



ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน  
ในหอผู้ป่วยหนัก

Ethical Dilemmas Experienced by Nurses Working in  
Intensive Care Units

กาญจนา รักชาติ

Kanda Rukchart

เลขพญ	RT120.15	1162	1543	ค.2
Order Key	28832			
Bib Key	177623 /			
/ 10 ก.ค. 2543 /				

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University


2543


ชื่อวิทยานิพนธ์ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน  
ในหอผู้ป่วยหนัก  
ผู้เขียน นางกาญจนา รักษาติ  
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่


---

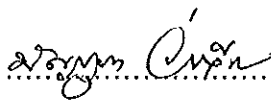
คณะกรรมการที่ปรึกษา

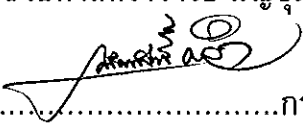
คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ .....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิขิต) (รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิขิต)


.....กรรมการ  
(ดร. วันดี สุทธิรังษี)

.....กรรมการ  
(ดร. วันดี สุทธิรังษี)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มัญชุกา ว่องวีระ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. เกียรติศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา)

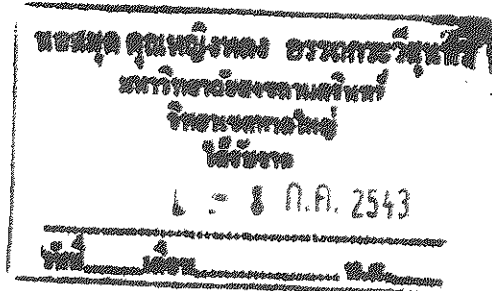
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ บำรุงรักษ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน  
ในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้เขียน นางกาญจนา รักชาติ  
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่  
ปีการศึกษา 2542



บทคัดย่อ

การศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ เฮอร์มินิวติก ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 10 ราย ของโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2542 ถึง เดือนมีนาคม 2543 โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการบันทึกเทป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแปลความหมายของปรากฏการณ์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 4 ลักษณะ คือ (1) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี (2) บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด (3) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก และ (4) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ โดยมี ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ใน 3 ลักษณะ คือ (1) เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน (2) อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ และ (3) โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว สำหรับ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน มี 7 ประเด็น ดังนี้คือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพ (3) ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน (4) ใครควรตัดสินใจ (5) ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (6) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพพบกับหน้าที่ต่อตนเอง และ (7) จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ ซึ่ง การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มี 7 วิธีคือ (1) แสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ (2) มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน (3) ปลง (4) หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ (5) ระบายความรู้สึก (6) ใช้เวลารักษาใจ และ (7) เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย ส่วนผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งผลทางบวก

(3)

จากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มี 4 ลักษณะคือ (1) พอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำ  
เพื่อผู้ป่วย (2) สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก (3) อย่างน้อยก็ได้คงสัมพันธภาพ และ  
(4) ผู้ป่วยได้รับซึ่งการดูแลที่ดี ส่วนผลทางลบจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มี  
4 ลักษณะ คือ (1) ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ (2) สัมพันธภาพเสื่อมถอย (3) ด้อย  
คุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ และ (4) ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง  
จริยธรรมที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนักและเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล การบริหาร  
การพยาบาล และการศึกษาพยาบาล

Thesis Title	Ethical Dilemmas Experienced by Nurses Working in Intensive Care units
Author	Mrs. Kanda Rukchart
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1999

### Abstract

This hermeneutic phenomenological study aimed to describe and explain nurses' experiences of ethical dilemmas while working in intensive care units. Informants included 10 female nurses working in intensive care units from two hospitals in southern Thailand. Data were collected during November 1999 to March 2000, using in-depth interviews with tape-recording. Phenomenological interpretation was used to analyze the data. The findings were described as follow:

Meanings of ethical dilemmas were described as (1) indecision, (2) not confident of their judgment, (3) how to make a decision, and (4) lack of solution because of lack of power. Informants reflected their feeling when facing ethical dilemmas as (1) boresome, (2) frustrated & lack of freedom, and (3) loneliness in solving problems. Ethical dilemmas experienced by the informants included (1) willing to help but unable to do (2) acting as patients' advocacy vs maintaining relationship, (3) prolonging life or prolonging suffering, (4) who should make decision, (5) how to give information that is good for everyone, (6) professional obligation and duty to self, and (7) being forced to comply with a decision due to lack of authority. Seven resolutions of ethical dilemmas were (1) taking professional action, (2) consulting with colleagues, (3) plong (unconditional acceptance), (4) rationalization, (5) debriefing, (6) time heals, and (7) calling for help. There were positive and negative effects from taking actions in resolving the ethical dilemmas. The positive effects included (1) to be proud when helping patients, (2) feel good (3) at least to maintain relations, and

(4) patients received good care. The negative effects included (1) an unresolved feeling due to lack of a proper solution, (2) poor relationship, (3) low self-esteem, and (4) being blamed from patients. This study can be used as a guideline to deal with ethical dilemmas in nursing practice, nursing administration and nursing education.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้ด้วยความรัก ความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต และ ดร.วันดี สุทธรังษี อาจารย์ที่ปรึกษา และควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ถ่ายทอดความรู้ ความคิด และเป็นแบบอย่างที่ดีของความเป็นครู ในเรื่องของความมุ่งมั่น มานะพากเพียร ความเข้มแข็ง อดทนไม่ย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรค ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจน และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแง่คิดในมุมมองต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ให้บางส่วน

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณดวงใจ นิยม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และคุณธีราพร วิชชุรังษี หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลาที่คอยให้กำลังใจ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณพยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาเรียนรู้ ขอให้ผลของความดีที่เกิดจากการใช้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จงสะท้อนกลับให้ทุกท่านจงประสบแต่ความสำเร็จทุกด้านในชีวิต

ขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา คุณครูคนแรกที่ใช้ชีวิตที่มีคุณค่าและปลูกฝังความคิดที่ดีงาม ขอขอบคุณคุณจงศักดิ์ รักชาติ ลูกทั้งสองคน รวมทั้งคุณย่า ที่คอยดูแล ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยชื่อนาม ณ ที่นี้ที่คอยสนับสนุนกำลังใจและช่วยเหลือตลอดมา

กาญจนา รักชาติ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
สารบัญตาราง.....	(11)
สารบัญภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับจริยศาสตร์และจริยธรรม.....	6
ความหมายของจริยศาสตร์และจริยธรรม.....	7
ความสัมพันธ์ของจริยธรรมกับการพยาบาล.....	8
ความสำคัญของการศึกษาจริยศาสตร์ในการพยาบาล.....	9
วิธีการศึกษาจริยศาสตร์.....	10
ทฤษฎีจริยศาสตร์.....	11
หลักการทางจริยศาสตร์.....	12
แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล.....	14
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม.....	16
การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม.....	32
	(8)



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการทางพยาบาล.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
สถานที่ศึกษา.....	43
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	43
เครื่องมือในการวิจัย.....	43
จรรยาบรรณนักวิจัย.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	51
ผลการวิจัย.....	51
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	51
รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก.....	54
ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ประสบในการปฏิบัติงาน.....	58
ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ตามการรับรู้ของพยาบาล.....	58
ความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม.....	62
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ประสบในการปฏิบัติงาน.....	65
การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม.....	80
ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม.....	89
การอภิปรายผล.....	97

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	119
สรุปผลการวิจัย.....	119
ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้.....	121
ข้อเสนอแนะ.....	123
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	126
บรรณานุกรม.....	127
ภาคผนวก.....	141
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก.....	142
ภาคผนวก ข. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	145
ภาคผนวก ค. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงของเครื่องมือวิจัย.....	146
ประวัติผู้เขียน.....	147

## สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

1. แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล..... 52

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก.....	96

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกิดจากความสำนึกทางจริยธรรมที่มนุษย์มีต่อกัน (นที, 2542) และเป็นวิชาชีพที่กระทำโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ (ละออ, 2540) มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของคนในสังคม (พินิจ, 2537; ละออ, 2540; Wlody, 1990) โดยสังคมเชื่อว่าพยาบาลมีภาระหน้าที่ต้องดูแลบุคคลที่อ่อนแอ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หากพยาบาลมีแต่ความรู้ความสามารถอย่างเดียว พยาบาลก็จะถือโอกาสใช้ความรู้ที่มีอยู่ดักดวงประโยชน์ให้แก่ตนเอง โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย จริยธรรมในการปฏิบัติงานจึงมีความจำเป็นมากสำหรับวิชาชีพพยาบาล (พินิจ, 2537) ดังเห็นได้ว่าการเรียนการสอนสาขาการพยาบาล ได้มีการปลูกฝังจริยธรรมกันอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้พยาบาลนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพ (ประคอง, 2537; พินิจ, 2537; สิวลี, 2537) และใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรม (สิวลี, 2537) นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังกำหนดให้ จริยธรรมองค์กรเป็นโครงสร้างมาตรฐานหนึ่งของโรงพยาบาลที่ทุกโรงพยาบาลจะต้องมี เพื่อเป็นตัวตรวจสอบพฤติกรรมทางจริยธรรม แก่ผู้ปฏิบัติงานในที่มสุขภาพรวมทั้งพยาบาลด้วย

ปัจจุบันถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีการใช้หลักจริยธรรมเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแล้วก็ตาม พยาบาลยังต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ประคอง, 2537; สิวลี, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991; Sullivan & Deker, 1997; Hudak, Gallo & Morton, 1998) ความต้องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด (ประคอง, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991) การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (ประคอง, 2537; Sullivan & Deker, 1997) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสังคม (ประคอง, 2537; Wlody, 1990) การเปลี่ยนแปลงกฎหมายบางอย่าง (Hudak, et al, 1998)

และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม (Gillies, 1994; Sullivan & Decker, 1997; Hudak, et al, 1998) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหลายประการ อาทิเช่น (1) การยินยอมและการตัดสินใจในการตรวจรักษา (ประคอง, 2537; Davis & Aroskar, 1991) (2) การช่วยชีวิตหรือการยุติการรักษา (ประคอง, 2537; Gillies, 1997) (3) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ประคอง, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991; Fry, 1994; Gillies, 1997) (4) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (5) สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย (6) การไม่ให้ข้อมูลหรือบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจ และ (7) การกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (ประคอง, 2537) ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวมักไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก จึงต้องอาศัยการตัดสินใจการกระทำที่ผ่านการพิจารณาไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์อย่างรอบคอบ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ ต่อวิชาชีพพยาบาล และต่อหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ (ฟาริดา, 2536) ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบต่อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ไม่สามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพียงด้านเดียวแก้ไขได้อย่างบรรลุผล แต่ต้องใช้หลักการทางจริยศาสตร์ มาพิจารณาร่วมประกอบการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของพยาบาลที่รุนแรงอันอาจทำให้เกิดความหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) ตามมา (สิวลี, 2537)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเป็นพยาบาลกลุ่มหนึ่งที่พบว่ามี การเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้มากและนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น (Holley & Lyons, 1993) เนื่องจากเป็นผู้ต้องให้การดูแลระดับประคองชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามต่อการเสียชีวิตให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (วิจิตร, 2537; Wlody, 1990) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤต มักเกิดจากการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยและการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เพราะในอดีตที่ผ่านมาทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักเชื่อว่าการคงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด จึงมีการนำเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มาประยุกต์ในการยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป อันถือว่าเป็นประโยชน์อย่างมหาศาลในการช่วยชีวิตมนุษย์ซึ่งคนทั่วไปให้การยอมรับ ความตายที่เกิดขึ้นหมายถึงการล้มเหลวของการแพทย์และเทคโนโลยี แต่เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายกันมากขึ้น (Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1994) เพราะการกระทำดังกล่าวส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อ

ผู้ป่วยจึงต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึง คุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามมีบางครั้งที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องตกอยู่ในภาวะที่มีความยากลำบากในการตัดสินใจเพราะการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน (Holley & Lyons, 1993) พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาจต้องเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง

จากลักษณะงานหอผู้ป่วยหนักที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวกับชีวิตและความตายเป็นส่วนใหญ่ ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และนับวันประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะยิ่งเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับการตัดสินใจเลือกการกระทำท่ามกลางสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่ใจเนื่องจากไม่สามารถพยากรณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นได้แน่นอน จึงอาจนำไปสู่ความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ ขัดแย้งในใจ (Hudak, et al, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการกล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในรายงานและบทความต่าง ๆ เป็นจำนวนมากไม่น้อยแต่มีรายงานการวิจัยค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในประเทศไทย เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมส่วนใหญ่มักศึกษาจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป และวิธีแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Chaowalit, Sutharangsee, & Takviriyannun, 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานโดยศึกษาจากประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเรื่องนี้เป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนที่ยากต่อการนำมาเปรียบเทียบโดยใช้เกณฑ์ตัดสินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ เพราะเป็นเรื่องของคุณค่า และความเชื่อที่มีความแตกต่างกัน (สิวลี, 2537) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะทำให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์ที่เป็นจริง และอาจนำมาใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานที่พยาบาลต้องเผชิญเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันนี้ เพื่อให้พยาบาลสามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นที่ไว้วางใจ น่าเชื่อถือและมีพฤติกรรมบริการที่สอดคล้องตามความคาดหวังของสังคม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ต่อไปนี้

1. ความหมายและความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน
3. วิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
4. ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

## คำถามการวิจัย

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักให้ความหมายและมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอย่างไร
2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง
3. เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักใช้วิธีใดบ้างในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
4. ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีอะไรบ้าง

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักประสบในการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม โดยรวมถึงการให้ความหมาย ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม วิธีการแก้ไข และผลจากการแก้ไขความขัดแย้งทางจริยธรรม



## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในภาคใต้ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จำนวน 10 ราย

## ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเรียนการสอนให้นักศึกษา และพยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักตามบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแผนกอื่นต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ “ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม” ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับจริยศาสตร์และจริยธรรม
2. ทฤษฎีจริยศาสตร์
3. หลักการทางจริยศาสตร์
4. แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
5. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
6. การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
7. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทางการพยาบาล

### แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับจริยศาสตร์และจริยธรรม

จริยศาสตร์เป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ โดยใช้เหตุผลเป็นเกณฑ์พื้นฐานประกอบการตัดสินใจ (Davis & Aroskar, 1991; Tschudin, 1992) ซึ่งมีแนวคิดเริ่มแรกมาจากกรีกสมัยโบราณและนำมาประยุกต์ใช้ในที่มสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงาน (Aiken & Catalano, 1994; Hudak, et al, 1998) ในขณะที่จริยธรรมเป็นความประพฤติที่ดีงามและได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องควรประพฤติปฏิบัติ การศึกษาจริยศาสตร์ทางการพยาบาลจึงเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางประพฤติในลักษณะที่ดีและถูกต้องควรกระทำ โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของคนเปลี่ยนแปลงไป และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Aiken & Catalano, 1994) ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถตัดสินใจแก้ไขได้บนพื้นฐานของทฤษฎีจริยศาสตร์ และหลักการทางจริยศาสตร์ ดังที่สุวัณห์ (2540) กล่าวว่าจริยศาสตร์เป็นองค์ความรู้ที่อยู่อีกอย่างหนึ่งในวิชาปรัชญาทั่วไปที่ให้คำตอบเกี่ยวกับวิธีการที่มนุษย์จะอยู่ในโลกและอยู่ในสังคม เพื่อที่จะแสวงหาสิ่งที่ดี

ที่สุดให้กับชีวิตว่าควรจะทำอย่างไรต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปด้วยความสงบสุขและราบรื่น

### ความหมายของจริยศาสตร์และจริยธรรม

จริยศาสตร์ เป็นคำศัพท์ภาษาสันสกฤตมาจากคำว่า "จริยะ" หมายถึงความประพฤติ และคำว่า "ศาสตร์" หมายถึง ระบบวิชาความรู้ เมื่อรวมคำทั้งสองเข้าด้วยกันเป็นจริยศาสตร์ จะให้ความหมายตรงตามตัวอักษรว่า ระบบวิชาว่าด้วยความประพฤติ ซึ่งเป็นศัพท์บัญญัติ สำหรับแปลคำว่า "ethics" ในภาษาอังกฤษ (พระมหากันต์, 2535) ซึ่งคำว่า "ethics" เป็นคำที่มีรากศัพท์ดั้งเดิมจากภาษากรีกคำว่า "ethos" หมายถึงขนบธรรมเนียมประเพณีหรือพฤติกรรมที่ประพฤติปฏิบัติกันมาเป็นเวลานาน หรือหมายถึงศีลธรรมของกลุ่มคน (วิฑูรย์, 2539; David & Aroskar, 1991; Hudak, et al, 1998)

จริยธรรม (ethic) หมายถึงลักษณะที่แสดงออกถึงความประพฤติของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความดี ความเลว ความถูกต้องหรือผิด มักแสดงออกในรูปพฤติกรรมที่เกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เช่น ความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อในกลุ่มแพทย์และกลุ่มพยาบาล ดังนั้นจริยธรรมจึงช่วยให้เข้าใจถึงการกระทำของบุคคล และสามารถชี้ตัดสินการกระทำของบุคคลว่าถูกหรือผิด ดีหรือเลว โดยทั่วไปแล้วเมื่อกล่าวถึงจริยธรรมมักเป็นการกระทำหรือหลักแห่งความประพฤติในสิ่งที่ตั้งงามของบุคคลทั้ง กาย วาจา และใจ ตลอดจนการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และควรเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานชีวิตที่ทุกคนในสังคมควรมี (น้อย, 2527; กิรติ, 2534; สีวลี, 2537; สมคิด, 2537; พระเมธีธรรมาภรณ์, 2534; อรพรรณ, 2540; Aiken & Catalano, 1994; Fry, 1994; Bandman & Bandman, 1995; Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998) นอกจากนี้ มิลตัน (Milton, 1999) ให้ความหมายของคำว่าจริยธรรมที่แตกต่างกันออกไปว่าเป็นการคิดอย่างไตร่ตรองหรือมีระเบียบ (straight thinking)

จากการที่จริยธรรมมักอิงอยู่กับศาสนา แต่ทั้งนี้จริยธรรมก็ยังหยั่งรากอยู่บนขนบธรรมเนียมประเพณี และแนวคิดของนักปรัชญาคนสำคัญ เช่น อริสโตเติล ค้าน ซึ่งมีส่วนสร้างจริยธรรมให้เป็นแนวทางดำเนินชีวิตของคนจำนวนหนึ่ง จากความหมายในลักษณะนี้ ในบางครั้งจึงเรียกความประพฤติอันเนื่องมาจากคำสอนทางศาสนาว่า ศีลธรรม และเรียกหลักแห่งความประพฤติที่พัฒนามาจากแหล่งอื่นๆว่า จริยธรรม ซึ่งมาจากแนวคิดทางปรัชญาที่นักปรัชญากลุ่มนี้พยายามสร้างให้เป็นจริยธรรมสากล เพื่อเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของทุกคนโดยไม่จำกัดว่านับถือศาสนาใด ซึ่งคำว่าจริยธรรมที่มาจากแนวคิดทางปรัชญามีความหมายตรงกับภาษาอังกฤษว่า "ethic" ส่วนคำว่า ศีลธรรม

ตรงกับภาษาอังกฤษว่า "moral" ซึ่งคำสองคำนี้ไม่สามารถแยกความหมายออกจากกันได้ อย่างเด็ดขาด แต่คำว่าจริยธรรมจะมีความหมายที่กว้างกว่าคำว่าศีลธรรม เพราะศีลธรรม เป็นหลักคำสอนทางศาสนาที่ว่าด้วยความประพฤติปฏิบัติชอบ ส่วนคำว่าจริยธรรม เป็นหลักแห่งความประพฤติชอบเช่นกันแต่มีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี หรืออาจกล่าวได้ว่าจริยศาสตร์ให้หลักการในการปฏิบัติ ในขณะที่จริยธรรมให้วิธีการปฏิบัติ (พระเมธีธรรมมาภรณ์, 2534)

### ความสัมพันธ์ของจริยธรรมกับการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลแตกต่างจากวิชาชีพอื่น เพราะเป็นวิชาชีพที่เกิดจากความสำนึกทางจริยธรรมที่มนุษย์มีต่อกัน (นที, 2542) พินิจ (2537) กล่าวว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บความตายของคนในสังคม จริยธรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติพยาบาล และพยาบาลต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตาและเสียสละ ใช้ศาสตร์และศิลปะเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตและสามารถกลับมาดำรงชีวิตเช่นคนปกติทั่วไป นอกจากนี้สิวลี (2539) กล่าวว่าความเป็นผู้มีจริยธรรมของพยาบาลในปัจจุบันมิได้หมายถึงการยึดมั่นอยู่ในหลักการหรือกรอบความคิดใดตายตัว แต่หมายถึงการรู้ว่าอะไรควร อะไรไม่ควร ในสถานการณ์ใด เวลาใด ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ที่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้วิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งสำหรับการเลี้ยงชีพก็ตาม แต่สังคมยังเชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลไม่ใช่ธุรกิจการค้า วิชาชีพพยาบาลและจริยธรรมจึงแยกจากกันไม่ได้ สังคมต้องการให้พยาบาลมีจริยธรรมที่ดั่งามควบคู่ไปด้วย จริยธรรมที่สังคมต้องการเป็นพิเศษ คือ ความเมตตากรุณา ความสงสารเห็นอกเห็นใจ ซึ่งความเมตตา กรุณาจะทำให้พยาบาลอุทิศตัวเองเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ในขณะที่ความสงสารจะช่วย ให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างละมุนละไมและอ่อนโยน การที่สังคมต้องการให้พยาบาลมีจริยธรรมนั้น เพราะสังคมถือว่าพยาบาลมีภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลคนที่อ่อนแอ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถ้าพยาบาลมีแต่ความรู้ความสามารถอย่างเดียว พยาบาลก็จะถือโอกาสใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่นั้นดักดวงประโยชน์ให้แก่ตนเอง โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของคนเจ็บป่วยเป็นสำคัญ จริยธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับวิชาชีพพยาบาล ถ้าพยาบาลมีความบกพร่องทางด้านจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาลก็จะถูกสังคม วิพากษ์วิจารณ์ เพราะไม่สามารถปฏิบัติตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งองค์กรวิชาชีพได้ตระหนักในความสำคัญของเรื่องนี้โดยการกำหนดสิ่งที่เรียกว่า จรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมา

เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามและเป็นเครื่องชี้แนะเกี่ยวกับความประพฤติของพยาบาล (พินิจ, 2537)

การที่พยาบาลสามารถมองเห็นและเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างจริยศาสตร์กับวิชาชีพพยาบาลจะทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจความหมายที่แท้จริงของคำว่า “การพยาบาลเป็นศาสตร์และศิลปะ” จะช่วยส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล ปลอดภัยให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็สามารถมองปัญหาจริยธรรมออก เข้าใจประเด็นปัญหา สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ของปัญหา และช่วยทำให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วย ในการตัดสินใจก็สามารถกระทำได้อย่างรอบคอบ และมีวิจารณญาณของวิชาชีพ ทำให้มั่นใจในการตัดสินใจเลือกการกระทำ ลดความรู้สึกขัดแย้งทางจริยธรรม ที่อาจเกิดขึ้นในใจ ในกรณีที่เกิดความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ควรกระทำกับความจริงที่จำเป็นต้องทำอีกอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย (สิวลี, 2539)

#### ความสำคัญของการศึกษาจริยศาสตร์ในการพยาบาล

จริยศาสตร์เป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมของมนุษย์ โดยใช้หลักทางจริยศาสตร์มาใช้ในการสนับสนุนการกระทำที่ว่า อะไรคือสิ่งที่ถูกต้องและควรกระทำในแต่ละสถานการณ์ พฤติกรรมแบบไหนที่ควรยึดถือปฏิบัติ และทำไมถึงปฏิบัติเช่นนั้น (Hudak, et al, 1998) ) การศึกษาจริยศาสตร์จะช่วยให้พยาบาลมีความไวต่อปัญหาจริยธรรม รู้จักคิดอย่างไตร่ตรอง มีทักษะทางด้านความคิดทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้น รู้จักคุณค่าและความเชื่อของตนเองและบุคคลอื่น และช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่พยาบาลในการปฏิบัติงาน (สิวลี, 2539; Fry, 1994; Hall, 1996; Hudak, et al, 1998; Milton, 1999) การศึกษาจริยศาสตร์มักไม่ได้ให้คำตอบที่เป็นมาตรฐานสากลแก่พยาบาลว่าอะไรควรทำ แต่เป็นการเสนอแนะวิธีคิด วิธีการมองปัญหาในเชิงปรัชญาที่เปิดกว้างแก่การไตร่ตรอง การวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหา อันนำไปสู่การวิพากษ์ตัดสิน อย่างมีหลักการที่เหมาะสมแก่การแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกรณี อย่างเหมาะสมกับความเป็นจริง และยังเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันด้านทานตลอดชีวิต (long life immunity) ทำให้พยาบาลไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายเมื่อประสบปัญหา และไม่เกิดภาวะคับข้องใจและบีบคั้นทางอารมณ์ (burnout) สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (สิวลี, 2539) จึงพบอยู่เสมอว่ามีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับจริยศาสตร์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลเกือบทุกสถาบัน เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลที่จะจบออกไปปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ให้สามารถเผชิญเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

ได้อย่างเหมาะสม (Redman & Hill, 1997) ซึ่งวัตถุประสงค์โดยทั่วไปของการศึกษาวิชาจริยศาสตร์มีดังนี้

1. ช่วยให้พยาบาลไวต่อปัญหาทางจริยธรรม สามารถประเมินปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาเชิงจริยธรรมไม่ให้เกิดความรุนแรงจนยากแก่การแก้ไข ซึ่งจะทำให้สวัสดิภาพของผู้ป่วยไม่ตกอยู่ในอันตราย และจะส่งผลถึงคุณภาพทางการพยาบาล (Redman & Hill, 1997)

2. ช่วยให้พยาบาลมีหลักเกณฑ์ประกอบการตัดสินใจ สามารถเผชิญปัญหาจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม (Aiken & Catalano, 1994) ในสภาพปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ที่ทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมมากมาย

3. ช่วยให้พยาบาลเข้าใจความแตกต่างของคนมากขึ้น (Fry, 1994) ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพหรือผู้ป่วย

### วิธีการศึกษาจริยศาสตร์

การศึกษาจริยศาสตร์มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการนำทฤษฎีและหลักการทางจริยศาสตร์มาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์แก่ชีวิตและมวลมนุษยชาติ ซึ่งทฤษฎีและหลักการทางจริยศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ทางการแพทย์และพยาบาล เป็นลักษณะของการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในสิ่งมีชีวิต (bioethics) และเริ่มเกิดขึ้นเมื่อทีมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากการเน้นเรื่องโรคในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นการดูแลคนทั้งคน (total patient) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 เป็นต้นมา (Husted & Husted, 1995 cited by Chally, 1997) จริยธรรมในสิ่งมีชีวิตจึงเริ่มเป็นที่สนใจมากขึ้น โดยมีการนำหลักการทางจริยศาสตร์มาประยุกต์ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนกันมากขึ้น (Hudak, et al, 1998) โดยทั่วไปแล้วการศึกษาจริยศาสตร์สามารถแบ่งออกได้ 2 วิธีกว้างๆ (สิวลี, 2537) ดังนี้ คือ

1. การศึกษาทฤษฎีของความประพฤติที่ปรากฏในสังคม (non-normative approaches) ซึ่งมีการศึกษาจริยศาสตร์ 2 ลักษณะดังนี้ คือ

1.1 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดของมนุษย์เกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ พฤติกรรมทางศีลธรรมของมนุษย์ในชุมชนต่างๆ การศึกษาจริยธรรมลักษณะนี้เรียกว่า จริยธรรมเชิงพรรณนา (descriptive ethics)

1.2 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับศัพท์ที่เป็นความหมายของจริยธรรม เช่น คำว่า ดี ชั่ว ถูก ผิด ควร และไม่ควร การศึกษาจริยศาสตร์ลักษณะนี้ เรียกว่า อภิจริยศาสตร์ (metaethics)

2. การศึกษาทฤษฎีความคิดทางจริยศาสตร์โดยตรง (normative approaches) เป็นการศึกษาจริยศาสตร์ในอีก 2 ลักษณะ ดังนี้ คือ

2.1 การศึกษาทฤษฎีและแนวคิดของนักจริยศาสตร์ที่แสวงหาคำตอบเกี่ยวกับ กฎเกณฑ์ ความประพฤติ การกระทำของมนุษย์ อันจะนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิต การศึกษาลักษณะนี้ เรียกว่าจริยศาสตร์เชิงกฎเกณฑ์ทั่วไป (general normative ethics)

2.2 การศึกษาจริยศาสตร์ประยุกต์ (applied ethics) เป็นการนำแนวคิดทางทฤษฎีของนักจริยศาสตร์ไปใช้กับวิชาอื่นเพื่อตอบปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวกับความประพฤติ การกระทำของมนุษย์ เช่น จริยศาสตร์ทางการแพทย์

### ทฤษฎีจริยศาสตร์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีจริยศาสตร์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีหน้าที่นิยมและประโยชน์นิยม (Chally, 1997)

1. ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontological or nonconsequential theory) เป็นทฤษฎีจริยศาสตร์ที่เน้นถึงการกระทำ นักปรัชญาที่เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้ คือ เอ็มมานูเอล ค้าน (Emmanuel Kant) นักปรัชญาชาวเยอรมัน โดยที่นักทฤษฎีในกลุ่มนี้จะให้คุณค่าเกี่ยวกับการรักษาคำมั่นสัญญา การไม่พูดโกหก โลกและมีความเชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้องคือการกระทำตามกฎหมาย ตามหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำ ถึงแม้เหตุการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร บุคคลก็ต้องทำตามกฎ ดังจะเห็นได้ว่าในทางพยาบาลมีกฎและหลักจริยธรรมหลายอย่างที่พยาบาลต้องปฏิบัติตาม เช่น การไม่ทำอันตราย ทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับคุณค่าและความเชื่อของแต่ละคน (Davis & Aroskar, 1991) ปรัชญาของค้านเชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้องคือการกระทำที่เกิดจากเจตนาที่ดี ซึ่งเกิดจากจิตสำนึกในหน้าที่ ที่มีเหตุผลประกอบการตัดสินใจกระทำ (สุวัฒน์, 2540)

2. ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism or consequential theory) ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่า การใช้ความสำนึกในหน้าที่นั้นใช้ได้เฉพาะตัวเท่านั้น แต่ไม่สามารถนำมาใช้ในสังคมได้ เพราะบุคคลสามารถอ้างได้ว่าทำเพราะสำนึกในหน้าที่ (กิริติ, 2534) จึงอาจใช้หลักการเพื่อประโยชน์ส่วนตน เพราะมนุษย์ทุกคนต้องการประโยชน์ส่วนตนด้วยกันทั้งนั้น จึงมีการพัฒนาทฤษฎีประโยชน์นิยม ซึ่งมีเป้าหมายว่า สังคมต้องแสวงหาความสุขให้กับประชาชนจำนวนมากที่สุด (greatest happiness of the greatest number) ผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้คือ เบนทัม (Bentham, 1748-1832 อ้างตามกิริติ, 2534) และผู้สนับสนุนแนวคิดนี้

และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปคือ มิลล์ (Mill, 1806-1873 อ้างตามกิริติ, 2534) โดยมิลล์มีความเชื่อว่าผู้รับผิดชอบในสังคมต้องส่งเสริมให้ทุกคนมุ่งหาประโยชน์ส่วนรวม แล้วผลประโยชน์ส่วนตนจะตามมาเอง และสังคมจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทฤษฎีประโยชน์นิยมจะถือว่าผลที่เกิดจากการกระทำมีความสำคัญกว่าเจตนาหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้น (สุวัฒน์, 2540)

