกต้องของการกระทำ (the end does not justifies the means) (Thelan et al., 1994) เป็นการกระทำที่ตั้งอยู่บนเหตุผล เป็นการทำตามกฎโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึก (วิทช์, 2543) ทฤษฎีนี้เน้นว่าหลักการอยู่เหนือผลประโยชน์ (สิวลี, 2542) แม้ว่าเหตุการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบุคคลก็ต้องทำตามกฎ ดังนั้นนักทฤษฎีในกลุ่มนี้จะให้คุณค่ากับกฎเกณฑ์ นโยบายและมาตรฐานของการปฏิบัติ (Thelan et al., 1994) รวมถึงหลักจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง การปกปิดความลับ การเคารพความเป็นอิสระ ความยุติธรรม การไม่ทำอันตราย และการรักษาสัญญา

จะเห็นว่าทฤษฎีจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ทฤษฎีหน้าที่นิยมของคานท์จะมีลักษณะที่ค่อนข้างตายตัว เต็มไปด้วยกฎเกณฑ์ ไม่มีความยืดหยุ่น ขณะที่ทฤษฎีประโยชน์นิยมของมิลล์มุ่งแต่ประโยชน์ส่วนรวม จนดูเหมือนไม่สนใจมนุษยธรรมของคนส่วนน้อย ซึ่งในความเป็นจริงของการปฏิบัติการพยาบาลย่อมต้องใช้หลักการที่มีอยู่ผสมผสานให้เหมาะสมกับในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นการนำทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพียงอย่างเดียวไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลคงเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้หลักการพื้นฐานอื่นก็มีความจำเป็นและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในทีมสุขภาพได้เช่นกัน (สิวลี, 2542)

## 2. หลักจริยธรรม (Ethical principles)

หลักจริยธรรมที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ได้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี หลักจริยธรรมที่สำคัญและสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการพยาบาล มีดังนี้ (Beauchamp & Childress, 1994; Thelan et al., 1994; Veatch & Fry, 1995)

**2.1 การเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy)** หลักจริยธรรมข้อนี้เชื่อว่า บุคคลมีความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระที่จะเลือกหรือกำหนดการกระทำของตนเองตามสิทธิมนุษยชน มีอิสระในการตัดสินใจและเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมของตนเอง นักปรัชญาที่เสนอแนวคิดนี้คือ คานท์ (Kant) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง ดังนั้นหลักการข้อนี้จึงสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกปฏิบัติตามคุณค่าและความเชื่อของตนเอง สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระโดยไม่มีการบีบบังคับ และบุคลากรในที่มสุขภาพจะต้องให้การยอมรับแม้จะไม่เห็นด้วยก็ตาม ซึ่งแชลลีและโลริช (Chally & Loriz, 1998) กล่าวว่า ความเป็นอิสระของบุคคล หมายถึง บุคคลมีสิทธิเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของตนเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ทางจริยธรรมในการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง ในกรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างคุณค่าของผู้ป่วยและคุณค่าของพยาบาลหรือคุณค่าเชิงวิชาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการเคารพความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของวิทูริย์ (2539) ที่กล่าวว่ามนุษยทุกคนมีหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องเคารพความเป็นอิสระของผู้อื่น ดังนั้นเพื่อเป็นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิถีทางของตนเองตามความเชื่อ มโนธรรม และศรัทธาในแต่ละศาสนาของแต่ละคน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการทางสุขภาพต้องมีหน้าที่ให้ข้อมูลทุกอย่างแก่ผู้ป่วยอย่างซื่อสัตย์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ และต้องถือว่าเรื่องราวของผู้ป่วยเป็นความลับส่วนบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ทางวิชาชีพที่ต้องปกปิด ความเป็นอิสระของผู้ประกอบวิชาชีพต้องอยู่ในกรอบของการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการบริการผู้ป่วยโดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

**2.2 การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (beneficence)** หลักจริยธรรมข้อนี้มีแนวคิดที่ว่า บุคคลควรป้องกันสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายแก่บุคคลอื่น บุคคลควรขจัดสิ่งเลวร้ายออกไปและบุคคลควรกระทำหรือส่งเสริมสิ่งที่ดี เป็นการกระทำที่บ่งบอกถึงความเมตตา กรุณา ความหวังดี และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่เพื่อนมนุษย์ รวมทั้งการกระทำอื่นๆที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น บทบาทของพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของหลักการข้อนี้คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การบรรเทาความปวด และความทุกข์ทรมาน แต่พบว่ามีบ่อยครั้งที่หลักการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์มักขัดแย้งกับหลักการเคารพความเป็นอิสระ เมื่อบุคลากรทางด้านสุขภาพตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดี เหมาะสมและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องยอมรับฟังและปฏิบัติตาม แม้จุดมุ่งหมายของวิธีการนี้จะมุ่งที่ประโยชน์ของผู้ป่วย แต่สิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าดี เหมาะสม ปลอดภัยและเป็นประโยชน์ ผู้ป่วยอาจมีความเห็นตรงข้ามแต่ไม่มีสิทธิเลือก เพราะผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เจมตัน (Jameton, 1987) ได้แบ่งบทบาทที่มีลักษณะ

คล้ายผู้ปกครองดังกล่าว (paternalism) ไว้ 2 ชนิดคือ การตัดสินใจแทนผู้ที่สามารถตัดสินใจได้เอง (strong paternalists) และการตัดสินใจแทนผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ (weak paternalists) ปัจจุบันบทบาทการดูแลด้านสุขภาพของพยาบาลเปลี่ยนไปจากเดิม โดยจะเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมด้วยตนเอง เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้อย่างอิสระ ถือเป็นกรปฏิบัติโดยยึดหลักการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ร่วมกับหลักการเคารพความเป็นอิสระ (Thelan et al., 1994)

**2.3 การไม่ทำอันตราย (non-maleficence)** หลักจริยธรรมข้อนี้กำหนดว่าบุคคลไม่ควรนำสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายมาสู่บุคคลอื่น หลักการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า ทุกคนในสังคมมีหน้าที่ที่จะไม่ทำอันตรายผู้อื่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลก็มีพันธะหน้าที่ที่จะไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งไม่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายใดๆ สำหรับในทางปฏิบัติบ่อยครั้งที่ต้องนำหลักการไม่ทำอันตราย มาพิจารณาร่วมกับหลักการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ เช่น การตัดสินใจในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการยืดชีวิตและการยุติการรักษา ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจโดยอาศัยหลักจริยธรรมเพียงข้อใดข้อหนึ่ง แต่จะต้องนำหลักจริยธรรมทั้งหมดมาพิจารณา เพื่อให้เป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุด และควรนำหลักการไม่ทำอันตรายมาเป็นแนวทางสำคัญในการตัดสินใจ (Thelan et al., 1994)

นอกจากนี้ในทางปฏิบัติอาจพบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างที่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง หรือทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตราย โดยที่พยาบาลไม่ได้ละเมิดหลักการในข้อนี้ เช่น ในกรณีการให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลทราบว่ากรให้เคมีบำบัดมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้เป็นกรกระทำที่ขัดแย้งกับหลักจริยธรรมในข้อนี้หรือไม่ ในประเด็นนี้แมคคอร์มิก (McCormick, 1973 อ้างตาม อรรถญา, 2543) ได้เสนอหลักการที่ช่วยตัดสินใจกรกระทำดังกล่าวคือ หลักการผลกระทบเชิงซ้อน (the principle of double effect) หลักการนี้ระบุเงื่อนไข 4 ประการ หากกรกระทำนั้นๆ มีคุณสมบัติครบถ้วนทั้ง 4 ประการ ถือว่ากรกระทำนั้นถูกต้องไม่ว่าจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสีย เงื่อนไข 4 ประการมีดังนี้ (1) กรกระทำนั้นไม่ใช่กรกระทำที่เลวร้ายหรือผิด (2) ผู้กระทำต้องมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดผลดีเท่านั้น (3) ผลร้ายต้องไม่ใช่เป็นวิถี (means) ที่จะนำไปสู่ผลดี กล่าวคือผลดีจะต้องบรรลุได้ด้วยผลของกรกระทำไม่ใช่เพราะผลร้าย และ (4) ผลดีจากกรกระทำนั้นๆ จะต้องมีส่วนหรือน้ำหนักมากกว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้น

**2.4 ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice/fairness)** ความหมายของหลักจริยธรรมข้อนี้คือ สิ่งเท่ากันต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน สิ่งต่างกันก็ต้องได้รับการปฏิบัติที่ต่างกัน (Facione et al., 1991; Fry, 1994) ความยุติธรรมทางด้านจริยธรรม ไม่ใช่เป็นเพียงกรกระทำในสิ่งที่ดีและถูกต้องเท่านั้น แต่เป็นกรกระจายประโยชน์ที่เกิดจากสิ่งที่ดีและถูกต้องเหล่านั้น

(Tschudin, 1994) เอลลิสและฮาร์ทเลย์ (Ellis & Hartley, 1998) กล่าวว่าอาการกระทำเพื่อให้เกิดความยุติธรรมในสังคมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดความยุติธรรม ซึ่งพยาบาลสามารถเล็งมาใช้หลักความยุติธรรมโดยการเคารพสิทธิในการตัดสินใจ และทางเลือกในการขอรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแทน จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม ในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเอง

**2.5 การบอกความจริง (veracity/truth telling)** หลักจริยธรรมข้อนี้มีความหมายว่าบุคคลมีหน้าที่ที่จะพูดความจริงและไม่โกหก หรือหลอกลวงผู้อื่น และบุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริงและไม่ถูกหลอกลวง การบอกความจริงทำให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ ก่อให้เกิดผลดีต่อสัมพันธภาพในระยะยาว (Fry, 1994) ถือเป็นหลักพื้นฐานของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Chally & Loriz, 1998) การบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรค หรือการให้ข้อมูลอื่นที่เป็นจริงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Beare & Myers, 1994)

ดังนั้นการบอกความจริงจึงเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมสำหรับพยาบาล เนื่องจากเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพที่บอกถึงความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล อีกทั้งยังเป็นความคาดหวังที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยในด้านบริการสุขภาพ (พินิจ, 2537; Lee, 1994) การบอกความจริงมักเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อที่จะนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและเลือกรับบริการทางสุขภาพ โดยรับรู้ถึงประโยชน์และทางเลือกของการรักษาแต่ละวิธี (Thelan et al., 1994) แต่การบอกความจริงก็เป็นเรื่องยุ่งยากเนื่องจากข้อมูลบางอย่างที่เป็นข่าวร้าย พยาบาลอาจต้องปกปิดความจริงบางส่วนแก่ผู้ป่วย ถ้ารู้สึกว่าการบอกความจริงทั้งหมดจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ยังไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะยอมรับความจริงดังกล่าวได้ (Chally & Loriz, 1998; Lee, 1994) ดังนั้นเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการบอกความจริง สิ่งที่พยาบาลควรพิจารณาคือ ความพร้อมของผู้ป่วย คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งทางเลือกที่เป็นไปได้อื่นๆเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง (Thelan et al., 1994) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า พยาบาลควรมีพันธะสัญญาที่จะบอกความจริงและเมื่อมีสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกถึงเลวร้ายที่จะต้องโกหกผู้ป่วย ควรค้นหาทางเลือกอื่นที่อยู่บนพื้นฐานของความซื่อสัตย์ (honesty) (Schmelzer & Anema, 1988 cited by Thelan et al., 1994)

**2.6 ความซื่อสัตย์ (fidelity)** หลักจริยธรรมข้อนี้ครอบคลุมถึงการรักษาสัญญา (promise-keeping) และการปกปิดความลับ (confidentiality) รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความซื่อสัตย์จะก่อให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ทำให้เกิดผลดีทางด้านการพยาบาลทั้งแก่พยาบาลและผู้ป่วย และเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพทั้งส่วนบุคคลและในเชิงวิชาชีพ นอกจากนี้ความซื่อสัตย์ยังเป็นแนวคิดพื้นฐานของพยาบาลที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและ

ครอบครัว ต่อสังคม และต่อตัวเอง (Ellis & Hartley, 1998) รวมถึงต่อวิชาชีพ และต่อหน่วยงาน (Thelan et al., 1994) อะรอสการ์ (Aroskar, 1987) ให้ความเห็นว่าการรักษาสัญญา และการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ถือเป็นพันธะหน้าที่ทางจริยธรรมของพยาบาล (moral obligation)

### 3. แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล (moral concepts foundational to nursing practice)

แนวคิดทางจริยธรรมทางการพยาบาลมีหลายแนวคิดแต่ในที่นี้ขอนำเสนอเพียง 4 แนวคิดที่สำคัญดังนี้ (Fry, 1994)

**3.1 การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocacy)** พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้น (Fry, 1994) ซึ่งในทางกฎหมายถือเป็นการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลผู้ซึ่งไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (Annas, 1974 cited by Fry, 1994) เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ได้สนใจในสิทธิของตนเองในฐานะผู้ใช้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะคาดหวังการดูแลอะไรจากระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าใครสามารถให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกจากกฎระเบียบที่ซับซ้อนในหน่วยงานบริการสุขภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่มีคุณภาพเพียงพอ ปัญหาต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลพึงระลึกรักษาอยู่เสมอ ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีดังนี้ (ฟาริดา, 2541)