ทฤษฎีนี้เห็นว่าผลประโยชน์ยอมอยู่เหนือหลักการ (สิวลี, 2537; Aiken & Catalano, 1994) โดยเน้นการกระทำสิ่งที่ดีเพื่อความสุขคนส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามความสุขของแต่ละคนในกลุ่มใหญ่ก็ต้องมีความเท่าเทียมกันด้วย ประโยชน์ของทฤษฎีนี้คือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่าย เพราะสร้างจากความต้องการความสุขของคน ซึ่งเหมาะสมกับสังคมที่ต้องการหลักหนีกฎเกณฑ์ สังคมที่อิสระ เช่น สังคมตะวันตก ซึ่งเชื่อในจริยธรรมและพฤติกรรม ปรัชญา ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีนี้เห็นด้วยกับการบอกความจริง แต่ถ้าการบอกความจริงไม่เกิดประโยชน์ และไม่เกิดความสุขแก่คนจำนวนมาก ดังนั้นการโกหกอาจทำให้มีความสุขมากกว่าการบอกความจริง แต่อย่างไรก็ตามในการเห็นประโยชน์ของคนส่วนมากก็คงต้องคำนึงถึงประโยชน์ของคนส่วนน้อยประกอบกันไปด้วยเสมอ (Aiken & Catalano, 1994)

จะเห็นว่าทฤษฎีจริยศาสตร์ ทั้ง 2 ทฤษฎี มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงในการนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีหน้าที่นิยมของค่าน้ำจะมีลักษณะค่อนข้างตายตัว เต็มไปด้วยกฎเกณฑ์ ไม่มีความยืดหยุ่น ในขณะที่ทฤษฎีประโยชน์นิยมของมิลล์ก็มุ่งแต่ประโยชน์ส่วนรวม จนดูเหมือนไม่สนใจมนุษยธรรมของคนส่วนน้อย ซึ่งในความเป็นจริงของการปฏิบัติการพยาบาลย่อมต้องใช้หลักการที่มีอยู่ผสมผสานให้เหมาะสมกันในแต่ละสถานการณ์ การใช้ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพียงอย่างเดียวคงเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้หลักการพื้นฐานอื่นก็ยังคงมีความจำเป็นและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในที่มสุภาพได้เช่นกัน (สิวลี, 2537)

### หลักการทางจริยศาสตร์

หลักการทางจริยศาสตร์ที่นำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี ซึ่งหลักการทางจริยศาสตร์ที่สำคัญ มีดังนี้ (Tschudin, 1992; Fry, 1994)

1. การเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) หมายถึงการที่บุคคลมี



ความอิสระในการทำตามความปรารถนาของตนเองและเป็นตัวของตัวเอง นักปรัชญาที่เสนอแนวคิดนี้คือ คานท์ (Kant) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตัวเอง หลักการข้อนี้สนับสนุนการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิถีทางของตนเองตามความเชื่อ และศรัทธา สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยไม่มีการบีบบังคับ (Aiken & Catalano, 1994; Lindberg, et al, 1998) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพต้องให้การยอมรับแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม (Aiken & Catalano, 1994) ซึ่งวิฑูรย์ (2539) มีแนวคิดที่เสริมแนวคิดดังกล่าวว่ามนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องเคารพความเป็นอิสระของผู้อื่น เพื่อเป็นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิถีทางของตนเองตามความเชื่อ มโนธรรม และศรัทธาในแต่ละศาสนาของแต่ละคน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการทางสุขภาพต้องมีหน้าที่ให้ข้อมูลทุกอย่างแก่ผู้ป่วยอย่างซื่อสัตย์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ และต้องถือว่าเรื่องราวของผู้ป่วยเป็นความลับในวิชาชีพที่ต้องปกปิด ความเป็นอิสระของผู้ประกอบวิชาชีพต้องอยู่ในกรอบของการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานรวมถึงการบริการผู้ป่วยโดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

## 2. การทำประโยชน์เกื้อกูล/การไม่ทำอันตราย (beneficence/nonmaleficence)

หมายถึงการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพต้องสำนึกในหน้าที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการกระทำนั้นน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมข้อนี้คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการ ดังที่ทิวจันท์ และอรัญญา (2539) กล่าวว่า หลักการทางจริยธรรมข้อนี้มักจะเป็นสิ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

## 3. ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice) หมายถึงความยุติธรรมต่อคนในสังคม (Ellis & Hartly, 1998) ซึ่งฟราย (Fry, 1994) ได้กล่าวสนับสนุนหลักการข้อนี้ว่าสิ่งที่เท่าเทียมกันต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของไอเคินและแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ที่กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องกระทำการต่าง ๆ ด้วยความเที่ยงธรรม ในขณะที่เอลลิสและฮาร์ทลีย์ (Ellis & Hartly, 1998) กล่าวว่า การกระทำเพื่อให้เกิดความยุติธรรมในสังคมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากโดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรม ซึ่งพยาบาลสามารถเล็งมาใช้หลักของความยุติธรรมโดยการเคารพสิทธิในการตัดสินใจและทางเลือกในการขอรับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยแทน จึงจะทำให้

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวเอง

4. การบอกความจริง (veracity/truth telling) หมายถึงการพูดความจริงและไม่โกหกหรือหลอกลวง บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริง โดยไม่มีการโกหกและหลอกลวง เพราะการบอกความจริงเป็นการแสดงถึงการเคารพความเป็นบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องบอกความจริง เพราะการไม่บอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาล และอาจส่งผลถึงสัมพันธภาพในระยะยาว (Fry, 1994)

5. ความซื่อสัตย์ (fidelity) หมายถึงการรักษาสัญญาและการปกปิดความลับ รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องมีความซื่อสัตย์และรักษาคำมั่นสัญญากับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจในสัมพันธภาพ นอกจากนี้ความซื่อสัตย์ยังเป็นแนวคิดพื้นฐานของพยาบาลที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อบุคคล ต่อสังคม และต่อตัวเอง (Ellis & Hartly, 1998)

#### แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดทางจริยธรรมทางการพยาบาลมีหลายแนวคิด แต่ในที่นี้ขอนำเสนอเพียง 4 แนวคิดที่สำคัญดังนี้ (Fry, 1994)

1. การพิทักษ์สิทธิ (advocacy) หมายถึงการช่วยเหลืออย่างเต็มที่เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในทางกฎหมายถือเป็นการปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ ฟราย (Fry, 1994) ได้เสนอรูปแบบของการปกป้องสิทธิผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งรูปแบบของแนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนี้

1.1 การทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (right protection model) พยาบาลที่ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิในที่มสุขภาพ ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน รายงานการล่วงละเมิดสิทธิผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้มีการล่วงละเมิดสิทธิผู้ป่วยต่อไปอีกในอนาคต

1.2 การช่วยผู้ป่วยให้ได้ตัดสินใจตามคุณค่าของตนเองและช่วยให้คุณค่าดังกล่าวได้รับการตอบสนอง (values-based decision model) โดยร่วมกันพิจารณาถึงความต้องการ ความสนใจของผู้ป่วย และทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกต้องไม่ขัดแย้งต่อคุณค่าและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อดีและข้อเสียในแต่ละทางเลือกที่เลือก เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจตามคุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วยเอง

1.3 การช่วยพิทักษ์คุณค่าความเป็นมนุษย์และปกป้องการล่วงละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นส่วนตัวและทางเลือกของผู้ป่วย (respect-for person model) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง พยาบาลต้องค้นหาความต้องการของผู้ป่วยที่อาจบอกไว้กับญาติหรือคนใกล้ชิดก่อนเจ็บป่วย หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่ถ้าไม่มีใครสามารถบอกถึงคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการพยายามกระทำสิ่งที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. ความรับผิดชอบ (accountability / responsibility) เป็นแนวคิดทางจริยธรรมที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตามขอบเขตที่กำหนดตามกฎหมาย และตามความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ (ICN, 1973 cited by Fry, 1994) ที่แสดงถึงความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการกระทำเพื่อลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงการแสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย วิชาชีพ องค์กร และสังคม โดยการสามารถอธิบายถึงสิ่งที่ควรหรือไม่ควรทำในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสังคมจะมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในวิชาชีพได้นั้น ขึ้นอยู่กับการกระทำของผู้ปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลเอง

3. ความร่วมมือ (cooperation) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการกระทำที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ร่วมงานอื่นในทีมสุขภาพ ต้องร่วมมือกันกำหนดเป้าหมายรักษาค่ามันสัญญา และเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ยาวนานในวิชาชีพ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือจะเป็นพลังที่ทำให้บุคคลในวิชาชีพทำงานร่วมกันได้ (Fry, 1994) ซึ่งวิชาชีพพยาบาลของไทยก็ได้ให้ความสำคัญของความร่วมมือ โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลด้วยเช่นกัน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537)

4. ความเอื้ออาทร (caring) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการให้คุณค่าในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรจะชี้ให้เห็นถึงบทบาทพื้นฐานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1984 cited by Fry, 1994) เพราะเมื่อพยาบาลมีความเอื้ออาทรจะแสดงให้เห็นถึงพันธะหน้าที่ของพยาบาลที่จะปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้ผู้ป่วย (Fry, 1994; Hudak, et al, 1998) นอกจากนี้ความเอื้ออาทรยังแสดงถึงหน้าที่ทางจริยธรรมที่พยาบาลจะต้องมีเพื่อแสดงให้เห็นถึงการกระทำที่ดี หรืออาจเรียกได้ว่าความเอื้ออาทรเป็นหัวใจสำคัญที่แสดงถึงศิลปะและคุณความดีที่พยาบาลจะต้องมีในการปฏิบัติการพยาบาล (Hudak, et al, 1998) มีการศึกษาถึงรูปแบบของความเอื้ออาทรไว้ 4 รูปแบบดังนี้ คือ (Forrest, 1989 cited by Fry, 1994) (1) การให้

การดูแลโดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (being there for the patient) (2) การเคารพผู้ป่วย (respecting the patient) (3) มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (feeling with and for the patient) และ (4) มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วย (closeness with the patient)

#### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas/moral dilemmas)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหมายถึงสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ก่อให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่า ซึ่งมีน้ำหนักในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆ กัน เนื่องจากแต่ละทางเลือกมีความสำคัญเท่ากันหรือไม่มีทางออกที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก หรือไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดถูกหรือผิด (สิวลี, 2537) เดวิสและอะรอสกา (Davis & Aroskar, 1991) กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิทธิทางจริยธรรมในเรื่องหนึ่งไปขัดแย้งกับสิทธิทางจริยธรรมอีกเรื่องหนึ่ง เช่น ความต้องการยืดชีวิตผู้ป่วยขัดแย้งกับความต้องการลดความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากการยืดชีวิต นอกจากนี้มักทำให้เกิดคำถามขึ้นว่าจะทำอย่างไรระหว่างอันตรายและประโยชน์ที่เกิดจากการตัดสินใจ ซึ่งทางเลือกที่คิดว่าดีที่สุดในการตัดสินใจเลือกอาจไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้องที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลูดี (Wlody, 1990) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องทำตามความต้องการของบุคคลหลายๆ คนในเวลาเดียวกัน เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และนโยบายของหน่วยงาน ที่ต่างก็มีความเชื่อซึ่งแตกต่างกัน ในสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกกระทำให้เหมาะสม และสอดคล้องกับแนวคิดของไอเคนและแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ที่กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ที่บุคคลต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกที่ไม่ชอบเท่ากัน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักมีทางออกในการเลือกที่ไม่เป็นที่พอใจเสมอ

วิทย์ (2541) ได้แปลความหมายของคำว่า "dilemma" ซึ่งเป็นความหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สอดคล้องกับที่นักจริยศาสตร์ส่วนใหญ่ให้ความหมายไว้ 5 ความหมายว่า (1) เป็นสถานการณ์ที่มีทางเลือกสองอย่างที่เราพอๆ กัน (2) สภาวะหนีเสือปะจระเข้ (3) สภาวะที่กลืนไม่เข้าคายไม่ออก (4) สถานการณ์ที่ลำบาก และ (5) ปัญหาที่ลำบาก ซึ่งโดยทั่วไปแล้วประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเป็นปัญหาจริยธรรมที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้แน่ชัดว่าจะใช้ข้อเท็จจริง และข้อมูลอย่างไรประกอบการตัดสินใจ และผลของการตัดสินใจอาจมีผลกระทบต่อเหตุการณ์ในปัจจุบันและยังส่งผลไปถึงอนาคตด้วย ซึ่งลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากความขัดแย้งในคุณค่าและบุคคลมักไม่แน่ใจว่าอะไรเป็นความประพฤติกี่ถูกต้อง (สิวลี, 2537) ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใดๆ ก็ตามมักไม่มีความผิดหรือความถูกต้องอย่างแท้จริง และไม่มีคำตอบตายตัวที่จะใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ (Fry, 1994) ซึ่งบางครั้งอาจมีเรื่องของกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Barnum, 1998) โดยเฉพาะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในปัจจุบันจะมีความสลับซับซ้อนยากแก่ตัดสินใจมากขึ้นเนื่องจากการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพ เช่นการยึดชีวิตผู้ป่วย (Wlody, 1990; Gillies, 1994) ทาแบกและเบ็น-ออร์ (Tabak & Ben-Or, 1994) กล่าวว่าคุณค่าของพยาบาลที่สอดคล้องกับค่านิยมของวิชาชีพจะช่วยให้พยาบาลเผชิญกับปัญหาจริยธรรมด้วยความมั่นใจ แม้ว่าจะไม่มีรูปแบบของการจัดการกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ชัดเจน แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีหนทางแก้ปัญหา สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องมีจิตใจที่เข้มแข็งรู้จักการทำงานเป็นทีมและมีการร่วมมือที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ร่วมงานในทีม

พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพย่อมมีโอกาสรับรู้ถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมักมีโอกาสประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ทุกวันทุกเวลาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ทางเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการยึดชีวิตผู้ป่วย และต้องมีการจัดสรรทรัพยากรทางเทคโนโลยีที่มีจำนวนจำกัดให้กับผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว ก่อให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการตัดสินใจ มีการศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหนักพบว่า มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง การกระจายทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดไม่เหมาะสม และการเผชิญกับผู้ร่วมงานที่ไม่รับผิดชอบ (Berger, Seversen, & Chvatal, 1991) นอกจากนี้ โกลด์ แชมเบอร์ และ วอแร็ก (Gold, Chambers, & Dvorak, 1995) ได้ศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยในระยะเรื้อรัง และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 12 คน พบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ 4 ประเด็นหลัก คือ การไม่ให้ข้อมูลและการบอกความจริง การให้การดูแลด้วยความไม่เท่าเทียมกัน ความแตกต่างระหว่างคุณค่าในเชิงธุรกิจและคุณค่าเชิงวิชาชีพ และการขัดต่อกฎระเบียบและการรายงานสิ่งที่ขัดต่อกฎระเบียบ ความรู้สึกของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือ โกรธ คับข้องใจ ไร้อิสระ (Lamear-Tucker & Friedson, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเออเลน และฟรอส (Erlen & Frost, 1991) พบว่าเมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและต้องมีการตัดสินใจ

เชิงจริยธรรม พยาบาลมักมีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในหลุมพรางหรือกับดัก อยู่ในสภาพที่เหมือนเป็นคนกลางที่ไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไร รู้สึกไร้การช่วยเหลือ คับข้องใจ และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของเดวิสและอะรอสการ์ (Davis & Aroskar, 1991) ที่กล่าวว่า การเผชิญต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ และลำบากใจที่ต้องเลือกทางเลือกที่ไม่มีคำตอบที่ชัดเจน นอกจากนี้ในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมพยาบาลมักมีความรู้สึกเหมือนถูกผลักดันให้อยู่ในสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากลำบากใจ และมีความเจ็บปวดกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกทั้งที่ไม่มีทางเลือกอันเป็นที่น่าพึงพอใจ (Thompson, Melia, & Boyd, 1983)

เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Redman & Hill, 1997) จัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นส่วนหนึ่งใน 3 ลักษณะของความขัดแย้งทางจริยธรรม (moral conflict) ดังนี้

1. ความไม่แน่ใจในหลักการทางจริยธรรม (moral uncertainty) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะใช้หลักการทางจริยธรรมข้อใดมาประยุกต์เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความรู้สึกสองจิตสองใจที่ต้องเลือกใช้หลักการทางจริยธรรมที่มีน้ำหนักในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆ กันเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

3. ความบีบคั้นทางจริยธรรม หรือภาวะหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลรับรู้ว่ามีสิ่งใดถูกต้องและควรกระทำ แต่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากขัดกับนโยบายขององค์กร การไม่มีพลังอำนาจ หรือไม่มีความรู้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลทุกวันนี้เกิดจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ตลอดจนเทคโนโลยีหรือวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยตลอดจนค่านิยมในการบริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักย่อมเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถึงแม้ว่าผลของการพยาบาลจะแสดงถึงการกระทำในสิ่งที่ดี และหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจจะเกิดในผู้ป่วยและปัญหาที่พบบางครั้งอาจเป็นเรื่องเล็กน้อยจนถึงเรื่องที่มีความรุนแรง ซึ่งการศึกษาถึงทฤษฎี และหลักการทางจริยศาสตร์จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาปัญหาจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาลอาจแยกออกได้กว้าง ๆ ดังต่อไปนี้ (สิวลี, 2537)

1. ทศนคติและความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ในอดีตทัศนคติของคนไทยที่มีต่อบริการทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นไปในแนวของพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทย กล่าวคือประชาชนมองว่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นบุญกุศล เป็นเมตตาธรรมที่ให้แก่มนุษย์ อันเป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลได้รับการคาดหวังและยกย่องเชื่อถือเป็นผู้มีคุณธรรม มีเมตตากรุณาสูงกว่าบุคคลอื่น ขณะเดียวกันพยาบาลก็ได้รับการคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องเป็นผู้มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจมนุษย์ในยามเจ็บป่วย แม้เมื่อมีการให้บริการผิดพลาดในบางครั้งจนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ทศนคติและค่านิยมของคนไทยที่มีต่อบริการทางการแพทย์และการพยาบาลดังกล่าวมาแล้ว ทำให้ไม่มีการฟ้องร้องทางคดีความ ทั้งนี้เพราะความรู้สึกเชื่อในเมตตาธรรมของแพทย์และพยาบาลดังกล่าวแล้ว

แต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการเกิดขึ้นในสังคม บุคคลมีโอกาสดำเนินการศึกษามากขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง และเริ่มให้ความสำคัญในการปกป้องสิทธิเสรีภาพส่วนตนมากขึ้น ขณะเดียวกันลักษณะของการให้บริการทางสุขภาพเริ่มเปลี่ยนไปในเชิงของธุรกิจมากขึ้น สถานพยาบาลของเอกชนเพิ่มจำนวนมากขึ้น แต่มีผลดีคือทำให้บริการทางสุขภาพกระจายไปสู่ประชาชนมากขึ้น ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความสามารถของฐานะทางเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความรู้สึกเปรียบเทียบระหว่างบริการจากโรงพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชนย่อมเกิดขึ้น การที่บริการทางสุขภาพมีลักษณะเชิงธุรกิจ ทำให้มีผลเชื่อมโยงไปถึงภาพลักษณ์ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลด้วย กล่าวคือ ภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการด้วยเมตตาธรรม คุณธรรม อาจกลายเป็นภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการตามหน้าที่ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นไปในลักษณะของความเคารพ ยกย่อง เกรงใจ และสำนึกบุญคุณ ก็อาจเปลี่ยนไปเป็นการเรียกร้องสิทธิ เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจจากบริการ หรือเมื่อเกิดผลเสียหายจึงเกิดการฟ้องร้องตามมา

2. ผู้รับบริการบางคนอาจมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการขาดความอดทนระหว่างเจ็บป่วย มีการเรียกร้องและพยายามจับผิดการกระทำของพยาบาล สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และเกิดการกระทบกระทั่งที่อาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและความรู้สึกขัดแย้งขึ้นได้

3. พยาบาลบางคนขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ละเลยต่อหลักการและจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การบริการพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างขาดคุณภาพ ไม่สนใจต่อสภาพจิตใจและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการไม่มีความรักและภูมิใจในวิชาชีพ

4. ระบบการบริหารงานของหน่วยงาน หรือองค์กรที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่มีส่วนสำคัญต่อขวัญและกำลังใจตลอดจนจริยธรรมของพยาบาล ลักษณะของงานที่หนักบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดระบบการทำงานที่เป็นธรรม ขาดความก้าวหน้าและผลตอบแทนที่พึงได้รับตามความเหมาะสมแก่หน้าที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและปฏิบัติงานในลักษณะของการขาดขวัญและกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงคุณภาพการบริการ

5. ทศนคติของผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพ การได้รับการยอมรับ การให้เกียรติ และความร่วมมือจากบุคลากรในที่มสุขภาพ จะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าทศนคติของผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพ มองพยาบาลไปในทางที่ไม่ยอมรับหรือไม่ให้เกียรติเท่าที่ควร จะทำให้การปฏิบัติต่อกันในลักษณะของการตอบโต้ ขาดความร่วมมือกันอันอาจนำมาซึ่งความรู้สึกขัดแย้งได้

จากสภาพการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงที่มาของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มักเกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลเสมอๆ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยๆ ในหอผู้ป่วยหนัก 7 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การบอกความจริง (veracity/truth telling) เป็นหลักการทางจริยศาสตร์ที่มีพื้นฐานอยู่บนสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงมักเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว การปกปิดความลับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจและเลือกรับบริการทางสุขภาพ โดยได้รับรู้ถึงประโยชน์ และทางเลือกของการรักษาแต่ละชนิด (Thelan, et al, 1994; Williamson & Livingston 1992)

รัตน (2541) ที่กล่าวถึงสาเหตุที่ต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเพราะว่า (1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้และอาจส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วย (2) การบอกความจริงทำให้ผู้ป่วยได้รู้อนาคตของตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ (3) การบอกความจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวออกมาและได้พูดคุยในเรื่องราวต่างๆ ที่อยากจะพูด (4) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมาในชีวิตและจัดการวางแผนชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และ (5) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการบอกความจริงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทีมสุขภาพดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่ในความเป็นจริงผลที่เกิดขึ้นจากการบอก



ความจริงมักก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานแสนสาหัสทางด้านจิตใจ แก่บุคคลที่ยังปรับตัวไม่ได้ อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มเติมจากความเจ็บป่วยเดิมที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากความจริงที่ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบนั้นมักเป็นความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ร้ายแรง หมดหวังในการรักษาหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตรวมถึงการพยากรณ์ถึงระยะเวลาที่อาจจะมชีชีวิตอยู่ (พเยาว์, 2538)

เนื่องจากการบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่ได้รับรู้ความจริงไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือญาติ ดังนั้นปัญหาในเรื่องการบอกความจริงจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่สร้างความลำบากใจให้แก่ผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพมากประเด็นหนึ่ง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความลังเลใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงส่งผลให้การบอกความจริงในการดูแลผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางนัก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเหตุผลดังนี้คือ (1) เกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ท้อใจหรือเสียใจมาก (2) เกรงว่าจะถูกตำหนิให้การรักษาผิดพลาดให้การรักษาไม่ดีพอ หรือไม่เชี่ยวชาญพอที่จะรักษาผู้ป่วย (3) เกิดความไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะต้องพูดหรือมีท่าทีอย่างไร เพราะไม่เคยเรียนรู้มาก่อน (4) กลัวที่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยร้องไห้ โกรธหรือตำหนิแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ และไม่รู้ว่าจะคอยสนองต่อผู้ป่วยอย่างไร (รัตนา, 2541)

จากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจำนวน 12,500 คน เกี่ยวกับการบอกความจริง ผลการสำรวจพบว่าพยาบาลเห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริงและพยาบาลเหล่านี้ยังเชื่อว่าเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับทราบความจริง (Sandroff, 1982 cited by Williamson & Livingston, 1992) ในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกเหมือนเป็นคนที่อยู่ระหว่างกลาง (caught in the middle) ที่ไม่มีความแน่ใจในบทบาทของตนเองว่าควรกระทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม เพราะพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในการเป็นพยาบาลผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลที่เป็นความจริงแก่ผู้ป่วยในทุกเรื่อง แต่พยาบาลไม่แน่ใจว่าใครควรเป็นคนบอกความจริงแก่ได้ผู้ป่วยดีที่สุด (Shipps, 1988 cited by Williamson & Livingston, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาของ ไฮน์ (High, 1989) ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง เช่น กรณีที่แพทย์ตัดสินใจไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรคแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง ในสถานการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในสภาพไม่แน่ใจว่าจะยอมทำตามแพทย์เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ หรือการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของโกลด์และคณะ (Gold, et al, 1995) ที่พบว่าพยาบาลอีกกลุ่มรู้สึก

อึดอัดใจที่ถูกขอร้องโดยแพทย์และญาติผู้ป่วย ไม่ให้บอกข้อมูลตามความเป็นจริงแก่ผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุที่พยาบาลกลุ่มนี้รู้สึก อึดอัดใจเพราะตามบทบาทหน้าที่พยาบาลกลุ่มนี้รับรู้ว่าตนเองเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการบอกความจริง แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันจากการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการบอกความจริงในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 16 โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจำนวน 593 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 รับรู้ว่าการบอกความจริงไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะบอกข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ต้องเผชิญปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย อย่างเสี่ยงไม่ได้เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องรู้ดีและสามารถตอบคำถามของตนได้ ในขณะที่พยาบาลรับรู้ว่าบางครั้งนี้อาจจะไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลโดยตรงที่จะให้ข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย (วันทิวา, 2540)

นอกจากนี้ สิวลี (2527) ได้สำรวจทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการให้ข้อมูลทั่วไปและการบอกความจริงในการรักษาพยาบาล ผลการสำรวจพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 98 ให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้และมีความคิดเห็นว่าการบอกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาจะทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แต่เมื่อสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ในกลุ่มนี้เกี่ยวกับความควรหรือไม่ควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วย กลับพบว่าร้อยละ 41 ของแพทย์ เห็นว่าควรบอกความจริง ในขณะที่แพทย์อีกร้อยละ 51 เห็นว่าไม่ควรจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วย โดยเหตุผลที่แพทย์บอกว่าควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและมีโอกาสวางแผนชีวิตในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ ส่วนเหตุผลที่แพทย์บอกว่าไม่ควรบอกความจริงเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่พร้อมที่จะรับฟังความจริง และถือเป็นสิทธิของแพทย์ที่จะตัดสินใจว่าควรบอกหรือไม่ ส่วนการบอกความจริงที่อาจเป็นผลเสียต่อแผนการรักษา ร้อยละ 87 ของแพทย์เห็นว่าถ้าบอกความจริงไม่ได้ ควรหลีกเลี่ยงไปพูดเรื่องอื่นแทนการบอกความจริงที่ผู้ป่วยอาจรับไม่ได้ ร้อยละ 12 ของแพทย์เห็นว่าควรพูดความจริงเสมอ ร้อยละ 12 ของแพทย์เห็นว่าการไม่พูดความจริงในบางครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด ร้อยละ 6 ของแพทย์เห็นว่าการนิ่งเฉยเป็นวิธีที่ดีที่สุด

จะเห็นได้ว่าทั้งแพทย์และพยาบาลมีหลายมุมมองเกี่ยวกับการบอกความจริง ซึ่งมีทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการบอกความจริง พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา และมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นบุคคลที่

ต้องให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยทั่วไปหน้าที่ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยดังกล่าว มักสร้างความยุ่งยากลำบากใจให้แก่พยาบาลอยู่เสมอ

สิวลี (2537) กล่าวว่า การจงใจพูดเท็จจากชาวเป็นด้าแม่จะเป็นการหวังดีต่อผู้ป่วย แต่ก็อาจเป็นผลเสียในการที่ผู้ป่วยเชื่ออย่างสนิทใจ และอาจพลาดโอกาสในการจัดการภาระหน้าที่ของตนเองในวาระสุดท้าย รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกเชื่อถือของผู้ป่วยและญาติต่อพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟาริดา (2539) ที่กล่าวถึงการบอกความจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติถึงลักษณะตามธรรมชาติของโรค ไม่ว่าจะป็นอาการและอาการการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรคและการรักษาโรค สิ่งเหล่านี้แม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการตระหนกตกใจ เช่น เมื่อรับฟังว่าโรคนี้อาจมีโอกาสดีขึ้นน้อยกว่าไม่ดี ผู้ป่วยและญาติคงรับฟังได้และทำใจได้มากกว่าที่จะไม่ทราบว่าเป็นอะไรเลย จะหายหรือไม่หายก็ไม่ทราบ จะมีอันตรายหรือไม่ก็ไม่มีทางรู้ได้ นอกจากคอยว่าเมื่อใดอาการจะดีขึ้น

ในขณะที่มีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจำนวน 167 ราย เกี่ยวกับการบอกความจริงผลการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 83 อยากรู้ความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 13 ของผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรับทราบความจริง และน้อยกว่าร้อยละ 4 ของผู้ป่วยจากการสำรวจที่ตอบว่าไม่ต้องการที่จะรู้ความจริง (Elian & Dean, 1985 cited by Williamson & Livingston, 1992) และจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 224 ราย เกี่ยวกับการบอกความจริง ผลการสำรวจพบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเพื่อที่จะสามารถนำมาวางแผนการดูแลและการจัดการภาระครอบครัว (Erde, Nadel & School, 1988 cited by Williamson & Livingston, 1992) นอกจากนี้มีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับความต้องการทราบความจริงเรื่องโรคพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับวิธีรักษาโรคและแผนการรักษา (Kelly & Friesen, 1950; Bowen, 1955, Williamson & Livingston, 1992)

อย่างไรก็ตามในสังคมไทย การบอกความจริงแก่ผู้หนึ่งผู้ใดตรงๆ ว่าเขากำลังจะตาย ไม่ใช่วิธีการที่เป็นที่ยอมรับเหมือนในต่างประเทศ คนไทยส่วนใหญ่ยังยอมรับไม่ได้กับวิธีการเช่นนี้ (สิวลี, 2537) จะเห็นได้ว่าการบอกความจริงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สร้างความยากลำบากในการตัดสินใจให้แก่พยาบาลเป็นอย่างมาก สำหรับ

แนวทางการบอกความจริงที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจนั้น ชีระ (2523) ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ดังนี้

1.1 ควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วย นอกจากมีการขอร้องจากญาติสนิทด้วยเหตุผลที่ต้องการรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วย หรือเพราะความไม่สมควรด้วยเหตุผลอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งมาตั้งแต่แรกและได้รับการปิดบังมาโดยตลอด แต่เมื่อมาทราบความจริงในภายหลัง และได้มีการถามความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการทราบความจริงหรือไม่ มักจะได้รับคำตอบว่า อยากทราบความจริงตั้งแต่ตอนแรก ประมาณร้อยละ 90 ด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึงกัน คือ ต้องการวางแผนชีวิตบั้นปลายและวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง

1.2 ถ้ากรณีที่บอกผู้ป่วยเองไม่ได้ ไม่ควรบอกทุกคนที่ถาม ควรพิจารณาบอกเฉพาะผู้ที่เป็ญาติสนิท หรือผู้จะต้องรับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น เช่น บุตร ธิดา สามี ภรรยา หรือบิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ ก็อาจจะบอกกับผู้ป่วยได้เช่นกัน

1.3 แพทย์ควรตรวจสอบตนเองว่ามีความพร้อมที่จะบอกหรือไม่ทั้งในด้านบุคลิก ความน่าเชื่อถือ ความรู้ความสามารถทางวิชาการ โดยเฉพาะเรื่องที่จะบอก ความสามารถในการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้อื่นรับได้

1.4 ต้องพิจารณาความพร้อมของผู้รับข่าวไม่ว่าจะเป็นญาติหรือผู้ป่วย

1.5 เลือกจังหวะการบอก การบอกความจริงที่ดีควรมีการคำนึงถึงกาลเทศะ

1.6 ผู้บอกต้องพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้รับฟังมีกิริยาเกิดขึ้น เช่น ซ็อก ปฏิเสธ ซึมเศร้า