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมได้
2. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงสิทธิและใช้สิทธิให้เต็มความต้องการ
3. จัดหาทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความเหมาะสม
4. สื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
5. ให้ความรู้แก่บุคลากรให้ตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเอง และมีความไวในการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยยังเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพ

ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งฟราย (Fry, 1994) ได้เสนอรูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังนี้

1. รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (rights-protection model) ซึ่งพยาบาลจะต้องปฏิบัติภายในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ โดยทำหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิที่พึงได้รับ และมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจถึงสิทธิของตนเอง รวมถึงป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย
2. รูปแบบที่พยาบาลช่วยผู้ป่วยค้นหาความต้องการตามคุณค่าของตนเอง และช่วย

ให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง (values-based decision model) พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการ สิ่งที่ตนเองสนใจและค้นพบทางเลือกที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของตนเอง โดยพยาบาลบอกข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง

3. รูปแบบที่พยาบาลทำหน้าที่ช่วยพิทักษ์คุณค่าของความเป็นมนุษย์ (respect-for-persons model) ในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยสิ่งที่พยาบาลต้องพิจารณาอันดับแรกคือ การให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความเป็นส่วนตัวและทางเลือกของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง พยาบาลทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย โดยทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้บอกไว้กับญาติหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่ถ้าไม่มีใครสามารถบอกความต้องการของผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

**3.2 ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility)** เป็นแนวคิดทางจริยธรรมที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตามความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ ที่แสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (ICN, 1973 cited by Fry, 1994) รวมทั้งการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย ต่อวิชาชีพ ต่อหน่วยงาน และต่อสังคม (Fry, 1994; Potter & Perry, 1989)

สำหรับความรับผิดชอบทางจริยธรรมของพยาบาลคือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ การปฏิบัติหน้าที่ทางวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลไม่เพียงแต่จะมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ยังสามารถช่วยขจัดความไม่สุขสบาย ความเครียดและการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (มัญชุภา, 2541) ความรับผิดชอบในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจะช่วยคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลสุขภาพ เป็นกลไกที่ใช้ในการประเมินผลการพัฒนาตนเองในด้านวิชาชีพ อีกทั้งในบทบาทของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ความรับผิดชอบยังช่วยกำหนดแนวคิดทางด้านจริยธรรม และใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fry, 1994)

**3.3 ความร่วมมือ (cooperation)** เป็นแนวคิดทางจริยธรรมที่เน้นถึงความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือ การดูแลที่มีคุณภาพ เป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลทำงานร่วมกับบุคคลอื่นโดยมีเป้าหมายร่วมกัน การรักษาสัญญา การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการเสียสละประโยชน์ส่วนตน เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ยั่งยืนในวิชาชีพ ดังนั้นความร่วมมือจึงเป็นพลังสำคัญ ที่ทำให้บุคลากรในวิชาชีพทำงานร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพ (Fry, 1994) สำหรับวิชาชีพพยาบาลของไทยได้กำหนดแนวคิดของความร่วมมือไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่มีต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545)



**3.4 ความเอื้ออาทรหรือการดูแล (caring)** เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรหรือการดูแล จะชี้ให้เห็นถึงบทบาทพื้นฐานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพราะแสดงให้เห็นถึงพันธะหน้าที่ของพยาบาลในการปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ป่วย และการรักษาสุขภาพ (Fry, 1994) มีการศึกษาถึงรูปแบบของความเอื้ออาทรหรือการดูแลไว้ 4 รูปแบบคือ (1) การให้การดูแลโดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (being there for the patient) (2) การเคารพผู้ป่วย (respecting the patient) (3) มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (feeling with the patient) และ (4) ให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย (closeness with the patient) (Forrest, 1989 cited by Fry, 1994) ดังนั้นความเอื้ออาทรหรือการดูแลจึงเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่พยาบาลจะต้องมีเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเกื้อกูล (มัณฑุภา, 2541)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของเฟิร์น (Firn, 1995) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 7 ราย พบว่าบทบาทการดูแล (caring role) ของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการคือการตอบสนองความสุขสบายของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ยอมรับผู้ป่วยและไม่ตัดสินผู้ป่วยด้วยความรู้สึกของตนเอง ให้การตอบสนองผู้ป่วยตามความแตกต่างของแต่ละบุคคลและสัมผัสผู้ป่วย และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของมาลี (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการให้ความหมายและพฤติกรรมดูแล พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายสอดคล้องกันคือ การดูแลหมายถึง ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิตและเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ความรู้สึกของผู้ป่วยจากการได้รับการดูแลจากพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะมีความสุขทางใจ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิตและตระหนักในคุณค่าของพยาบาล

### ข้อกำหนดทางจริยธรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในวิชาชีพการพยาบาล

สำหรับข้อกำหนดทางจริยธรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในวิชาชีพการพยาบาล และจะช่วยให้คุณค่าในเชิงวิชาชีพ เพราะได้กำหนดและพัฒนามาจากปรัชญาและแนวคิดพื้นฐานทางด้านจริยธรรมสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (code of ethics)

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นบริการที่มีความสำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในสังคม ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ และมีจริยธรรม

จึงต้องกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ (สภาการพยาบาล, 2545; สกุลรัตน์, 2539) ซึ่งจรรยาบรรณแต่ละวิชาชีพประกอบด้วยคำปฏิญาณ คำสาบาน คำมั่นสัญญา การกำหนดสิทธิ หน้าที่และความรับผิดชอบ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติกับวิชาชีพนั้น เพื่อใช้เป็นหลักในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิชาชีพ และเพื่อรักษามาตรฐานแห่งวิชาชีพ สาระสำคัญของจรรยาบรรณแต่ละวิชาชีพที่มีร่วมกันคือ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการ การให้บริการด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน (สกุลรัตน์, 2539) สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทย ประกาศใช้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 โดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ ต่อวิชาชีพ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และต่อตนเอง ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2545)

#### **จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน**

1. ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล
3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน
4. พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
5. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและการแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

#### **จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ**

1. พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน
2. พึงรับผิดชอบต่อร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข และยกระดับคุณภาพชีวิต
3. พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ
4. พึงประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์

#### **จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ**

1. พึงตระหนัก และถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
2. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
3. พึงศรัทธาสนับสนุน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
4. พึงสร้างและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรม ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

5. พึงเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับแก่สังคม

### จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

1. ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
2. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
3. พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
4. ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และชักนำไปประพฤติปฏิบัติในทางที่ถูกที่ควร
5. พึงอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
6. ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำกรณันั้นๆ

### จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง

1. ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
  2. ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
  3. ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว
  4. ใฝ่รู้ พัฒนาแนวคิดให้กว้างและยอมรับการเปลี่ยนแปลง
  5. ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจและเต็มกำลังความสามารถ
  6. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื้อมั่นและมีวิจารณญาณอันรอบคอบ
- ซึ่งเมื่อนำจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล มาวิเคราะห์ความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมและ

แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล จะเห็นว่า

พยาบาล... ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์  
สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง การเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy)

พยาบาล... ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ  
ศาสนา และสถานภาพของบุคคล

สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice/fairness)

พยาบาล... พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอม  
ของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย

สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง การปกปิดความลับ (confidentiality)

พยาบาล... พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและการ  
แก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

พยาบาล... พึงป้องกันอันตราย อันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/การไม่ทำอันตราย

(beneficence/non-maleficence)

พยาบาล... ฟังตระหนก และถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามหลักการแห่งวิชาชีพ  
การพยาบาล

สอดคล้องกับแนวคิดทางจริยธรรมในเรื่อง ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility)

พยาบาล... ฟังอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอัน  
ชอบธรรม

สอดคล้องกับแนวคิดทางจริยธรรมในเรื่อง ความร่วมมือ (cooperation)

พยาบาล... ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้  
กระทำการนั้นๆ

สอดคล้องกับแนวคิดทางจริยธรรมในเรื่อง การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocacy)

## 2. สิทธิของผู้ป่วย (Patients' Rights)

สิทธิของผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับ  
เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยอยู่บนพื้นฐานของความ  
เกื้อกูลและไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคมและกระแสของวัฒนธรรมทาง  
ธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีบทบัญญัติในกฎหมายและข้อ  
บังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อจัดระเบียบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้  
ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในแต่ละสาขาให้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น (สภาการพยาบาล, 2541)

สำหรับประเทศไทยองค์กรด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงคือ แพทยสภา  
สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรค  
ศิลปะ ได้เห็นประโยชน์ที่จะรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย และธรรมเนียมปฏิบัติที่สอดคล้องกับ  
วิถีไทย จึงได้ออกคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขึ้น เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิด  
ความเข้าใจอันดี ลดความขัดแย้งและนำไปสู่ความไว้วางใจ อันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษา  
พยาบาลที่ดี ซึ่งมีสาระดังนี้ (ชุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ  
เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุและ  
ลักษณะความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจ  
ชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่  
ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็น โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

10. บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สิทธิของผู้ป่วยทั้ง 10 ข้อนี้ เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ประกอบวิชาชีพ จะต้องทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ว่าในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละสาขานั้น มีบทบาทอะไรบ้างที่พึงปฏิบัติ พึงละเว้น และสนองตอบสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลนั้นมีประเด็นสำคัญซึ่งกองการพยาบาลได้กำหนดไว้ในแนวทางการดำเนินงาน เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสำหรับพยาบาลสรุปได้ดังนี้คือ (สภาการพยาบาล, 2545)

1. การสนองตอบต่อสิทธิพื้นฐานที่จะรับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในวิชาชีพและวิจารณญาณในการตัดสินใจดูแลผู้ให้บริการเป็นรายๆ ตามความเหมาะสม รู้สิทธิพึงมีพึงได้ของผู้ใช้บริการทุกลักษณะเพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

2. สิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัตินั้น พยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ให้บริการทุกรายเท่าเทียมกัน อย่างสุภาพอ่อนโยน เอื้ออาทร เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และละเว้นจากการปฏิบัติที่มีอคติ

3. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอในด้านบริการสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจการรับบริการของผู้ป่วย ประเด็นนี้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องเผชิญตลอดเวลาของการปฏิบัติงาน จึงต้องให้ความสำคัญของบทบาทในการที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน ข้อปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาและการเลี้ยงต่อ

อันตรายโดยต้องคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง รวมถึงข้อมูลที่จะให้บริการ และปฏิบัติการต่อผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อการรับทราบและเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วย

4. พยาบาลต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย

5. พยาบาลต้องแสดงข้อมูลบ่งชี้ชื่อ สกุล ตำแหน่ง และคุณสมบัติของตนแก่ผู้ใช้บริการ รวมทั้งยอมรับสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบความเห็นในการดูแลรักษาปรับเปลี่ยนผู้ให้บริการ หรือสถานบริการ

6. บทบาทของพยาบาลที่สำคัญในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยคือ การเก็บรายงานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไว้เป็นสัดส่วนเป็นระบบ ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และ/หรือการปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมาย

7. บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน เพื่อประกอบในการตัดสินใจร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยด้านสุขภาพ จะต้องกำหนดระเบียบและขั้นตอนปฏิบัติไว้ให้ชัดเจน เพื่อผู้ร่วมการทดลอง โดยเฉพาะผู้ถูกทดลองทราบทุกขั้นตอน

8. พยาบาลต้องมีบทบาทในการกำหนดระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของตน

9. พยาบาลต้องปกป้องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม โดยการวิเคราะห์ตัดสินใจด้วยความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ป่วย

ภายใต้คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์และจัดเป็นรายด้านได้ 4 ด้าน คือ (1) สิทธิในการได้รับข้อมูล (2) สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (3) สิทธิความเป็นส่วนตัว และ (4) สิทธิในการได้รับการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน (กัลยาณี, 2543) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องกับหลักจริยธรรม จะเห็นว่า

สิทธิในการได้รับข้อมูล สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง ความซื่อสัตย์ (fidelity) และการบอกความจริง (veracity/ truth telling)

สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับหลักจริยธรรมเรื่อง การเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy)

สิทธิความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์/การไม่ทำอันตราย (beneficence/non-maleficence) การปกปิดความลับ (confidentiality)

สิทธิในการได้รับการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่อง ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice/fairness)

## ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Ethical dilemmas)

### ความหมาย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง สถานการณ์ขัดแย้งทางจริยธรรมที่ก่อให้เกิดความจำเป็นต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่า ซึ่งมีน้ำหนักในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆกัน เนื่องจากแต่ละทางเลือกมีความสำคัญเท่ากัน หรือไม่มีทางออกที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก หรือไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดจะถูกหรือผิด (สิวลี, 2542) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะถูกนำมาใช้ในความหมายของความแตกต่างระหว่างคุณค่า หรือการที่ต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่า ซึ่งเป็นทางเลือกที่ไม่เป็นที่พึงพอใจเท่าๆกัน (Aroskar, 1980; Fry, 1994) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มักเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องทำตามความต้องการของบุคคลหลายๆฝ่ายในเวลาเดียวกัน เช่น ผู้ใช้บริการ แพทย์/ทีมสุขภาพอื่นๆ กฎเกณฑ์ของหน่วยงาน และวิชาชีพของตน ขณะที่แต่ละฝ่ายต่างก็มีคุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกัน เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลจึงต้องพิจารณาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติให้เหมาะสม (Ellis & Hartley, 1998; Rushton, 1988 cited by Reigle, 1996; Wlody, 1990) ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้พยาบาลเกิดความเครียด เนื่องจากผลของการปฏิบัติหน้าที่ทางจริยธรรม จะแตกต่างและตรงข้ามกับสิ่งที่ต้องการ (Beauchamp & Childress, 1994; Purtilo, 1993) เช่นเดียวกับที่ไอเคนและคาตาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่บุคคลต้องเลือกกระทำระหว่างสองทางเลือกที่ไม่ชอบเท่ากัน โดยทั่วไปแล้วประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักมีทางออกในการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นที่พอใจเสมอ นอกจากนี้มีการให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิทธิทางจริยธรรมเรื่องหนึ่งขัดแย้งกับสิทธิทางจริยธรรมอีกเรื่องหนึ่ง เช่น ความต้องการยืดชีวิตผู้ป่วย ขัดแย้งกับความต้องการลดความทุกข์ทรมานและความปวดจากการยืดชีวิต (Davis & Aroskar, 1991) และเป็นสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งของสิทธิระหว่างบุคคล/กลุ่ม หรือความขัดแย้งของพันธะหน้าที่กับสิทธิระหว่างบุคคล/กลุ่ม (Catalano, 2000)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย พบว่าพยาบาลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในลักษณะไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด ต้องทำอย่างไรอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก และเป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ นอกจากนี้วิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สอดคล้องกับที่นักจริยศาสตร์ส่วนใหญ่ให้ความหมายไว้ 5 ข้อคือ (1) เป็นสถานการณ์ที่มีทางเลือกสองอย่างที่มีผลเสียเท่าๆกัน (2) สภาวะที่หนีเสือปะจระเข้ (3) สภาวะที่กลืนไม่เข้าคายไม่ออก (4) สถานการณ์ที่ลำบาก และ (5) ปัญหาที่ลำบาก

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น มักเป็นปัญหาจริยธรรมที่ไม่อาจหาข้อยุติได้จากข้อเท็จจริงที่เห็นแต่เพียงด้านเดียว อีกทั้งมีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้แน่ชัดว่าจะใช้ข้อเท็จจริงหรือข้อมูลอย่างไรประกอบการตัดสินใจ และผลของการตัดสินใจไม่เพียงกระทบต่อเหตุการณ์ในปัจจุบันเท่านั้นแต่มีผลกระทบเชื่อมโยงต่อไปในอนาคตด้วย (สิวลี, 2542) ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นเนื่องจากความขัดแย้งในคุณค่าของตนเอง และบุคคลมักไม่แน่ใจว่าจะอะไรเป็นความประพฤติที่ถูกต้อง ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใดๆมักไม่มีความผิดหรือความถูกต้องอย่างแท้จริง และไม่มีคำตอบตายตัวที่จะใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ (Fry, 1994) นอกจากนี้เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Redman & Hill, 1997) ได้จัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นส่วนหนึ่งของความขัดแย้งทางจริยธรรม (moral conflict) ซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความไม่แน่ใจในหลักการทางจริยธรรม (moral uncertainty) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะนำหลักการทางจริยธรรมข้อใดมาประยุกต์ใช้ เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความรู้สึกสองจิตสองใจที่ต้องเลือกใช้หลักการทางจริยธรรมที่มีน้ำหนักในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆกัน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น
3. ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม หรือภาวะหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลรับรู้ว่ามีสิ่งใดถูกต้องและควรกระทำ แต่ไม่สามารถเลือกกระทำได้ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองขาดพลังอำนาจ หรือไม่มีความรู้เพียงพอ

### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่แตกต่างจากอาชีพอื่น และมักถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมจากสังคมสูง เพราะพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นความตาย และพยาบาลยังเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอย่างใกล้ชิด อีกทั้งในสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติการพยาบาลในสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ส่งผลกระทบให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และทำให้เกิดความเครียดเพราะบางครั้งต้องตกอยู่ภายใต้บรรยากาศที่มีความกดดัน (ประคอง, 2537; พินิจ, 2537; สิริยา, 2538) เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทในวิชาชีพ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการ



แพทย์ ภาวะทางเศรษฐกิจ (ประคอง, 2537; วิฑูรย์, 2534; สิริยา, 2538; Erlen & Sereika, 1997; Reigle, 1996; Wlody, 1990) อีกทั้งพยาบาลยังเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นความตาย ความก้าวหน้าของความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นยิ่งซับซ้อน ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบางอย่างพยาบาลยังไม่เคยเผชิญมาก่อน (Catalano, 1994) บางครั้งจะมีเรื่องของกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Barnum, 1998; Jarezewski, 1990) นอกจากนี้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยปัจจุบันจะเน้นการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งต่างจากในอดีตที่ลักษณะการให้บริการสุขภาพ พยาบาลจะมีบทบาทคล้ายผู้ปกครอง (paternalism) เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะสั่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามด้วยความหวังดี รวมไปถึงการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดี เหมาะสม และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะต้องยอมรับฟังและปฏิบัติตาม แม้จุดมุ่งหมายของวิธีการนี้จะมุ่งที่ประโยชน์ของผู้ป่วย แต่สิ่งที่พยาบาลคิดว่าดี เหมาะสม ปลอดภัยและเป็นประโยชน์ ผู้ป่วยอาจมีความเห็นตรงข้าม ดังนั้นในปัจจุบันการดูแลจะมุ่งเน้นให้ผู้ใช้บริการ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้อย่างอิสระ (respect for autonomy) (สิวลี, 2542; Edge & Groves, 1999; Purtilo, 1993) ทำให้พยาบาลเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยขึ้น

จากการวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจประสบการณ์ทางด้านจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 934 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 79 ของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าตนเองต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทุกวันจนถึงทุกสัปดาห์ในการดูแลผู้ป่วย โดยประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบมาก 10 อันดับแรกคือ ประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับผลเสียที่คุกคามสวัสดิภาพผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปกปิดความลับของผู้ป่วย การปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่ไม่มีจริยธรรมและขาดความรับผิดชอบ การจัดการกับความปวด การใช้พินัยกรรมชีวิต แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพ การรักษาที่ไร้ประโยชน์ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Scanlon, 1994) แซลลี (Chally, 1993) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับทีมสุขภาพละเมิดสิทธิของผู้ป่วย จากการศึกษาของเบอร์เกอร์ เซเวอร์เซนและชวาทาล (Berger, Seversen, & Chvatal, 1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมจากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 104 ราย พบว่าประเด็นจริยธรรมที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักและการบริหารการพยาบาลคือ การจำกัดร่ากำลัง การยึดชีวิตผู้ป่วย การจัดสรรทรัพยากรไม่เหมาะสม และการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงานที่ขาดความรับผิดชอบ

นอกจากนี้ประคอง (2537) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นบ่อยๆคือ ประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการยินยอมและการตัดสินใจในการรักษา การยึดชีวิตหรือ

หยุดการรักษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา การไม่บอกข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าผู้ให้ข้อมูลพบปัญหาจริยธรรม 7 ด้านคือ (1) การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย กับการขาดอิสระในตนเอง (2) ความขัดแย้งในคุณค่าเกี่ยวกับบทบาทในวิชาชีพ (3) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพ/การเคารพอำนาจ กับหน้าที่ต่อตนเอง (4) การบอก-ไม่บอกความจริง (5) การปกปิดความลับของผู้ป่วย กับการปกป้องผู้อื่นจากอันตราย (6) การยึดชีวิตกับการยึดความทุกข์ทรมาน และ (7) การขาดความร่วมมือ/สัมพันธ์ภาพ (Chaowalit, Suttharangsee, & Takviriyannun, 1999)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางการพยาบาลอาจแยกได้กว้างๆดังต่อไปนี้ (สิวลี, 2542)

1. ปัจจัยทางสังคม ทศนคติและความคาดหวังที่มีต่อบริการทางการแพทย์การพยาบาล ในอดีตทัศนคติของคนไทยที่มีต่อบริการทางการแพทย์และการพยาบาล เป็นไปในแนวของพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทย กล่าวคือการมองว่าบริการทางการแพทย์การพยาบาลเป็นบุญกุศล เป็นเมตตาธรรมที่ให้แก่มนุษย์ ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพการพยาบาลได้รับการคาดหวังและยกย่องว่าเป็นผู้มีคุณธรรม มีเมตตากรรณสูงกว่าบุคคลอื่น ขณะเดียวกันพยาบาลก็ได้รับการคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องเป็นผู้มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจเพื่อนมนุษย์ในยามเจ็บป่วย แม้ว่าเมื่อมีการให้บริการผิดพลาดในบางครั้งจนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ทัศนคติและค่านิยมของคนไทยที่มีต่อบริการทางการแพทย์การพยาบาลดังกล่าว ทำให้ไม่มีการฟ้องร้องทางคดีความ ทั้งนี้เพราะความรู้สึกเชื่อถือในเมตตาธรรมของแพทย์และพยาบาลเป็นสำคัญ

แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสังคม บุคคลมีโอกาสดำเนินการศึกษามากขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการปกป้องสิทธิเสรีภาพส่วนตัวมากขึ้น ขณะเดียวกันลักษณะของการให้บริการทางสุขภาพเริ่มเปลี่ยนไปในเชิงของธุรกิจ สถานพยาบาลเอกชนเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งมีข้อดีคือ ทำให้บริการทางสุขภาพกระจายไปสู่ประชาชน ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความรู้สึกเปรียบเทียบระหว่างบริการจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนย่อมเกิดขึ้น การที่บริการทางสุขภาพเปลี่ยนไปในเชิงธุรกิจมีผลเชื่อมโยงไปถึงภาพลักษณ์ของบุคลากรทางสุขภาพด้วย กล่าวคือภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการด้วยเมตตาธรรม ด้วยคุณธรรมอาจกลายเป็นภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการตามหน้าที่ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นไปในลักษณะของความเคารพยกย่อง เกรงใจและสำนึกบุญคุณ ก็อาจเปลี่ยนไปเป็นการเรียกร้องสิทธิ เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจจากบริการหรือเกิดผลเสียหายนจึงมีการฟ้องร้องตามมา

2. ด้านตัวผู้ป่วย บางกรณีผู้ป่วยอาจมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล คาดหวังการให้บริการจากพยาบาลในลักษณะของผู้รับใช้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนขาดความอดทน พยายามเรียกร้องและจับผิดการกระทำของพยาบาล สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจผิด นำไปสู่ความไม่พึงพอใจและรู้สึกขัดแย้งขึ้นได้

3. ด้านตัวพยาบาล พยาบาลบางคนขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ละเลยต่อหลักการและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไม่มีคุณภาพ ไม่สนใจต่อสภาพจิตใจและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการไม่มีความรักและภูมิใจในวิชาชีพ

4. ด้านหน่วยงาน ระบบการบริหารงานของหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ มีส่วนสำคัญต่อขวัญและกำลังใจ ตลอดจนจริยธรรมของพยาบาล สภาพงานที่หนัก จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ระบบงานที่ขาดความเป็นธรรม ขาดความก้าวหน้าและผลตอบแทนที่พึงได้รับตามความเหมาะสม แก่น้ำที่ ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ขาดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงคุณภาพการบริการ

5. ทศนคติของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ การได้รับการยอมรับ การให้เกียรติและความร่วมมือจากบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าทัศนคติของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพมองพยาบาลไปในทางที่ไม่ยอมรับหรือไม่ให้เกียรติเท่าที่ควร อาจนำมาซึ่งความรู้สึกขัดแย้ง ขาดความร่วมมือรวมไปถึงปัญหาอื่นๆได้

### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากสภาพการณ์และปัจจัยต่างๆที่กล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นถึงที่มาของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อัตราการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย นับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งเอดส์ยังเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ และทัศนคติทางลบที่สังคมหรือแม้แต่พยาบาลเองมีต่อโรคและต่อผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยขึ้น

สำหรับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

#### 1. พันธะหน้าที่ในวิชาชีพและหน้าที่ต่อตนเอง (professional duty and duty to self)

จากการที่โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง และปัจจุบันยังไม่มีหนทางรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค และจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค

ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสังคมทั่วไปไม่ยอมรับ (บำเพ็ญจิต, 2540) จึงมีผลทำให้บุคคลรอบข้างหรือคนในสังคมเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยเกิดความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (สุธีพร, 2537) พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ส่วนใหญ่ก็มีความรู้สึกไม่ต่างจากบุคคลอื่นในสังคม แต่สังคมมีความคาดหวังในวิชาชีพพยาบาลว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนด้วยความเมตตา (สิวลี, 2542) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงมักต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นปัญหายุ่งยากประเด็นหนึ่งคือ ขอบเขตของพันธะหน้าที่ (obligation) ที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ด้วยพันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามบทบาทและความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ ทำให้พยาบาลจำนวนหนึ่งเกิดความรู้สึกสับสนขัดแย้ง เนื่องจากไม่ต้องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (อรัญญาและวงจันทร์, 2539) แต่ตระหนักในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้นโดยทั่วไปพยาบาลจึงมีอาจปฏิเสธเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ได้ แม้ว่าไม่ปรารถนาที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ก็ตาม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมข้อนี้ หมายถึง การที่พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกันตามที่ระบุไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่ผลจากการดูแลผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่พยาบาล จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นบ่อย เนื่องจากเอดส์เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่ทุกคนหวาดกลัว พยาบาลซึ่งถือว่าดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพอื่น ย่อมมีความกลัวการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