2. การปกปิดความลับ (confidentiality) หมายถึงการปกปิดข้อเท็จจริง หรือวิธีการที่ไม่เป็นที่ประจักษ์แก่บุคคลอื่น และเป็นสิ่งที่เจ้าของความลับไม่ต้องการเปิดเผย (รัตน, 2539) ความลับของผู้ป่วยเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับโรค อาการ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิส่วนตัวของบุคคล (privacy right) และในกระบวนการรักษาพยาบาล ถือเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่สำคัญที่แพทย์และพยาบาลไม่พียงนำไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกระบวนการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียต่อตัวผู้ป่วย และต่อกระบวนการรักษาพยาบาล และประเด็นสำคัญที่สุดคือเป็นการไม่เคารพต่อความเป็นมนุษย์และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (สิวลี, 2537) นอกจากนี้ยังถือเป็นความผิดทางกฎหมายอีกด้วยไม่ว่าการเปิดเผยความลับนั้นจะมีความมุ่งหมายอันใดก็ตาม เว้นแต่จะเปิดเผยเพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อผู้ป่วย (รัตน, 2539) แต่อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ ค.ศ. 1974 ที่เริ่มมีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการปกป้องคนในสังคมให้ปลอดภัยจาก

การติดเชื่อดังกล่าว จึงมีการกำหนดข้อยกเว้นให้มีการเปิดเผยความลับทางการแพทย์ได้ ในกรณีต่อไปนี้ (Tschudin, 1988)

- 1) เมื่อต้องเปิดเผยข้อมูลตามกฎหมาย
- 2) เมื่อมีคำสั่งจากศาล
- 3) เมื่อมีประโยชน์ต่อสังคม

ซึ่งในประเทศไทยก็มีข้อยกเว้นในการเปิดเผยความลับไว้ ดังนี้ คือ

2.1 เป็นข้อผูกพันหรือหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องนำรายละเอียดข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเข้าสู่ที่ประชุมวิชาการทางการแพทย์ เพื่อขอความคิดเห็น ขอคำปรึกษาหรือเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษา การตัดสินใจ ทั้งนี้โดยมุ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด (วิฑูรย์, 2539)

2.2 ในกรณีที่จะต้องปกป้องคุ้มครองบุคคลอื่นๆ ในสังคม ให้ปลอดภัยจากโรคหรือเหตุการณ์รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น แพทย์อาจต้องเปิดเผยอาการของโรคนั้นต่อสังคม เช่น การแจ้งความโรคติดต่อ การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เมื่อเป็นพยานศาล หรือส่งมอบรายงานผู้ป่วยตามหมายเรียกของศาล (รัตนา, 2539)

2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้ จำเป็นที่แพทย์จะต้องเปิดเผยเรื่องราวให้แก่ญาติหรือผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วยทราบ ทั้งนี้ถือเป็นการให้ความคุ้มครองแก่ตัวผู้ป่วยและป้องกันเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2539)

2.4 ในกรณีที่อาจเกิดผลกระทบกระเทือนอย่างร้ายแรงต่อความมั่นคงปลอดภัยของประเทศชาติ จำเป็นที่จะต้องช่วยดำรงรักษาสังคมและป้องกันผู้บริสุทธิ์คนอื่นๆ ในสังคม (วิฑูรย์, 2539)

2.5 ผู้ป่วยรับรู้และยินยอมให้เปิดเผย (วิฑูรย์, 2539)

พยาบาลมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล และร่วมรับรู้รายละเอียดต่างๆ ของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงการปกปิดความลับให้มาก เพราะการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย นอกจากจะผิดจริยธรรมแล้ว ยังถือเป็นความผิดทางกฎหมายด้วย (รัตนา, 2539) เนื่องจากโดยปกติความลับของผู้ป่วยอาจถูกเปิดเผยได้โดยง่ายจากการปรึกษาหารือระหว่างผู้ร่วมงาน โดยเฉพาะในห้องอาหาร ซึ่งอาจมีบุคคลอื่นสามารถล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจของทั้งผู้พูดและผู้ฟัง (Tschudin, 1988) ปัญหาทางจริยธรรมที่อาจนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการปกปิดความลับที่พบบ่อยได้แก่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งคำถามที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในประเด็นนี้คือจะเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยในเรื่องการปกปิดความลับหรือไม่ ถ้าจะเตือนให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง

รับทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Smith & Martin, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาวลิต และคณะ (Chaowalit, et al, 1999) ที่ศึกษาปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน จากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในภาคใต้ของประเทศ ไทย พบปัญหาทางจริยธรรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับ คือ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้สึก ขัดแย้งในใจที่ไม่สามารถบอกผู้ดูแล ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างตรงไปตรงมาให้สามารถป้องกันตัวเองจากภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์

3. การยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) หมายถึงความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของการผู้ประกอบวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษาทั่วไป กระบวนการตรวจรักษาเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค การรักษาโดยการผ่าตัดหรือการทดลองในมนุษย์ โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดตามมาหรือภาวะแทรกซ้อนมีอะไรบ้าง ตลอดจนอันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น หากมีจะมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ และถือเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย (Rosdahl, 1999) ดังนั้นก่อนลงมือให้การรักษายาบาล แพทย์และพยาบาลควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่การแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรคและวิธีการรักษายาบาล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งการอธิบายควรหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางเทคนิค เมื่อได้ข้อสรุปอย่างไรจึงบันทึกไว้ในเวชระเบียน การพูดคุยเช่นนี้นอกจากป้องกันปัญหาทางด้านกฎหมายแล้วยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติมักจะละเลยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีพันธะหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอ และต้องเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Ellis & Hartley, 1998) ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่พยาบาลควรให้กับผู้ป่วยมักเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ โรคที่เป็น อาการและความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาของแพทย์ แนวโน้มและโอกาสที่โรคจะหาย การพยากรณ์โรค ผลดีผลเสียของการรักษา (พิกุลทิพย์และปราณี, 2532) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรินดา (2541) ที่พบว่าพยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของโรคโดยเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ แม้ว่าจะเป็นหน้าที่ร่วมกันทั้งของแพทย์และพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลจะมีบทบาทมากกว่าแพทย์ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา ในด้านที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรักษาที่อาจเสี่ยงแก่ชีวิต การพยากรณ์โรค การเข้าร่วมโครงการวิจัยทดลองในการ

รักษา แพทย์จะให้ข้อมูลโดยเฉลี่ยมากกว่าพยาบาล ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ทั้งแพทย์และพยาบาลควรวางแผนร่วมกันในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมไปถึงสิทธิการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวในการตัดสินใจเลือกรับการรักษา ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดมักเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ (1) ความสามารถในการตัดสินใจ (competence) (2) การให้ข้อมูลที่สำคัญประกอบการตัดสินใจอย่างชัดเจน (disclosure of information) (3) ผู้ป่วยเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับเป็นอย่างดี (comprehension) และ (4) ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจ (Beauchamp & Childress, 1989) จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1989) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลว่าควรทำอะไรเพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบในกระบวนการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พยาบาล 18 คน พบว่าพยาบาลมีความขัดแย้งในการที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากโครงสร้างของทีมสุขภาพและหลักปรัชญาของหน่วยงานไม่ส่งเสริมให้กระทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารายกรณีของ ซาชาและเบลล์ (Cisar & Bell, 1995) ที่พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ได้รับการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และทางเลือกในการรักษา เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจจากแพทย์ผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถรับทราบถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่เกิดจากการกระทำดังกล่าว

#### 4. สัมพันธภาพ/ความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน (relationship/cooperation)

หมายถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และพยาบาลถือเป็นเรื่องสำคัญซึ่งมีความสัมพันธ์กันเพราะแต่ละคนต้องทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการความขัดแย้งย่อมเกิดได้บ่อยในการทำงาน เพราะแพทย์อยู่ในระดับสั่งการ พยาบาลคือผู้ปฏิบัติงานที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับอำนาจ (Tschudin, 1992) ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และพยาบาลเกิดจากมุมมองที่มีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ กรันด์สไตน์-อามาโด (Grundstein-Amado, 1992) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมระหว่างแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการมองถึงประโยชน์สูงสุดในผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลให้คุณค่าเกี่ยวกับความเอื้ออาทรเป็นประโยชน์สูงสุดในขณะที่แพทย์มองโดยให้คุณค่าเกี่ยวกับการรักษาโรค รวมถึงสิทธิผู้ป่วย

5. การจัดสรรทรัพยากร (allocation of resources) หมายถึงการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็นได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอวัยวะบางอย่างที่สำคัญ เช่น ไต ม้าม หัวใจ เป็นต้น แก่ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยบางรายที่สูญเสียอวัยวะสำคัญเหล่านี้ด้วยโรคและต้องการเปลี่ยนใหม่ เพื่อต่อช่วงอายุของชีวิต ย่อมมีความต้องการที่จะได้รับการบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาช่วยเหลือ ปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้แก่ ใครจะเป็นผู้กำหนดหรือเลือกผู้ป่วยคนใดควรจะได้รับอวัยวะก่อน ใครควรจัดการเมื่อทุกคนต้องการมีชีวิตอยู่ถ้าทรัพยากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด จะใช้หลักเกณฑ์อะไรมาตัดสิน อายุ ประโยชน์ที่เกิดต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือต่อสังคมของบุคคลนั้น นอกจากนี้กรณีที่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับรู้หรือยินยอมบริจาคอวัยวะของตนไว้ล่วงหน้า เรามีสิทธิหรือไม่ที่จะนำอวัยวะของเขาไปช่วยผู้อื่น มีหลักการและเหตุผลอย่างไรในการตัดสินใจ การจัดสรรเตียงผู้ป่วยมีระบบและหลักการอย่างไรที่เหมาะสมและชอบธรรม (สิวลี, 2538; Davis & Aroskar, 1991) ซึ่งความแตกต่างกันในการคิดเห็นที่ทำให้พฤติกรรมของพยาบาลมีลักษณะที่ขัดแย้งกันในเรื่องจริยธรรม เช่น การเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงก่อนหรือหลังเมื่อบริการที่ให้มียู้อย่างจำกัด โดยฝ่ายหนึ่งใช้เกณฑ์สำคัญทางด้านหน้าที่ สถานภาพหรือฐานะทางการเงินของผู้รับบริการ ขณะที่ฝ่ายหนึ่งเลือกโดยใช้เกณฑ์การประเมินสภาพหรืออาการของโรคของผู้รับบริการและลำดับการมาติดต่อก่อนหลัง

6. พันธะหน้าที่ในวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง (professional obligation and duty to self) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในข้อนี้ หมายถึงการที่พยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ตามที่ระบุไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่จากผลการดูแล ผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่พยาบาลประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่เกิดขึ้นบ่อยในปัจจุบัน เนื่องจากการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคมีอาการที่รุนแรง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและมักทำให้ถึงแก่ความตายก่อนเวลาอันสมควร วงการแพทย์ยังไม่สามารถหาวิธีป้องกันหรือรักษาให้หายได้ จึงสร้างความหวาดกลัวให้กับประชาชนเป็นอย่างมากจนได้รับการขนานนามว่า "มหันตภัยแห่งศตวรรษที่ 20" (ดุชมูวิวรรณ, 2532) ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคติดต่ออันตรายที่เป็นปัญหาสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่ง เพราะมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์กันว่าจะมีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากจากสถิติกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 25,151 ราย สูงกว่าปี 2539 จำนวน 1,717 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) และผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้จำเป็นต้องเข้ารับ



การรักษาในโรงพยาบาลถ้ามีอาการขั้นวิกฤต จากการที่โรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่ทุกคนหวาดกลัว บุคคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ย่อมต้องหวาดกลัวเช่นกัน โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ซึ่งถือว่าอยู่ใกล้ชิดคลุกคลีกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลากรทางสุขภาพทั้งหมด ย่อมมีความกลัวการติดเชื้อโรคจากการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของ ดุษฎีวารณ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง จากพยาบาลจำนวน 277 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้สึกกลัว และกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และมีการละเว้นการปฏิบัติบางอย่างเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพ และสุนทร (2538) ที่สำรวจทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และต่อผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลในประเทศไทย 38 จังหวัด จำนวน 205 คน พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ แต่เมื่อถามพยาบาลเหล่านี้ว่าถ้า จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลจะไม่พยายามแต่ต้องผู้ป่วยถึงร้อยละ 94.4 และเมื่อถามความสมัครใจที่จะทำงานในหอผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 70.73 ตอบว่าไม่แน่ใจและไม่สมัครใจที่จะทำงาน นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของชาวลิต (Chaowalit, 1995) ที่สัมภาษณ์พยาบาลไทยจำนวน 13 คน เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์พบว่าพยาบาลทั้ง 13 คนกลัวการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แต่ก็ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพยาบาล 4 คน ที่รายงานว่ามีบางครั้งที่พวกตนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การเจาะเลือด การแทงเข็มทางหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย

7. การยืดชีวิตผู้ป่วย (prolonging life) เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่า "ฟื้นก็ไม่ได้อายก็ไม่ลง" กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจในขณะที่ผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้สึกตัว หรือมีโอกาสเพียงเล็กน้อยที่จะฟื้นกลับเป็นคนปกติได้ กระบวนการยืดชีวิตดังกล่าว มีผู้เห็นว่าเป็นการทำให้ความเป็นมนุษย์ลดลงและเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอ คือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือเป็นคนไร้ความสามารถ ซึ่งมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตาย ในสถานการณ์เช่นนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าแพทย์ควรช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวดและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยที่แพทย์ไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้ใด จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดคำถามว่า ผู้ป่วยหรือคนทั่วไปควรมีสติที่จะตายโดยปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อให้กระบวนการตายมีสภาพความ

เป็นมนุษย์อย่างแท้จริงได้หรือไม่ การตายอย่างสงบหรือเมตตามรณะจึงเป็นประเด็นสำคัญ ที่ได้รับการพิจารณากันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน (วิฑูรย์, 2539)

จะเห็นได้ว่าหลายประเทศมีการพัฒนาสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางกฎหมายขึ้นมา เห็นได้จากชาวอเมริกันที่ไม่เพียงแต่ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่านั้นแต่ยังต้องการที่จะมีการตายที่ดีไม่ทุกข์ทรมาน (Moody, 1999) ประเด็นเมตตามรณะจึงเป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงกันมากในสังคมปัจจุบัน และได้มีการศึกษาถึงสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุตามแนวคิดนักปรัชญาตะวันตกทั้งฝ่ายที่สนับสนุน และฝ่ายที่ค้าน รวมทั้งการสัมภาษณ์แนวคิดของแพทย์ นักจริยศาสตร์ ว่าผู้สูงอายุควรมีสิทธิและเสรีภาพในการเลือกภาวะสุดท้ายของตัวเองได้หรือไม่ จากผลการศึกษาพบว่า สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุสามารถที่จะตัดสินใจเลือกได้ด้วยตัวเอง ในกรณีที่คุณสมบัติความเป็นมนุษย์หมดไปรวมทั้งสังคมยอมรับได้ และไม่ถูกตีเตียนทางจริยธรรม แต่อีกส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาทางด้านกฎหมาย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง สุภาณี (2540)

จากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการยึดชีวิตหรือการชะลอความตายทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับเมตตามรณะ (euthanasia) ซึ่งหมายถึงการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาเสียชีวิตโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคร้ายได้พบกับความตายอย่างสงบ พิจารณาในแง่หนึ่งแล้วก็คือ แพทย์ ตัวผู้ป่วย และ ญาติ มีความเห็นตรงกันว่า ความตายที่สงบคือการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง เช่นผู้ป่วยมะเร็งที่หมดหนทางรักษาและต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรค การพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วย ย่อมเท่ากับเป็นการยืดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานออกไป ปัญหาเกิดขึ้นว่า การยอมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยไม่พยายามยืดชีวิตเป็นการผิดศีลธรรมหรือไม่ และการที่แพทย์หยุดวิธีการชะลอความตายด้วยวิธีใดๆ ก็ตามเพื่อเมตตามรณะถือเป็นการฆาตกรรมต่อผู้ป่วยหรือไม่

โดยทั่วไปแล้วเมตตามรณะอาจแยกออกได้เป็นสองประเภท คือ เมตตามรณะโดยความสมัครใจ หรือ voluntary euthanasia และเมตตามรณะโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ไม่อาจตัดสินใจได้เอง เรียกว่า involuntary euthanasia (สิวลี, 2537)

เมตตามรณะโดยความสมัครใจ หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงอาการของตน เป็นทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดและร้องขอความตายจากแพทย์ เช่น การขอร้องให้แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาที่จะทำให้ตนหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาพบกับความทุกข์ทรมานอีก หรือขอร้องให้ยุติการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ตนเสีย เพราะถือว่าเป็นสิทธิของตนที่จะตาย (the right to die) ในกรณีนี้แพทย์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เพราะขัดต่อจรรยาบรรณของแพทย์ที่ถือว่าพึงยืดชีวิตและให้สุขภาพที่ดีแก่

ผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ นอกจากนี้การหิบบิ้นความตายให้แก่ใครโดยเจตนาและจงใจยังเป็นการผิดต่อกฎหมาย (สิวลี, 2537)

เมตตามรณะโดยไม่สมัครใจ คือกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและหมดหวัง ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เองและญาติผู้ป่วยมีความประสงค์ให้แพทย์ยุติการรักษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลต้องเผชิญความรู้สึกขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะพยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยทั่วไปพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักเผชิญความขัดแย้งทางจริยธรรม ในประเด็นต่างๆ กัน ดังเช่น การศึกษาของวิลสัน (Wilson, 1992) ศึกษาถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา โดยการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วย 10 ราย ที่ได้รับการรักษาให้อาหารทางสายยางมากกว่า 6 เดือน พบว่ามาตรฐานในการให้อาหารทางสายยางไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประเด็นปัญหาสำคัญที่พบคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากการให้อาหารอย่างแท้จริง ไม่มีผู้ป่วยคนไหนที่จะสามารถมีกิจกรรมเพื่อการมีชีวิตอยู่ได้ ปัญหาที่พบชี้ให้เห็นถึงประเด็นจริยธรรม คือ (1) ใครจะเป็นคนตัดสินใจให้อาหาร (2) จะตัดสินใจให้อาหารอย่างไร (3) เหตุผลสำคัญในการเริ่มต้นให้อาหารและให้ไปอย่างต่อเนื่องคืออะไร (4) ความเป็นไปได้ใหม่ที่จะหยุดการให้อาหารหลังจากที่ได้เริ่มให้มาแล้ว (5) การให้อาหารเป็นเทคโนโลยีการยืดชีวิตที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ และได้มีการวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมในเรื่องนี้กันว่า การดำเนินการให้การรักษาที่เหมาะสมเช่น การให้อาหารทางสายยางยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันว่า การให้อาหารทางสายยางในกรณีที่เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ผิดจริยธรรมและควรให้หรือไม่ (Fry, 1998; Smith & Veatch, 1987 city by Wilson, 1992) การดูแลจะต้องตัดสินใจว่าการให้อาหารทางสายยางมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย โดยยึดถือประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย โดยศึกษาในองค์กรพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งคำตอบที่ได้จากการสำรวจเมื่อถามว่า ใครควรจะเป็นคนตัดสินใจ พยาบาลส่วนใหญ่ตอบว่า แพทย์ควรเป็นเป็นคนตัดสินใจ ยกเว้นกรณีที่มีผู้ป่วยและญาติต้องการตัดสินใจเอง สาเหตุที่แพทย์ควรตัดสินใจเนื่องจากแพทย์จะเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคได้เป็นอย่างดี (Ott & Nieswiadomy, 1999) แต่สำหรับสังคมไทยปัญหาที่เกิดขึ้นมักพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและญาติมักขอกลับไปตายที่บ้านในหมู่ญาติพี่น้อง แต่ก็ยังมีผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้าบอกความประสงค์ให้แพทย์และพยาบาลรับทราบถึงความต้องการตายอย่างสงบ ทุกสิ่งทุกอย่างแล้วแต่แพทย์พยาบาลเห็นสมควร ซึ่งเป็นลักษณะ

ของคนไทยที่มักมีความเกรงใจ จึงได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยขึ้นเพื่อลดความรู้สึกขัดแย้งในเรื่องเหล่านี้ (เกสร, 2534) และจากการศึกษารายกรณีของแมคคอคแมค (McCormack, 1998) พบว่าปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการยึดชีวิตนำไปสู่ปัญหาความยุ่งยากในการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง และคิดฆ่าตัวตายโดยการปฏิเสธอาหาร เมื่อใช้หลักการทาง จริยศาสตร์มาอธิบายในเรื่องการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย กูดฮอลล์ (Goodhall, 1997 cited by McCormack, 1998) วิเคราะห์ว่าเป็นการล้มเหลวของทีมสุขภาพที่พยายามยึดชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการกระทำที่มุ่งดูแลด้านร่างกายเท่านั้น ไม่ได้มีการเข้าใจถึงเรื่องจิตวิญญาณของผู้ป่วยเลยเพราะไม่ได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

#### การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเป็นการตัดสินใจของบุคคลากรในที่มสุขภาพเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาผู้ป่วย ซึ่งสมิท (Smith, 1996a) กล่าวว่า การตัดสินใจต้องผ่านการพิจารณาไตร่ตรองก่อนตัดสินใจกระทำ และต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพ เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของคุณค่าและความเชื่อ การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ว่าสาเหตุเกิดจากอะไร ใครมีส่วนได้ส่วนเสีย ในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งการตัดสินใจเลือกการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยต้องมีการนำหลักการต่างๆ ทางจริยศาสตร์มาใช้อย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเรียกว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึงการนำทฤษฎีจริยศาสตร์และหลักการทางจริยศาสตร์มาใช้เป็นเกณฑ์ในการแก้ปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะใช้เป็นมาตรการที่จะบอกแก่ผู้ทำการตัดสินใจว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควรกระทำ สิ่งใดถูกสิ่งใดผิด (สิวลี, 2537; Fry, 1994) โดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคลได้พบกับเหตุการณ์หรือต้องมีการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น บุคคลมักวิพากษ์วิจารณ์และตัดสินใจการกระทำเหตุการณ์นั้นว่า ถูก ผิด ควรหรือไม่ควรกระทำ นอกจากนั้นบางขณะที่เผชิญกับปัญหาที่ต้องมีการตัดสินใจมักสับสนและลังเลใจว่าควรตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างไรดีจึงจะถูกต้องและเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยเป็นมะเร็งและอาการอยู่ชั้นลุกลาม สุดความสามารถที่แพทย์จะรักษาหรือช่วยให้หายได้ นอกจากการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน ผู้ป่วยต้องการทราบ

ความจริงว่าตนเองจะหายหรือไม่ และมีความหวังว่าตนเองจะหาย เมื่อผู้ป่วยถามปัญหานี้ต่อพยาบาลและขอร้องให้พยาบาลตอบความจริง ปัญหาเกิดขึ้นว่า "ความจริง" ของผู้ป่วยรายนี้สมควรบอกได้หรือไม่และถ้าพยาบาลไม่บอกความจริง แต่เลี่ยงไปตอบอย่างอื่นหรือหลอกให้ผู้ป่วยสบายใจจะถือว่าเป็นสิ่งที่สมควรทำหรือไม่ เรื่องของการพิจารณาว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ สิ่งใดถูกสิ่งใดผิด เราใช้อะไรเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีการตัดสินใจการกระทำเรามักจะใช้สิ่งเหล่านี้เป็นเกณฑ์ตัดสินใจจริยธรรม คือ ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งกฎเกณฑ์ของสถาบัน แต่นักจริยศาสตร์มีความเห็นว่าสิ่งต่างๆ ตามที่กล่าวมานี้ ไม่อาจนำมาตัดสินใจการกระทำได้ดีพอและบางครั้งอาจทำให้เกิดข้อขัดแย้ง นอกจากนี้ตามสภาพความเป็นจริงในสังคมปัญหาบางอย่างมีความซับซ้อนและมีองค์ประกอบหลายประการที่ต้องคำนึงถึงและยากแก่การตัดสินใจ โดยหลักการทั่วไปคนเรามีสิทธิเสรีภาพที่จะคิดตัดสินใจเลือกการกระทำด้วยตัวของเราเอง ไม่มีใครมีสิทธิมาตัดสินใจแทนผู้อื่น เลือกกระทำแทนผู้อื่น แต่ในบางครั้งมีเหตุปัจจัยที่ทำให้แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในเหตุการณ์เช่นนี้เราไม่อาจตัดสินว่าการกระทำของบุคคลากรในทีมสุขภาพเป็นการกระทำที่ถูกหรือไม่ ซึ่งต้องมีเกณฑ์ในการตัดสินใจอีกเช่นกันว่าเหตุผลของการกระทำเช่นนั้นเพราะอะไร (สิวลี, 2537)

ในทางจริยศาสตร์เมื่อพูดถึงการกระทำและการตัดสินใจกระทำ พบว่ามักมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงคุณค่า ซึ่งหมายถึง การให้คุณค่าแก่สิ่งที่เราตัดสินใจ ดังนั้นจึงมีความจะเป็นต้องเข้าใจเรื่องของคุณค่า (value) เป็นอันดับแรก (สิวลี, 2537; Fry, 1994) ซึ่งคุณค่าหมายถึงคุณสมบัติที่ได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความงาม ความไพเราะ เป็นคุณค่าทางศิลปะ ความดี ความถูกต้อง เป็นคุณค่าทางจริยธรรม คุณค่าส่วนบุคคลสามารถแสดงออกมาได้ในรูปของภาษา พฤติกรรม ซึ่งแต่ละคุณค่าจะแสดงถึงแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกการกระทำ (Fry, 1994) โดยปกติในชีวิตประจำวันบุคคลต้องมีการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ อยู่เสมอ เช่น วัตถุ ตัวบุคคล การกระทำ แนวความคิด ซึ่งการตัดสินใจเลือกดังกล่าวมักแฝงไปด้วยการให้คุณค่าแก่สิ่งที่ตัดสินใจเลือกนั้น ตามเหตุผล ตามความรู้สึก ตามความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งการตัดสินใจเลือกดังกล่าวมีผลต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรม ตลอดจนจริยธรรมของบุคคล (สิวลี, 2537) ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่า การเข้าใจถึงคุณค่าของบุคคลเป็นบันไดขั้นแรกในการเตรียมบุคคลให้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทั้งนี้กระบวนการของการให้คุณค่าเริ่มจากการเลือกคุณค่า การยอมรับคุณค่านั้นและการปฏิบัติตามคุณค่าที่เลือก ซึ่งการเลือกคุณค่าของบุคคลอาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่การตัดสินใจเลือกคุณค่านั้นย่อมมี

พื้นฐานมาจาก ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ศาสนา วัฒนธรรม อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจในเรื่องของคุณค่าของบุคคล หรือการทำให้ค่านิยมกระจ่าง (value clarification) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับพยาบาล (สิวลี, 2537)

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล สิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือ การเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมนานาประการที่พยาบาลจะต้องไตร่ตรองตัดสินใจเลือกการกระทำ และพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ย่อมมีโอกาสรับทราบปัญหาของผู้ป่วยได้มากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ ในบางครั้งจึงจำเป็นต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีให้ผู้ป่วย รวมทั้งอาจต้องเป็นผู้กำหนดการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจในเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง และการที่พยาบาลมีกรอบแนวคิดในการตัดสินใจจะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้

โดยทั่วไปแล้วการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมักขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียด และไม่มีรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมรูปแบบใดที่เฉพาะเจาะจงหรือตายตัว สมิท (Smith, 1996a) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานจะช่วยลดความรู้สึกคับข้องใจจากการตัดสินใจที่ผิดพลาด มีการศึกษาถึงการตัดสินใจของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากพยาบาล 12 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าพยาบาลเหล่านี้ตัดสินใจโดยยึดถือตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก มีบางครั้งที่ตัดสินใจตามความต้องการของแพทย์และพยาบาลเอง ซึ่งพยาบาลจะใช้ศิลปะของการพูดเพื่อปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากอันตราย และผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทำให้พยาบาลจะรู้สึกสบายใจทุกครั้ง (Gold, et al, 1995)

สมิท (Smith, 1996a) ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยรวมทั้งพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 19 ราย ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการตัดสินใจของพยาบาลกลุ่มนี้เป็นกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

- (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นว่าใครมีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการตัดสินใจนี้บ้าง ซึ่งสิ่งที่พยาบาลนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจคือ เวลา เงื่อนไขของสังคม นโยบายและลักษณะของหน่วยงาน ความเป็นจริงที่ปรากฏในขณะนั้นมีอะไรบ้าง
- (2) สิ่งที่มากระตุ้นหรือสิ่งที่มากระทบต่อการตัดสินใจในครั้งนี้ ซึ่งแรงกระตุ้นจะมีทั้งภายในและภายนอก ซึ่งแรงกระตุ้นภายในหมายถึง สิ่งที่ทำให้ต้องตัดสินใจอย่างนั้น ส่วนแรงกระตุ้นภายนอกเกิดจากสถานการณ์ที่บีบบังคับในขณะนั้น เช่น แพทย์ (3) กระบวนการ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นการที่พยายามให้ความหมายถึงการพิจารณาอย่างไตร่ตรองในการตัดสินใจ โดยยึดถือความเชื่อ หลักการทางจริยธรรม นอกจากนี้ยังยึดถือความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพโดยใช้หลักการของสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย (4) ผลจากการตัดสินใจ เป็นการที่พยาบาลกลุ่มนี้ให้ความหมายถึงผลที่เกิดจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว และ พยาบาล

จากการศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของสมิท (Smith, 1996a) ซึ่งให้เห็นถึงกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกต้องเผชิญอยู่ทุกวัน ถึงแม้ว่าพยาบาลเหล่านี้จะไม่รู้ว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมก็ตาม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการตัดสินใจแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเผชิญกับปัญหาจริยธรรมพบว่ามีกระบวนการระบายความรู้สึกกับเพื่อน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ปลงหรือทำใจ การคิดในทางบวก (Chaowalit, et al, 1999)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญกับปัญหาจริยธรรมโดยเฉพาะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มักมีองค์ประกอบมากมายหลายประการในการตัดสินใจและไม่มีวิธีการใดเพียงวิธีการเดียวที่จะตัดสินใจได้เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์สำหรับคนทุกคน (Fry, 1994) ดังที่สิวลี (2537) กล่าวว่า การตัดสินใจปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจะต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าทีมสุขภาพจะแสดงเจตนาและความปรารถนาดีที่จะช่วยเหลือเป็นหลักสำคัญ แต่การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของบุคคลจะเป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้ การกระทำของทีมสุขภาพโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม ไม่เต็มใจ แม้จะเกิดผลดีต่อสภาพอาการทางกาย แต่เกิดความขมขื่นทางใจ การหม่นหมองต่อสภาพที่ตนเองไม่ยอมรับของผู้ป่วยก็น่าจะมีความสำคัญควบคู่กันไป เช่น วิธีการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอีกระยะหนึ่ง แต่ระยะหนึ่งของการมีชีวิตอยู่อย่างขมขื่น หม่นหมอง และอึดอัดต่อสภาพที่ตนเองต้องเผชิญก็ไม่อาจกล่าวได้เต็มที่เป็นสิ่งที่ถูกต้องและชอบธรรมเรื่องราวของชีวิต อารมณ์ ความรู้สึกของมนุษย์มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อนและเฉพาะตัว ยากแก่การที่จะจำกัดการมองอยู่ในกรอบใดกรอบหนึ่งที่ตายตัว สมิท (Smith, 1996a) กล่าวว่า การที่พยาบาลตระหนักถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานจะทำให้พยาบาลเกิดการพิจารณาใคร่ครวญอย่างระมัดระวังก่อนการกระทำและให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพซึ่งจะก่อให้เกิดสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่า สิ่งที่เป็นประโยชน์ในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ (1) การวิเคราะห์ถึงคุณค่าที่เกี่ยวข้อง (2) การวิเคราะห์ถึงบุคคลที่มีส่วน

เกี่ยวข้องในการตัดสินใจ (3) ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม พยาบาลต้องใช้กระบวนการวิเคราะห์ถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หาทางเลือกและตัดสินใจ ฮอลลีย์และไลออน (Holley & Lyons, 1993) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่ว่าใช้รูปแบบใดก็ตาม ควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ (1) การเคารพความเป็นบุคคลโดยการพยายามให้บุคคลตัดสินใจเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตของตนเองโดยปราศจากการบังคับ (2) หลักการไม่ทำอันตราย (3) หลักการของการทำประโยชน์ (4) ความซื่อสัตย์ ส่วนฟาวเลอร์ (Fowler, 1989) ได้กล่าวว่ามาตรฐานที่จะช่วยตัดสินใจสถานการณ์ที่บุคคลเกิดไม่แน่ใจ เช่น ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมี 4 ประการ คือ (1) การตัดสินใจโดยไม่ให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายหรือการสูญเสีย (2) ตัดสินใจโดยป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อผู้ป่วยถ้าพยาบาลไม่ให้การช่วยเหลือ (3) ตัดสินใจโดยคำนึงถึงการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย (4) ตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับมากกว่าอันตรายที่จะเกิดต่อพยาบาลและความเสี่ยงที่พยาบาลอาจได้รับจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำสุดที่พอจะยอมรับได้

ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล นักจริยศาสตร์หลายท่านได้เสนอรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบจะอธิบายถึงขั้นตอนในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในที่นี้จะนำเสนอรูปแบบการตัดสินใจของ ฟราย (Fry, 1994) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในคุณค่าและความเชื่อ ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องทำให้ปัญหาจริยธรรมกระจ่างชัดโดยวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของปัญหาว่าปัญหาเกิดขึ้นเมื่อไร เกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมสถานการณ์ดังกล่าวจึงเกิดปัญหาจริยธรรมขึ้น บุคคลที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยใครบ้าง ข้อมูลที่เป็นจริงและค่านิยมของบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องถูกนำมาพิจารณาอย่างครบถ้วน บุคคลที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งในคุณค่าของแต่ละคน เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ พยาบาล ผู้ร่วมทีมสุขภาพ เมื่อทราบปัญหาทั้งหมดจะทำให้มีทางออกในการแก้ปัญหา การแปลความหมายในปัญหาและคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องก็จะชัดเจน ในขณะที่ความขัดแย้งในคุณค่าก็จะชัดเจน ปัญหาจริยธรรมมักจะมีผลกระทบกับคุณค่าทางจริยธรรมกับคุณค่าของบุคคล



2. การวิเคราะห์ คุณค่า และความเชื่อ ที่สำคัญของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตรงกับประเด็นของปัญหาจริยธรรม มองคุณค่าโดยรวมของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ คุณค่าที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะรวมถึงความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ศาสนา วัฒนธรรม การปรับตัวของครอบครัว ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละสถานการณ์จะทำให้ความเป็นวิชาชีพและจะคงหลักจริยธรรมในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างไร การค้นหาคุณค่าที่สำคัญของแต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์มีความสำคัญมาก ปัญหาจริยธรรมจะไม่ได้รับการแก้ไข จนกว่าคุณค่าของแต่ละคนจะได้รับการค้นพบ และได้รับการวิเคราะห์ถึงความสำคัญ แต่ไม่ได้หมายความว่าคุณค่าของทุกคนจะได้รับการปกป้องหรือยอมรับ ความขัดแย้งส่วนใหญ่พยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยผู้ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจคุณค่าของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอาจจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในทางตรงกันข้าม ผู้มีส่วนร่วมในความขัดแย้งจะต้องตัดสินใจว่าคุณค่าอันไหนเป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดของบุคคล เพื่อช่วยและปกป้องการละเมิดสิทธิของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ และคุณค่าใดบ้างที่อาจไม่ใช่สิ่งสำคัญที่ไม่ควรหยิบยกมาพิจารณา เป้าหมายของวิชาชีพพยาบาลคือการช่วยเหลือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ได้รับการเคารพในคุณค่าของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สำคัญ

3. วิเคราะห์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และมีใครบ้างที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ของความขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นการประเมินสถานการณ์ว่าใครควรทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ความคิดเห็นของผู้พิทักษ์สิทธิคืออะไร เหตุผลในแง่กฎหมายมีผลกระทบต่อ การตัดสินใจครั้งนี้หรือไม่ อะไรคือทางเลือกที่ควรกระทำ อะไรคือผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ อะไรคือผลกระทบที่มีผลต่อบุคคลและสังคมโดยรวมทั้งทางบวก ทางลบ ทางด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านการเงิน กฎหมาย การศึกษา ศาสนา การวิเคราะห์ความขัดแย้งของบุคคลที่มีส่วนร่วม เพื่อเป็นการตอบคำถามว่าผู้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับคุณค่าที่เกิดขึ้นอย่างไร ซึ่งคุณค่าจะไม่ตายตัว เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความขัดแย้งในคุณค่าอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับความ ขัดแย้งในคุณค่าอาจนำไปสู่คำแนะนำเกี่ยวกับนโยบายองค์กร กำหนดนโยบายและเปลี่ยนนโยบาย ก่อนที่จะเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ซับซ้อนยากเกินกว่าการแก้ไขในการดูแลผู้ป่วย

4. ตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร เป็นการนำหลักการทางจริยธรรมมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจ ใช้แนวคิดทางจริยศาสตร์ จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิมนุษยชน และสิทธิบัตรผู้ป่วย โดยยึดคุณค่าพื้นฐานของบุคคล การตัดสินใจต้องทำอย่างเปิดเผยและบันทึกเป็น

ลายลักษณ์อักษรว่าใครเป็นผู้ทำการตัดสินใจ ทำเพื่อใคร โดยทั่วไปแล้วการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมักมีพื้นฐานบนคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดเวลา การค้นหาคุณค่าที่สำคัญและตัดสินใจโดยการรู้ความเป็นไปได้ของการตัดสินใจ ซึ่งทางเลือกในการตัดสินใจประกอบด้วย (1) คุณค่าของผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) ผลลัพธ์ที่ออกมา (3) ความถูกผิดจริยธรรมในแต่ละทางเลือก ซึ่งทางเลือกบางทางเลือกอาจขัดแย้งกันเอง เช่น ถ้าไม่ขัดแย้งในจรรยาบรรณวิชาชีพ แต่ไม่ช่วยส่งเสริมคุณค่าของผู้ตัดสินใจ และบางทางเลือกอาจพอยอมได้สำหรับผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว หรือชุมชนเช่น ด้านบุคคล แพทย์ และความเชื่อทางศาสนา แต่ไม่เหมาะสมสำหรับทีมสุขภาพ

ในบางครั้งการตัดสินใจเลือกการกระทำว่าจะอะไรคือสิ่งที่ถูกต้อง ควรกระทำมักจะเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบทางจริยธรรม ซึ่งการตัดสินใจต้องระมัดระวังการขัดแย้งในคุณค่าของบุคคลที่มีส่วนร่วม การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะสัมพันธ์กับคุณค่าเหล่านี้ ซึ่งต้องตั้งอยู่บนกระบวนการอย่างระมัดระวัง ซึ่งต้องใช้หลักจริยธรรมในการตัดสินใจ และต้องมีการประเมินดูผลลัพธ์ของแต่ละสถานการณ์ที่อาจเกิดจากการตัดสินใจ ซึ่งเอลลิสและฮาร์ทลีย์ (Ellis & Hartley, 1998) กล่าวแนะนำว่าวิธีแก้ปัญหาที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพคือ การเผชิญหน้ากับบุคคลนั้นโดยตรง หรืออาจมีการเปิดอภิปรายเพื่อหาทางออกในการแก้ปัญหาร่วมกัน

#### แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทางการแพทย์พยาบาล

ปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมาโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ชื่อ เอ็ดมัน ฮัสเซล ซึ่งต่อมาได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Pascoe, 1996) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพอีกรูปแบบหนึ่งที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญาทางสังคมศาสตร์ โดยมีความเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามสถานการณ์ ที่ตนเองอาศัยอยู่ (อาภรณ์, 2536) ในสมัยเริ่มแรกการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามักไม่ค่อยได้รับการสนใจมากนักเนื่องจากการเข้มงวดในเรื่องของสถิติที่เกี่ยวกับการวิจัย (Jennings, 1986 cited by Walters, 1995)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อสืบสานหาความจริงและทำความเข้าใจประสบการณ์ตามความหมายของบุคคลนั้น และเรื่องราวที่ปรากฏขึ้นต่อผู้ที่ทำ

การศึกษา และเรื่องราวที่ปรากฏถือว่าเป็นความจริงตามที่สัมผัสอยู่ในขณะนั้น (Munhall & Oiler, 1986 cited by Euswas, 1993) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคล (Oiler, 1981)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายและสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติเพื่อหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ โดยไม่ใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบใดๆ มาใช้เป็นสมมุติฐานในการบรรยาย วิธีการศึกษาประสบการณ์โดยไม่มีการตั้งสมมุติฐานหรือคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้าในการกำหนดขอบเขตของประสบการณ์ ซึ่งบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์จะเป็นคนบอกเล่าถึงประสบการณ์ได้ด้วยตนเอง ไม่ใช่เกิดจากการสรุปของนักวิจัยเอง (Omery, 1983)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้พัฒนาต่อมาเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงยุคปัจจุบันเป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มิเนวติกส์หรือ ไฮเดกเจอร์เรียน (hermeneutic or heideggerian phenomenology) ซึ่งนักปรัชญาที่พัฒนาแนวคิดนี้คือ ไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของฮัสเซิร์ล โดยแนวคิดของไฮเดกเจอร์กล่าวว่า มนุษย์มีความเป็นเอกภาพของตน ทั้งความคิดและการกระทำที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการให้ ความหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและความคิดที่ซ่อนเร้นอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995) ซึ่งต้องมีการศึกษาเพื่อสืบสาน วิเคราะห์ และแปลความหมายออกมาให้ชัดเจน (Sorrell & Redmon, 1995) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง ในการหล่อหลอมขอบเขตของอดีตปัจจุบันและอนาคตของบุคคลที่มีสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (Reeder, 1985 cited by Annelis, 1996)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มิเนวติก ไฮเดกเจอร์ได้กล่าวเน้นถึงแนวคิดสำคัญ 3 ประการเหล่านี้ (1) บุคคล (person) (2) การเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being in the world) (3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) (Koch, 1995)

1. บุคคล (person) หมายถึง ผู้ที่สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์ตามที่เขาได้รับมา โดยประสบการณ์ที่บรรยายออกมาจะเป็นลักษณะของ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งความหมายของประสบการณ์อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรืออาจเป็นจริงตามทฤษฎีเนื่องจากการแปลความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคลนั้น และการแปลความหมายของบุคคลต้องมีการเชื่อมโยง ความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาสู่ปัจจุบัน และอาจส่ง

ผลถึงความรู้สึกนึกคิดในอนาคตได้ (Koch, 1995) ซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าใจความเป็นบุคคล ไฮเดกเงอร์ได้อธิบายไว้ดังนี้ (Leonard, 1994)

1.1 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ (the person as having a world) หมายถึงบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติ ภาษา วัฒนธรรม ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด อย่างไรก็ตามแยกออกจากกันไม่ได้

1.2 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and values) หมายถึงการศึกษาเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ต้องศึกษาบริบทที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าใจถึงการให้คุณค่าและการให้ความหมายต่อสิ่งนั้นๆ (Leonard, 1994)

1.3 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) หมายถึง การมีชีวิตอยู่ของบุคคล คือการแปลความหมายด้วยตนเองขึ้นอยู่กับภาษาและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา เพราะฉะนั้นการที่ผู้วิจัยจะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจถึงภูมิหลังของภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลเหล่านั้นด้วย (Leonard, 1994)

1.4 บุคคลเป็นผู้รวบรวมประสบการณ์ (the person as embodies) หมายถึง บุคคลเป็นผู้รวบรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจความหมายจากประสบการณ์ต่างๆ ของบุคคล จะต้องเข้าใจประสบการณ์ของการดำรงชีวิตของบุคคลที่ต้องการศึกษา และผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่ (Leonard, 1994)

1.5 บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงเวลา (the person in time) หมายถึงบุคคลมีเวลาเป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตอยู่ การที่จะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลต้องเข้าใจว่าการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันของบุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคตต่อไปด้วย (Leonard, 1994)

2. การเกิดขึ้นหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being-in-the world) หมายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง ภูมิหลัง อายุการศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลอย่างแยกจากกันไม่ได้ โดยบุคคลจะเรียนรู้มาแต่กำเนิด (Koch, 1995)

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) หมายถึงการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลรับรู้หรือเข้าใจมาก่อนในอดีตเข้ากับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน และจะส่งผลถึงการกระทำในอนาคต นั่นคือ การที่บุคคลจะทำความเข้าใจกับสิ่ง

หนึ่งสิ่งใดได้ บุคคลต้องมีการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลรู้จักดีหรือเรียนรู้มาก่อน (Walsh, 1996)

จากแนวคิดสำคัญของไฮเดกเงอร์ดังกล่าวแล้ว กาดาเมอร์ซึ่งเป็นลูกศิษย์และเพื่อนร่วมงานของไฮเดกเงอร์ได้ขยายแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อสนับสนุนแนวคิดของไฮเดกเงอร์และเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลเพิ่มอีก 2 ประการ คือ (Thompson, 1990; Koch, 1995)

1. ภาษา (language) ถือว่าเป็นพื้นฐานหรือเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การเข้าใจบุคคลอื่นได้ เพราะภาษาเป็นสื่อกลางสำคัญที่ใช้ในการพูดคุยติดต่อสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลในบริบทนั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจภาษาของผู้ให้ข้อมูลและความหมายของภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการสื่อความหมาย

2. การเชื่อมโยงความหมาย (fusion of horizon) หมายถึง การเชื่อมโยงประสบการณ์ตามมุมมองของนักวิจัย รวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ ที่กำลังค้นหาและทำความเข้าใจโดยการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ต้องให้ครอบคลุมรายละเอียด ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทั้งหมด และสามารถมองภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด จนความเข้าใจของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อดังกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ในบริบทนั้นๆ และเพื่อช่วยลอคคติดต่อผลที่เกิดจากการศึกษา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์แบบเฮร์มิเนอติคเป็นการค้นหาคำตอบจากการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้น จากสิ่งที่เห็นในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งต้องทำอย่างผสมผสาน กลมกลืนระหว่างการฟัง และการบรรยาย การสัมภาษณ์จะต้องพยายามค้นหาข้อมูลที่อยู่ข้างในออกมาให้ได้ (inside – out) (Sorrel & Redmond, 1995) ซึ่งการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ต่างๆ ได้โดยตรง และคำถามโดยทั่วไปมักถามว่า “อย่างไร” (how) มากกว่า “ทำไม” (why) (Sorrel & Redmond 1995) เพราะคำถามลักษณะดังกล่าวจะทำให้ได้รับคำตอบที่สามารถเจาะลึกถึงประสบการณ์ร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกล่า ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนานประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมทั้งการบันทึกเทป และอาจต้องมีการกลับไปถามข้อมูลซ้ำๆ จนกว่าจะได้รับข้อมูลที่มีความหมายชัดเจน และลึกซึ้งเพียงพอ ซึ่งจะปรากฏในลักษณะของข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation data) คือไม่มีประเด็นเพิ่มขึ้น หรือสาระสำคัญเพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้รับใหม่มักมีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลที่สัมภาษณ์ช่วงที่ผ่านมา (Streubert & Carpenter, 1995)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา การสร้างสัมพันธภาพถือว่ามีความจำเป็นที่จะต้องกระทำก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบรายละเอียดก่อนการเก็บข้อมูล การศึกษานำร่องก่อนทำการศึกษาจริงหรือเก็บข้อมูลเป็นการฝึกเทคนิคและทักษะที่ต้องใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดเทป ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะทำให้ทราบข้อบกพร่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert & Carpenter, 1995) และสามารถนำข้อบกพร่องที่ได้จากการศึกษานำร่องไปปรับปรุงแนวคำถามในการเก็บข้อมูลจริงในครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา นักวิจัยมีบทบาทสำคัญ ในการแปลความหมายของปรากฏการณ์ เพื่อแสดงถึงควมมีคุณค่า และความน่าเชื่อถือของปรากฏการณ์ นักวิจัยควรปฏิบัติดังนี้ (Renharz, 1983 by Streubert & Carpenter, 1995)

1. มีความเข้าใจภาษาที่ใช้ในการพูดคุยเพื่อค้นหาประสบการณ์ของบุคคล ในการพูดคุยต้องให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้งที่สุด และสามารถแปลความหมายของประสบการณ์ที่ได้จากการพูดคุยรวมถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้อย่างถ่องแท้
2. ทำการแปลความหมายสิ่งที่ได้จากการพูดคุย และสังเกตเห็นมาให้ความหมาย โดยไม่ใช้ทัศนคติของนักวิจัยในการตัดสินใจจากการแปลความหมายกลับไปตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลว่าประสบการณ์ที่นักวิจัยแปลความหมายตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่
3. นักวิจัยต้องแปลความให้เห็นสาระสำคัญของประสบการณ์จากข้อมูลที่ค้นพบ
4. นำสาระสำคัญทั้งหมดที่ได้มาอธิบายให้ผู้อ่านเห็นภาพของปรากฏการณ์ภายใต้ข้อมูลจริงที่ค้นพบ
5. เขียนรายงานให้เห็นภาพรวมของเหตุการณ์ทั้งหมดโดยอธิบายรายละเอียดตามความเป็นจริง โดยไม่มีการบิดเบือนความจริง หรือเขียนเกินความจริง

จากแนวคิดและหลักการที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเหมาะสมกับการนำมาเป็นแนวคิดในการทำวิจัยเพื่อศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความหมายและความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการปฏิบัติงาน การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม รวมถึงผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักในบริบทของวัฒนธรรม และสังคมไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธี การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮร์มิเนวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อ บรรยายและอธิบายประสบการณ์เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล 2 แห่ง ในภาคใต้

#### กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ราย ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีประสบการณ์ในการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
2. ยินดีและเต็มใจในการสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง ในเรื่องประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงาน

#### เครื่องมือในการวิจัย

นักวิจัยเป็นบุคคลสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี เครื่องมือประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เทปบันทึกเสียง
2. ม้วนเทปบันทึกเสียง
3. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เงินเดือน ประเภทของผู้ป่วยในความดูแล ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ประวัติการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งครอบคลุมคำถามย่อยเกี่ยวกับการให้ความหมาย และความรู้สึก เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม และผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูล แล้วนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ โดยทำการศึกษานำร่องในผู้ให้ข้อมูล 2 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของเรื่องที่ต้องการศึกษา และเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง แล้วจึงนำปัญหาที่ได้นั้นมาใช้ในการปรับปรุงแนวคำถาม และนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง



## จรรยาบรรณนักวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องของการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับรวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการศึกษาโดยได้ตลอดเวลา (Munhall, 1993) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยต่างๆ มีการคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล หลีกเลี่ยงคำถามที่เป็นการคุกคามผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ชั้นเตรียมตัวของผู้วิจัย เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและมีความสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเตรียมตัวดังนี้

1.1.1 เตรียมความรู้เกี่ยวกับแนวความคิดทางจริยธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักการทางจริยธรรม แนวคิดเกี่ยวกับจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามให้มีความครอบคลุมมากที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษา

1.1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยศึกษา

ปรัชญา แนวคิดและหลักการ ตลอดจนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ อันจะนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุม ปรากฏการณ์ให้มากที่สุด

1.1.3 การเตรียมด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาจาก ทฤษฎี เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการจัดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.4 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา โดยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการ กฎระเบียบต่างๆ ของหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน เก็บข้อมูล

1.2 การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำ หนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่ต้องการไปเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน

1.3 สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ที่มีความสัมพันธ์เหมือนผู้ให้ข้อมูล ก่อนนำไปศึกษานำร่อง

1.4 การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่อง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด 2 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงเพื่อฝึกทักษะของเทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนเพื่อการศึกษาความเป็นไปได้ของการศึกษาวิจัย

2. ขั้นตอนการและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพตามขั้นตอน ดังนี้

### 2.1 การสร้างสัมพันธภาพ

2.1.1 เริ่มจากการเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวาจาอีกครั้ง หลังจากนั้นแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้ข้อมูล

2.1.2 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ และถามความสมัครใจของพยาบาลในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งให้พยาบาลทราบว่า ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในขณะปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลผู้ใดสนใจและยินดีถ่ายทอดประสบการณ์ ผู้วิจัยจะลงบันทึกชื่อไว้ และถามถึงวัน เวลาและสถานที่สะดวกในการสัมภาษณ์ ซึ่งจะนัดวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อม หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยก็จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.1.3 อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเสียง เพื่อความสะดวกและถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ซึ่งเทปบันทึกการสัมภาษณ์เก็บไว้เป็นความลับ และทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำเสนอโดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.1.4 แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

2.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.2.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ผู้วิจัยให้ความสนใจเกี่ยวกับการให้ความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ซ่อนเร้นรายละเอียดหรือข้อปลีกย่อยต่าง ๆ ในประเด็นที่ศึกษา โดยทำการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะดวก และพร้อมในการให้ข้อมูล ในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การสัมภาษณ์ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการใช้คำถามกระตุ้น (probes) โดยจะใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยผู้วิจัยจะถามต่อเนื่องจากคำตอบเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เพื่อเจาะลึกและสืบค้นในประเด็นที่ต้องการ ซึ่งผู้วิจัยต้องมีสติและคิดอยู่ตลอดเวลาว่า ต้องการถามอะไร เพราะการที่จะให้ผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ โดยใช้ข้อคำถามที่สร้างขึ้น โดยการผสมผสานกับเทคนิคการฟัง การสะท้อน การบรรยาย การกล่าวซ้ำ และการเงียบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุม ระหว่างการเก็บข้อมูล ขณะ

สัมภาษณ์ก็ได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลด้วยทุกครั้ง ทำเช่นนี้ไปจนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำๆ กัน หรือไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม

2.2.2 การบันทึกเทป ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกคำตอบของผู้ให้ข้อมูลได้ทั้งหมด ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และก่อนบันทึกเทปผู้วิจัยต้องขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมก่อนทุกครั้งจึงจะทำการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ

2.2.3 การจดบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลในประเด็นที่สัมพันธ์กับการศึกษาในครั้งนี้ ในขณะที่สัมภาษณ์ โดยจดบันทึกสรุปสั้นๆ ในแต่ละเหตุการณ์ และตามด้วยการบันทึกรายละเอียดภายในวันนั้น

2.2.4 การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากทำการสัมภาษณ์ผู้ปวยในแต่ละวันแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการถอดเทปมาบันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดขณะสัมภาษณ์ อ่านข้อความจากการถอดเทปเพื่อเลือกข้อความที่เป็นคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย ความรู้สึก ต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการปฏิบัติงาน การแก้ไขและผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และทำการตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.2.5 สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ

2.2.6 ตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังจากเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้องตรงกับคำบรรยาย และอธิบายของผู้ให้ข้อมูลจริง โดยการตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้รับ (validity) ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสรุปย่อ ๆ แล้วนำกลับไปยอนถามผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นจริงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่

2.2.7 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ มาสรุปเป็นข้อสรุปเบื้องต้น หรือแปลความเบื้องต้นและอ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง

เพื่อยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปเป็นครั้งสุดท้าย ทำเช่นนี้กับผู้ให้ข้อมูล  
ทุกรายที่ทำการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติกก็เหมือนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไป  
กล่าวคือกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ต้องปฏิบัติพร้อมกันไปในเวลาเดียว  
กันซึ่งผู้วิจัยใช้กระบวนการในการวิเคราะห์และอธิบายความหมายของปรากฏการณ์ ดังนี้

(Allen & Jensen, 1990; Diekelmann, 1992; Beck, 1994; Streubert & Carpenter, 1995)

1. อ่านข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการบันทึกประจำวันหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ  
ใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้ง  
หมดที่ได้มาถอดเทปอย่าง บันทึกข้อความทั้งหมดโดยไม่ตีความลงในสมุดบันทึก หลังจาก  
ถอดเทปแล้วนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกภาคสนาม มาอ่าน  
ทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้

2. อ่านข้อความอีกครั้ง โดยการดึงข้อความหรือประโยคสำคัญเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการ  
ศึกษา โดยขีดเส้นใต้ข้อความที่สะท้อนถึงการให้ความหมาย ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้ง  
ทางจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ประสบในการปฏิบัติงาน การแก้ไขประเด็น  
ขัดแย้งทางจริยธรรม และผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

3. ให้ความหมายแต่ละประเด็นที่ค้นพบ ภายใต้อำนาจที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล

4. อ่านข้อความเดิมซ้ำ แล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การแก้  
ปัญหาที่แยกไว้แล้ว จัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน  
(clusters of themes) ซึ่งจะจัดได้ทั้งกลุ่มใหญ่ (themes) และกลุ่มย่อย (sub-themes) ที่อยู่  
ภายใต้ความหมายเดียวกันกับกลุ่มใหญ่ๆ นั้นๆ ทำให้ในแต่ละวันผู้วิจัยจะทราบว่า ข้อมูลใดที่  
ได้มาแล้ว ข้อมูลใดที่ยังขาด ไม่ชัดเจน หรือยังไม่ครบถ้วน ก็จะทำการวางแผนและกำหนด  
ประเด็นปัญหาที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม เพื่อกลับไปรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

5. เขียนคำอธิบายความหมายและความรู้สึกของปรากฏการณ์ ประเด็นขัดแย้ง  
ทางจริยธรรม การแก้ไขและผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่ค้นพบบน

พื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลในแต่ละประเด็นมากเพียงพอแล้ว

6. อธิบายโครงสร้างสำคัญทั้งหมดของปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดและชัดเจนด้วยประโยคที่เป็นโครงสร้างซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นแก่นของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

7. พิสูจน์ว่าข้อสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายของพยาบาลนั้นว่าเป็นข้อสรุปที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง (validating data) โดยนำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบว่ามีความหมายตรงกับประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโดยมีประเด็นย่อยดังนี้

- 2.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาล
- 2.2 ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
- 2.3 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการปฏิบัติงาน
- 2.4 การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล
- 2.5 ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยใช้นามสมมติว่า บี ดีว เอฟ ซี นิด ลอย น้อย หยอย อี๊ด และดี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 35 ปี จำนวน 4 ราย โดยมีอายุมากที่สุด 36 ปี และมีอายุน้อยที่สุด 23 ปี ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ 6 ราย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 5 ราย รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท จำนวน 4 ราย ทุกรายมีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประเภทของผู้ป่วยที่ให้การดูแลมากที่สุดตามลำดับคือ ศัลยกรรมและอายุรกรรมอย่างละ 5 ราย ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 6 - 10 ปี จำนวน 4 ราย รองลงมา 11 - 15 ปี จำนวน 3 ราย ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก น้อยกว่า 1 ปี 6 - 10 ปี และ 11 - 15 ปี มีจำนวนเท่ากันอย่างละ 3 ราย มีเพียง 1 ราย ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 1 - 5 ปี

ทุกรายได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และได้รับการประชุม อบรม สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมจำนวน 7 ราย ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกราย และได้รับการประชุม อบรม สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 6 ราย (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ (ปี)	
23-30	4
30-35	5
36-40	1
เพศ	
หญิง	10
ศาสนา	
พุทธ	10
สถานภาพสมรส	
โสด	4
คู่	6
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10
เงินเดือน (บาท/เดือน)	
5,000-10,000	4
10,001-15,000	5
15,001 -20,000	1



ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
ประเภทของผู้ป่วยในความดูแลมากที่สุดเรียงตามลำดับ	
อายุรกรรม	5
ศัลยกรรม	5
ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ (ปี)	
น้อยกว่า 1 ปี	2
1 - 5	1
6 - 10	4
11 - 15	3
ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก (ปี)	
น้อยกว่า 1 ปี	3
1 - 5	1
6 - 10	3
11 - 15	3
ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับจริยธรรม	
ในหลักสูตรการพยาบาล	10
ได้รับการประชุม อบรม / สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม	
ได้รับ	7
ไม่ได้รับ	3
ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	
ในหลักสูตรการพยาบาล	10
ได้รับการประชุม/อบรม/สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับ	
การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	
ได้รับ	6
ไม่ได้รับ	4

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก มีดังต่อไปนี้

บี เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 31 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยหนัก ในระหว่างปฏิบัติงานไม่เคยได้รับการประชุมอบรม สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม แต่ได้รับการอบรม สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ครั้ง มีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพและประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักเท่ากันคือ 7 ปี ประเภทของผู้ป่วยที่ให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรม

ดีว เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 32 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด ดีว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งภาคใต้ หลังจบการศึกษา ดีวเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นเวลา 5 ปี มีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 7 ปี แต่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 2 ปี ในช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาล ดีวได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ในระหว่างการปฏิบัติงาน ดีวยังได้รับการประชุม อบรม สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม 1 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ครั้ง หลังจากปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นเวลา 5 ปี ดีวได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักให้ย้ายไปปฏิบัติงานที่เดียวกัน ดีวได้รับการบอกเล่าจากเพื่อนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักว่างานหอผู้ป่วยหนักเป็นงานที่น่าสนใจ ถึงแม้จะมีความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยสูงกว่าหอผู้ป่วยสามัญทั่วไปก็ตาม ดีวสนใจในงานหอผู้ป่วยหนักเพราะคิดว่าเป็นงานท้าทายความสามารถและประกอบกับลักษณะงานหอผู้ป่วยหนักเป็นหอผู้ป่วยที่ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับญาติมาก ดีวจึงตัดสินใจย้ายมาปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยหนักตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ดีวให้การดูแลผู้ป่วยประเภทอายุรกรรมมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทศัลยกรรม

เอฟ เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 29 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ เอฟ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งภาคใต้ ช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาล เอฟได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เอฟได้รับการประชุม อบรม สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับ จริยธรรม เอฟมีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 5 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 2 ปี เอฟบอกว่าตัวเองมักเป็นคนพูดเสียงดัง เสียงแข็งๆ ฟังดูแล้วไม่ค่อยไพเราะอ่อนหวาน ผู้ร่วมงานและญาติผู้ป่วยมักไม่ค่อยชอบนัก เอฟจึงชอบงานในหอผู้ป่วยหนัก เพราะไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วยมากนักเนื่องจาก ลักษณะของหอผู้ป่วยจะเป็นที่รวมของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ และเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมเป็นเวลา คือช่วง เช้า เที่ยง เย็น ครั้งละไม่เกิน 15 นาที ประเภทของผู้ป่วยที่เอฟให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วย อายุรกรรม เอฟเล่าว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานหนัก เสี่ยงต่อการติดคุกติด ตะรางสูง เพราะต้องทำกับชีวิตคน แต่ผลตอบแทนจากการทำงานมักไม่คุ้มค่า ในบางครั้ง ยังถูกญาติผู้ป่วยหรือผู้ร่วมงานด้วยกันตำหนิทั้ง ๆ ที่ตั้งใจทำอย่างดี และเต็มที่แล้ว จน บางครั้งทำให้เอฟเกิดความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ในวิชาชีพพยาบาล

ซี เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 36 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประสบการณ์การทำงาน ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 12 ปี แต่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 2 ปี ประเภทของผู้ป่วยที่ซีให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วย อายุรกรรม ซีปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า ความรับผิดชอบอื่นนอกจากดูแลผู้ป่วยหนักแล้ว ยังได้รับมอบหมายให้ทำงานทางด้านการบริหารงานในหอผู้ป่วยแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย ซีเป็นคนที่มื่อธยาดี พูดคุยเก่งโดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมซีจะมีความสนใจมาก

นิต เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 34 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ นิตปฏิบัติงานใน ในฐานะพยาบาลวิชาชีพมา 6 ปี แต่ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 13 ปี เนื่องจาก หลังจบการศึกษาในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลแล้ว นิตปฏิบัติงานในฐานะพยาบาล เทคนิค หลังจากปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเทคนิคอยู่ 5 ปี จึงลาไปศึกษาต่อเนื่องอีก 2 ปี จบการศึกษากลับมาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในฐานะพยาบาลวิชาชีพ นิตมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักนานกว่าผู้ให้ข้อมูลคนอื่นทุกราย ในช่วงที่ศึกษาใน หลักสูตรการพยาบาล นิตได้รับการศึกษาเกี่ยวกับ จริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังสำเร็จการศึกษา นิตได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการอบรมสัมมนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม หน้าที่ความรับผิดชอบโดย ทัวไปของนิตคือให้การดูแลผู้ป่วยหนักในฐานะพยาบาลวิชาชีพ โดยปฏิบัติงานเวร เช้า ปาย ดึก และงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย รับผิดชอบดูแลสมาชิกในทีมให้

ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพแทนหัวหน้าหอผู้ป่วยในเวร ป้าย ดึก ระยะแรกที่นัดเริ่มปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนร่วมงานมักจะให้ความไว้วางใจ ไม่ค่อยมาควบคุมดูแลมาก เพราะถือว่านัดมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักมานานแล้ว ผู้ร่วมงานในที่นี้จึงมักปล่อยให้นัดทำเอง ตัดสินใจเอง ซึ่งนัดเล่าว่าถึงแม้จะมีประสบการณ์การทำงานมานานแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่ต้องตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยตัวเอง แต่เมื่อต้องมาปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพและต้องมีการตัดสินใจเองโดยใช้วิจารณญาณ และ ต้องรับผิดชอบการกระทำของตัวเอง เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้นัดเกิดความเครียดมากพอสมควร ประเภทของผู้ป่วยที่นัดให้การดูแลมากที่สุดคือ ผู้ป่วยอายุรกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยศัลยกรรม

ลอย เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 34 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ลอยมีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 11 ปี แต่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักเพียง 6 ปี เนื่องจากหลังจบการศึกษา ลอยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเป็นเวลา 5 ปี ลอยสนใจงานทางด้านการดูแลผู้ป่วยหนัก ลอยจึงทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาเพื่อขอย้ายไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ประเภทของผู้ป่วยที่ลอยให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยอายุรกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยศัลยกรรม เรื่องที่ลอยสนใจมากตอนนี้คือเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่กำลังได้รับการพูดถึงกันมากในขณะนี้ ลอยมีความสนใจอยากทำวิจัยเรื่องสิทธิผู้ป่วย ลอยจึงมีความสนใจที่จะพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อเล่าประสบการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

น้อย เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 34 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ น้อยเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยหนักในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 12 ปีเท่ากัน ประเภทของผู้ป่วยที่น้อยให้การดูแลมากที่สุดคือ ผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรม ในช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาล น้อยได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลังจบการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลแล้ว น้อยยังได้รับการประชุม อบรม สัมมนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม 2 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2 ครั้ง ปัจจุบันน้อยปฏิบัติเฉพาะเวรเช้า นอกจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหนักที่เป็นหน้าที่หลักแล้ว น้อยยังได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านบริหารงานหอผู้ป่วยหนักแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องการจัดสรรอัตรากำลัง ให้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง การติดต่อประสานงานกับแผนกต่างๆ เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่อยู่

หยอย เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 27 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาล หยอยได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรม และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลังสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรการศึกษานพยาบาล หยอยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม 1 ครั้ง และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ครั้ง ประเภทของผู้ป่วยที่หยอยให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรม หยอยเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ณ หออภิบาลผู้ป่วยเด็กแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 5 ปี ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก 4 ปีกว่า หลังจากนั้นมีความจำเป็นต้องย้ายตามครอบครัวมาปฏิบัติงานในภาคใต้ ทางผู้บริหารเห็นว่าหยอยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักถึงแม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยเด็กก็ตาม จึงจัดสรรตำแหน่งให้หยอยปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก หยอยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 10 เดือน หยอยยังต้องทำงานภายใต้การควบคุมของพยาบาลอาวุโส เพราะพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักไม่ถึง 1 ปี ต้องทำงานภายใต้การควบคุมของพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่า

อีด เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 23 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในหลักสูตรการพยาบาล ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแต่ไม่เคยได้รับการประชุม อบรม สัมมนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังจากสำเร็จการศึกษาได้เริ่มปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากปฏิบัติงานในหอดังกล่าวมาเป็นเวลา 6 เดือน ได้ถูกขอตัวไปช่วยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากทางหอผู้ป่วยหนักขาดอัตรากำลัง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ 11 เดือน และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 4 เดือน ประเภทของผู้ป่วยที่ให้การดูแลมากที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรม รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรม การที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในครั้งนี้ทำให้อีดรู้สึกสบายใจขึ้นมากเพราะถือเป็นการระบายความคับข้องใจจากเหตุการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเช่นกันอีดเป็นน้องใหม่ที่ขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหนัก จึงต้องทำงานภายใต้การควบคุมของพยาบาลที่อาวุโสเช่นเดียวกับหยอย

ดี เป็นพยาบาลวิชาชีพวัย 23 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในช่วงที่ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลดีได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลัง

จากจบการศึกษาได้ได้รับการอบรม เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดีเริ่มปฏิบัติงานครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยหนัก ดีมีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพและ ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักนาน 11 เดือน ดียังต้องทำงานภายใต้การควบคุมของพยาบาลอาวุโสเช่นเดียวกับหอยและอดีตเนื่องจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักยังไม่ครบ 1 ปี

ส่วนที่ 2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยนำเสนอประเด็นขัดแย้งทางที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงานโดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้ (1) ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาล (2) ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (3) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการปฏิบัติงาน (4) การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และ (5) ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการปฏิบัติงานไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้คือ (1) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี (2) บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด (3) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก และ (4) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้ เพราะไร้อำนาจ

1.1 ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี พยาบาล 6 ใน 10 ราย อธิบายถึงความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าควร จะตัดสินใจอย่างไรเพื่อให้เกิดการกระทำที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และในบางครั้ง การที่พยาบาลคิดหรือตัดสินใจแตกต่างจากผู้ร่วมงานคนอื่นในที่มสุขภาพทำให้พยาบาลเกิดความลังเลใจหรือไม่แน่ใจว่าความคิดหรือการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยคืออะไร พยาบาลจึงให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี ดังเช่นคำพูดที่ว่า

“...เอฟไม่แน่ใจว่าสิ่งไหนผิดหรือถูก ความขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นเหตุการณ์ที่ต้องทำไปท่ามกลางความไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด”

(เอฟ)

“...เป็นสถานการณ์ที่นึกเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่านี่จะตัดสินใจกระทำอย่างไรดี เกิดความไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตัดสินใจไปถูกหรือผิดจะเป็นผลดีกับคนไข้หรือไม่”

(นิด)

“...เป็นสถานการณ์ที่พี่ไม่รู้จะทำอย่างไรดี ถ้าพี่เลือกทำตามคำสั่งของหมอ เช่น การหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแพทย์สั่ง ขณะที่พี่เห็นว่าคนไข้ยังไม่พร้อม การหย่าเครื่องช่วยหายใจจะไม่ประสบความสำเร็จ และทำให้คนไข้ไม่สบายหายใจเหนื่อยหอบอีกต่างหาก ซึ่งจะเกิดผลเสียกับคนไข้ที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานไปอีก เราก็ไม่สบายใจว่าอย่างไหนมันจะถูกต้องระหว่างการทำตามแผนการรักษาโดยไม่ทักท้วง... กับความสบายของคนไข้”

(ซี)

1.2 บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด เป็นการให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจภายหลังจากที่ตัดสินใจเลือกกระทำและได้กระทำลงไปแล้วว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องจริงหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลคิดว่าตนเองได้ตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว แต่ผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจกลับเป็นไปในทางตรงกันข้ามหรือเกิดผลด้านลบต่อผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในสิ่งที่ตนได้ตัดสินใจกระทำลงไปและไม่แน่ใจว่าการกระทำแบบไหนจึงจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง พยาบาลจึงให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่า บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด ดังเช่นคำพูดที่ว่า

...เหตุการณ์ที่ดิฉันได้ทำหรือตัดสินใจทำอะไรบางอย่าง...เรื่องการรีบหย่าเครื่องช่วยหายใจให้คนไข้เพราะดีถือว่ามีถ้าหย่าได้เร็วจะเป็นประโยชน์กับคนไข้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากนัก... ตอนแรกที่ตัดสินใจทำให้เขาดีก็คิดว่าดิฉันทำถูกต้องแล้วนะ แต่ผลที่เกิดจากการตัดสินใจทำของดิฉันมันไม่เกิดประโยชน์กับคนไข้อย่างเต็มที่... อาการเขาแย่ลง... ดิฉันก็กลับมาคิดถึงทบทวนดูว่า สิ่งที่ดี

ทำไปมันคงไม่ถูกต้องมันจึงเกิดผลที่ไม่ดีกับคนไข้อย่างนั้น... ทำให้ดิฉันเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจขึ้นมาในการที่จะตัดสินใจในครั้งนั้นว่าการกระทำที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร”

(จิตา)

“...บีคิดว่ากรกระทำของบีที่เข้าไปบอกอาการคนไข้ตามความเป็นจริง... เป็นเรื่องที่ถูกต้องแล้วนะ... และบีประเมินดูแล้วว่าน่าจะเป็นประโยชน์กับคนไข้และญาติ... บีจึงตัดสินใจทำไป แต่หลังจากที่บีทำไปแล้ว ผลปรากฏว่าญาติเขารับไม่ได้ เขาทำใจให้ยอมรับสิ่งที่บีคิดว่าเป็นประโยชน์แก่เขาไม่ได้ บีก็กลับมาคิดถึงว่าบีทำถูกหรือเปล่า บีไม่ค่อยมั่นใจเหมือนกัน”

(บี)

1.3 ต้องเลือกทำอย่างไรอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก เป็นความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่สร้างความยากลำบากใจในการตัดสินใจเลือกการกระทำบางอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ แต่ทางเลือกที่มีให้เลือกในแต่ละสถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจเลือก มักไม่มีทางเลือกที่น่าพึงพอใจ หรือเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้น เพราะเมื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกหนึ่งก็จะไปขัดแย้งกับอีกทางเลือกหนึ่งที่ไม่ได้ตัดสินใจเลือก พยาบาลจึงจำเป็นต้องเลือกทางเลือกนั้นทั้งๆ ที่ไม่ยอมเลือก พยาบาลจึงให้ความหมายว่าเป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกทำอย่างไรอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก ดังคำพูดที่ว่า

“...เป็นสิ่งที่ลอยไม่ยอมทำตามเลยการผูกมัดคนไข้... แต่ลอยไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่านี้...ลอย รู้สึกไม่ดีที่ต้องผูกมัดคนไข้... ลอยคิดว่าเป็นการละเมิดสิทธิคนไข้... ลอยรู้สึกว่าร่าจกัดิอิสระเขา แต่ลอยก็ต้องเลือกทำ ก็เพื่อประโยชน์ของเขาเองนั่นแหละ ถ้าไม่ผูกมัดเขา เขาก็จะดึงอุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิตเขา... ก็จะทำให้เกิดอันตรายกับเขาอีก”

(ลอย)

“...คนไข้ที่หมดหวังแล้ว... คนไข้ไม่รู้ตัว... การตอบสนองต่อการกระตุ้นต่างๆ ไม่ดีแล้ว สัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องให้ยากระตุ้น หัวใจอยู่ คนไข้ไม่น่าจะลุกแล้ว นิดคิดว่าน่าจะปล่อยให้เขาไปอย่างสงบ ไม่ต้องช่วยนวดหัวใจ ถ้าเขาหยุดหายใจ หรืออาการแยลง แต่พอถึงเวลาที่หัวใจเขาหยุดเต้นจริง ๆ... ถ้านิดปล่อยให้เขาตายไปโดยที่ไม่ช่วยเหลืออะไรเลย มันก็เหมือนกับทำบาปอีกใช่ไหม ศาสนา



พุทธเขากล่าวว่าการปล่อยให้คนอื่นตายโดยไม่ช่วยเหลือถือเป็นบาป เราก็กลับบาป แล้วอีกอย่างหนึ่งวิชาชีพรเราเขาสอนมาให้ช่วยเหลือคนไข้อีกใช้ไหม การปล่อยให้เขาตายต่อหน้าต่อตาก็คือผิดจรรยาบรรณอีก นิดต้องช่วยเขาอยู่แล้วตามจรรยาบรรณ... นิดคิดว่าบางที่จรรยาบรรณก็ทำให้คนไข้ทรมานเหมือนกันนะ”

(นิด)

“...วันนั้นคืออยู่เวร คนไข้หยุดหายใจ หลังจากที่พวกเรา (พยาบาล) บี้ม หัวใจกันจนเหนื่อยแล้ว หัวใจคนไข้เริ่มทำงาน แต่ไม่มีท่าทีว่าคนไข้จะดีขึ้น ก็ยังไม่รู้สึกตัว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจต่อไป ญาติทำใจได้แล้วและจะพากลับบ้าน ญาติบอกดีให้ช่วยเอาเครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อช่วยหายใจออก ตอนแรกดีคิดว่าจะทำให้ได้ยังไงละคนไข้ยังไม่ตายเลย ดีไม่อยากทำห rokok ไม่กล้าทำด้วยกลัวบาป คนยังไม่ตาย การที่ไปดึงท่อช่วยหายใจออกดีมีความรู้สึกรับไม่ได้ มันเหมือนการช่วยให้เขาตายเร็วขึ้น แต่ดีก็ต้องทำ ญาติเขามาขอร้อง เขาจะเอาคนไข้กลับไปตายที่บ้าน... ดีก็ต้องตัดสินใจทำตามความต้องการของญาติทั้งที่ใจเราไม่อยากจะเลยสักนิดเดียว ดีถือว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องทำ และพยายามบอกตัวเองว่าสิ่งที่เราทำมันไม่ใช่ความต้องการของเรา แต่เป็นความต้องการของญาติ”

(ดี)

1.4 เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ เป็นความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลทั้ง 10 ราย อธิบายถึงการเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และมักเป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลต้องประสบบ่อยๆ แต่ปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เพราะพยาบาลไม่มีอำนาจในการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายในที่มสุขภาพมาช่วยกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน พยาบาลจึงให้ความหมายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไม่ใช่อำนาจพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า

“...การดูแลคนไข้ส่วนใหญ่ปัญหาที่เจอบ่อยๆ มันก็แก้ไม่ได้สักทีหนึ่งเพราะว่ามันต้องใช้ความร่วมมือหลายฝ่าย หลายด้าน เอฟก็ไมรู้จะแก้ไขยังไง เหมือนอย่างในที่มสุขภาพเกี่ยวกับดูแลคนไข้ เอฟก็ไม่สามารถไปพูดคุยกับเขาได้ เอฟก็ได้แต่พูดคุยกับหัวหน้า ...พูดคุยแล้วแต่ปัญหาก็กังไม่ได้แก้ส่วนใหญ่หัวหน้าระดับ

สูงเขาจะไม่ค่อยเห็นความสำคัญ ผู้ที่มีอำนาจที่สามารถแก้ปัญหาให้ได้เขาจะไม่ค่อยมองปัญหาที่น้องๆ เสนอไปสักเท่าไร”

(เอฟ)

“...ความรู้สึกคับข้องใจของดิวก็คือ ดิวอยากช่วยเหลือคนไข้ให้ได้รับการดูแลที่ดี สนองความต้องการของเขา เพราะเราอยู่กับคนไข้ทุกวันเราจะรู้ปัญหาคนไข้ดีกว่าทุกคนดิวก็ค้นพยายามพูดปัญหาแทนคนไข้ให้หมอฟัง เพราะคนไข้เขาไม่มีโอกาสพูดได้เอง และดิวเองถึงรู้ปัญหาคนไข้แต่ก็ทำอะไรไม่ได้... ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องคนไข้ในบางเรื่อง แต่พอดิวพูดไป... เขา (หมอ) ก็ไม่สนใจในสิ่งที่ดิวพูด เขาทำเฉยแสดงว่าเขาไม่ให้ความสำคัญ เรารู้แล้วว่าเขาไม่เห็นด้วยในสิ่งที่เราเสนอไป... เราก็อังรู้สึกคับข้องใจอยู่อย่างนั้น... เราทำอะไรไม่ได้อยู่แล้ว... ปัญหาที่ยังไม่ได้แก้”

(ดิว)

## 2. ความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เมื่อพยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและให้ความหมายไว้ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 3 ลักษณะ ดังนี้คือ (1) เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน (2) อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ และ (3) โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว โดยมีรายละเอียดของความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังต่อไปนี้

2.1 เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน พยาบาล 5 ใน 10 ราย อธิบายถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อใจในการทำงานว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งในใจ อึดอัดคับ ข้องใจ ไม่มีความแน่ใจในการตัดสินใจเลือก และไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตัวเองบ่อยๆ โดยที่ปัญหาเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง การเผชิญปัญหาดังกล่าวบ่อยๆ ทำให้พยาบาลไม่มีกำลังใจในการทำงาน และเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน ดังคำพูดที่ว่า

“...ก็รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อยากลาออกจากวิชาชีพ... อยากเปลี่ยนหน่วยงาน ย้ายแผนก ตำแหน่งหน้าที่ ไม่มีกำลังใจในการทำงาน ทำงานในอาชีพนี้ อย่างน้อยก็เสี่ยงอยู่แล้วใช่ไหม เสี่ยงกับการติดโรค แล้วก็ต้องมาเจอสภาพการ

ทำงานที่มีแต่ความ ไม่แน่ใจ ลังเลใจ ไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไรดีในบางสถานการณ์ถ้าวันไหนเกิดตัดสินใจพลาดพลังขึ้นมา ก็เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องเหมือนกัน”

(เอฟ)

“เจอปัญหาที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยๆ ก็รู้สึกท้อเหมือนกัน... คือตั้งใจทำงานให้ดี แต่บางครั้งต้องขึ้นอยู่กับคำสั่งของคนอื่น... ดีไม่สามารถตัดสินใจทำ... ได้ด้วยตัวเองทั้งๆที่รู้ว่าควรทำยังไง”

(ดี)

“...เจอเหตุการณ์ที่มันเป็นข้อขัดแย้งภายในใจหลายๆ ครั้ง ซึ่งความขัดแย้งนั้นมันมักจะเกิดขึ้นแล้วเกิดขึ้นอีกบ่อยๆ... ซึ่งพี่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร... ไม่มีทางไหนที่จะมาช่วยลดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจของพี่ได้... แรกๆพี่ก็เบื่อ ไม่มีกำลังใจที่จะทำงาน... อยู่ไปนานๆ มันก็ปลง... มันไม่มีทางไหนที่จะช่วยแก้ไขได้”

(ซี)

2.2 อีตอัด ขัดใจ ไร้อิสระ พยาบาลทั้ง 10 ราย อธิบายถึงลักษณะของความรู้สึก อีตอัด ขัดใจ ไร้อิสระ เมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและพยาบาลต้องการกระทำในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่พยาบาลก็ไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากพยาบาลไม่มีอำนาจอิสระที่จะตัดสินใจกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และมีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถตัดสินใจทำได้ จึงทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอีตอัด ขัดใจ ไร้อิสระ ดังคำพูดที่ว่า

“...ลอยมีความรู้สึกว่าจะทางเลือกในการตัดสินใจในวิชาชีพเรามันแคบ การตัดสินใจจะทำอะไรของเรามันไม่มีอิสระอย่างเต็มที่ ต้องคอยทำตามคำสั่งหมอยู่อีก อย่างเช่นเรื่องการนัดหัวใจคนไข้ที่ไม่มีความหวังในการรักษา ลอยดูแล้วว่า เขาไม่มีทางรอดอยู่แล้ว ลอยก็อยากให้เขาจากไปอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดทรมานจากการนัดหัวใจ แต่พอคนไข้หัวใจหยุดเต้นจริงๆ ถ้าหมอไม่สั่งว่าไม่ต้องนัดหัวใจ พวกเราก็ต้องนัดกันอยู่นั้นแหละ เราไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าคนไข้คนนี้ไม่มี ความหวังแล้ว อย่าไปนัดหัวใจให้คนไข้ทรมานเลย”

(ลอย)

“...วันนั้นอีตูดูแลคนไข้เอดส์อยู่ คนไข้อาการไม่ค่อยดี สัญญาณชีพไม่ดี ...อีตื่อก็อยากช่วยเหลือคนไข้ตามความคิดของอีตื่อก็คิดว่ามันเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ ...แต่รุ่นพี่ที่ดูแลคนไข้คู่กับอีตื่อก็คิด เขาบอกว่าอย่าทำเลยไม่มีประโยชน์หรอก ...พอเขาพูดอย่างนี้ ถ้าอีตื่อก็คิดไปทำไปอีก เขาก็คงไม่พอใจหรอก เพราะตอนแรกที่เขาพูดให้

ใหม่ อี๊ดก็ไม่เชื่อก็ลองทำตามความคิดของอี๊ดที่คิดว่าเป็นการช่วยคนไข้ให้ได้รับประโยชน์ พี่เขาก็บอกว่าเธออยากทำก็ทำไปคนเดียวสิ เขาไม่มาช่วยอี๊ด ซึ่งอี๊ดทำคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว ก็เลยต้องตัดสินใจทำตามพี่เขาบอก แต่อี๊ดก็ไม่ค่อยสบายใจเลยนะที่ไม่ได้ช่วยคนไข้ อี๊ดก็กลับมาคิดว่าทำไมเราถึงตัดสินใจทำอะไรตามความคิดของเราเองไม่ได้”

(อี๊ด)

“...เหตุการณ์วันนั้นอี๊ดรู้สึกอึดอัดใจมาก ตียังจำฝังใจจนถึงทุกวันนี้เลย พยาบาลรุ่นพี่สั่งให้ไปทำ... ในสิ่งที่ดีไม่เห็นด้วย... เพราะคิดว่ามันไม่เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ แต่ดีก็ต้องทำตามที่รุ่นพี่คนนี้สั่งเรารู้สึกว่าทำไมเราไม่มีอำนาจที่จะจัดการเพื่อขัดคำสั่งของรุ่นพี่ คนนี้ได้เลยหรือยัง... เราคิดว่าคนไข้คนนี้เราได้รับมอบหมายให้อยู่ในความดูแลของดี แต่ทำไมดีไม่มีสิทธิ์ตัดสินใจทำในสิ่งที่ดี เห็นว่ามันถูกต้อง และเป็นประโยชน์สำหรับคนไข้”

(ดี)

2.3 โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงลักษณะของความรู้สึกโดดเดี่ยว ที่ต้องเผชิญกับการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามลำพังคนเดียวโดยไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้ใด เพราะไม่มีใครสนใจรับฟังปัญหาหรือคอยช่วยเหลืออย่างจริงจัง ดังเช่นคำพูดที่ว่า

“... เมื่อเจอประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องที่เธออยากให้คนไข้ได้รับการดูแลที่ดีแต่เธอไม่มีอำนาจในการจัดการในเรื่องนั้นได้ เธอมีความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้แก้ปัญหาอยู่คนเดียว เพราะว่าบอกหัวหน้าหัวหน้าเขาก็ทำอะไรไม่ได้ หรือบางทีเขาก็มีงานยุ่งมาก เขาไม่ค่อยจะให้ความสำคัญกับปัญหาที่เสนอไปนัก โดยเฉพาะหัวหน้าระดับสูงเขาจะไม่ค่อยรับรู้ปัญหาที่เสนอไปดู่ๆ แล้วไม่มีใครสามารถช่วยได้เลย”

(เอฟ)

“...เจอปัญหาเรื่องที่เราอยากช่วยเหลือคนไข้ให้ได้รับการดูแลที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น คิดเห็นว่าน้องบางคนปฏิบัติกับคนไข้ อย่างขาดทักษะไม่เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพ แต่ไม่มีอำนาจพอที่จะจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีได้ และนิตเองก็ไม่สามารถไปจัดการได้โดยตรง... ก็ปรึกษาหัวหน้า หัวหน้าก็มองเป็นว่านิตมือคด ไม่รับฟังความคิดเห็นของนิต จะขออัตรากำลังมาเพิ่ม เพื่อ

ให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น เขาก็ไม่ให้คนเพิ่ม เขาอ้างว่าคนไม่พอ นิดก็เครียดนะ ต้องรับผิดชอบดูแลคนไข้ของตัวเองแล้วยังต้องรับภาระดูแลน้องที่ไม่มีทักษะในการทำงานอีก”

(นิด)

“...วันนั้นเราทำงานด้วยความคับข้องใจมาก... เราอยากช่วยคนไข้... แต่ไม่สามารถทำได้ตามที่ต้องการ ลงเวรไปอยากจะทำอะไรสักอย่าง ไปหาเพื่อนอยากพูดคุยปรึกษาปัญหา เพื่อนก็ไม่อยู่ เพื่อนกลับบ้านกันหมด ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร อยากระบายก็ไม่มีเพื่อน เหมือนอยู่คนเดียว”

(อี๊ด)

### 3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน

จากความหมายและความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลอธิบายไว้ข้างต้น พยาบาลยังได้อธิบายถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานไว้ 7 ประเด็นดังนี้คือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (3) ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน (4) ใครควรตัดสินใจ (5) ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (6) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง และ (7) จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแต่ละประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ เป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 9 ใน 10 รายอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาคุกคามต่อการเสียชีวิต และพยาบาลต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่มีอำนาจอิสระที่จะจัดการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งพยาบาลอธิบายถึงลักษณะของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการไม่มีอำนาจจัดการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ คือ (1) ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองแต่ต้องทนดู (2) อยากทำให้แต่ไม่ใช่บทบาทพยาบาล และ (3) อยากทำให้แต่ระเบียบไม่เอื้อ ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองแต่ต้องทนดู พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความไว้วางใจในพยาบาลจนถ้าที่จะระบายถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของผู้ป่วยให้ทราบ ทำให้พยาบาล

สามารถรับทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี แต่พยาบาลก็ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการได้เพราะพยาบาลไม่มีอำนาจอิสระที่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง ดังคำพูดที่ว่า

“เจอเหตุการณ์ที่คนไข้หอบมาเป็นประจำ คนไข้หอบส่วนมากเขาจะรู้อาการเกี่ยวกับตัวเขาดี ว่าหอบรุนแรงมากแค่ไหน เหมือนคนไข้คนหนึ่งที่ลอยเจอ เขาเริ่มหอบครั้งแรกญาติก็พามาโรงพยาบาล... ลอยก็ดูอาการแล้วไม่หอบมากเท่าไร ฝรั่งปอดมีเสียงวี๊ดเล็กน้อย คนไข้รู้สึกตัวดี เขาบอกลอยว่าขอพ่นยาก่อนได้ไหม เชื่อว่าอาการดีขึ้น จะได้ไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ เขาเคยใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจมาก่อน ลอยก็เตรียมเอายาพ่นให้เขา ลอยอยากตอบสนองตามความต้องการของเขา ก่อน ถ้าพ่นยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น เราก็ค่อยใส่ท่อช่วยหายใจ ลอยคิดว่าการที่ลอยยอมทำตามที่คนไข้ขอร้องก่อนเป็นการเคารพในการตัดสินใจของเขา ถึงแม้ว่าเราจะใส่ท่อช่วยหายใจที่หลังคนไข้จะให้ความร่วมมือดี แต่พอหมอมา หมอสั่งท่อช่วยหายใจทันทีโดยไม่รอทำตามความต้องการของคนไข้ก่อน ทั้งๆที่ลอยคิดว่าน่าจะรอได้... ลอยก็ต้องทำตามหมอสั่ง... ทั้งๆที่ลอยอยากทำตามใจคนไข้... ตามที่เขาขอร้องก่อนนั้นแหละแต่ทำไม่ได้ ลอยไม่มีอำนาจสั่งการในเรื่องนี้ ...ต้องทำตามคำสั่งเขา”

(ลอย)

“...คนไข้อาการทรุดหนักมากแล้วไม่มีความหวังในการรักษาให้หาย เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแต่เขาไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการของโรคและความก้าวหน้าของโรคประกอบการตัดสินใจ ญาติคนไข้เขาอยากเอาคนไข้ไปตายที่บ้านเพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนา อิสลาม เขาจะคุยกับทั้งเรา (พยาบาล) และกับหมอว่า เขาอยากเอาคนไข้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ตามประเพณี... เขาบอกหมอว่า ถ้าคนไข้อาการหนักรักษาไม่ไหวแล้ว หรือว่าเปอร์เซ็นต์รอดน้อยมากก็ให้บอก เขาก็ไม่กล่าวโทษ... จะเอาไปให้ไปสิ้นใจในมือของคนอิสลามด้วยกันที่บ้าน แต่หมอไม่ได้ให้ข้อมูล... สุดท้ายคนไข้ก็เสียชีวิตที่โรงพยาบาลโดยที่ญาติเขาไม่สามารถทำพิธีกรรมตามความเชื่อของเขา ญาติเขาก็เสียใจที่เราไม่บอกเขา เพราะว่าเราได้บอกถึงความจำเป็นของเขาแล้ว หยอยรู้สึกสงสารและเห็นใจญาติเพราะว่าญาติเขาเจอกับเราทุกวัน ได้พูดคุยทุกวัน หยอยจะรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของญาติและคนไข้มากกว่าหมอ รู้สึกสงสารแต่ไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้ เพราะหยอยไม่ใช่หมอเจ้าของไข้เราไม่สามารถอนุญาตให้เอาคนไข้กลับบ้านได้... แต่พอ

หมอไม่บอกอะไรเลยเกี่ยวกับอาการของคนไข้ที่แย่ง ญาติจะละล้าละลังไม่รู้ว่าทำอะไรดี เขาก็คิดว่ายังมีความหวังอยู่ หยอยอยากตอบสนองคนไข้และญาติที่จะให้เขากลับไปตายที่บ้านตามความต้องการของคนไข้... หยอยอยากบอกว่าคนไข้มีอาการหนักมากแล้ว รักษาไม่ไหวแล้วแต่หยอยก็ไม่สามารถทำได้ มันไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของหยอย ในเมื่อหมอเขาตัดสินใจไม่บอกหยอยก็ต้องยอมรับการตัดสินใจของหมอ หยอยทำได้แค่พยายามดูแลเขาให้ดีที่สุดเพื่อเป็นการชดเชยสิ่งที่เขาควรจะได้รับก่อนสิ้นลม ...หยอยพูดอะไรมาไม่ได้ต้องปล่อยเลยตามเลย เพราะหมอคู่กับญาติเรียบร้อยแล้ว แล้วญาติก็ไม่ได้มาคุยอะไรกับหยอย หยอยคิดว่าหมอ... มีสิทธิขาดในการรักษา ...กับหมอหยอยก็ไม่ได้คุยแล้วหมอจะไม่พอใจว่าไปก้าวก่ายเขา... เขาเป็นเจ้าของไข้... ถ้าเขาออกไปอย่างนั้นก็ต่อเอาอย่างนั้น”

(หยอย)

3.1.2 อยากทำให้แต่ไม่ใช่บทบาทพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหนัก เมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดหนักลง พยาบาลต้องการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ไม่สามารถกระทำได้เพราะการกระทำดังกล่าวไม่ใช่บทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยตรง ดังคำพูดที่ว่า