จากการศึกษาของคุชวีวรรณ (2532) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง จากพยาบาลจำนวน 277 ราย พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้สึกกลัวและกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และมีการละเว้นการปฏิบัติบางอย่างเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชาวลิต (Chaowalit, 1997) ที่สัมภาษณ์พยาบาลไทยจำนวน 13 ราย เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าพยาบาลทั้ง 13 ราย กลัวการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ก็ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยพยาบาล 4 รายที่รายงานว่า มีบางครั้งที่ตนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของแวง (Wang, 1997) เกี่ยวกับทัศนคติ ความวิตกกังวลและความกลัวโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา จำนวน 376 ราย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวที่มีคะแนนสูงสุดคือ การที่พยาบาลต้องสัมผัสเลือดของผู้ป่วย

การที่พยาบาลมีความกลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย และต้องการปฏิเสธเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าว อาจเป็นเพราะพยาบาลรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะการได้รับเชื้อเนื่องจากอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน และมีพยาบาล

จำนวนไม่น้อยที่ยังมีความเชื่อว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถรับเชื้อเอชไอวีจากผู้ป่วยได้ แม้ว่า จะใช้หลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (universal precautions) แล้วก็ตาม (อรัญญาและ วงจันทร์, 2539) อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่า พยาบาลกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วยเพราะมีความเชื่อว่า ข้อมูลจากทางการที่นำเสนอเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรทางด้าน สุขภาพต่ำกว่าความเป็นจริง (Reeder et al., 1994) เพราะแม้ว่าความเสี่ยงดังกล่าวจะน้อยมาก แต่ไม่ใช่เท่ากับศูนย์ ดังนั้นจึงมีพยาบาลจำนวนหนึ่งที่รับรู้ว่าคุณเองยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังเกรงว่าหากตนเองติดเชื้อจากผู้ป่วยก็มีโอกาสนำเชื้อไปสู่บุคคล ในครอบครัวอีกด้วย (Webb & Bunting, 1992)

จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลต้องการหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธการดูแล ผู้ป่วย แต่พยาบาลก็รับรู้ว่าการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรม พยาบาลจึงต้อง ตัดสินใจระหว่างการปฏิบัติงานตามพันธะหน้าที่ในฐานะพยาบาล และหน้าที่ในการปกป้องตนเอง ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย ปัญหาอยู่ที่ว่าพยาบาลควรตัดสินใจอย่างไร จากการศึกษา ของซาตา (2533) เรื่องความขัดแย้งระหว่างบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลกับบทบาทการป้องกัน ตนเองและพฤติกรรมของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่าพยาบาล ไม่ต้องการให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และไม่ต้องการสัมผัสผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องให้การดูแลเพราะ เป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากพิจารณาถึงพันธะหน้าที่ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ การหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ คณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาล (ANA Committee on Ethics, 1986 อ้างตาม อรัญญาและวงจันทร์, 2539) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มี ข้อกำหนดเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นว่าวิชาชีพพยาบาลไม่ได้ ต้องการหรือไม่สามารถขอให้พยาบาลเสียสละความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งชีวิต เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย ข้อกำหนดนี้ได้ให้แนวทางแก่พยาบาลในการประเมินสถานการณ์ว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ทางจริยธรรม (moral duty) ที่ต้องกระทำ หรือเป็นทางเลือกทางจริยธรรม (moral option) โดยอาศัยการพิจารณาตามเกณฑ์ 4 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายหรือความสูญเสียอย่างชัดเจนหากพยาบาลไม่ช่วยเหลือ
2. กิจกรรมการพยาบาลนั้นจะมีผลโดยตรงต่อการป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย
3. การดูแลของพยาบาลอาจจะป้องกันอันตรายหรือความสูญเสียแก่ผู้ป่วยได้
4. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับมีมากกว่าอันตรายที่พยาบาลจะได้รับ และความเสี่ยงของ

พยาบาลจะต้องอยู่ในระดับต่ำมาก

ไรสมาน (Reisman, 1988 อ้างตาม อรัญญาและวงจันทร์, 2539) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่พยาบาลมีพันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลจะต้อง

1. ตระหนักถึงคุณค่า ทักษะคติ ความเชื่อ และความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยและควรใช้วิธีการทำความเข้าใจในคุณค่า (value clarification) เพื่อแก้ไขความขัดแย้งของคุณค่า (value conflicts) และป้องกันไม่ให้ข้อขัดแย้งดังกล่าวเกิดผลเสียต่อคุณภาพการพยาบาล
2. แสวงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
3. ศึกษาต่อเนื่องเพื่อช่วยให้มีความรู้และทักษะที่ทันต่อเหตุการณ์
4. ยึดหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพื่อป้องกันตนเอง ผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ
5. ต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วย (patient advocacy) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

## 2. การบอกความจริง (veracity/truth telling)

ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลมักต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่นับวันจะมีความซับซ้อนและต้องการการตัดสินใจมากขึ้น ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการบอกความจริงก็เป็นประเด็นหนึ่ง ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและไม่แน่ใจว่าควรตัดสินใจอย่างไร เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่สังคมรับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อและโรคติดเชื้อร้ายแรง ที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายได้ อีกทั้งสังคมมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ภายหลังการรับทราบผลการติดเชื้อจะรู้สึกกลัว ตกใจ เสียใจ วิตกกังวลต่อมารู้สึกผิด ไม่มีกำลังใจ เป็นทุกข์และเครียด บางรายซึมเศร้า อาจมีบางรายยอมรับสภาพและทำใจได้ บางรายมีพฤติกรรมแพร่เชื้อให้ผู้อื่น เนื่องจากต้องการแก้แค้นสังคม (Dillen, 1985 cited by Dipasquale, 1990) จากการศึกษาของสมสกุลและบงกช (2539) พบว่าผู้ที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการฆ่าตัวตายหรือความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 36 เท่า ดังนั้นการให้ข้อมูลหรือบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือผลเลือดแก่ผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีการถกเถียงกันมาก ว่าสมควรที่จะบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบหรือไม่ (สิวลี, 2542) ในประเด็นนี้ สิวลี ได้ให้ความเห็นว่าการให้ข้อมูลทั่วไป และการบอกความจริงเป็นเรื่องสำคัญในขอบข่ายของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย นอกจากจะมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการทราบข้อมูลและความเป็นจริงบางประการเกี่ยวกับอาการของตนเอง และวิธีการรักษา สำหรับเรื่องนี้ได้มีการศึกษาในต่างประเทศเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจำนวน 167 ราย เกี่ยวกับการบอกความจริง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83 อยากรู้ความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 13 ไม่สนใจที่จะรับทราบความจริง และน้อยกว่าร้อยละ 4 ไม่ต้องการจะรู้ความจริง (Elian & Dean, 1985 cited by Williamson & Livingston, 1992)

การบอกความจริงเป็นการสื่อสารด้วยความรับผิดชอบ ความเอื้ออาทรและซื่อสัตย์ อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจทางจริยธรรม การบอกความจริงทำให้เกิดผลดีหลายประการคือ ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วย สร้างความเชื่อถือและไว้วางใจในสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งซึ่งเป็นสิทธิโดยชอบธรรม (Williamson & Livingston, 1992) รัตน (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอยู่ 5 ประการคือ (1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้และอาจส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วย (2) การบอกความจริงทำให้ผู้ป่วยได้รู้อนาคตของตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ (3) การบอกความจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวออกมาและได้พูดคุยในเรื่องราวต่างๆที่อยากจะพูด (4) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสทบทวนเรื่องราวต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตและจัดการวางแผนชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และ (5) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้ป่วย นอกจากนี้สถานการณ์เกี่ยวกับการบอกความจริง มักเกี่ยวข้องกับทำให้คุณค่าในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องประกอบการตัดสินใจและเลือกรับบริการทางสุขภาพ โดยรับรู้ถึงประโยชน์และทางเลือกของการรักษาแต่ละวิธี (Thelan et al., 1994)

แม้ว่าการบอกความจริงจะก่อให้เกิดผลดี และเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมดังกล่าว แต่มีบ่อยครั้งที่การบอกความจริงบางอย่างอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือแม้แต่ตัวพยาบาลเอง ผลที่เกิดขึ้นจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคเอดส์มักก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยที่ยังปรับตัวไม่ได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มเติมจากความเจ็บป่วยเดิมที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากความจริงที่ผู้ป่วยและญาติรับทราบมักเป็นความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ร้ายแรง หมดหวังในการรักษาหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (เพยาร์ , 2538) ซึ่งทำให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรงต่อข่าวร้าย ไม่ยอมรับความจริงหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลงภายหลังรับทราบข่าวร้าย (สันต์, 2542) และถึงแม้ว่าการบอกความจริงจะเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตนเองก็ตาม แต่ข้อมูลบางอย่างที่เป็นข่าวร้าย พยาบาลอาจจะต้องปกปิดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพยังไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะยอมรับความจริงดังกล่าวได้ (Lee, 1994) และอาจจะต้องปกปิดความจริงบางส่วนแก่ผู้ป่วย ถ้ารู้สึกว่าการบอกความจริงทั้งหมดจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (Chally & Loriz, 1998)

จากการที่การบอกความจริงอาจก่อให้เกิดผลดีและผลเสียแก่ผู้ที่รับรู้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือญาติ ดังนั้นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง จึงเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากใจแก่ผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพประเด็นหนึ่งเนื่องจาก (1) เกรงว่าการบอกความจริงไปแล้วจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ท้อแท้หรือเสียใจมาก (2) เกรงว่าเมื่อบอกความจริงไปแล้วจะได้รับการ

ตำหนิว่าให้การดูแลไม่ดีพอ (3) เกิดความไม่มั่นใจไม่รู้ว่าจะต้องพูดหรือมีท่าทีอย่างไร เนื่องจากไม่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติมาก่อน และ (4) กลัวที่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับความจริงแล้ว เช่น ถ้าผู้ป่วยโกรธ ร้องไห้หรืออะละโวยวาย ตำหนิแพทย์หรือพยาบาล และไม่รู้ว่าจะตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างไร (รัตน, 2541) ซึ่งจากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจำนวน 12,500 ราย เกี่ยวกับการบอกความจริง พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริง และเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรงที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็ความจริง (Sandroff, 1981 cited by Williamson & Livingston, 1992) อีกทั้งการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย สิ่งสำคัญอยู่ที่ว่าผู้ป่วยทุกคนควรได้มีโอกาสรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับตนเองหรือไม่ ถ้าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก่อให้เกิดผลเสีย เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วยแล้ว สมควรบอกหรือไม่ การจงใจพูดปดแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจคลายความวิตกกังวล จะถือเป็นสิ่งผิดหรือไม่ (สิวลี, 2542) ซึ่งในประเด็นนี้สิวลีได้ให้ความเห็นว่าการจงใจพูดเท็จจากชาวเป็นด้าแม้ว่าเป็นการหวังดีต่อผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียในการที่ผู้ป่วยเชื่ออย่างสนิทใจ และอาจพลาดโอกาสในการจัดการภาระหน้าที่ของตนเองในวาระสุดท้าย รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกเชื่อถือของผู้ป่วยและญาติต่อพยาบาลด้วย

ในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง นอกจากจะเกิดความลังเลไม่แน่ใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริง ที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติแล้ว พยาบาลยังมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นเหมือนคนที่อยู่ระหว่างกลางไม่แน่ใจในบทบาทของตนเองว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมและเกิดผลดีกับทุกฝ่าย เพราะพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิรับทราบข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองอย่างเพียงพอและครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลี (Lee, 1994) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพื่อจะได้มีทางเลือกในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่พยาบาลไม่แน่ใจในขอบเขตหน้าที่ว่าใครควรเป็นคนบอกความจริงแก่ผู้ป่วยจึงจะดีที่สุด ซึ่งจากการศึกษาของวันทิวา (2540) เกี่ยวกับการบอกความจริงในภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีหน้าที่โดยตรงของตนเองที่จะบอกข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ต้องเผชิญปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดกว่าแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังว่าพยาบาลต้องรู้ดีและสามารถตอบคำถามของตนได้

จะเห็นได้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริงดังกล่าวข้างต้น สร้างความลำบากใจในการตัดสินใจให้แก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างมาก มีผู้



ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า เมื่อต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการบอกความจริง สิ่งที่ยาบาลควรนำมาพิจารณาคือ ความพร้อมของผู้ป่วย คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งทางเลือกที่เป็นไปได้อื่นๆเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง (Thelan et al., 1994) การศึกษาหาความรู้และทำความเข้าใจประเด็นต่างๆในการบอกความจริง และแนวทางการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย จะส่งเสริมความสามารถของยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง ซึ่งวิลเลียมสันและลิฟวิงส์ตัน (Williamson & Livingston, 1992) ได้เสนอรูปแบบในการบอกความจริงไว้ 4 รูปแบบดังนี้

1. การบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) โดยผู้บอกมีจุดประสงค์ที่จะให้ข้อมูลทั้งหมดตามความเป็นจริงแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งยาบาลและแพทย์ จะต้องมีความเห็นตรงกันในการรับรู้ความจริง และต้องมีการร้องขอทราบความจริงจากตัวผู้ป่วยเอง การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องพิจารณาว่าใครเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุด โดยพิจารณาคุณสมบัติของผู้ที่จะบอกความจริงคือ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย มีทักษะในการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อ มีทักษะในการให้คำปรึกษา และต้องมีเวลา

2. การบอกความจริงบางส่วน (partial truth) ผู้บอกมีจุดประสงค์ที่จะบอกความจริงโดยไม่ปิดบังผู้ป่วย แต่ต้องระมัดระวังถึงผลเสียและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีมากน้อยแค่ไหน การบอกความจริงบางส่วนเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ปฏิเสธสถานการณ์ความเจ็บป่วยรุนแรงโดยการรับรู้ข้อมูลแต่น้อย

3. การหลอกลวง (deception) เป็นเงื่อนไขที่พบได้น้อย จะใช้เพียงสถานการณ์เดียวคือเมื่อบอกความจริงแล้ว จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. การชะลอการบอกความจริง (truth delay) เป็นการยืดระยะเวลาการบอกความจริงออกไป โดยจะต้องมีการร่วมมือกันของทีมสุขภาพเกี่ยวกับข้อคำถามของผู้ป่วย ข้อเสียคือ การที่ผู้ป่วยไม่รู้ความจริงและต้องรออาจเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกหลอกลวงได้

### 3. การยืดชีวิตผู้ป่วย (prolong life)

โดยหน้าที่และจรรยาบรรณของวิชาชีพการพยาบาล ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งมีค่าและการพยายามช่วยชีวิตถือเป็นหน้าที่สำคัญประการแรกที่พึงกระทำ แต่กรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือใกล้ตาย ในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากวิวัฒนาการของเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าได้เข้ามามีส่วนเหนี่ยวรั้งหรือชะลอความตายไว้ (สิวลี, 2535; Flanagan, 1990) แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายหรือฟื้นจากโรคพอก็จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้

ผู้ป่วยจึงต้องทนทุกข์ทรมานจากการดูแลรักษาที่คงสภาพ “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ได้” และชะลอความตายหรือยืดชีวิตให้ยาวนานออกไปเท่านั้น (สันต์, 2542) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ภาวะที่รับรู้ว่ายืดชีวิตเอชไอวีเป็นภาวะสิ้นหวัง เป็นสภาพการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต มีการรับรู้ที่ใกล้เคียงกับความตายและความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบด้านจิตใจและสังคมมากที่สุด เมื่อเทียบกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น (Friedman & Dimatteo, 1989) หากการยืดชีวิตทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความทุกข์ยาวนานออกไป ทั้งความทุกข์ทรมานจากความปวดจากอาการของโรค รวมถึงวิธีการต่างๆที่ใช้ยืดชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการดูแลรักษาซึ่งไม่ได้รับประโยชน์ตอบสนองนอกจากความทุกข์ทรมานและมีหนี้สินตามมา และปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังบางประเภทจำเป็นต้องดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และใช้บุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมไปถึงวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งบางชนิดมีจำนวนจำกัด หากจะนำทรัพยากรที่มีจำกัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยอื่นๆที่ยังมีหวัง จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (วิไลวรรณ, 2540)

จากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการยืดชีวิตหรือการชะลอความตายและการยุติชีวิต ทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับเมตตามรณะ (euthanasia) ซึ่งหมายถึง การปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาเสียชีวิตโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคร้ายได้พบกับความตายอย่างสงบ พิจารณาในอีกแง่หนึ่งคือ บุคลากรทางด้านสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและญาติ มีความเห็นตรงกันว่าความตายที่สงบคือ การยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง เช่น เอดส์ มะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หาย และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย การพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยย่อมเท่ากับ เป็นการยืดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานออกไป จึงทำให้เกิดข้อขัดแย้งขึ้นว่า การพยายามเนิ่นยืงชีวิตผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี เป็นการทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องทนทุกข์ทรมานต่อไปอีกหรือไม่ เป็นการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบ ไม่สมศักดิ์ศรีหรือไม่ และการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เผชิญความตายอย่างสงบ และเพื่อให้พ้นทุกข์ทรมานจากโรคร้ายที่รักษาไม่หายจะถือว่ากระทำถูกต้องหรือไม่ เพราะทั้งแพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ต้องรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ การกระทำเช่นนี้เป็นการละเมิดสิทธิในชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่ เพราะผู้ป่วยทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ ถ้ากรณีนี้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอให้หยุดการรักษา หรือไม่ขอรับการรักษาใดๆที่เป็นการยืดชีวิตของเขาออกไป แพทย์และพยาบาลต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ สิทธิในการตายของผู้ป่วยควรได้รับการปกป้องคุ้มครองอย่างน้อยเพียงใดและอย่างไร (เกสร, 2540)

โดยทั่วไปแล้วเมตตามรณะแบ่งตามสภาพของผู้ป่วยได้ 2 ประเภทคือ เมตตามรณะโดยความสมัครใจ (voluntary euthanasia) และเมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพตัดสินใจได้เอง (involuntary euthanasia) (เกสร, 2540; วิไลวรรณ, 2540; สิวลี, 2541)

เมตตามรณะโดยความสมัครใจ หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยซึ่งมีสติสัมปชัญญะดี (competent) และสามารถตระหนักและเข้าใจถึงอาการของตนอย่างดี รู้สึกเป็นทุกข์ทรมานจากความปวดและได้ร้องขอความตายจากแพทย์ เช่น การขอร้องให้แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาที่จะทำให้ตนหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาพบกับความทุกข์ทรมานอีก หรือขอร้องให้ยุติการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ตนเสีย

เมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพตัดสินใจได้เอง หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่หมดหวัง ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เองอยู่ในภาวะไร้ความสามารถอย่างถาวร (incompetent) และญาติมีความประสงค์ให้แพทย์ยุติการรักษาและการพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี

สำหรับเมตตามรณะแบ่งตามวิธีการได้ 2 ประเภทคือ เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) และเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) (เกสรา, 2540; วิไลวรรณ, 2540)

เมตตามรณะโดยตรง หมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ เป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงและเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย เช่น การฉีดยาในขนาดหรือชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยตาย ซึ่งแพทย์ไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้ถึงแม้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก็ตาม

เมตตามรณะโดยอ้อม หมายถึง การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยไม่สั่งการรักษาหรือยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ทั้งนี้ยังคงให้การดูแลรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และการดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ

โดยสรุปแล้วเมตตามรณะแบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้ (1) เมตตามรณะโดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย (2) เมตตามรณะโดยตรงเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ (3) เมตตามรณะโดยอ้อมตามความสมัครใจของผู้ป่วย และ (4) เมตตามรณะโดยอ้อมเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจเองได้ การแบ่งลักษณะของเมตตามรณะออกเป็นประเภทต่างๆ ทำให้ง่ายและสะดวกต่อการวิเคราะห์ถึงความถูกต้องเหมาะสมตามหลักจริยธรรมมากยิ่งขึ้น (เกสรา, 2540)

เมตตามรณะเป็นปัญหาจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาลที่ยากจะตัดสินใจว่า มีคุณค่าควรแก่การกระทำหรือไม่ เพราะถือว่ามีชีวิตที่ไปตัดทอนชีวิตผู้ป่วย แต่มีส่วนถูกที่กระทำด้วยเมตตากรุณาด้วยเจตนาที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ทรมาน ทำให้สังคมส่วนรวมได้รับประโยชน์ที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองทรัพยากรและกำลังงานในการดูแลผู้ป่วยที่ทราบแน่ชัดว่าไม่มีโอกาสหาย เพื่อจะได้นำทรัพยากรและกำลังงานเหล่านี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยอื่นที่มีโอกาสรอด แต่การกระทำเหล่านี้จะเป็นการไถ่มนุษยธรรมหรือไม่ จึงเป็นการยากที่จะสรุปได้ว่าเมตตามรณะเป็นสิ่งที่สมควรทำหรือไม่ อย่างไรก็ตามพยาบาลจะต้องหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการประเมินความเห็นของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความตายเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ การตัดสินใจควรทำอย่างรอบคอบ ไม่ว่าจะตัดสินใจอย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลในระยะใกล้ตายอย่างดี

#### 4. การปกปิดความลับของผู้ป่วย (maintaining patients' confidentiality)

การปกปิดความลับ หมายถึง การปกปิดข้อเท็จจริงหรือวิธีการไม่ให้เป็นที่ประจักษ์แก่บุคคลอื่น และเป็นสิ่งที่เจ้าของความลับไม่ต้องการเปิดเผย (รัตนานา, 2539) ความลับของผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการบอกเล่า การจดบันทึกในรายงานของผู้ป่วย เช่น ประวัติส่วนตัว การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยา การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลการพยากรณ์โรค ข้อมูลที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ตลอดจนข้อมูลอื่นที่ใช้ในการรักษาพยาบาล แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตามยังถือว่าต้องปกปิดเป็นความลับอยู่ (วิฑูรย์, 2537)

เนื่องจากผู้ป่วยมีอิสระในการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งมีโอกาสรู้ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย ควรตระหนักในเรื่องการปกปิดความลับของผู้ป่วยหรือการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ เพราะจะก่อให้เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้ป่วย การปกปิดความลับนอกจากจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล (privacy right) (ขนุตตรา, 2541) ในกระบวนการรักษาพยาบาล ถือเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่สำคัญที่แพทย์และพยาบาลไม่พียงนำไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล ซึ่งในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดไว้ว่า พยาบาล...พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2528 อ้างตาม สภาการพยาบาล, 2545) ทั้งนี้เพราะการเปิดเผยความลับอาจนำมาซึ่งความเสียหายต่อผู้ป่วย และต่อกระบวนการรักษาพยาบาล ประเด็นที่สำคัญคือ เป็นการไม่เคารพต่อความเป็นมนุษย์และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (สิวลี, 2542) แล้วยังมีความผิดตามกฎหมายอีกด้วย ไม่ว่าจะการเปิดเผยความลับนั้นจะมีความมุ่งหมายใดก็ตาม เว้นแต่จะเปิดเผยในการรักษาต่อผู้ป่วย (ขนุตตรา, 2541; รัตนานา, 2539; Herrick & Smith, 1989)

ถึงแม้ว่าโดยหลักการบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องรักษาความลับของผู้ป่วย แต่ก็มีบางกรณีที่ต้องยกเว้นเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่ไม่ถือว่าเป็นผิดจรรยาบรรณวิชาชีพมี 3 กรณี ดังนี้ (ขนุตตรา, 2541)

1. การเปิดเผยความลับที่เจ้าของความลับยินยอม ควรจะมีหลักฐานการให้ความยินยอมไว้ชัดเจน เพื่อให้พ้นจากการประพฤติดิจจรรยาบรรณวิชาชีพและทางกฎหมายได้
2. การเปิดเผยความลับที่เป็นกรปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น คำสั่งศาล การรายงานโรคติดต่ออันตราย การออกหนังสือรับรองการตาย
3. การเปิดเผยความลับที่เป็นกรปฏิบัติตามหน้าที่ การปฏิบัติที่ถือเป็นหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับ กับหน้าที่ที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยควรเลือกปฏิบัติในแง่ใด เนื่องจากแพทย์สภา

และสถานการณ์พยาบาลยังไม่ได้วางแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามแพทย์และพยาบาลจะต้องระมัดระวังในบางเรื่องนี้อาจทำให้ประพฤติดิจรรยาบรรณวิชาชีพได้

ปัญหาเกี่ยวกับการปกปิดความลับที่พบบ่อยคือ ความลับของผู้ป่วยอาจถูกเปิดเผยได้ง่ายจากการปรึกษาหารือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพในที่สาธารณะโดยไม่ระมัดระวัง เช่น ในลิฟท์ ในห้องอาหาร ในห้องผู้ป่วยหรือในงานเลี้ยง ซึ่งอาจมีบุคคลอื่นล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยโดยไม่ตั้งใจของผู้พูดและผู้ฟัง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียหายได้ (Siegler, 1982; Tschudin, 1988) สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากพยาบาลจะมีพันธะหน้าที่ในการปกปิดความลับของผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ยังมีพันธะหน้าที่ในการปกป้องผู้อื่นจากอันตราย โดยเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ เช่น คู่สมรสของผู้ป่วย เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ทำให้พยาบาลเกิดความลำบากใจ ดังเลในการตัดสินใจ ว่าควรปกปิดความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อเป็นการรักษาสีทิสส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่บอกให้คู่สมรสทราบ แต่ขณะเดียวกันด้วยหน้าที่ที่จะต้องปกป้องผู้อื่นจากอันตราย จึงทำให้เกิดคำถามขึ้นว่าควรบอกข้อมูลแก่คู่สมรส เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลเหล่านั้นติดโรคจากผู้ป่วยหรือไม่ (สิระยา, 2538; Donovan, 1991) การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรมเสมอไปหรือไม่

วิฑูรย์ (ม.ป.ป.) ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า การเปิดเผยความลับโดยบุคลากรทางสุขภาพต่อคู่สมรส เป็นการเปิดเผยความลับให้ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้รับทราบ ดังเช่นบอกให้สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยทราบ เพราะเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ และเพื่อเป็นการป้องกันการติดต่อโรค ไม่น่าจะมีความผิดฐานเปิดเผยความลับ หากพิจารณาในแง่ของจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรม แต่เป็นการกระทำที่ยอมรับได้ หากการปกปิดความลับนั้น จะก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้อื่น และตัวผู้ป่วยเอง และอีกความเห็นเกี่ยวกับปัญหากฎหมายกรณีของการเปิดเผยผลการตรวจเลือดเอดส์ให้ผู้อื่นทราบ ถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังมาก เพราะอาจเป็นเรื่องผิดกฎหมายได้เนื่องจากการนำความลับของผู้อื่นไปเปิดเผย แสงว (2540) ให้ความเห็นว่าถ้าหากเป็นกรณีที่มีความจำเป็นและมีเหตุผลเพียงพอ เช่น การบอกความจริงแก่คู่สมรส เพื่อป้องกันมิให้เกิดการแพร่เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ ถือเป็นความจำเป็นที่กฎหมายยอมรับ (justifiable necessity)

##### 5. ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice/fairness)

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ โดยเป็นวิชาชีพที่มีหลักการและจรรยาบรรณวิชาชีพ ที่พึงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เจ็บป่วยทุกคนอย่างเต็มความสามารถด้วยหลักของมนุษยธรรม เมตตาธรรม ปราศจากอคติและไม่จำกัดด้วยอาการและชนิดของโรค (สิวลี, 2542) อีกทั้ง

ผู้ป่วยเองมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยความเสมอภาคโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านลักษณะของความเจ็บป่วย (ซุมศักดิ์, 2541; สภาการพยาบาล, 2545) แต่เนื่องจากเอดส์ได้ชื่อว่าเป็นโรคร้ายแรงที่ทุกคนหวาดกลัว นอกจากบุคคลทั่วไปและสังคมรับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้แล้ว ยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสังคมทั่วไปไม่ยอมรับ (บำเพ็ญจิต, 2540) บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ นอกจากจะรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้ว ทักษะของพยาบาลต่อโรคเอดส์และต่อแบบแผนชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พวกร่วมเพศและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Forrester, 1990; Kelly et al., 1988)

มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า ทักษะของพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ถ้าพยาบาลมีความรู้สึกกังวลและหวาดกลัวต่อผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย่อมเกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยเอดส์ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค หมดหวัง มีชีวิตอยู่เพื่อรอความตาย สังคมรังเกียจและยังถูกปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการดูแลจากพยาบาลอื่น (พินิจ, 2532) เช่น การถูกแยกเตียงให้อยู่ห่างจากผู้ป่วยอื่นและห่างจากห้องพยาบาล พยาบาลเข้ามาพูดคุยหรือให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นเท่านั้น จนบางครั้งก็ปล่อยให้ญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกือบทั้งหมด อีกทั้งพยาบาลยังแสดงออกถึงความกลัว โดยการป้องกันตนเองมากเกินไปจนความจำเป็น จนทำให้ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ถึงการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจยิ่งขึ้น จากการศึกษาของฟอร์เรสเตอร์และเมอร์ฟี (Forrester & Murphy, 1992) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์ และมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์น้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว อีกทั้งมีทัศนคติทางลบ และไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมติดยาเสพติดชนิดฉีด มีรายงานว่า การที่พยาบาลบางคนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าการติดเชื้อของผู้ป่วยเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของตัวเอง (Reisman, 1988)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยเอดส์ เช่น งานวิจัยของประไพและสุนทรี (2535) พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ พยาบาลร้อยละ 60 มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 40 ที่มีทัศนคติทางลบ แต่ถ้าจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์พยาบาลร้อยละ 94.14 จะพยายามไม่แตะต้องผู้ป่วย พยาบาลร้อยละ 70.73 ไม่แน่ใจและไม่สมัครใจทำงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ และ

ยังมีงานวิจัยที่แสดงว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพหลายโรงพยาบาล มีความรู้สึกว่าจะยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการ และมากกว่าร้อยละ 80 เชื่อว่ายังมีบุคลากรอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ต้องการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กมลเนตร, 2531) จากการศึกษาของเปี่ยมปิติ (2534) เกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยเอชไอวีของพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 561 ราย พบว่าพยาบาลมีอคติต่อผู้ป่วยเอชไอวีระดับปานกลางคือ แยกผู้ป่วยออกจากสังคม และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอชไอวีไปตามหน้าที่โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย และการศึกษาของเคอร์เรย์ จอห์นสัน และออคเดน (Currey, Johnson, & Ogden, 1990) พบว่านักศึกษาพยาบาลเชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี ควรได้รับการรักษาในคลินิกหรือโรงพยาบาลเฉพาะ เช่นเดียวกับการศึกษาของดวอร์กิน อัลเบรชท์และคูกซี่ (Dworkin, Albrecht, & Cooksey, 1991) ที่พบว่าร้อยละ 75 ของแพทย์ ร้อยละ 64 ของพยาบาล และร้อยละ 56 ของนักสังคมสงเคราะห์ เห็นว่าผู้ป่วยเอชไอวีควรได้รับการรักษาในสถานที่เฉพาะ และมีพยาบาลเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่เต็มใจจะปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี

แม้ว่าจะมีการวิจัยและการศึกษาหลายรายงานพบว่า พยาบาลต้องการหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี แต่พยาบาลก็รับรู้ว่าการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี เป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกประเภทเท่าเทียมกัน และมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถ การเลือกปฏิบัติหรือแบ่งแยกการดูแลจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ ไม่เคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย อรรถจินดา (2532) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีควรมองตัวผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่มองเฉพาะตัวโรคเท่านั้น การมองภาพกว้างเป็นภาพคนที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคมที่มีความรู้สึก ความเจ็บปวดและศักดิ์ศรีของความเป็นคนแล้ว ผู้ป่วยเอชไอวีไม่ควรถูกมองว่าสูญเสียความเป็นคน และได้ให้ความเห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพควรดูแลผู้ป่วยด้วยหลักเมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคอะไร ไม่แสดงความรังเกียจ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ในฐานะที่ให้การพยาบาลทั้งทางกายและให้กำลังใจ เมื่อเอชไอวีเป็นโรคที่ยังหาการรักษาทางกายภาพไม่ได้ การรักษาผู้ป่วยโรคเอชไอวีควรต้องมุ่งรักษาใจไปพร้อมๆกับการดูแลร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

### **การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical decision making)**

ในระบบการดูแลด้านสุขภาพปัจจุบันถือว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน (Catalano, 2000) เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้นนอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลตามหลักของวิชาชีพในเชิงวิทยาศาสตร์แล้ว พยาบาล

ยังต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาไตร่ตรองว่า สิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ ด้วยจรรยาบรรณของวิชาชีพประการหนึ่งคือ การให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และโดยเมตตาธรรมของวิชาชีพที่พึงเอื้ออาทร ปกป้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ดังนั้นนอกจากการให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลยังมีส่วนช่วยเหลือดูแลให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนรวมถึงการที่อาจต้องตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมให้ผู้ป่วยในบางครั้ง (สิวลี, 2542) จะเห็นได้ว่าขอบเขตของการพยาบาลมีมากกว่าการทำหน้าที่เฉพาะให้การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคงเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งในบางสถานการณ์ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าผิดหรือถูก (ทิพาพันธ์, 2541) แต่อย่างไรก็ตามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด (มัญจนา, 2541) ดังนั้นการตัดสินใจจึงต้องผ่านการพิจารณาไตร่ตรองก่อนลงมือปฏิบัติ และต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายที่มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณค่าและความเชื่อ การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว จึงต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์รวมถึงคุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการตัดสินใจเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องนำหลักการต่างๆทางจริยศาสตร์มาใช้อย่างเป็นขั้นตอน (Smith, 1996) ซึ่งคาทาลาโน (Catalano, 2000) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้ ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจหลักจริยธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์ จรรยาบรรณวิชาชีพ และกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นกระบวนการใช้เหตุผลทางจริยธรรม ที่นำเอาขั้นตอนในการวิเคราะห์คุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ และแนวคิดทางจริยธรรมมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน (Catalano, 2000; Fry, 1994) ใช้เป็นมาตรการที่จะบอกว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควรกระทำ สิ่งใดถูกและสิ่งใดผิด หลักเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาว่าการกระทำต่างๆถูกหรือผิด สิ่งใดควรทำสิ่งใดไม่ควรทำ แต่เดิมมักใช้ศาสนา รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งเกณฑ์ทั้งสองนี้มักเป็นหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตายตัว (สิวลี, 2542) ซึ่งนักจริยศาสตร์มีความเห็นว่าทั้งศาสนา กฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณี และกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน บางกรณีไม่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และบางครั้งก็ทำให้เกิดความขัดแย้ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันและปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในวิชาชีพ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ ที่ส่งผลให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีความซับซ้อนมากขึ้น มีองค์ประกอบหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องและต้องคำนึงถึง ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ต้อง



ปฏิบัติหน้าที่ในทุกหน่วยงานทางด้านการดูแลสุขภาพ เกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย (Reigle, 1996) ซึ่งหลักการโดยทั่วไปกล่าวว่าบุคคลมีสิทธิเสรีภาพที่จะตัดสินใจเลือกการกระทำด้วยตัวเอง ไม่มีใครมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้อื่นหรือเลือกกระทำแทนผู้อื่น แต่ในบางกรณีที่มีเหตุให้พยาบาลจำเป็นต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในเหตุการณ์เช่นนี้ไม่อาจตัดสินใจว่าการกระทำของบุคลากรในที่มสุขภาพเป็นการกระทำที่ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ป่วย หรือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง (สิวลี, 2542)

### **คุณค่า และการทำความเข้าใจในคุณค่า (values and values clarification)**

ในทางจิตวิทยาเมื่อพูดถึงการตัดสินใจการกระทำ พบว่าจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงคุณค่า ซึ่งหมายถึงการให้คุณค่าแก่สิ่งที่เราตัดสินใจ ดังนั้นการทำความเข้าใจในเรื่องคุณค่า จึงถือเป็นความจำเป็นและสำคัญอันดับแรกในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Catalano, 2000; Fry, 1994) ซึ่งคุณค่า หมายถึง คุณสมบัติที่ได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความงาม ความไพเราะเป็นคุณค่าทางศิลปะ ส่วนความดี ความถูกต้องเป็นคุณค่าทางจริยธรรม (สิวลี, 2542) คุณค่าเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นคุณค่าของแต่ละบุคคลจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Ellis & Hartley, 1998; Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998) สอดคล้องกับแนวคิดของคาทาลาโน (Catalano, 2000) ซึ่งกล่าวว่าคุณค่าเป็นแนวคิดที่บอกถึงการดำเนินชีวิตของบุคคล ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรทัดฐานทางสังคม ศาสนา ครอบครัว การให้คุณค่าของแต่ละบุคคลจะแสดงออกทางการตัดสินใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งการให้คุณค่าของบุคคลจะไม่คงที่หรือตายตัวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวัยและสถานการณ์ คุณค่าส่วนบุคคลสามารถแสดงออกมาทางทัศนคติ พฤติกรรมทางสังคม ซึ่งแต่ละคุณค่าจะแสดงถึงแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกการกระทำ (Fry, 1994) คุณค่าจะแฝงเร้นอยู่ในพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการพิจารณาเลือกสรรของแต่ละบุคคล แสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่ทำให้บุคคลแตกต่างกัน นอกจากนี้คุณค่านั้นก็มีความสำคัญต่อบุคคลมาก เพราะบุคคลใช้เป็นมาตรฐานความเชื่อและความประพฤติในการตัดสินใจ สิ่งใดมีคุณค่าหรือไม่มีคุณค่าทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง ผู้อื่นและสังคม เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ต่างๆ เราสามารถแสดงคุณค่าออกมาได้หลายอย่าง ซึ่งเป็นคุณค่าในตัวเราเอง บางครั้งบุคคลเกิดความขัดแย้งกับคุณค่าภายในตัวเองว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์ที่ประสบอยู่ คุณค่าจึงช่วยให้บุคคลสามารถเลือกตัดสินใจได้ว่าจะกระทำอย่างไรกับปัญหานั้น (มัณฑุภา, 2541) อาจกล่าวได้ว่าคุณค่าส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ellis & Hartley, 1998) ทั้งนี้การเข้าใจคุณค่าของบุคคลเป็นบันไดขั้นแรกในการเตรียมบุคคลให้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fry, 1994)

กระบวนการของการให้คุณค่าเริ่มจากการเลือกคุณค่า การยอมรับคุณค่านั้นและการปฏิบัติ ตามคุณค่าที่เลือก การเลือกคุณค่าของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน แต่การตัดสินใจเลือกคุณค่ามี พื้นฐานมาจากความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ ศาสนา วัฒนธรรม อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจในเรื่องคุณค่าของบุคคลหรือการทำความเข้าใจในความกระจ่างในคุณค่า จึงถือ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล (สิวลี, 2542) การทำความเข้าใจในความกระจ่างในคุณค่าเป็นการทำความเข้าใจ ว่าคุณค่าใดสำคัญสำหรับบุคคล ซึ่งไม่ใช่เฉพาะคุณค่าของตนเองเท่านั้น แต่เป็นการให้ความสำคัญ กับคุณค่าทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ว่าคุณค่าใดสำคัญที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งมีทั้ง คุณค่าส่วนบุคคลและคุณค่าในเชิงวิชาชีพ (personal and professional values) การเข้าใจในคุณค่า ของตนเองเป็นขั้นแรกที่จะช่วยในการระบุคุณค่า และช่วยให้พยาบาลเรียนรู้ที่จะยอมรับความแตกต่าง ในการให้คุณค่าของตนเองและของผู้ป่วย (Ellis & Hartley, 1998; Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998) บุคคลจะสามารถค้นหาคุณค่าของตนเองได้ชัดเจน เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์เฉพาะที่จำเป็นต้อง ตัดสินใจ และการทำความเข้าใจในคุณค่าของตนเองก่อนถือเป็นสิ่งสำคัญ (Ellis & Hartley, 1998) พยาบาลที่รู้จักตนเองและเข้าใจในคุณค่าของตนเองจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี (พรทิพย์, 2538)