“...เอฟไม่ใช่หมอ ...เอฟไม่สามารถรักษาคนไข้ได้ เอฟไม่สามารถจะสั่งน้ำเกลือหรือยา ให้คนไข้ได้ เช่น คนไข้หายใจเหนื่อยหอบเอฟก็อยากช่วยให้คนไข้หายใจปกติเหมือนเดิม หรือว่าคนไข้ปัสสาวะไม่ออก ก็อยากช่วยให้คนไข้มีปัสสาวะออกเหมือนเดิม แต่ในหน้าที่เอฟทำได้แค่การควบคุมการไหลน้ำเกลือให้ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอไปแล้วปัสสาวะก็ยังไม่ออก ในหน้าที่ของเอฟ... ก็ทำไปหมดแล้ว อาการของคนไข้ก็ยังไม่ได้ดีขึ้น เอฟอยากได้การรักษาเพิ่มจากหมอแต่ก็ทำไม่ได้... บทบาทของเราคือพยายามดูแลคนไข้ให้ได้รับแผนการรักษา ดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานตามปกติ ให้คนไข้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกาย ไม่ให้เกิดแผลกดทับหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ตามมา แต่เวลาที่คนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงที่แยกลงในด้านการรักษา...เอฟต้องการให้คนไข้ได้รับการรักษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ... แต่เอฟทำไม่ได้”

(เอฟ)

“...คนไข้บาดเจ็บศีรษะ เอกซ์เรย์ก้านสมองแล้วหมอเชื่อว่าคนไข้ไม่น่าจะมีชีวิตอยู่ เขาก็บอกว่าคนไข้คนนี้ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ ทั้ง ๆ ที่พี่เห็นว่าคนไข้ยังมีความหวังอยู่... ในความรู้สึกของพี่ จากอาการทั่ว ๆ ไป คนไข้ยังมีชักแขนขา รุน่ามดาก็ไม่ได้ขยาย พี่ก็คิดว่ามันน่าจะมีการรักษาร่วมด้วยการพยาบาล แต่เขาก็ตัดสินใจไปแล้วว่าไม่ช่วยคนไข้รายนี้ (NR) แล้ว... ทำให้พี่รู้สึกขัดแย้งใจว่าทำไมเขาถึงรีบสรุปว่าคนไข้ไม่มีโอกาสรอด ทำไมเขาไม่รักษาให้เต็มที่เสียก่อน แล้วจึงมาสรุปทีหลังเมื่อคนไข้ไม่ไหวจริง ๆ... คือคนไข้ไม่ได้รับการรักษาเต็มที่ ถูกไหมคะ คือเขาดูฟิล์มแล้ว ไม่ไหวแล้ว ไม่ให้การรักษาเพิ่มเติมแล้ว... พี่อยากให้คนไข้ได้รับการรักษาต่ออีกระยะ แต่ก็ไม่สามารถทำบทบาทตรงนั้นได้”

(ซี)

3.1.3 อยากทำให้แต่ระเบียบไม่เอื้อ พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยหนักและต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมให้กับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาที่หน่วยงานกำหนดไว้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามความต้องการได้ เนื่องจากถ้าปฏิบัติตามความต้องการของญาติก็จะขัดกับกฎระเบียบของหน่วยงานที่วางเอาไว้ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจเลือกอะไรระหว่างการตอบสนองความต้องการของญาติกับการปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงาน

“...คนไข้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ญาติขอเข้าเยี่ยมบ่อยๆ ลอยรู้สึกลำบากใจที่จะให้ญาติเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ครั้งสองครั้งแรกก็พออนุโลมกันได้บ้าง แต่พอหลายๆครั้ง ลอยมีความรู้สึกว่าญาติไม่เคารพกฎระเบียบของหน่วยงาน และ การให้ญาติเข้าเยี่ยมบ่อยๆ ลอยก็คงถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน ว่าเราไม่เคารพกฎระเบียบด้วย ใจจริงของลอยก็อยากให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา แต่เมื่อมีกฎระเบียบอย่างนี้ เราก็ต้องยอมรับละนะ แต่ลอยจะรู้สึกอึดอัดในหลายๆเวลาญาติเขามาขอเยี่ยมนอกเวลาที่ไม่ใช่เวลาเยี่ยม ไม่รู้จะตัดสินใจให้เข้าเยี่ยมหรือไม่ให้เข้าเยี่ยมดี ถ้าไม่ให้เข้าเยี่ยมเดี๋ยวเขาไม่พอใจอีก”

(ลอย)



“...ปัญหาเรื่องเวลาเยี่ยมของญาติคนไข้ ไอซียู หยอยรู้สึกเบื่อหน่ายมากเลย อึดอัดใจที่จะบอกญาติคนไข้ว่าไม่ให้เข้าเยี่ยม เพราะส่วนใหญ่ญาติจะมาในช่วงที่ไม่ใช่เวลาเยี่ยมคนไข้ หยอยก็รู้สึกสงสารญาติเขาอีกถ้าเราไม่ให้เข้าเยี่ยม แต่ถ้าเราอนุญาตให้เข้าเยี่ยม มันก็ขัดกับกฎระเบียบของหน่วยงานอีก บางครั้งหยอยก็ไม่แน่ใจว่าจะให้เขาเข้าเยี่ยมดีหรือไม่ แต่ในเวลาที่คุณไข้อาการหนักมากจริงๆ หยอยก็อยากจะให้ญาติเขาใกล้ชิดคนไข้เนาะ เพราะเขาก็คงอยากอยู่ใกล้คนที่เขารักในวาระสุดท้ายของชีวิต เราก็จะลุ่มอล่วยบางราย”

(หยอย)

3.2 อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ทางวิชาชีพที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วย ปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดี เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ย่อมทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลเกรงว่าจะมีปัญหาขัดแย้งกับบุคลากรผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพจากการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอึดอัดขัดใจ ที่จะต้องตัดสินใจเลือกระหว่างการรักษาสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ กับการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี พยาบาลจึงอธิบายถึงสัมพันธภาพที่อาจกระทบจากการที่พยาบาลพยายามทำหน้าที่แทนผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะคือ (1) อยากทำเพื่อคนไข้แต่ไม่อยากจะขัดใจกับแพทย์ (2) อยากทำเพื่อคนไข้แต่เกรงใจพยาบาล และ (3) อยากทำเพื่อคนไข้แต่ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพกับญาติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้คือ

3.2.1 อยากทำเพื่อคนไข้แต่ไม่อยากจะขัดใจกับแพทย์ เป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยหนักและพยาบาลต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ แต่พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์หรือไม่เพราะพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และปัญหาผู้ป่วยบางอย่างต้องมีการปรึกษาร่วมกัน ต้องมีการขอความคิดเห็นจากแพทย์ก่อนจึงจะตัดสินใจกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่ถึงแม้ว่าจะมีการปรึกษาแล้วก็มีบางครั้งที่แพทย์ไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของพยาบาลในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลก็ต้องยอมทำตามความคิดเห็นของแพทย์เพราะไม่อย่างก็มีปัญหาสัมพันธภาพ ดังคำพูดที่ว่า

“เรื่องการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้คนไข้ คนไข้ใส่เครื่องช่วยหายใจมานานเกิน 2 เดือนแล้วนะดิ่วประเมินดูแล้วคนไข้พร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้แล้ว แต่หมอมัวยอมสั่งหย่าเครื่องช่วยหายใจสักที ดิ่วคิดว่าคนไข้จะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ถ้าเราหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว คนไข้แข็งแรงดี ยกแขนขาได้ ไอได้แรงดี หายใจเองได้แรงดีพอสมควร เสมหะไม่มากแล้ว แต่ดิ่วก็ไม่กล้าบอกกับหมอดตรงๆ ... ดิ่วไม่กล้าพูดกับเขามากๆ หมอบางคนเขาไม่ชอบ เขาคิดว่าเรา (พยาบาล) ไปออกคำสั่งกับเขา เขาจะไม่พอใจ ทว่าเรา (พยาบาล) รู้มากอีก”

(ดิ่ว)

“หมอพุดให้ความหวังคนไข้มะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งๆ ที่มะเร็งลามไปมากแล้ว เปอร์เซ็นต์รอดน้อยมาก แต่หมอมะจะไม่พูดว่ารอดน้อย หรือรอดยาก หมอมะพุดลักษณะว่า ...ช่วยผ่าตัดแล้วเดี๋ยวยอดูอีกหน่อย บางทีอาจจะเอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ แต่ตอนนี้กำลังให้ลองหายใจเองอยู่ ซึ่งสภาพคนไข้ไม่ได้พร้อมจะหย่าเครื่องช่วยหายใจเลย แต่หมอมะก็พยายามจะให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ หยอยฟังดูแล้วถ้าหยอยเป็นญาติหยอยก็จะมีคามหวัง หยอยอยากบอกญาติคนไข้ว่าจริง ๆ แล้ว ...คนไข้ะไม่มีความหวังแล้ว เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว หายใจเองก็ยังไม่ไหวเลยแล้วมะเร็งก็ลามไปหลายระบบแล้วนะ ความดันเลือดก็ต่ำ แต่ถ้าไปพุดบอกญาติอย่างนี้ปัญหาที่ตามมาคือ หมอมะจะโกรธหยอย เพราะเขาให้ข้อมูลไปเรียบร้อยแล้ว ถ้าหยอยไปพุดกับญาติตามที่หยอยคิด มันจะไม่เหมือนที่หมอพุด ข้อมูลที่คนไข้ได้รับมันจะไม่ตรงกัน หยอยต้องให้เกียรติหมอมะถือว่าเขาเป็นคนดูแลคนไข้”

(หยอย)

3.2.2 อยากทำเพื่อคนไข้แต่เกรงใจพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนัก 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล และถือว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องให้ความช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดี แต่พยาบาลก็ไม่กล้าให้การช่วยเหลือโดยตรง เพราะการที่จะเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ดีนั้น พยาบาลก็รู้สึกเกรงใจพยาบาลผู้ร่วมงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ เพราะคิดว่าจะเป็นการทำให้เพื่อนร่วมงานเสียหน้า และเกรงว่าจะมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลผู้ร่วมงานคนนั้น ซึ่งพยาบาลค่อนข้างจะให้

ความสำคัญต่อเรื่องของปัญหาสัมพันธภาพมากเพราะพยาบาลเล่าว่าถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานไม่ดีจะทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเช่นกันคือ ทำให้บรรยากาศในการทำงานไม่ดี ไม่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย เพราะโดยทั่วไปแล้วการทำงานในหอผู้ป่วยแห่งนี้ต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่สามารถทำเพียงลำพังคนเดียวได้ พยาบาลจึงเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องของการอยากทำเพื่อคนไข้แต่เกรงใจพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า

....ก็เรื่องการละเลยการปฏิบัติงานของผู้ร่วมงาน ...เขาไม่ดูแลคนไข้ที่เขารับผิดชอบเท่าที่ควร ...คนไข้ไอมีเสียงเสมหะครืดคราด เครื่องช่วยหายใจร้อง เขาก็ไม่ลุกขึ้นไปดูดเสมหะสักที...หอยอยู่รู้สึกไม่พอใจ ไม่พอใจการกระทำของเขาที่ไม่ไปดูแลผู้ป่วย มันเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง....แต่หอยก็ไม่ได้ตักเตือนเขา เพราะว่าหอยไม่กล้า...คือทำเฉยไปเพราะถ้าหอยพูดกับเขาไปตรง ๆ อาจจะทำให้บรรยากาศในการทำงานร่วมกันไม่ดี ไม่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอีก เพราะการทำงานใน ไอ ซี ยู ต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอด ไม่ว่าจะเป็นการดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัวคนไข้ ซึ่งหอยคิดว่าต้องทำงานร่วมกันอีกนาน มันอาจทำให้เกิดภาวะเครียดกับทั้งสองฝ่าย....ก็อยากพูดแต่มาซึ่งน้ำหนักดูมันไม่น่าพูด”

(หอย)

“...ผู้ร่วมงานที่เป็นรุ่นพี่และผู้ร่วมงาน ส่งเสียงดังรบกวนคนไข้ เช่นพูดคุยกันเสียงดัง เปิดโทรทัศน์เสียงดัง คนไข้เขาก็เกรงใจไม่กล้าบอกแต่เขาแสดงอาการโดยการพยายามเอาหมอนปิดหน้า ปิดหู ดิวเองก็รู้สึกอึดอัดเหมือนกัน สงสารคนไข้ อยากช่วยคนไข้ อยากเข้าไปบอกรุ่นพี่และผู้ร่วมงานคนอื่นว่าเขา ส่งเสียงดังรบกวนคนไข้เกินไปแล้วนะ แต่ดิวกก็ไม่กล้าไปพูดกับเขา ดิวค่อนข้างเกรงใจเขาเป็นรุ่นพี่และอีกอย่างดิวกเพิ่งมาอยู่ใหม่ ดิวลำบากใจที่จะไปบอกรุ่นพี่ว่าอย่าส่งเสียงดัง กลัวเขาไม่พอใจถ้าดิวกไปเตือนเขาตรง ๆ กลัวเขาเสียหน้า แล้วอีกอย่างการไปบอกเขาตรง ๆ เขาอาจไม่พอใจและจะส่งผลถึงการดูแลคนไข้อีก ดิวมาอยู่ใหม่ๆ ยังต้องการความช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำจากเขามาก เขาก็จะไม่ช่วยในจุดนี้ ถ้าอยู่เวรตรงกับเขา ดิวกก็กลัวในเรื่องนี้เหมือนกัน ก็เลยทำเฉยๆ คิดว่าคนอื่นคงเตือนเขาเองแหละ”

(ดิวก)

“...วันนั้นคืออยู่เวรกับรุ่นพี่คนหนึ่ง ซึ่งเราต้องรับผิดชอบคนไข้ร่วมกัน ขณะที่ดีเยี่ยมเตรียมยาอยู่ ดีก็หันไปเห็นรุ่นพี่คนนั้น แสดงกริยาท่าทางบางอย่าง และคำ

พูด ซึ่งในความรู้สึกของดีคิดว่ามันเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับการเป็นพยาบาล แต่คนอื่นเขาจะคิดอย่างไรดีไม่รู้ เพราะดีเห็นเพื่อนร่วมงานบางคนหัวเราะการกระทำของพีคนั้น แต่ตัวดีว่ามันไม่ตลกเลย และดีคิดว่ามันเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ...แต่จะให้ดีเดินเข้าไปบอกรุ่นพีคนั้นตรงๆ ว่าอย่าทำอย่างนี้นะหรือบอกว่าคุณทำอย่างนี้มันไม่ถูกต้องนะ มันก็ทำไม่ได้อีก ดีเป็นรุ่นน้องเขา เขาคงไม่ฟังดีอยู่แล้ว และเขาอาจจะโกรธดีว่าดีไปสั่งสอนเขา ดีต้องทำงานร่วมกันอีกนาน ดีไม่อยากให้มีปัญหา ต่อไปข้างหน้าดีอาจต้องอยู่เวรตรงกับพีคนี้อีก เขาก็จะไม่พูดกับดี ไม่ให้การช่วยเหลือดีในการดูแลคนไข้ ซึ่งจะเกิดผลเสียกับคนไข้อีกนั้นแหละถ้าเขาไม่ช่วย ดีทำคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว เช่น เวลาจะดูดเสมหะคนไข้ เวลาจะเช็ดตัวคนไข้ พลิกตะแคงตัว ต้องช่วยกันอย่างน้อย 2-3 คน ถ้าทำคนเดียวจะไม่เกิดผลดีกับคนไข้ คนไข้จะเจ็บ ...เวลารุ่นพีคนี้นี้ไม่อยู่ดีก็เดินเข้าไปพูดคุยกับคนไข้ดีๆ บอกข้อมูลเขาเพื่อให้เขายอมรับแผนการรักษา ของเรา เพราะที่เขาทำไปเขาอาจทำไปเพราะความไม่รู้ก็ได้”

(ดี)

3.2.3 อยากทำเพื่อคนไข้แต่ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพกับญาติ พยาบาล 2 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่พยาบาลต้องการทำสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคเร็วๆ ในขณะที่ญาติต้องการเข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังพักผ่อน แต่ถ้าพยาบาลไม่ให้ญาติเข้าเยี่ยมญาติก็จะไม่พอใจ ทำให้พยาบาลเกิดความลังเลใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรระหว่างการรักษาผลประโยชน์ของคนไข้กับรักษาสัมพันธภาพกับญาติ ดังคำพูดที่ว่า

“...ดีให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องการพักผ่อนมากๆ อยู่ เขายังเจ็บหน้าอกนานๆ ครั้ง ญาติมาขอเข้าเยี่ยมคนไข้ในช่วงที่ไม่ใช่เวลาเยี่ยม และคนไข้กำลังพักผ่อนอยู่ ดีอยากให้คนไข้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ แต่ญาติก็ไม่ยอม เขาจะเข้าเยี่ยมคนไข้ให้ได้ เขาอ้างว่าเวลาในการเยี่ยมน้อย เขามาไกล ดีเห็นว่าคนไข้ควรจะได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่เพื่อที่เขาจะได้หายเร็วๆ แต่ถ้าดีไม่ให้ญาติเข้าเยี่ยมเขาก็จะไม่พอใจอีก และดีเองก็มีความรู้สึกที่ไม่ได้สนองความต้องการของญาติอีก มันทำให้ดีลังเลว่าจะให้เข้าเยี่ยมหรือไม่ให้เข้า

เยี่ยมดี ถ้าให้เข้าเยี่ยมก็กลัวว่าจะรบกวนเวลาในการพักผ่อนของผู้ป่วยอีกถ้าไม่ให้เยี่ยมญาติก็จะไม่พอใจ”

(ดิวิ)

3.3 ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน พยาบาล 8 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาแต่แพทย์ยังให้การรักษาโดยการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเป็นการกระทำที่ถูกต้องหรือไม่ ที่ต้องพยายามช่วยผู้ป่วยตามจรรยาบรรณวิชาชีพต่างๆ ที่รู้ว่าผู้ป่วยหมดหนทางช่วยเหลือ หรือไม่มีความหวังในการรักษา ให้หาย และวิธีการช่วยเหลือต่างๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยยิ่งขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“...มีผู้ป่วยอายุ 90 ปีกว่าแล้ว ต้องฟังพาสีอื่นอยู่ตลอดเวลา ...รู้สึกว่ามันน่าจะทำให้เขาทุกข์ทรมานอีก ...การนวดหัวใจของเขา เขามีอาการเกร็ง เขาคงเจ็บปวดที่จะต้องนวด เพราะเวลานวดมันจะเข้าไปหมด มันน่าจะปล่อยให้เขาไปสบาย เพราะท่อ (ท่อช่วยหายใจ) เราก็ใส่แล้วใช้ไหม ใส่เครื่องช่วยไว้แล้ว พอหัวใจหยุดเต้นก็น่าจะปล่อยให้เขาไปสบายให้เขาหลับไป ไม่ควรจะมาทำให้กล้ามเนื้อเขาเกร็งตัวขึ้นมาอีก ...นวดหัวใจกันอยู่นี่ ...มีความรู้สึกว่าจะถึงเรานวดขึ้นมาแล้ว... คนไข้ก็ไม่ไหวแล้ว ...ถ้าหมอไม่สั่งเอ็นอาร์ (NR) พอคนไข้หยุดหายใจ หมอก็ยังนวดหัวใจ (CPR) กันอยู่ ...จะขัดแย้งตอนที่หัวใจจะหยุดเต้น... แล้วหมอยังให้แอดรีนาลีนอีก เอ๊ะ! ทำไมต้องไปยืดชีวิตเขาอีก ยิ่งทำให้ทรมาน”

(ลอย)

“...คนไข้ได้รับอุบัติเหตุมีอาการทางสมอง ผ่าตัดมาหลายรอบแล้วอาการคนไข้ก็ไม่ดีขึ้น... เอฟมีความรู้สึกเหมือนกับว่าผ่าตัดเพื่อเอาใจญาติ ผ่าแล้วผ่าอีก ในขณะที่อาการคนไข้แยลงๆ ไม่รู้สึกตัวแล้ว ไม่มีความรู้สึกตอบสนอง...แล้ว ...ผลจากการผ่าตัดหลายครั้งๆ ค่าใช้จ่ายญาติก็มาก ที่สำคัญคนไข้ทุกข์ทรมาน คนไข้เกร็งตลอดเวลา และต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะวันละ 6 ครั้งได้ คนไข้นอนน้ำตาไหลเลยเวลาตอนที่ไปดูดเสมหะ”

(เอฟ)

“...มีคนไข้ที่ดิวิดูแลมาตลอดเลย ดิวิรู้ว่าเขาอาการไม่ดีแล้ว หมดหวังในการรักษาแล้ว... ประเมินจากสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว คนไข้ไม่น่าสิ้น

มากๆเลย ญาติก็ทำใจให้ยอมรับได้แล้วญาติเขาสวดมนต์แล้วละนะ หมอยังบอก ว่าคนไข้ดีอยู่ดีของหมอไม่รู้คืออะไรกันแน่ตัวก็ไม่รู้ หมอยังรักษาเต็มที่ หมอสั่ง ยาโน่นยานี้เยอะแยะเลย ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ ช่วยอย่างเต็มที่ ...พยายามจะยืดชีวิตเขาให้อยู่นานๆทั้งที่ไม่มี ความหวังทำไม ...ญาติก็ทรมานใจ ที่ต้องมาเจอสภาพคนไข้ที่ทนทุกข์ทรมาน กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เจ็บปวดทรมานจากการใส่สายยางต่างๆ เข้าไปในร่างกาย แล้วคนไข้ก็แก่มากแล้ว ดีวอยู่กับคนไข้ทุกวัน ญาติเขาก็คุยถึงความตั้งใจเดิมของคนไข้ที่ได้สั่งเสียไว้ก่อนไม่สบายว่า ถ้าเจ็บไข้ไม่สบายไม่ต้องพามาโรงพยาบาล ไม่ต้องนวดหัวใจ แต่ลูกหลานเขาคงทนดูไม่ได้ตอนที่คนไข้เจ็บหนัก ก็พยายามพามาหาหมอเผื่อว่ารักษาแล้วมีโอกาสรอดบ้าง ....แต่พอญาติเขาดูจากสภาพของคนไข้แล้วไม่น่าจะมีความหวังในการรักษาแล้ว ญาติเขาบอกว่าน่าจะปล่อยให้เขาตายอย่างสงบ โดยไม่พยายามไปยืดชีวิตเขาไว้อีกต่อไป ถ้าคนไข้เขารับรู้ตรงนี้ได้ เขาคงรู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานเหมือนกัน แต่ที่เขาไม่รู้สึกรู้ตัวแล้วตัวก็อยากปล่อยให้คนไข้ตายอย่างสงบหรอก แต่ถ้าหมอยังพยายามยืดไว้ ตัวก็ไม่รู้จะช่วยเขายังไง ตัวขัดกับหมอไม่ได้ ตัวส่งสารญาติและสงสารคนไข้”

(ตีว)

3.4 ใครควรตัดสินใจ พยาบาล 4 ใน 10 รายอธิบายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยหนักและต้องมีการตัดสินใจเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ว่าการรักษาหรือยุติการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการตัดสินใจโดยบุคคลอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวจนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง ทำให้พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าการตัดสินใจที่ไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจของแพทย์ ญาติผู้ป่วย และแม้แต่พยาบาลเองจะเป็นการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรือไม่ ดังคำพูดที่ว่า

“ ... คนไข้ได้รับอุบัติเหตุร่างกายได้รับอันตรายหลายระบบ คนไข้อาจจะอยู่ในระยะซ็อก ไม่รู้สึกตัว มือเท้าอ่อนข้างเย็น ซีด ญาติเขาก็ตกใจคิดว่าไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว เขาตัดสินใจเอากลับบ้าน ...น้อยก็ไม่ค่อยสบายใจ คิดว่าคนไข้รายนี้ถ้าเอากลับไปบ้านต้องตายแน่ แต่น้อยคิดว่าคนไข้มันน่าลุ้นนะ น้อยก็ไม่แน่ใจว่าเราจะปล่อยให้เขาไปหรือยังดี ...รู้สึกเหมือนว่าปล่อยเขาไปตาย

เรา (หมอมและพยาบาล) ยังช่วยชีวิตเขาได้ ทำไมญาติจึงจะต้องเอากลับบ้าน ถ้าเขาอยู่ที่เรา (โรงพยาบาล) เขาน่าจะมีชีวิตอยู่ น้อยรู้สึกเสียดายชีวิต ...ญาติเขาคิดยังไงของเขานะถึงไม่เห็นคุณค่าของคนไข้ น้อยคิดว่าถ้าคนไข้เขายังรู้สึกตัวอยู่ เขาก็คงขอให้เรารักษาเขาต่อไป น้อยเชื่อว่าคนทุกคนคงอยากมีชีวิตอยู่”

(น้อย)

“...คนไข้ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองแตก หลังผ่าตัดสมอง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ญาติตัดสินใจให้ถอดเครื่องช่วยหายใจเอากลับบ้าน ทั้งๆที่คนไข้ยังมีความหวังในการรักษาอยู่ ความขัดแย้งในใจพี่ก็คือพี่เห็นว่าคนไข้ควรจะได้รับการรักษาต่อ คนไข้ยังมีความหวัง คนไข้ไม่ได้แย่มาก ญาติไม่ควรตัดสินใจเอากลับ คนไข้รู้สึกตัวดี ลืมตาเองได้ คนไข้หายใจเองได้แต่หายใจเองไม่พอ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ญาติตัดสินใจเอากลับบ้านอย่างนี้ พี่ก็สงสัยว่าคนไข้ว่าการตัดสินใจไม่ได้มาจากตัวคนไข้เอง คือมาจากตัวภรรยา พี่คิดเอาเองว่าถ้าคนไข้พูดได้เขาคงพูดว่าเขาขอรักษาต่อนะ คือพี่คิดว่าความต้องการพื้นฐานของคนมันน่าจะเหมือนกัน อยากมีชีวิตอยู่ อยากได้รับการดูแลที่ดี”

(ซี)

3.5 ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย พยาบาล 6 ใน 10 ราย อธิบายถึงความยุ่งยากลำบากใจในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ เพราะการบอกความจริงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะบอกความจริงอย่างไรจึงจะก่อให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย และการที่พยาบาลมีความเชื่อว่าผู้ป่วยและญาติควรจะทราบความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย พยาบาลจึงตัดสินใจบอกความจริงที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคที่แย่งเพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าใจให้ยอมรับ และสามารถวางแผนจัดการเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยได้ ทั้งๆ ที่พยาบาลก็ไม่มี ความแน่ใจว่าญาติผู้ป่วยจะรับได้มากน้อยแค่ไหน แต่ผลของการบอกความจริงทำให้ญาติผู้ป่วยบางคนไม่สามารถเข้าใจให้ยอมรับได้ พยาบาลจึงเกิดความไม่แน่ใจว่าควรจะบอกความจริงอย่างไรถึงจะเกิดผลดีที่สุด และในขณะเดียวกันความจริงที่พยาบาลพยายามบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับรู้เพราะพยาบาลคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ป่วยกลับเข้าใจผิดคิดว่าอาการของผู้ป่วยที่แย่งเป็นเพราะพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดี จึงทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ง ดังคำพูดที่ว่า

“... คนไข้ ...อาการคงที่มาตลอด วันนั้นอาการเขาแย่งกว่าทุกวัน ความดันต่ำลงกว่าปกติ บัสสาวะไม่ออก หัวใจเต้นผิดปกติ ต้องให้ยาช่วยกระตุ้นหัวใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง บี้คิดว่าต้องบอกถึงอาการที่แย่งของคนไข้ให้ญาติรับรู้ไว้ก่อน เพื่อว่าเขาจะได้ทำใจไว้บ้าง หรือเขาจะได้ไปบอกญาติคนอื่น ๆ ที่อยู่ไกลๆ ให้รู้ไว้ การเดินเข้าไปบอกว่าคนไข้อาการหนักลงเนี่ยมันยากนะ ลำบากใจมากเลย แต่ยังไม่จำเป็นต้องบอกให้เขารู้ ความไม่แน่ใจของบี้ คือ ไม่รู้ว่าญาติจะรับได้ แต่ไหนบอกไปแล้วไม่รู้ว่าญาติเขาจะแสดงออกมาแบบไหน ...คิดดูแล้วคิดว่าญาติเขาน่าจะรับได้นะ แต่พอไปบอกเขากลับรับไม่ได้...เขาก็ร้องไห้ บี้บอกให้ทำใจ เขาบอกว่าทำใจไม่ได้ คือเขาบอกว่าถึงไม่มีหวังเขาก็ยังหวัง ...บี้ก็กลับมาั่งคิดว่าไม่น่าพูดเลย ไม่น่าบอกเลย บี้เกิดความไม่แน่ใจขึ้นมาว่าเราพูดตรงไปหรือเปล่า ... แต่ที่บี้พูดมันก็คือความจริง อยากให้ญาติรับรู้ความจริงคือให้เขาทำใจทีละ...บอกว่าบอกว่าคนไข้อาการดีขึ้น แล้วพรุ่งนี้คนไข้ก็เสียชีวิต (ตาย) ญาติก็จะไม่สบายใจ...ทำใจให้ยอมรับไม่ได้”

(บี)

“...ที่นี้คนไข้ก่อนผ่าตัดทุกรายจะเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี ... พอ คนไข้ตาย ความความไม่แน่ใจก็เกิดขึ้น ...จะไม่บอกญาติให้รับรู้ว่าคุณคนไข้เป็นเอดส์ก็ได้อีก เขากลับไปบ้านจัดการศพไม่ถูกอีก เดียวเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไปอีก มันเป็นหน้าที่ด้วยที่ต้องป้องกันในจุดนี้ ...ปัญหาจริงๆ ก็คือ คนไข้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ครั้งแรกที่คนไข้มาเราก็เจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ เอช ไอ ...พอผลการเจาะเลือดออกมาปรากฏว่าคุณคนไข้ติดเชื้อ เอช ไอ วี แล้วพี่จะบอกเขายังไงละที่นี้เหมือนคนไข้รายนี้ ถึงแม้ว่าคุณคนไข้จะตายไปแล้วแต่ในเหตุการณ์นี้พี่เกิดความไม่แน่ใจอยู่ 3 อย่าง คือ ประเด็นที่หนึ่งถ้าพี่บอกความจริงกับพ่อหรือญาติผู้ป่วยแล้วเขาจะรับได้ไหม เป็นสิ่งที่ทำให้พี่ไม่แน่ใจ ประเด็นที่สอง ...พี่จะมีความผิดไหมถ้าพี่บอก ประเด็นที่สาม ถ้าพี่บอกผลไปแล้วความรู้สึกของญาติคนอื่น ๆ เขาจะเป็นอย่างไรบ้าง จะมีผลกระทบอะไรเกิดขึ้นกับเขาบ้าง แต่ถ้าพี่ไม่บอกเขาก็ไม่ได้อีก เพราะคนไข้เป็นไทยพุทธ การทำศพต้องไว้หลายคืน โอกาสสัมผัสกับศพมันเยอะกว่าคนไข้... ถ้าเป็นคนไข้... วันนั้นตัดสินใจเลยว่าเอาศพกลับไปเลย ไม่ต้องพูด คือให้เขาฝังไปเลย แต่ถ้าเป็นคนไทยเอากลับไปโอกาสที่จะแพร่เชื้อมันก็สูง ...คนไข้...เขาจัดการศพเสร็จเขาก็ฝังเลย ...ความคิดของพี่ว่า...ทำเรียบร้อยหมดแล้วทั้งอาบน้ำเช็ดตัว ไปถึงเขาก็ฝัง พี่ก็ตัดสินใจง่ายขึ้น รายละเอียดของงานศพ พี่ไม่รู้ว่าเขาทำอะไรกันบ้าง แต่พอเป็นคนไทยต้องมีพิธีหลายอย่าง ต้องรดน้ำศพ



ต้องสัมผัสกับศพ มีสิ่งคัดหลั่งเยอะแยะ เขามีบาดแผล ถ้าพี่ไม่บอกความจริงเขาไป พี่กลัวว่าจะเป็นภาระแพร่เชื้อให้คนอื่น ซึ่งมันก็เป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไข้ไหม สุดท้ายพี่ก็เลยต้องบอกความจริงเขาไป ทั้งๆ ที่พี่ไม่แน่ใจว่าจะเกิดผลอย่างไรขึ้นบ้าง”

(ซี)

“...คนไข้ผ่าตัดสมองมาแล้วตั้งหลายรอบทั้งๆ ที่คนไข้ไม่มีโอกาสรอดคนไข้ก็ไม่ได้ดีขึ้นผลออกมาคนไข้ทุกระยะมานานมาก คนไข้เกร็งตลอดคนไข้ต้องโดนดูดเสมหะวันละประมาณ 5 - 6 ครั้ง คนไข้นอนน้ำตาไหลเลย เวลาเราดูดเสมหะหมอนำจะอธิบายญาติมากกว่าที่จะมาผ่าแล้วผ่าอีก ค่าใช้จ่ายก็เยอะ...ส่วนใหญ่หมอมองจะอธิบายญาติว่าดีขึ้นนะ ในขณะที่คนไข้แย่งๆ หมอไม่บอกความจริงกับญาติ บอกแต่ในสิ่งที่ดีขึ้น ญาติก็จะมีความหวัง ทุกครั้งที่หมอพูดญาติจะเชื่อหมอยอยู่แล้ว เขาก็มีความหวังว่าคนไข้เขาดีขึ้น ในขณะที่พอญาติมาถามอาการคนไข้กับเอฟ เอฟก็ให้ข้อมูลตามที่เอฟเห็นจริงๆ ตามสัญญาฉบับที่แย่ง แต่ญาติเขาก็ค้านขึ้นมาทันทีว่า ทำไมหมอบอกว่าอาการดีขึ้นแต่พยาบาลกลับบอกว่าอาการแย่ง ตรงนี้เราก็รู้สึกที่ญาติเขาจะมองพยาบาลในทางที่ไม่ดี ว่าเป็นเพราะพยาบาลดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือเปล่า คนไข้ถึงอาการแย่ง เพราะโดยปกติญาติเขาจะเชื่อหมอยอยู่แล้ว เขาไม่ค่อยจะเชื่อพยาบาลอยู่แล้ว ...เวลาญาติมาถามอาการพยาบาล เอฟก็จะบอกอาการตามที่เห็นในวันนั้น หรือบอกให้เขาไปคุยกับหมอเอง หมอมาเมื่อไรก็ตามเขามาคุยกับหมอเอง เพราะเอฟก็ไม่รู้ว่าหมอพุดไว้อย่างไรบ้าง อีกอย่างหมอบอกเป็นคนผ่าตัด เขาจะรู้รายละเอียดดีกว่าพยาบาล เอฟก็บอกอาการรายวันตามที่เอฟเห็น เรามอบอกได้แค่นี้ คืออย่างน้อยเราก็ได้ป้องกันตัวเราเอง และญาติจะได้ไม่มาโทษเราว่าทำไม่ดี หรือมาโกรธ เกลียดเรา และญาติจะได้ทำใจได้ระดับหนึ่ง และอีกอย่างไม่ยอมรับหน้าญาติอยู่คนเดียว”

(เอฟ)

3.6 พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง เป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคติดเชื้ออื่นๆ ตามบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นความรับผิดชอบตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลก็เกิดความรู้สึกกลัวการติดเชื้อโรคจากการ

ให้การดูแลผู้ป่วย และมีบางคนที่ยพยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ถ้าสามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลคนไข้ติดเชื้อ เอช ไอ วี พยาบาลคนอื่นๆ พอรู้ว่าเป็นคนไข้ติดเชื้อนี้ เขาก็จะไม่ค่อยอยากเข้าไปดูแลคนไข้ ไม่กล้าสัมผัสคนไข้ เขาก็คงกลัวติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย ตรงนี้พี่ก็ไม่รู้จะไปโทษเขาอย่างไร เขาให้การดูแลคนไข้ ต้องเช็ดตัว ต้องดูดเสมหะ เขาก็มีสิทธิที่จะกลัวละนะ พอเจอคนไข้เขาก็ไม่ค่อยอยากจะดูแล พุดง่าย ๆ เขาจะเข้าไปดูแลเมื่อจำเป็นจริงๆ เหมือนอย่าง การดูดเสมหะ ต้องฟังดูแล้วมีเสียงครีคราคมากจริงๆ เขาถึงจะไปดูดเสมหะให้คนไข้ การดูแลมันไม่เหมือนกับคนไข้ที่ไม่มีการติดเชื้อที่พอฟังแล้วมีเสียงเสมหะ เขาก็จะเข้าไปดูดเสมหะทันที ... พี่ก็กลัวนะไม่ใช่ไม่กลัว แต่พี่ก็ต้องทำ (ให้การดูแลผู้ป่วย) คือกลัวมันจะติดเชื้อจากการดูแลคนไข้ละนะ ... กลัวแต่ก็ต้องทำ (ให้การดูแลผู้ป่วย) เพราะพี่เป็นพี่ที่อาวุโส ความรู้สึกกว่าถ้าสิ่งไหนน้องเขากลับ พี่ก็กลัวเหมือนกัน แต่พี่จะเก็บความกลัวไว้ในใจ ทำแก้มว่าพี่ไม่กลัว ... เพื่อที่จะเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้เขาอยากทำขึ้นมาบ้าง ... ก็คงต้องทำเป็นตัวอย่างให้น้องดู ... อีกอย่างหนึ่งเป็นการให้กำลังใจน้องเขา (พยาบาล)... คือว่าถ้าพี่ไม่ทำแล้วใครจะทำอีกล่ะ เพราะไม่มีใครทำแล้วไง ก็ต้องทำทั้งที่ๆ กลัวนั้นแหละ

(จี)

“...เวลามีคนไข้โรคติดต่อ โรคติดเชื้อ ลอยมอบหมายให้เขา (พยาบาลในทีม) ดูแลคนไข้เอดส์แต่เขาก็ไม่อยากจะดูแลกันเท่าไร เขาบอกว่าเขาดูแลมาหลายวันแล้ว ลอยก็ไม่สบายใจว่าทำไมเขา (ผู้ร่วมงาน) ต้องเลือกดูแลคนไข้ด้วย ลอยรู้สึกว่าเขาน่าจะเลือกดูแลคนไข้ เขามาเป็นพยาบาลทำไมเขาดูแลคนไข้แค่นี้ไม่ได้ ลอยคิดว่าเขาน่าจะเหมือนลอยไง คือดูแลคนไข้ได้ทุกประเภท ไม่ใช่ว่าดูแล 3 วันแล้วไม่ดูแลแล้วเขาบอกว่า เป็นโรคติดเชื้อเขากลับการติดต่อเขากลับจะติดต่อมาถึงเขา ลอยก็เลยต้องรับมาดูแลเอง เพราะลอยถือว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลคนไข้ทุกคน ถ้าพยาบาลไม่ดูแลแล้วใครจะดูแล ... ลอยก็กลัวเหมือนกันนะไม่ใช่ไม่กลัว กลัวการติดเชื้อจากการ ดูแลคนไข้...”

(ลอย)

“...อึดได้รับมอบหมายให้ดูแลคนไข้เอดส์บ่อยๆ ก็รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นอึดอีกแล้ว อึดไม่อยากจะให้การดูแลคนไข้เอดส์เลย อึดกลัวว่าการที่อึดให้ดูแลคนไข้แล้วมันจะติดเชื้อโรคถ้าเกิดทำพลาดพลั้งไป เข็มเจาะเลือดคนไข้อาจตำมือเอา... อึด

กลัวอุบัติเหตุที่เกิดจากการดูแลคนไข้ ...คนไข้ติดเชื้อมีแผลหนองเต็มตัว ช่วงที่อืดดูแลเขาอยู่ ถ้าเกิดหนองมันกระเด็นใส่...ก็กลัวติดเชื้อ อืดมีความรู้สึกที่ว่าทำไมอืดต้องมาดูแลคนไข้แบบนี้ด้วยนะ ถ้าอืดกล้าบอกพี่เขา อืดจะบอกพี่เขาเลยว่าอืดไม่อยากจะดูแลคนไข้เอดส์แล้ว... มอบหมายให้คนอื่นดูแลบ้างเถอะ แต่ที่อืดไม่กล้าบอกพี่เขา เขามอบหมายให้แล้วอืดปฏิเสธเดี๋ยวพี่เขาจะมองว่าอืดไม่มีความรับผิดชอบ ...อืดก็ให้การดูแลไปตามหน้าที่ของอืดทั้งๆ ที่อืด ไม่สบายใจว่าจะติดเชื้อเขามาเมื่อไรก็ได้ เพราะอืดต้องให้การดูแลเขาเกือบทุกวัน”

(อืด)

3.7 จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ เป็นสถานการณ์ที่พยาบาล 6 ใน 10 รายรู้สึกอึดอัดกับข้อใจที่พยาบาลมีความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้ร่วมงานคนอื่นในที่มสุขภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามความคิดเห็นของตนเองที่คิดว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงจำใจต้องปฏิบัติตามความต้องการ หรือความคิดเห็นของผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพทั้งที่ไม่อยากกระทำหรือจำใจต้องทำตามทั้งๆ ที่ไม่เห็นด้วย เนื่องจากไม่มีอำนาจที่จะไปขัดคำสั่ง หรือมีเหตุผลเพียงพอที่จะโต้แย้งให้ผู้ร่วมงานคนอื่นทำตามความต้องการของตัวเองได้ ดังคำพูดที่ว่า

“...ดีได้รับมอบหมายให้ดูแลคนไข้... รุนวายกระสับกระส่ายมาก พยายามจะดึงอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตต่างๆ และคนไข้ไม่ค่อยจะรับรู้สิ่งที่พยาบาลพูดสักเท่าไร หมอสั่งยาฉีดให้คนไข้สงบทุก 4 ชั่วโมง ดีก็ฉีดให้แล้ว อาการกระสับกระส่ายก็ยังไม่ทุเลาลง คนไข้ยังคงดิ้นกระสับกระส่ายมากอยู่ ดีก็พยายามพูดคุยให้คนไข้สงบลง คนไข้ก็สงบลงบ้างเป็นบางช่วง สักพักพอเราเดินไปทำอย่างอื่นคนไข้ก็ดิ้นกระสับกระส่ายใหม่อีก... ตอนนั้นดีกำลังนั่งอ่านแฟ้มประวัติคนไข้อยู่ รุนพี่ที่ดูแลคนไข้คู่กับดีอยู่เขามาเจอสภาพที่คนไข้กำลังดิ้นกระสับกระส่ายอยู่ เขาก็สั่งให้ดีไปฉีดยาให้คนไข้สงบลง แต่ดีไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่าไม่จำเป็นและอาจเป็นผลเสียกับคนไข้ คืออยากทำตามวิธีของตัวเอง แต่ว่าดีก็ต้องทำตามเขา เพราะดีถือว่าดีประสบการณ์ยังน้อย ดีทำงานไม่กี่เดือนเอง พี่เขาสั่งดีก็ต้องทำ พี่เขามีประสบการณ์มากกว่า แต่ดีคิดว่าคนไข้คนนี้เป็นคนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของดี... ดีน่าจะบริหารจัดการเองได้ ...ดีก็รู้สึกหงุดหงิด ... ตอนนั้นดีคิดในใจว่าดีคงต้องพูดกับรุนพี่คนนี้ให้รู้เรื่องกันไปเลย ...แต่ดีก็ไม่ได้พูด ดีไม่กล้า ...เขา

เป็นคนพูดเสียงดัง มีความมั่นใจในตัวเองสูง ดีคิดว่าเขาคงไม่เชื่อในสิ่งที่ดีพูด ... ดีถือว่าเป็นน้องเขาสั่งให้ดีทำก็ต้องทำ 'ไม่กล้าขัดคำสั่งเขา'

(ดี)

"...นิดรู้สึกว่ามันต้องทำตามที่เขาสั่ง นิดไม่มีอำนาจจะไปขัดเขาได้ ...คนไข้ไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว คนแก่อายุสัก 70 ได้แล้ว คิดว่าระยะสุดท้ายของชีวิตเราน่าจะปล่อยให้คนไข้ตายอย่างสงบ ไม่น่าลุ้นมากแล้ว คนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว ความดันตก หัวใจก็เต้นไม่ค่อยดี ต้องให้ยาช่วยกระตุ้นหัวใจอยู่ หมอก็ยังลุ้นเต็มที่ หมอน่าจะคุยกับญาติว่าคนไข้ไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว นิดประเมินตามอาการแล้วเขาคงไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว หมอยังสั่งให้เรา (พยาบาลและผู้ร่วมงาน) นวดหัวใจคนไข้เป็นชั่วโมงๆ หมอ ลุ้นพยาบาลก็ต้องลุ้น ทั้งๆที่ไม่เห็นด้วยนะ เพราะเราไม่รู้อะไรจะเอาเกณฑ์อะไรมาตัดสินว่าจะนวดหรือไม่นวด เขาสั่ง ถ้าพยาบาลไม่ทำตามเราก็มีความผิด ตามสายบังคับบัญชา หัวหน้าทีม CPR คือ หมอเขาบอกให้นวดเราก็ต้องนวด เราไม่กล้าขัดอยู่แล้ว"

(นิด)

#### 4. การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากผลการศึกษาพบว่าการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน พยาบาลอธิบายถึงวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 7 ลักษณะดังนี้คือ (1) แสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ (2) มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน (3) ปลง (4) หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ (5) ระบายความรู้สึก (6) ใช้เวลารักษาใจ และ (7) เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย ซึ่งแต่ละลักษณะของวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีรายละเอียดดังนี้

4.1 แสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ เป็นการอธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการกระทำบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย พยาบาลบรรยายถึงการแสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพไว้ 2 ลักษณะคือ (1) เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ และ (2) ทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย ซึ่งการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแต่ละวิธี มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการพยายามทำหน้าที่เป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสื่อความต้องการของตัวเองให้บุคลากรใน

ทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ที่ให้การรักษามือป่วยรับทราบได้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นผู้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุดเพราะผู้ป่วยและญาติมีความไว้วางใจพอที่จะพูดคุยระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาและความต้องการให้พยาบาลทราบ ซึ่งพยาบาลก็รับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องนำไปปรึกษาผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและตอบสนองตรงตามความต้องการ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้รับประโยชน์จากทีมสุขภาพมากที่สุด พยาบาลจึงใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทาง จริธรรมโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังคำพูดที่ว่า

“...คนไข้รายนี้หมดหวังในการรักษา และญาติทำใจให้ยอมรับได้แล้ว และตัวคนไข้ก็ได้สั่งเสียลูกหลานไว้ตอนที่เขายังสบายคืออยู่ว่า ถ้าเขาไม่สบายไม่ต้องพามาโรงพยาบาล ให้ปล่อยให้ตายที่บ้าน เขาไม่อยากทรมาณ... ดิวก็จะคุยกับหมอว่าญาติเขาทำใจได้แล้ว ญาติเขาไม่ต้องการให้หมดหวังใจคนไข้ เพราะดิฉันไม่อยากให้คนไข้ทุกข์ทรมาณจากการยืดเวลาในการมีชีวิตอยู่ออกไป และญาติก็จะได้สบายใจว่าได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย และดิฉันจะพยายามเป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ โดยการพยายามเอาข้อมูลหรือคำพูดที่ญาติพูดกับดิฉันมาบอกให้หมอรู้อยู่ เพราะบางที่ญาติเขาไม่ได้เจอหมอดตอนที่หมอมาคูคนไข้ หรือถ้าเจอญาติเขาก็เกรงใจหมอไม่กล้าจะบอกอีก ดิวต้องช่วยบอกให้ คนไข้บางคนเขากลัวหมอ พอเจอหมอก็ไม่กล้าพูด หมอว่าจะไรก็ว่าตาม แต่กับพยาบาลเขาจะกล้าพูด กล้าคุยทุกอย่าง นอกจากนี้ดิฉันก็ดูแลคนไข้เหมือนคนไข้ปกติทั่วไปละนะ ดูแลด้านจิตใจ เพราะเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องดูแลจิตใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เขาลดความกังวล ความทุกข์ลงได้บ้าง”

(ดิฉัน)

“... ส่วนใหญ่สิทธิในเรื่องการรักษาหมอมจะเป็นคนตัดสินใจ ทางเรา (พยาบาล) ได้แต่เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ บางที่ญาติไม่เจอหมอเราก็จะเป็นตัวแทนบอกความต้องการของญาติให้หมอรับรู้ ส่วนหมอมจะตัดสินใจอย่างไรนั้นก็ขึ้นอยู่กับหมอ ถ้าหมอมพูดอะไรกับเราก็จะเอาไปบอกญาติอีกทีหนึ่ง แต่ถ้าหยอยสงสารญาติหรือคนไข้มากๆ หยอยก็จะพยายามพูดกระตุ้นหมอมากหน่อย ...เหมือนกับที่เราเป็นญาติคนไข้เอง ว่าหมอมจะ คนไข้ดูท่าทางไม่ไหวแล้วนะ ความหวังที่จะรอดก็เปอร์เซ็นต์ละ คนไข้จะเจ็บไหมคะถ้าเราไปทำอย่างนั้น แต่ถ้าหมอมคนไหนที่เป็นคนเฉยๆ ไม่ค่อยยอมรับฟังความคิดเห็นพยาบาลเท่าไร

หยอยก็จะพูดเท่าที่ญาติฝากให้ช่วยบอกความต้องการว่าคนไข้จะกลับบ้าน แต่จะไม่พูดกระตุ้นหรือเสริมความรู้สึกนึกคิดของหยอยไปด้วย ... เวลาหมอมายเยี่ยมคนไข้ หยอยก็จะพยายามพูดกับหมอว่า คนไข้คนนี้อายากกลับบ้านมาก คนไข้มีหวังแค่ไหนคะ พยายามเหมือนลักษณะกระตุ้น แต่ไม่ทำให้มันแข็งกระด้างหรือว่าก้าวร้าว ล่วงเกินเขาไป คือการพยายามกระตุ้นหมอ แต่โดยสิทธิพยาบาลแล้วเราพูดอะไรมาไม่ได้ หมอมีสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจ เกี่ยวกับคนไข้ของเขา พยายามมีสิทธิแต่แสดงความคิดเห็นบ้าง เวลาที่เราต้องเป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ"

(หยอย)

4.1.2 ทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการที่พยาบาลเสี่ยงไปกระทำบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ และพยาบาลคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแทนการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง เมื่อพยาบาลรู้สึกว่าไม่มีอำนาจในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ เพื่อลดความรู้สึกขัดแย้งในใจ ซึ่งการทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วยเป็นการกระทำที่พยาบาลพยายามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่มีความทุกข์ทรมาน จากการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรักความอบอุ่นในบั้นปลายแห่งชีวิต เพราะพยาบาลคิดว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาล ที่สามารถกระทำได้โดยอิสระ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ดังคำพูดที่ว่า

"...คนไข้ที่ทนทุกข์ทรมานและหมดหวังในการรักษาแล้ว... หมอสั่งฉีดมอร์ฟีนแก้ปวดเวลาคนไข้ปวดแผล หยอยก็จะฉีดให้ตามคำสั่งหมอ ให้การพยาบาลอย่างดีที่สุด อ่อนโยนที่สุด... เวลาดูดเสมหะเราก็จะดูเบาๆ โดยใช้ความดันต่ำที่สุด ช่วยทำแผล เช็ดตัว ฉีดยา พุดคุยปลอบโยนเวลาเขาเจ็บปวด ให้เขาเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ซึ่งการกระทำของเราทำให้เรารู้สึกสบายใจว่าเราได้ช่วยเหลือคนไข้อย่างเต็มที่... เพราะหยอย คิดว่าสิ่งที่ทำไปนั้นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยการช่วยลดความทุกข์ทรมาน จากการใส่สายต่างๆ ใส่ท่อช่วยหายใจ คนไข้อยากกลับบ้านแต่พยาบาลไม่สามารถช่วยให้เขากลับได้ตามที่เขาต้องการ เพราะมันไม่อยู่ในอำนาจที่พยาบาลจะช่วยคนไข้ได้ เราก็ทดแทนให้คนไข้โดยทำในสิ่งที่พยาบาลทำได้เป็นอย่างดีที่สุด... ตามความรู้สึกของหยอยนะ ...กับญาติ

หยอยก็ช่วยให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ความรู้สึกของญาติดีขึ้น... การให้กำลังใจของญาติ... การพูดคุยกับเขาด้วยความรู้สึกที่ออกมาจากใจเรา ว่าพยาบาลมีความจริงใจ เห็นใจเขา สงสารเขา ก็โดยการสื่อออกมาทางคำพูดที่ อ่อนโยน หรือจากสีหน้าแววตาที่ทำให้เขาสัมผัสได้ว่าพยาบาลมีความรู้สึกร่วมกับเขา เห็นใจเขา”

(หยอย)

“...คนไข้หายใจเหนื่อยหอบ เอฟก็อยากช่วยให้คนไข้หายใจได้ตามปกติ ไม่ทรมานจากอาการหายใจเหนื่อย ถ้าคนไข้บัสสาวะไม่ออก เราก็อยากช่วยเขาให้อยู่ในสภาพที่ไตทำหน้าที่ได้ ...หน้าที่ของพยาบาลเอฟก็ทำไปหมดแล้ว อาการของคนไข้ก็ยังไม่ดีขึ้น เอฟก็อยากให้คนไข้ได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากหมอ แต่เราก็ทำไม่ได้ หมอน่าจะช่วยรักษาให้คนไข้ให้หยุดหอบได้ ถ้าบัสสาวะไม่ออก ก็ช่วยสั่งยาเพื่อให้บัสสาวะออก เราก็ช่วยได้แต่ในบทบาทพยาบาล...ก็ดูแลระบบหายใจให้โล่ง ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานตามปกติ ให้คนไข้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลสุขภาพอนามัยทั่วๆ ไปของคนไข้ ทางด้านร่างกายไม่ให้เกิดแผลกดทับ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมา เราไม่สามารถทำอะไร... ได้มากไปกว่านี้ ถ้าหมอเขาไม่สั่งการรักษาให้”

(เอฟ)

บางครั้งการทำเพื่อประโยชน์ผู้ป่วย อาจต้องขัดแย้งกับทีมสุขภาพ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พยาบาลตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยแก้ไขโดยตรงที่สาเหตุของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ถึงแม้พยาบาลจะรับรู้ว่าการกระทำดังกล่าวอาจเกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพก็ตาม ดังคำพูดที่ว่า

“...เวลาเอฟเจอเหตุการณ์ที่เอฟต้องการช่วยคนไข้ให้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น แต่เอฟช่วยเขาไม่ได้ เอฟก็พยายามตามหมอมุขทุกคนมาช่วยคนไข้ เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น บางคนตามครั้งเดียวเขาก็ไม่มา เขาบอกว่าโรคที่คนไข้เป็นไม่ตรงกับสาขาที่เขาเชี่ยวชาญ เอฟก็พยายามตามตั้งอยู่นั่นแหละ ...พอเอฟตามเขาบ่อยๆ เขาก็มาดูคนไข้ แต่เขาก็ไม่พอใจอีก หาวว่าตามเขาบ่อย”

(เอฟ)

4.2 มีปัญหาปรึกษาเพื่อนร่วมงาน พยาบาล 5 ใน 10 ราย อธิบายถึงวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการปรึกษาเพื่อนร่วมงาน ซึ่งวิธีการนี้มักถูกนำมาใช้เมื่อ

พยายามประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะถ้าตัดสินใจตามลำพังตนเองก็มักกลัวการตัดสินใจที่ผิดพลาด และอาจมีผลเสียตามมาในภายหลัง และพยายามยังรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการกระทำเกี่ยวกับชีวิตคน เสี่ยงต่อความเป็นความตายจึงไม่ควรจะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น พยายามจึงเลือกใช้วิธีการปรึกษาเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะรุ่นพี่ที่อาวุโส เพราะจะมีประสบการณ์มากกว่าในการตัดสินใจช่วยแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังคำพูดที่ว่า

“...การแก้ปัญหาเพื่อลดความรู้สึกขัดแย้งของอีดในเรื่อง... ก็ใช้วิธีคุยกับเพื่อน หรือรุ่นพี่ที่สนิท พี่เขาก็แนะนำว่าควรจะทำยังไง พี่เขาจะสอนทุกเรื่อง”

(อีด)

“...เวลาเจอความไม่แน่ใจในบางสถานการณ์ที่หยอยไม่รู้จะตัดสินใจอย่างไร จะปรึกษาพี่หัวหน้าเวร หยอยก็ไม่กล้า ไม่อยากกวนใจเขา บางที่เขายุ่งๆ อยู่เราก็ไม่อยากกวน หยอยก็จะปรึกษาพี่ที่หยอยสนิทแต่เขาสามารถตัดสินใจปัญหาให้เราได้ เขามีประสบการณ์มากกว่า”

(หยอย)

“...เวลาที่น้องๆ ไม่ค่อยให้การดูแลคนไข้บางประเภท และพี่เห็นว่ามันไม่ถูกต้อง พี่ก็จะคุยกับน้องๆ หลังจากส่งเวรเสร็จตอนเช้าก่อนให้การดูแลคนไข้ (conference) พี่จะบอกน้องเลยว่าให้ดูแลคนไข้เหมือนปกติทั่วไป เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เขาปรับแนวคิดซะใหม่”

(ซี)

“...ก็พูดคุยกับผู้ร่วมงาน... เพราะอย่างน้อยเขาก็เจอมาเหมือนกัน หัวอกเดียวกัน อยู่ในวิชาชีพเดียวกัน หรือเห็นเหตุการณ์ด้วยกัน เขาก็สามารถที่จะให้คำแนะนำหรือว่าบอกเราว่าควรจะทำอย่างไร เพราะเขาก็อยู่ในเหตุการณ์เหมือนเรา เราพูดคุยไปแล้วก็ไม่ใช่ผลเสียกับเรา ถ้าเราพูดคุยให้คนในวิชาชีพอื่นฟัง เขาอาจคิดว่าเราทำงานบกพร่อง ไม่ช่วยผู้ป่วย อย่างน้อยการพูดคุยกับคนในวิชาชีพเดียวกันจะปลอดภัยมากกว่า ถ้าพูดคุยกับคนวิชาชีพอื่นเขาอาจมองภาพพจน์วิชาชีพเราไปในทางที่ไม่ดี”

(เอฟ)



ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในบางครั้งถึงแม้ว่าปรีक्षाผู้บังคับบัญชาแล้ว แต่ก็ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังคำพูดที่ว่า

“เวลาเจอความขัดแย้งในบางเรื่อง ... นิดไม่รู้จะทำอย่างไร นิดแก้ปัญหาคคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว ... ก็เอาปัญหาเรื่องนี้เข้าที่ประชุม เพื่อเสนอความคิดเห็นและหาข้อสรุปที่ชัดเจน และ เพื่อให้หัวหน้ารับทราบถึงปัญหาที่พวกเราเจอกันอยู่ทุกวันๆ แต่ก็ไม่ได้รับการแก้ไข หัวหน้าก็ทำอะไรไม่ได้”

(นิด)

4.3 ปลง พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการพยายามทำให้สบาย ไม่ให้คิดกังวลใจถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เจอบ่อยๆ ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การที่พยาบาลประเมินดูแล้วว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่กำลังเผชิญอยู่นั้นไม่มีหนทางไหนสามารถแก้ไขได้ เพราะเป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นมาเป็นเวลานานนาน และไม่ได้รับการแก้ไข การไปคิดถึงเรื่องที่ไม่มีทางแก้ไขที่ไม่ใช่ของบทบาทหน้าที่พยาบาลโดยตรงที่จะจัดการแก้ไขได้จะทำให้เครียดโดยใช่เหตุ และพยาบาลยังรับรู้ว่าการไม่ใช้บทบาทหน้าที่โดยตรงซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายมาช่วยกันแก้ไขแล้วยังมีนโยบาย หรือกฎระเบียบบางอย่างขององค์กรที่พยาบาลไม่สามารถละเมิดได้ พยาบาลจึงต้องเลือกใช้วิธีการปลงเพื่อให้ตนรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ไม่มีทางออก ดังคำพูดที่ว่า

“...การที่พี่เจอเหตุการณ์ที่มันไม่มีทางออกที่จะแก้ปัญหาได้บ่อยๆ ทำให้เราปลงได้เร็วขึ้น ถ้านานๆ เจอที่เราอาจจะเครียด การที่เราใช้วิธีการปลง ครั้งแรกที่เรารู้เจอปัญหาที่เป็นความขัดแย้ง พี่รู้สึกเครียดเพราะว่าพี่หาทางออกไม่ได้ พอหลังๆ พี่มาคิดว่าเราอย่าไปเครียดมันเลย เพราะเครียดไปก็ไม่มีทางออก เลยทำให้ปลงซะ ... บางทีพี่ก็คิดเหมือนกันนะ เป็นเพราะพี่คิดคนเดียววีรเปล่า คนอื่นเขาไม่ได้เครียดเหมือนพี่ แล้วพี่มาคิดทำไมให้เสียความรู้สึกเปล่าๆ ก็เลยปลงซะบ้าง และอีกอย่างเนื่องจากงานเยอะ ถ้าพี่มัวมานั่งคิดอยู่งานอื่นพี่ก็ไม่ได้ทำ”

(ซี)

“เหตุการณ์ที่คนไข้อาการแยลงโดยที่เอฟมีความรู้สึกที่เอฟช่วยอะไรคนไข้ไม่ได้เลย เอฟก็พยายามตามหมอมาดูคนไข้ หมอมาดูคนไข้แต่หมอมไม่ให้การรักษา เพราะเขาบอกว่าไม่ตรงกับสาขาที่เขาเชี่ยวชาญ ตัวเอฟเองก็ยังไม่รู้สึกรู้ว่าแยอยู่ เพราะปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข คนไข้ยังไม่ได้รับการดูแลให้พ้นภาวะวิกฤต

แต่เอฟก็พยายามทำให้ยอมรับว่าเอฟช่วยเหลือเขาตามบทบาทหน้าที่ของเราอย่างสุดความสามารถแล้ว แต่คนไข้ก็นึกยังไม่ดีขึ้น เอฟก็ไม่รู้จะทำยังไง หลังจากทำให้ยอมรับได้แบบนี้แล้ว เอฟก็รู้สึกดีขึ้นนิดหน่อยว่าอย่างน้อยเราได้ทำหน้าที่ของเราดีที่สุดแล้ว”

(เอฟ)

4.4 หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ พยาบาล 3 ใน 10 รายอธิบายถึงวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยการพยายามบอกตัวเองว่าการกระทำของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพที่พยาบาลไม่เห็นด้วย เนื่องจากมีมุมมองที่แตกต่างกัน หรือคิดไม่เหมือนกัน อาจเป็นการกระทำที่ถูกต้อง เพราะผู้ร่วมงานอาจมีมุมมองที่กว้างกว่า จากความรู้และประสบการณ์ที่มากกว่า คงจะทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วยและเกิดผลดีกับผู้ป่วยได้ดีกว่าตนเอง ซึ่งการหาเหตุผลมาบอกตัวเองดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น ถือเป็น การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกวิธีหนึ่ง ดังคำพูดที่ว่า

“...ปัญหาในเรื่องที่หมอพยายามยึดชีวิตคนไข้ที่ไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว แต่หยอยไม่เห็นด้วยกับหมอ เพราะหยอยอยากให้คนไข้ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการใส่อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตต่างๆ ...แต่พยาบาลก็ไม่มีสิทธิ์ขัดกับแผนการรักษาได้ ...ตอนหลังหยอยก็กลับมาคิดว่าตัวหยอยเองอาจจะเอาความรู้สึกของตัวเองประเมินเป็นที่ตั้งเกินไป โดยไม่ได้มองว่าสิ่งที่หมอพยายามจะทำอยู่นั้น หมอก็มีความหวังดีต่อคนไข้เหมือนกัน ...คือหยอยมีความรู้สึกว่าบางสิ่งที่เราขัดแย้งมันอาจจะถูกต้องก็ได้ ถ้าในความคิดของหมอคณนั้นเขามีจิตใจดีงามที่อยากจะช่วยเหลือคนไข้จริงๆ เพียงแต่ว่าถ้าเขาตามหลักที่เราเห็นว่าไม่มีหวังแล้ว มันก็อาจจะปล่อยชะ เช่นการเจาะคอ การทำหัตถการในคนไข้ระยะสุดท้าย จะเพิ่มความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หมออาจจะรู้ว่าไม่ดี แต่ทำไปแล้วเพื่อเกิดผลดี เพราะฉะนั้นหมอก็ไม่ผิดที่คิดจะช่วยคนไข้”

(หยอย)