ดังนั้นในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อย่างมีคุณภาพ พยาบาลจึงต้องพิจารณาทั้งคุณค่าของตนเองและคุณค่าของผู้ป่วยหรือครอบครัว (Ellis & Hartley, 1998) การทำความเข้าใจในคุณค่าสำหรับวิชาชีพพยาบาล จะช่วยลดความขัดแย้งในคุณค่า (values conflicts) ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องเผชิญมากขึ้นในบทบาทการดูแลทางด้าน สุขภาพในปัจจุบัน (Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998) อันได้แก่ การให้คุณค่าของผู้ป่วย ซึ่ง อาจแตกต่างจากการให้คุณค่าของพยาบาล (Fry, 1994; Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998; Noland, 1999) หรือการให้คุณค่าในเชิงวิชาชีพของแพทย์ซึ่งแตกต่างจากวิชาชีพพยาบาล โดย ส่วนใหญ่แพทย์จะเน้นคุณค่าในเรื่องของการรักษา (cure) ขณะที่พยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วย (care) (Grunstein-Amado, 1992; Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998) นอกจากนี้พยาบาลยังมี พันธะหน้าที่ต่อหน่วยงานที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ การตัดสินใจจึงต้องให้ความสำคัญและนำ นโยบายของหน่วยงานมาพิจารณาร่วมด้วย (Purtilo, 1993) ความขัดแย้งในคุณค่าดังกล่าว อีกทั้ง การตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงคุณค่าของหลายๆฝ่าย ทำให้เกิดความยุ่งยากแก่พยาบาลเป็นอย่างมาก

ถึงแม้ว่าวิชาชีพพยาบาล จะมีข้อกำหนดในจรรยาบรรณวิชาชีพไว้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติ โดยช่วยกำหนดคุณค่าในวิชาชีพแล้วก็ตาม แต่ความขัดแย้งในคุณค่าที่เกิดขึ้น ทำให้จรรยา บรรณวิชาชีพไม่สามารถชี้แนะแนวทางในการตัดสินใจให้กับพยาบาลได้ทั้งหมด ดังนั้นพยาบาลจึง จำเป็นต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมร่วมกับการฝึกทักษะในการให้เหตุผล

เชิงจริยธรรม (moral reasoning and justification) กับสถานการณ์ตัวอย่าง จะช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Catalano, 2000; Noland, 1999; Reigle, 1996)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน นอกจากจะต้องคำนึงถึงการทำความกระจ่างในคุณค่าของตนเอง คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ คุณค่าในเชิงวิชาชีพและหน่วยงานดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การทำความเข้าใจและคำนึงถึงปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาล เพื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะเป็นอิสระต่อกันแต่ก็อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกันได้ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม ทศนคติทางสังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กฎหมาย การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ และนโยบายทางด้านเศรษฐกิจและด้านการดูแลสุขภาพ (Ellis & Hartley, 1998; Jarezewski, 1990) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอาชีพ ได้แก่ กฎเกณฑ์ของหน่วยงานที่พยาบาลต้องปฏิบัติตาม ความสัมพันธ์ในวิชาชีพและในทีมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ระบบของหน่วยงานที่เป็นแบบใช้อำนาจสิทธิขาด (authoritarian) และปกครองโดยไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ (paternalistic) หากหน่วยงานทางด้านสุขภาพยังมีระบบการทำงานเหมือนในอดีต พยาบาลจะมีความสำคัญน้อยกว่าแพทย์ ขาดอำนาจอิสระและไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หรือถ้าหากหน่วยงานใดมีคณะกรรมการจริยธรรม (ethics committee) พยาบาลควรเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย เพื่อจะได้มีโอกาสเสนอความคิดเห็นและกำหนดบทบาทในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล (Ellis & Hartley, 1998) นอกจากนี้จากแนวคิดของอริญญาและวันดี (2544) ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อทั้งของพยาบาลและผู้ให้บริการ แนวคิดต่างๆทางจริยธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์และหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ นโยบายสาธารณสุข เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนาและกฎหมาย

จากการศึกษาของเวบบ์และบันติง (Webb & Bunting, 1992) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 ราย พบว่าพยาบาลมีการตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บนพื้นฐานที่เน้นการปฏิบัติ (practical considerations) มากกว่าการใช้หลักจริยธรรม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าการเตรียมพยาบาลโดยการจัดการเรียนการสอน

ให้มีโปรแกรมพัฒนาการใช้หลักจริยธรรมในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และ นำปัจจัยทั้งที่เกี่ยวกับโรคและผลกระทบอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ทัศนคติ ปัญหาทางด้านสังคม และนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มาอภิปรายร่วมกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจกับ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ยุงยากในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเหมาะสม

สิวลี (2542) กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจะต้องมีการ พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าทีมสุขภาพจะแสดง เจตนาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ แต่การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการคำนึงถึงสิทธิของบุคคลเป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้ การกระทำของทีมสุขภาพโดยที่ผู้ป่วย ไม่ยินยอมและไม่เต็มใจ แม้จะเกิดผลดีต่อสภาพทางกายแต่อาจเกิดความขมขื่นทางใจ การหมั่นหมอง ต่อสภาพที่ตนเองไม่ยอมรับของผู้ป่วยก็น่าจะมีความสำคัญควบคู่กันไป เช่น วิธีการรักษาที่ช่วยยืด ชีวิตผู้ป่วยออกไปอีกระยะเวลาหนึ่ง แต่เป็นระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างขมขื่นหมั่นหมองและยึดอัด ต่อสภาพที่ตนเองต้องเผชิญ ก็ไม่อาจกล่าวได้เต็มที่เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เรื่องราวของชีวิต ความรู้สึก ของมนุษย์มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อนและเฉพาะตัว ยากแก่การที่จะจำกัดการมองอยู่ในกรอบใด กรอบหนึ่งที่ตายตัว สมิท (Smith, 1996) กล่าวว่า การที่พยาบาลตระหนักถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการปฏิบัติงาน จะทำให้พยาบาลเกิดการพิจารณาใคร่ครวญอย่างระมัดระวังก่อนการกระทำ และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพจะก่อให้เกิดสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

#### กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical decision making process)

ในทางปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป พยาบาลจะต้องนำกระบวนการพยาบาลที่มีระบบ เป็นขั้นตอนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย แต่สำหรับปัญหาทางด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย การใช้กระบวนการ พยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่อาจช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ (Catalano, 2000; Noland, 1999) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งมีขั้นตอน คล้ายกระบวนการพยาบาล แต่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับการค้นหาและระบุคุณค่าของ บุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ และนำหลักจริยธรรมมาใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป้าหมาย หลักของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ การกำหนดว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิดหรือเหมาะสมใน สถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Catalano, 2000) ซึ่งนักวิชาการและนักจริยศาสตร์ หลายท่านได้เสนอกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของ พยาบาลไว้หลายรูปแบบ โดยแต่ละรูปแบบจะมีแนวคิดและขั้นตอนคล้ายๆกัน (Kelly & Joel, 1999) ดังนี้

ไอเคนและคาตาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์และแปลผล (collect, analyze and interpret the data) ขั้นตอนนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆให้ได้มากที่สุด เพราะถ้าหากข้อมูลที่ได้มีจำกัด จะทำให้การวิเคราะห์และแปลผลยาก และมีความซับซ้อน การได้มาซึ่งข้อมูลมีหลายวิธี รวมถึงการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินสาเหตุของความขัดแย้งว่าเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์

ขั้นที่ 2 กำหนดประเด็นขัดแย้ง (state the dilemma) หลังจากรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดแล้ว พยายามนำมาระบุประเด็นปัญหาให้ชัดเจน ประเด็นขัดแย้งหลักมีเพียง 1 หรือ 2 ประเด็นที่ครอบคลุมปัญหาจริยธรรม มักเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสิทธิผู้ป่วยหรือหลักพื้นฐานทางจริยธรรม

ขั้นที่ 3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (consider the choices of action) หลังจากพิจารณาประเด็นขัดแย้งที่เป็นไปได้ชัดเจนแล้ว ขั้นต่อไปบุคลากรในทีมสุขภาพควรช่วยกันหาแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงลำดับก่อนหลัง แล้วนำแนวทางเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญภายหลัง พร้อมทั้งพิจารณาถึงความแตกต่างของแต่ละวิธี แนวทางในการหาวิธีแก้ไขปัญหามักจะได้มาจากข้อมูล ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ผู้นิเทศหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมก็ได้

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติแต่ละทาง (analyze the advantages and disadvantages of each course of action) ขั้นตอนนี้จะช่วยให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง หลังจากได้มีการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีแล้ว ทำให้มองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า ควรจะเลือกวิธีการใดจึงจะเกิดผลเสียน้อยที่สุด ในการพิจารณาข้อดีข้อเสียนี้จะช่วยลดจำนวนทางเลือกสำหรับการปฏิบัติได้ การพิจารณาความเหมาะสมกับหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพทางการแพทย์เป็นหลักในการตัดสินใจเลือก จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ขั้นที่ 5 ตัดสินใจเลือก (make the decision) การตัดสินใจเลือก เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุดที่จะได้มาซึ่งการตัดสินใจที่เหมาะสม เพราะการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทางเลือกที่แตกต่างหลายทางและไม่มีใครยินดีที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ แต่สิ่งที่ดีที่สุดคือการยึดหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการแก้ปัญหา และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย

ทอมป์สันและทอมป์สัน (Thompson & Thompson, 1992) ได้เสนอกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ใช้พัฒนาการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ 10 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนสถานการณ์เพื่อกำหนดปัญหาทางด้านสุขภาพ ความต้องการการตัดสินใจ  
องค์ประกอบทางจริยธรรม และบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ให้ชัดเจน

ขั้นที่ 3 ระบุประเด็นจริยธรรมในสถานการณ์นั้น

ขั้นที่ 4 ให้ความหมายกับแนวคิดทางจริยธรรมของบุคคลและของวิชาชีพ

ขั้นที่ 5 ระบุแนวคิดทางจริยธรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 6 ระบุความขัดแย้งในคุณค่า

ขั้นที่ 7 กำหนดว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินใจ

ขั้นที่ 8 ระบุแนวทางปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ขั้นที่ 9 ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

ขั้นที่ 10 ประเมินผลและทบทวนผลลัพธ์จากการตัดสินใจและการปฏิบัติ

ฟราย (Fry, 1994) ได้เสนอขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมโดยใช้ 4 คำถาม ที่จะช่วยให้พยาบาล  
สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดความขัดแย้งน้อยที่สุด ดังนี้

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในคุณค่า  
(What is the story behind the values conflicts?) ขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องทำให้ปัญหาจริยธรรม  
กระจ่างชัดโดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็น  
ปัญหาจริยธรรม โดยระบุคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และความขัดแย้งในการให้คุณค่าของทุกคน  
ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ต้องนำมาพิจารณาให้ครบถ้วน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล แพทย์  
และผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพอื่นๆ เมื่อทำความเข้าใจกับปัญหาทั้งหมดแล้ว จะทำให้มีทางออกใน  
การแก้ไขปัญหา การแปลความหมายของปัญหาและการให้คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องก็จะชัดเจน  
ทำให้สามารถระบุความขัดแย้งของคุณค่าได้กระจ่างขึ้น ปัญหาจริยธรรมมักจะเกิดจากความขัดแย้ง  
ของคุณค่าทางจริยธรรมกับคุณค่าอื่นๆของบุคคล

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์คุณค่าที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องในสถานการณ์ (What is the significance of  
the values involved?) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ตรงกับประเด็นของปัญหาจริยธรรม มองคุณค่า  
โดยรวมของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ คุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงความสามารถใน  
การตัดสินใจของผู้ป่วย ศาสนา วัฒนธรรม วิชาชีพ การเมือง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละ  
สถานการณ์จะต้องให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยและความรับผิดชอบของพยาบาล ทำอย่างไร  
จึงจะคงไว้ซึ่งคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล และคุณค่าทางจริยธรรม การค้นหาคุณค่าของแต่ละ  
บุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์มีความสำคัญมาก ปัญหาจริยธรรมจะไม่สามารถแก้ไขได้จนกว่าจะ

ค้นพบคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และนำมาพิจารณาให้มีความสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าคุณค่าของทุกคนจะได้รับการปกป้องหรือยอมรับ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อาจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และตัดสินใจว่าคุณค่าใดเป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดในสถานการณ์นี้ เพื่อช่วยปกป้องการละเมิดสิทธิของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ สำหรับเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลคือ การช่วยเหลือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ได้รับการเคารพในคุณค่า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ความขัดแย้งในคุณค่าที่เกิดขึ้น (What is the significance of the conflicts to the parties involved?) มีใครบ้างที่จะได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งในสถานการณ์นี้ การตัดสินใจมีผลกระทบในแง่ของกฎหมายหรือไม่ อะไรคือทางเลือกที่ควรกระทำ อะไรคือผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ผลกระทบต่อบุคคลและสังคมโดยรวม ทั้งทางบวกและทางลบ ผลทางด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย การศึกษา ศาสนา การวิเคราะห์ความขัดแย้งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจะต้องเรียนรู้ว่าการให้คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ซึ่งการให้คุณค่าของบุคคลจะไม่ตายตัวเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความขัดแย้งในคุณค่าอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งความรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งในคุณค่าสามารถนำมาเป็นข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและผู้ร่วมวิชาชีพนำไปใช้ในการแก้ไขหรือป้องกันความขัดแย้งในคุณค่าที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ก่อนที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจะยุ่งยากซับซ้อนจนยากเกินกว่าจะแก้ไขได้

ขั้นที่ 4 ตัดสินใจว่าควรทำอย่างไร (What should be done?) เป็นการนำเอาหลักจริยธรรมมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจ ใช้แนวคิดเชิงจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิมนุษยชน และสิทธิของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณค่าพื้นฐานของบุคคล การตัดสินใจจะต้องทำอย่างเปิดเผยและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจ ทำเพื่อใคร การค้นหาคุณค่าที่สำคัญและทางเลือกที่เป็นไปได้ของการตัดสินใจ ซึ่งทางเลือกในการตัดสินใจประกอบด้วย (1) การให้คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (2) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และ (3) ความถูกต้องทางจริยธรรมของแต่ละทางเลือก ซึ่งทางเลือกบางทางเลือกอาจขัดแย้งกันเอง เช่น เป็นทางเลือกที่ไม่ขัดแย้งกับจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่ไม่ได้ช่วยส่งเสริมคุณค่าของผู้ตัดสินใจและผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ในขณะที่บางทางเลือกอาจยอมรับได้สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและความเชื่อทางศาสนา แต่ไม่เหมาะสมสำหรับทีมสุขภาพ

อย่างไรก็ตามผู้ตัดสินใจควรเลือกกระทำ บนพื้นฐานของทางเลือกที่ผ่านการวิเคราะห์ว่าดีที่สุดแล้ว อีกทั้งได้พิจารณาถึงความขัดแย้งในคุณค่า การให้คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และให้คุณค่าทางจริยธรรมในแต่ละสถานการณ์ จะทำให้การตัดสินใจนั้นมีเหตุผลและอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการทางจริยธรรมและการใช้หลักการทางจริยธรรม

แชลลีและโลริซ (Chally & Loriz, 1998) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจ เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน (clarify the ethical dilemma) วิเคราะห์ให้กระจ่างชัดว่าประเด็นขัดแย้งที่แท้จริงคืออะไร เป็นปัญหาของใคร และใครเป็นผู้ตัดสินใจ ใครที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจบ้าง ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมข้อใด

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล (gather additional data) หลังจากวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมชัดเจนแล้ว ต้องรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำมาใช้ในการตัดสินใจให้ได้มากที่สุด และอย่างรวดเร็ว เนื่องจากบางประเด็นอาจต้องแก้ไขโดยเร็ว ต้องแน่ใจว่าการอธิบายสถานการณ์ทันสมัยถูกต้องตามกฎหมาย เพราะในการพิจารณาจะเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมและกฎหมาย

ขั้นที่ 3 ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม (identify options) ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะมีหลายทางเลือก แต่ต้องรวบรวมความคิดจากหลายฝ่ายเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด

ขั้นที่ 4 ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ (make a decision) ขั้นตอนนี้ต้องคิดให้รอบคอบว่าจะเลือกทางเลือกใด คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การใช้หลักจริยธรรมจะทำให้สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปฏิบัติตามทางเลือกใดจึงจะเกิดผลดีที่สุด เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพียงทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง บุคลากรที่มสุขภาพจะต้องรับภาระหน้าที่ในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ

ขั้นที่ 5 ปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกไว้ (act) เป็นการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกไว้ เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยจะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 6 ประเมินผล (evaluate) ต้องมีการประเมินผลลัพธ์หลังจากที่ได้ปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้ว่าผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นอย่างไร และต้องประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย หากการปฏิบัติบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะหมดไป ถ้าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังคงอยู่ จะต้องวิเคราะห์ใหม่ว่า ทำไมจึงขัดประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นไม่สำเร็จ สิ่งสำคัญคือ ควรพิจารณาดูว่าหากปฏิบัติตามทางเลือกอื่นที่แตกต่างกันออกไป ผลลัพธ์ที่ออกมาจะดีกว่านี้หรือไม่ ต้องวิเคราะห์ด้วยความสุขุมรอบคอบ

เมอร์ฟีและเมอร์ฟี (Murphy & Murphy, 1976) ได้กล่าวถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างเป็นระบบว่าประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ระบุปัญหาทางด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ระบุปัญหาทางด้านจริยธรรม

ขั้นที่ 3 บุคคลที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจในสถานการณ์นั้น



ขั้นที่ 4 ระบุบทบาทของพยาบาลผู้ตัดสินใจ

ขั้นที่ 5 พิจารณาทางเลือกต่างๆที่เป็นไปได้

ขั้นที่ 6 พิจารณาผลที่จะตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของแต่ละทางเลือก

ขั้นที่ 7 ตัดสินใจเลือก

ขั้นที่ 8 พิจารณาว่าการตัดสินใจนั้นเหมาะสมกับปรัชญาทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

ขั้นที่ 9 ติดตามผลการตัดสินใจ เพื่อใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจต่อไปในอนาคต

จากกรอบแนวคิดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของแมคโดนัลด์ (McDonald, 2002) ได้บอกถึงกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหา

- 1.1 ต้องตื่นตัวและไวต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นจริยธรรม
- 1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลให้ละเอียดและครบถ้วน
- 1.3 สรุปข้อมูลให้ได้มากที่สุดในเวลาที่มีจำกัด
- 1.4 พิจารณาแนวทางในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 2 ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยค้นหาทางเลือกแต่ละขั้นตอน พร้อมกับพิจารณาผลลัพธ์และผลกระทบที่เป็นไปได้

ขั้นที่ 3 ใช้ข้อมูลทางจริยธรรมในการระบุความสำคัญของแต่ละทางเลือก

- 3.1 หลักจริยธรรมที่เป็นที่ยอมรับ ได้แก่ การเคารพความเป็นอิสระ การทำในสิ่งที่ดี/ไม่ทำอันตราย ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค และความซื่อสัตย์
- 3.2 ใช้แบบอย่างทางด้านจริยธรรม (moral models)
- 3.3 ใช้ข้อมูลทางด้านจริยธรรมอื่นๆ เช่น มาตรฐานทางวิชาชีพ กฎเกณฑ์ของหน่วยงาน กฎหมาย ศาสนาหรือวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี
- 3.4 ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์
- 3.5 ข้อคิดเห็นจากบุคคลที่มีประสบการณ์ถือเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์มาก บางหน่วยงานจะมีคณะกรรมการจริยธรรม (ethics committee) ไว้เพื่อเป็นที่ปรึกษาปัญหาทางด้านจริยธรรม

ขั้นที่ 4 ข้อเสนอและทดสอบแนวทางที่เป็นไปได้

- 4.1 ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุด
- 4.2 วิเคราะห์ทางเลือกอย่างถี่ถ้วน
- 4.3 พิจารณาผลกระทบของทางเลือก
- 4.4 บุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดีจะเลือกปฏิบัติเช่นนี้หรือไม่

4.5 แนวทางที่เลือกจะเป็นแบบอย่างสำหรับสถานการณ์ที่เหมือนหรือคล้ายกันได้หรือไม่

4.6 คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

4.7 ต้องมั่นใจว่าเป็นทางเลือกที่ถูกต้อง

ขั้นที่ 5 ตัดสินใจ

5.1 อยู่กับการตัดสินใจนั้น

5.2 เรียนรู้จากการตัดสินใจ เป็นความรับผิดชอบต่อทางเลือกที่ตัดสินใจปฏิบัติ อาจเป็นทางเลือกที่ผิดหรือไม่ได้กระทำในสิ่งที่เหมาะสม แต่จุดมุ่งหมายของการตัดสินใจเป็นการหาทางเลือกที่ดีที่สุดจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นทางเลือกที่สมบูรณ์แบบ แต่ควรเรียนรู้จากความผิดพลาดหรือความสำเร็จ

จากแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมหลายรูปแบบที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าแต่ละรูปแบบได้อธิบายขั้นตอนในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญ ที่ควรนำมาประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ไม่ว่ารูปแบบของใคร ต่างก็อยู่บนพื้นฐานของหลักการเดียวกัน สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นเพียงลำพังรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือใช้ร่วมกับรูปแบบอื่นก็ได้ เนื่องจากมีองค์ประกอบมากมายที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และไม่มีวิธีการใดวิธีการเดียวที่จะตัดสินใจเหมาะสมหรือเป็นประโยชน์สำหรับคนทุกคน (Fry, 1994) ฮอลลีย์และไลออนส์ (Holley & Lyons, 1993) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่ว่าจะใช้รูปแบบใดก็ตาม ควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ 4 ประการคือ (1) การเคารพความเป็นอิสระของบุคคล โดยพยายามให้บุคคลได้ตัดสินใจด้วยตนเองโดยปราศจากการบังคับ (2) หลักการไม่ทำอันตราย (3) หลักการทำให้ดีและเป็นประโยชน์ และ (4) ความซื่อสัตย์ ส่วนฟาวเลอร์ (Fowler, 1989) กล่าวว่ามาตรฐานที่จะช่วยตัดสินใจสถานการณ์ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมี 4 ประการคือ (1) การตัดสินใจโดยไม่ให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายหรือการสูญเสีย (2) การตัดสินใจโดยป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อผู้ป่วยถ้าพยาบาลไม่ให้การช่วยเหลือ (3) การตัดสินใจโดยคำนึงถึงการป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อผู้ป่วย และ (4) การตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับมากกว่าอันตรายที่จะเกิดกับพยาบาล และความเสียหายที่พยาบาลอาจได้รับจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำสุดที่พอจะยอมรับได้

### รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

มีการศึกษาวิจัยที่จัดรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสรุปไว้ 3 รูปแบบคือ (1) รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered model) (2) รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered model) และ (3) รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์

ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered model) (Murphy, 1984; Pinch, 1985; Swider, Mcelmurry, & Yarling, 1985)

จากการศึกษาของของสไวเดอร์, แมคเอลเมอร์รี่และยาร์ลิง (Swider, Mcelmurry, & Yarling, 1985) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ควรคำนึงในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลปี 4 จำนวน 775 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล 3 ลักษณะคือ (1) ร้อยละ 9 ตัดสินใจโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) (2) ร้อยละ 19 ตัดสินใจโดยเน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered) และ (3) ร้อยละ 60 ตัดสินใจโดยเน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic-centered) จากการที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 9 ตัดสินใจโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยจึงสรุปผลการวิจัยว่านักศึกษาปีสุดท้ายยังมีความสับสนและไม่กระจ่างเกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดของพยาบาล จึงควรให้ความสำคัญในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลกับอิทธิพลของสังคมหรือหน่วยงานที่มีต่อบทบาทของพยาบาล

นอกจากนี้พินช์ (Pinch, 1985) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการรับรู้ต่อความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (professional autonomy) โดยมีความเชื่อว่าทัศนคติต่อความเป็นอิสระทางวิชาชีพมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการแสดงพฤติกรรมในบทบาทวิชาชีพการพยาบาล ได้แบ่งการตัดสินใจต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางการพยาบาลเป็น 3 รูปแบบคือ (1) รูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (2) รูปแบบที่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน และ (3) รูปแบบที่คำนึงถึงคำสั่งการรักษาของแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลใหม่ 109 ราย นักศึกษาปีสุดท้าย 103 ราย และพยาบาลที่สำเร็จหลักสูตรปริญญาตรี 82 ราย โดยศึกษาการเลือกแบบการตัดสินใจ ความรู้สึกต่อภาวะเสี่ยง ข้อจำกัดในความเป็นอิสระทางวิชาชีพ และความวิตกกังวลในการตัดสินใจต่อสถานการณ์ที่กำหนดให้ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาใหม่รับรู้ถึงข้อจำกัดต่อความเป็นอิสระทางวิชาชีพ จึงไม่ยินดีที่จะยอมเสี่ยง และยังไม่เลือกตัดสินใจแบบไม่ค่อยคำนึงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพ ส่วนพยาบาลที่สำเร็จแล้วรับรู้ถึงข้อจำกัดต่อความเป็นอิสระทางวิชาชีพน้อยกว่า เมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

จะเห็นได้ว่ายังไม่มีการจัดรูปแบบของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้อย่างชัดเจน มีการกล่าวถึงเฉพาะในการศึกษาวิจัยเท่านั้น แต่ทั้งนี้ไม่ว่าพยาบาลจะทำการตัดสินใจในรูปแบบใด ก็ต้องผ่านการวิเคราะห์ตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อให้การตัดสินใจนั้นตรงตามคุณค่าของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (patient best interest)