“...คนไข้ที่พี่คิดว่าน่าจะมีหวังในการรักษา แต่หมอสรุบผลว่าไม่ให้การรักษาเพิ่มเติมแล้ว พี่ก็รู้สึกเครียด ไม่สบายใจว่าทำไมเขาตัดสินใจแบบนั้น ไม่รักษาให้เต็มที่ซะก่อน ...สิ่งที่ช่วยลดความเครียดของพี่ในเรื่องนี้ คือ ให้การพยาบาลอย่างเต็มที่ในบทบาทของพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตคนไข้ได้ เพราะมีคนไข้บางคนเหมือนกัน ที่หมอบอกไม่รอด แต่พยาบาลช่วยจนรอดได้ ...พี่ก็กลับมาคิด

ดูว่า หมอก็คงคิดถูกของหมอเหมือนกันนะ สงสัยจะไม่รอดตามที่หมอพยากรณ์ไว้ก็ได้ หมอเขามีความรู้ความสามารถมากกว่าพยาบาล พยากรณ์โรคได้ดีกว่าพยาบาล ...ก็เป็นวิธีการคิดเพื่อให้รู้สึกคลายเครียดนะ ...ก็สบายใจขึ้น”

(ซี)

“...การที่รุ่นพี่สั่งให้ตีไปฉีดยาให้คนไข้สงบทั้ง ๆ ที่ตีไม่เห็นด้วย ...เพราะดี คิดว่ามันไม่เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ ดื้อยากใช้วิธีการของเราเองที่คนไข้จะได้รับประโยชน์มากกว่า แต่ดีก็ขัดรุ่นพี่คนนั้นไม่ได้ ดีต้องทำตามที่เขาสั่ง...เพราะดีถือว่าเราประสบความสำเร็จน้อย ...ดีก็ได้แต่ปลอบใจตัวเองว่า รุ่นพี่เขาทำถูกแล้ว ...เรามีประสบการณ์มากกว่าดี เขาคงอยากช่วยดี”

(ดี)

4.5 ระบายความรู้สึก เป็นวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาล 9 ใน 10 ราย ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่นิยมนำมาใช้เพื่อลดความรู้สึกเครียดและคับข้องใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งการระบายความรู้สึกของพยาบาลมีหลายลักษณะ เช่น วิธีการร้องไห้เมื่อไม่มีใครคอยรับฟังปัญหาหรือเมื่ออยู่คนเดียว วิธีการพูดคุยระบายปัญหาและความรู้สึกกับเพื่อน ๆ ผู้ร่วมงาน บุคคลในครอบครัว หลังจากระบายความรู้สึกแล้วพบว่า เพื่อน ๆ ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้พยาบาลรู้สึกสบายใจดังคำพูดที่ว่า

“...เหตุการณ์ที่รุ่นพี่มอบหมายให้ตีไปทำกิจกรรมอะไรบางอย่างทั้งที่ตีไม่ อยากทำตาม แต่เราขัดรุ่นพี่ไม่ได้นั่น ...เป็นสิ่งที่ตีไม่อยากทำ ...ดีรู้ว่าสิ่งที่เขา มอบหมายให้ไปทำมันไม่ถูกต้อง แต่ดีต้องทำ รู้สึกว่าเราควรเลือกสิ่งที่ถูก แต่เราไม่มีอำนาจจะไปยับยั้งหรือบอกเขาว่าเราไม่ทำนะ เราารู้สึกหงุดหงิดและวิตกกังวล พอ ลงเวรไปแล้วยังกังวลว่าคนไข้จะเป็นอย่างไรบ้าง คือจะคิดถึงคนไข้ ต้องเก็บเรื่องนี้ มาคิดอีก กลับไปบ้านก็คุยกับแม่ เพื่อเป็นการระบายความรู้สึกหงุดหงิด เพราะว่า ปกติแม่จะรับฟังทุกอย่างอยู่แล้ว แม่อาจจะไม่พูดอะไรมาก แต่ดีรู้สึกสบายใจที่มีคน รับฟังสิ่งที่เราพูด เพราะว่าดีจะระบายกับคนที่ทำงานไม่ได้อยู่แล้ว... ดีกลัวจะมีการ พาดพิงไปถึงคนที่เรากล่าวถึง เดียวเกิดการไม่พอใจกันอีก”

(ดี)

“...วันนั้นดีรู้สึกอึดอัดคับข้องใจมาก มีความรู้สึกทำไมตัวเราไร้คุณค่า อย่างนี้ ให้การดูแลคนไข้แต่ดีไม่มีอิสระในการตัดสินใจอะไร ไม่ว่าเรื่องในบทบาท

ของพยาบาลหรือนอกบทบาท อี้ดต้องคอยฟังคำสั่งเขาทุกอย่างเลยหรือ ทำไมล่ะ อี้ดก็เรียนมา 4 ปีเหมือนคนอื่นเขา แต่ทำไมเราไม่มีบทบาทอิสระในจุดนี้ ...ลงเวรไปวันนั้น อยากพูดคุยกะบายกับเพื่อน เพื่อนก็ไม่อยู่ ร้องให้เลย เพราะไม่รู้จะไประบายกับใคร”

(อี้ด)

4.6 ใช้เวลารักษาใจ พยาบาล 5 ใน 10 ราย อธิบายถึงการปล่อยเวลาให้ผ่านไปเฉยๆ โดยไม่ได้แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แต่เมื่อเวลาผ่านไปความรู้สึกขัดแย้งใจ อี้ดอัดคับข้องใจก็ลดลงไปเอง ดังคำพูดที่ว่า

“คนไข้ที่เราคิดว่าน่าล้น มีความหวังในการรักษาแต่ญาติตัดสินใจเอากลับบ้าน ก็รู้สึกเสียดาย คนหนุ่มๆ อยู่ ญาติเห็นว่าคนไข้รู้สึกตัวไม่ค่อยดี มือเท้าเย็น ญาติก็เลยตัดสินใจเอากลับบ้าน แต่ตามความคิดเราคิดว่าคนไข้ น่าจะรอด น้อยรู้สึก ว่าถ้าญาติเอากลับบ้านเขาต้องตายแน่ๆ คนไข้ น่าจะล้นต่อสักระยะ น่าจะมีความหวัง แต่เมื่อญาติตัดสินใจเอากลับบ้าน ก็รู้สึกเสียดายนะ... แต่พอคนไข้ย้ายออกไปนานๆ ความรู้สึกของน้อยก็ดีขึ้น เวลาที่ช่วยได้เหมือนกัน ระยะเวลาทำให้ ความรู้สึกขัดแย้งของน้อยลดลง นานๆ ไปก็ยอมรับได้”

(น้อย)

“...คนไข้ถูกลงโป่งพอง อาการอย่างอื่นดีหมด แต่จากผลการเพาะเชื้อ คนไข้มีการติดเชื้อบางระบบในร่างกาย นิดอยากให้คนไข้ได้รับการรักษาบางอย่างเพิ่ม แต่ไม่มีใครเห็นด้วยกับนิด วันหลังพอคนไข้อาการไม่ดี นิดก็ทำใจไม่ได้ที่คนไข้ อาการแยลง เราก็รู้สึกไม่สบายใจ ...อำนาจพยาบาลมันไม่ได้มากมายที่เราจะตัดสินใจกระทำบางอย่างที่เราคิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ คือมันอยู่ใต้อำนาจ หมอมากเกินไป ...เราก็เครียดในสถานการณ์แบบนี้ที่ช่วยคนไข้ไม่ได้ ความรับผิดชอบเรามีแค่นี้ จะไปรับผิดชอบมากก็ไม่ได้ เราต้องรู้ขอบเขตของตัวเองว่าทำได้แค่นี้ ...แต่พอเวลาผ่านไปความเครียดของนิดก็ลดลง เราก็ทำใจได้”

(นิด)

4.7 เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย เป็นการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล 6 ใน 10 ราย นำมาใช้เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแล้วพยาบาลได้พยายามหาวิธีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมด้วยตัวเอง

หลายวิธีแล้ว แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ พยายามจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่คิดว่าพอจะมีอำนาจในการช่วยเหลือได้ ดังคำพูดที่ว่า

“...เจอความขัดแย้งในเรื่องที่หยอยอยากให้คนไข้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นกว่าเดิม แต่หยอยไม่สามารถทำได้ หยอยรู้สึกอึดอัดใจที่หยอยไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ ซึ่งปัญหานี้เป็นเรื่องที่หยอยเจอบ่อยๆ ที่พยาบาลไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ...หยอยรู้สึกไม่ดีต่อตัวเองว่าเป็นพยาบาล แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาให้คนไข้ได้ ...หยอยก็ไปบอกหัวหน้า เพราะหยอยคิดว่าหัวหน้ามีอำนาจมากกว่าเรา ในการที่จะจัดการแก้ปัญหาให้เราได้”

(หยอย)

“...คนไข้ที่ยังพอมีความหวังในการรักษาแต่ญาติตัดสินใจเอากลับบ้าน พี่ก็สงสารคนไข้ ว่าการตัดสินใจไม่ได้มาจากตัวคนไข้เอง ...พี่คิดเอาเองว่าถ้าคนไข้พูดได้ เขาคงพูดว่าเขาขอรักษาต่อนะ คือพี่คิดว่าความต้องการพื้นฐานของคนมันน่าจะเหมือนกัน อยากมีชีวิตอยู่ อยากได้รับการดูแลที่ดี ...แต่พี่ก็ไม่รู้จะช่วยเขาอย่างไร เพราะญาติเขาตัดสินใจอย่างนี้ ...พี่ก็พยายามบอกหมอเจ้าของไข้ที่ดูแลคนไข้ อยู่ ให้ช่วยมาพูดบ้าง เมื่อว่าญาติเขาจะเชื่อหมอมากกว่าพยาบาล เพราะปกติแล้ว หมอพูดอะไรคนไข้เขามักจะเชื่ออยู่แล้ว”

(จี)

## 5. ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากผลการศึกษาพบว่า ผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งทางบวกและทางลบ ทางบวกหมายถึง พยาบาลสามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม และพยาบาลไม่รู้สึกผิด และผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ส่วนผลทางด้านลบหมายถึง พยาบาลไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยเพราะอยู่นอกเหนืออำนาจ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะจัดการแก้ไขได้ ทำให้พยาบาลยังรู้สึกคับข้องใจอยู่เพราะปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ ปัญหาบางปัญหาได้รับการแก้ไขแล้วโดยการที่พยาบาลตัดสินใจเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง แต่มีผลกระทบที่เกิดจากการแก้ปัญหาที่พยาบาลทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีแต่ในทางกลับกันสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับพยาบาล และพยาบาลกับพยาบาลผู้ร่วมงานไม่ดีต่อกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ผลทางบวกจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลอธิบายผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในทางบวกไว้ 4 ลักษณะ คือ (1) พอใจ

และภาคภูมิใจที่ได้ทำเพื่อผู้ป่วย (2) สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก (3) อย่างน้อยก็ได้คงสัมพันธ์ภาพ และ (4) ผู้ป่วยได้รับซึ่งการดูแลที่ดี ซึ่งมีรายละเอียดของผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในทางบวก ดังนี้

5.1.1. พอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำเพื่อผู้ป่วย พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงความรู้สึกพอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ได้ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผลที่เกิดจากการแก้ปัญหาจะไม่ได้ดังที่ใจคาดหวังมากนักเพราะไม่ใช้การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง ปัญหาจึงอาจจะยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ ดังเช่นคำพูดที่ว่า

“...ก็รู้สึกที่ดีขึ้น ดีกว่าไม่ได้ทำอะไรเลย รู้สึกว่าได้ช่วยเขาบ้าง แต่ต้องทำใจว่าเราได้ช่วยเขาบ้างแล้ว แต่ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไรก็แล้วแต่หมอมเขาจะตัดสินใจ ถือว่าอย่างน้อยหยอยก็ได้ช่วยพุดบ้างแล้ว หยอยก็คงทำได้แค่นี้ เพราะว่าหยอยไป ก้าวก่ายหมอมมากกว่านี้ไม่ได้”

(หยอย)

“อย่างเรื่องของการกระทำบางอย่าง เราก็พอใจละนะว่าสามารถช่วยเหลือคนไข้ได้ ดิวพอใจว่าได้ทำประโยชน์ให้คนไข้ ไม่ได้ทำตามคำสั่งแพทย์อย่างเดียว ดิวก็มีจุดยืนของดิว ส่วนมากผลที่เกิดจากการกระทำของดิว ดิวก็พอใจว่าคนไข้ได้รับผลประโยชน์คือ ไม่เกิดอันตรายต่อคนไข้จากการกระทำของดิวแต่ถ้าคนไข้รายไหนที่ดิวคิดว่าอาจเกิดอันตราย ดิวก็ไม่ทำเพราะเราถือว่าคนไข้เสียผลประโยชน์”

(ดิว)

“...คนไข้โรคเอดส์ที่ไม่มีใครอยากดูแล ...พี่ก็ต้องเข้าไปดูแลเพื่อเป็นตัวอย่างให้น้องดู ...เพราะไม่มีใครกล้าดูแลไง ถ้าพี่ไม่ทำอย่างนี้ ...พี่ก็ทำไปทั้งๆ ที่กลัวนั่นแหละ ...แต่หลังจากที่พี่ทำไปแล้วพี่ก็รู้สึกสบายใจเหมือนกัน ...ทำในสิ่งที่คนอื่นไม่ยอมทำ มันก็รู้สึกมีคุณค่าเหมือนกัน”

(จู่)

5.1.2 สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก เป็นการที่พยาบาลทั้ง 10 ราย รู้สึกสบายใจที่ได้พูดคุยปัญหาที่เป็นความคับข้องใจในการปฏิบัติงานให้ผู้ร่วมงานหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้ การได้พูดคุยระบายความในใจทำให้พยาบาลรู้สึกไม่มีปัญหาที่ติดค้างในใจ และการที่ได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพทำให้

พยาบาลได้รับรู้ว่าผู้ร่วมงานคนอื่นก็เผชิญปัญหาในลักษณะเดียวกัน การได้ระบายความรู้สึกทำให้มีการร่วมกันแบ่งปันความรู้สึกต่อกัน จึงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“...การที่หยอยได้พูดคุยระบายความรู้สึก มันก็จะไม่มีอะไรติดค้างในใจ เพื่อนคนอื่นก็จะพูดกันว่า เขาก็เจอเหมือนกัน ถ้ามีพี่ที่เข้าใจหยอย ฟังหยอยพูดคุย หยอยก็จะเล่าให้ฟังว่าหยอยรู้สึกไม่ดีเลย หยอยอยากให้ผู้ร่วมงานทำงานด้วยความรับผิดชอบมากกว่านี้ ... หลังที่ได้พูดคุยกับรุ่นพี่ที่สนิทแล้วหยอยก็รู้สึกดีขึ้น คือเหมือนกับเราได้ระบายอะไรออกไปแล้ว สิ่งที่ติดค้างในใจก็ค่อยหายไปเองบางที พี่คนนั้นก็เจอปัญหาเหมือนหยอย คนเราก็นานาจิตตังความรู้สึกไม่เหมือนกัน หยอยก็จะมีความรู้สึกว่า คนอื่นๆ เขาก็เจอปัญหาเหมือนหยอย แต่เขาก็ผ่านไปได้อีกจะไม่เก็บมาเครียด ปัญหานั้นก็ลดลง”

(หยอย)

“...พอได้ร้องไห้ อึดก็รู้สึกสบายใจขึ้นบ้าง ไม่รู้สึกคับแน่นในอก ถึงจะไม่ช่วยอะไรได้มาก แต่ทำให้เรามีแรงที่จะสู้ปัญหาต่อไปอีก”

(อึด)

“หลังจากที่ได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับแม่แล้ว ความรู้สึกของก็ดีขึ้น เป็นความรู้สึกสบายใจขึ้นที่ได้พูดคุยระบายปัญหาออกมาแล้วมีคนฟัง ถึงแม้ว่าแม่จะไม่ช่วยแนะนำอะไรมาก แต่พอกลับบ้านได้พูดคุยกับแม่ แม่บอกว่าประสบการณ์ตนเอง ได้กำลังใจจากแม่ทำให้ไม่คิดมาก”

(ดี)

5.1.3 อย่างน้อยก็ได้คงสัมพันธ์ภาพ พยาบาล 9 ใน 10 ราย อธิบายถึงผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พยาบาลต้องการทำเพื่อผู้ป่วย แต่ในบางครั้งพยาบาลก็เกรงว่าจะกระทบถึงสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานในที่มสุขภาพ พยาบาลจึงต้องใช้วิธีการเลี่ยงไปกระทำบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้เพื่อเป็นการทดแทนในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการกระทำดังกล่าว จะไม่ได้แก้ไขที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง แต่ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องของสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงาน ดังคำพูดที่ว่า

“...ปัญหาที่หมอบอกความจริงเกี่ยวกับกับอาการของคนไข้ แต่หยอยก็ไม่กล้าทักท้วง เพราะกลัวหมอโกรธ หยอยอยู่อย่างมั่นใจไม่ถูกต้อง แต่หยอยก็ต้องทำเฉย

เพราะถ้าหยอยจะไปบอกญาติในตอนนั้นว่าที่หมอพุดนะมันไม่จริง หมอก็คจะมา  
 โกรธพยาบาล ญาติเขาต้องเชื่อหมอกว่าพยาบาลอยู่แล้วใช่ไหม...หยอยก็ไป  
 พูดคุยระบายกับเพื่อน ส่งเวรให้เพื่อนว่าพุดลักษณะนี้นะ เวลาพยาบาลให้ ข้อมูล  
 ญาติก็จะได้ให้ตรงกัน จะได้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับหมอ”

(หยอย)

“...ปัญหาที่ผู้ร่วมงานบางคนส่งเสียงดั่งรบกวนคนไข้ แต่ดิวิก็ไม่นกล้าเตือน  
 เขา เพราะดิวิเป็นน้องใหม่ของที่นี่ ดิวิเกรงใจเขา ถ้าดิวิไปเตือนเขา เขาอาจจะ  
 ไม่พอใจ ...ดิวิก็ต้องปล่อยเลยตามเลย ดิวิรู้ว่าปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข แต่ดิวิก็  
 อึดอัดคนเดียว ดิวิไม่ยอมมีปัญหากับผู้ร่วมงานคนอื่น”

(ดิวิ)

5.1.4 ผู้ป่วยได้รับซึ่งการดูแลที่ดี พยาบาล 7 ใน 10 ราย อธิบายถึง  
 ผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยแล้ว  
 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ดังคำพูดที่ว่า

“...เวลาที่น้องเขาไม่ยอมให้การดูแลคนไข้บางประเภท ...พี่ก็เรียกน้อง  
 เขามาคุย เพื่อให้เขาปรับความคิดซะใหม่ ...แล้วเวลาประชุมกันตอนส่งเวรดอน  
 เข้า (conference) พี่ก็พยายามพูดเพื่อกระตุ้นให้เขาเกิดความรู้สึกอยากดูแลคนไข้  
 ขึ้นมาบ้าง ...และพี่ก็เห็นใจน้องเขาเหมือนกันนะที่เขากลัว ...พี่ก็ทำเป็นตัวอย่าง  
 ให้น้องเขาดู เพื่อเป็นกำลังใจให้น้องเขา ว่าพี่ก็ยังทำ เราเป็นพยาบาลเราต้องดูแล  
 คนไข้ ...พอจากที่พี่ทำแบบนี้แล้ว ...รู้สึกว่าน้องๆ เขาก็ดูแลคนไข้ดีขึ้นนะ ...เข้าไป  
 พูดคุยกับคนไข้ ...อาจจะเป็นเพราะว่าน้องเขาไม่ยอมขัดกับพี่มั้ง ”

(ซี)

“...คนไข้มีอาการช็อค...แล้วดิวิอยากให้เขาได้รับการรักษาเพิ่มเติมแต่หมอเวร  
 เขาก็ไม่สั่ง ...เขาคงคิดไม่เหมือนดิวิ ...พอตอนเช้าพ้นจากเวรหมอคคนนี้แล้ว ดิวิรีบ  
 รายงานเจ้าของไข้ทันทีเลย ...ซึ่งหมอเจ้าของไข้เขาก็เห็นด้วยกับเรา เขาก็สั่งการ  
 รักษาให้คนไข้ซึ่งตรงกับที่เราคิด เราก็อธิบายว่าคนไข้ได้รับการรักษาดีขึ้น ถึงจะเข้าไป  
 ไปหน่อยในความคิดของดิวิ”

(ดิวิ)



5.2 ผลทางลบจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลอธิบายผลทางลบที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 4 ลักษณะ คือ (1) ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ (2) สัมพันธภาพเสื่อมถอย (3) ด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ และ (4) ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ พยาบาล 3 ใน 10 ราย อธิบายถึงความรู้สึกที่ยังคงรู้สึกอึดอัดคับข้องใจเหมือนตอนที่กำลังเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังคำพูดที่ว่า

“...ปัญหาในเรื่องที่ทีมสุขภาพบางคนละเลยไม่ดูแลคนไข้เมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ แต่หยอຍไม่กล้าตักเตือนเพราะเรากลัวเขาไม่พอใจ และหยอຍเป็นรุ่นน้อง หยอຍก็ไม่กล้าเตือน แต่หยอຍรู้สึกไม่พอใจ การที่ไม่ได้บอกเขาว่าการกระทำของเขาไม่ถูกต้องนะ ความรู้สึกไม่พอใจของหยอຍก็ไม่สามารถลดลงได้หรอกในขณะนั้น หยอຍก็ยังคงมีความรู้สึกที่ไม่ดีกับเขาอยู่นั้นแหละ เพราะคนไข้ก็ยังไม่ได้รับการดูแลที่ดีในความรู้สึกของหยอຍ”

(หยอຍ)

“...ปัญหาในเรื่องที่รุ่นพี่ปฏิบัติอะไรบางอย่างกับคนไข้ที่คิดว่ามันไม่น่าจะถูกต้องกับคนไข้ แต่ตัวก็เกรงใจ ไม่กล้าบอก ตัวก็รู้สึกอึดอัดนะกับการที่อยากบอกเขาว่า อย่าทำอย่างนั้น แต่ตัวบอกเขาไม่ได้ การที่ตัวทำอะไรไม่ได้ อย่างที่ต้องการมันก็ยังคงรู้สึกอึดอัด คับอกอยู่อย่างนั้น”

(ตัว)

5.2.2 สัมพันธภาพเสื่อมถอย พยาบาล 6 ใน 10 ราย บรรยายถึงผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทางด้านลบที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพไม่ดีกับแพทย์และพยาบาลผู้ร่วมงาน เนื่องจากพยาบาลพยายามทำหน้าที่แทนผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพจากทีมสุขภาพ แต่ผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพที่เป็นแพทย์ หรือพยาบาลผู้ร่วมงาน อาจมีความคิดเห็นที่ไม่เหมือนกัน หรือมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันกับการกระทำของพยาบาลที่พยายามกระทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จึงทำให้เกิดผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันกับผู้ร่วมงาน ดังคำพูดที่ว่า

“...คนไข้โรคหัวใจ ...หัวใจหยุดเต้น ...ลอยก็รีบช่วยเหลือเท่าที่พยาบาล จะช่วยได้ ลอยตามหมอเวร แต่ตามไม่ได้ ไม่รู้หมอยู่ไหน ก็เลยตัดสินใจตามหมอ ห้องฉุกเฉินมาช่วยคุณไข้แทน ...เพราะตอนนั้นมันวิกฤติจริงๆ ลอยไม่รู้จะทำยังไงแล้ว ...ถ้าซ้าก็ช่วยคนไข้ไม่ทัน ลอยก็เตรียมเครื่องมือต่างๆ ในการช่วยชีวิต เครื่องกระตุ้นหัวใจ เพราะเราทำเองไม่ได้อยู่แล้ว ...หมออีอาร์ก็มานะ แต่สีหน้าเขาไม่ค่อยดีเท่าไร เขาถามว่าหมอเวรไปไหน ...แต่เขาก็ช่วยกระตุ้นหัวใจคนไข้ สั่งยาให้คนไข้ ...เรารู้สึกดีว่าคนไข้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าเขาจะไม่พอใจบ้างก็ช่างเขา เพราะว่าไม่ใช่คนไข้ในความรับผิดชอบของเขา”

(ลอย)

“...ผลที่เกิดจากการที่เราพยายามกระตุ้นให้เขาให้การดูแลคนไข้ที่หมดหวังในการรักษาให้เหมือนคนไข้ปกติทั่วไปก็คือ น้องเขาก็แสดงสีหน้าไม่พอใจ เพราะโดยปกติแล้วตามความคิดของเขาๆ คิดว่า คนไข้ที่หมดหวังในการรักษาแล้ว ภาระงานน่าจะลดลง กิจกรรมการพยาบาลก็ควรจะลดลงด้วย พอเราไปกระตุ้นให้เขาดูแลผู้ป่วยอย่างนี้ ภาระงานมันก็เหมือนเดิม เขาก็แสดงสีหน้าไม่พอใจบ้างเป็นเรื่องธรรมดา ไอ้เรื่องให้การดูแลคนไข้เขาก็ดูแลนั่นแหละ เขาคงไม่กล้าขัดเราหรอก แต่ดูสีหน้าแล้วคงไม่พอใจ พี่คิดว่างานมันก็ไม่เหนียวเท่าไร มันก็งานที่ทำกันอยู่ทุกวันนั่นแหละ ภาระงานแค่นี้มันจะหนักหนาอะไรกันดูทำหน้าที่ไม่พอใจกันอยู่ได้”

(ซี)

5.2.3 ด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ พยาบาล 4 ใน 10 ราย อธิบายถึงความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตัวเองเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมแล้วไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย จึงทำให้รู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่าที่เป็นพยาบาลแต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยได้ ดังคำพูดที่ว่า

“...ปัญหาที่เราต้องดูแลคนไข้ แต่เอฟไม่สามารถช่วยเหลือคนไข้ได้ เพราะมันไม่ใช่บทบาทของเอฟที่จะช่วยคนไข้ได้ ...เอฟรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ ...เพราะว่าไม่มีใครสนใจใจ ...เรารู้สึกแย่ที่เราช่วยคนไข้ให้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นไม่ได้”

(เอฟ)

“...ปัญหาที่ลอยต้องดูแลคนไข้ที่แก่แล้ว แล้วต้องมายืดชีวิตคนไข้ให้เขาได้ รับความทุกข์ทรมานอีก โดยที่ช่วยเหลืออะไรเขาก็ไม่ได้ ...ลอยมีความรู้สึกที่ไม่รู้เรามาเป็นพยาบาลทำไม...ถึงเราไม่ช่วยเขา เขาก็ต้องตายอยู่แล้วตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานด้วย”

(ลอย)

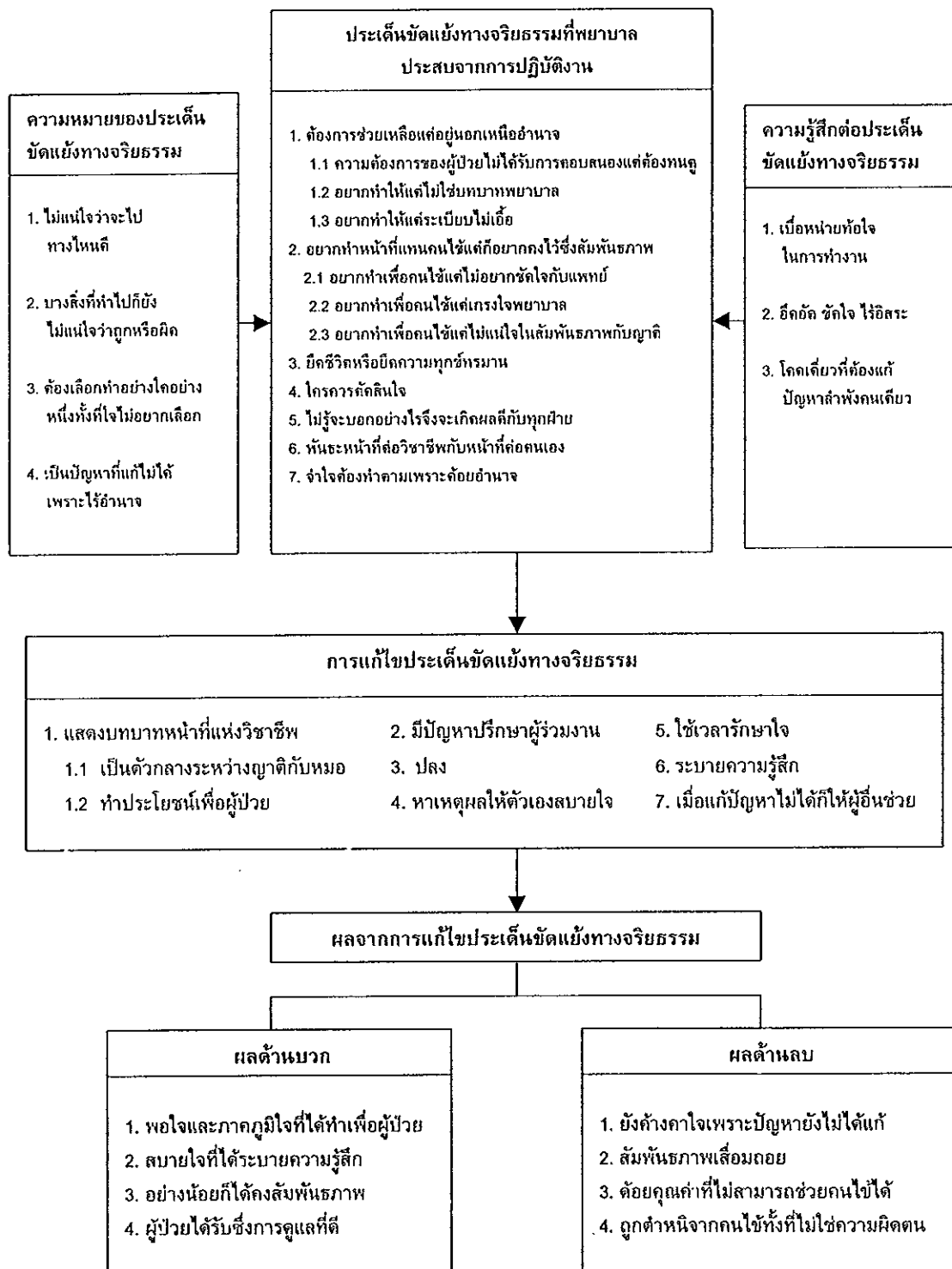
5.2.4 ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน พยาบาล 4 ใน 10 ราย อธิบายถึงเหตุการณ์ที่พยาบาลพยายามการกระทำในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยการทำหน้าที่พิทักษ์ผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับในสิ่งที่ถูกต้อง แต่ผลที่เกิดจากการกระทำดังกล่าว กลับทำให้สัมพันธ์ภาพกับญาติเป็นไปในทางลบ ดังคำพูดที่ว่า

“...ปัญหา คือหมอบอกความจริงกับคนไข้ เกี่ยวกับอาการของโรค ... หมอบอกแต่ว่าอาการที่ดีขึ้น ...เอฟคิดว่าเป็นการไม่ถูกต้อง คนไข้ต้องได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ...เชื่อว่าถ้าคนไข้ไม่รอดจะได้เอากลับไปตายที่บ้าน ...เอฟก็บอกอาการคนไข้ตามที่เราตรวจพบจริง ๆ เช่น อาการที่แย่งลงในคนไข้ระยะสุดท้ายของชีวิต ...แต่พอเอฟบอก ญาติกลับเข้าใจผิดคิดว่าอาการของคนไข้ที่แย่งจากเดิม เป็นเพราะพยาบาลให้การดูแลที่ไม่ดี ทั้ง ๆ ที่เดิมคนไข้ก็มีอาการไม่ดี อยู่ก่อนแล้ว”

(เอฟ)

จากผลการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าเมื่อพยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และพยาบาลหาวิธีแก้ไขเพื่อลดความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีทั้งทางบวกและทางลบ ดังสรุปในภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 สรุปปรากฏการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก



## การอภิปรายผล

### 1. ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาล

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ คือ (1) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี (2) บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด (3) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่อยากจะเลือก และ (4) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ

การให้ความหมาย ในลักษณะของ “ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี” และ “บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด” เป็นการให้ความหมายที่บอกถึงความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายในลักษณะนี้เนื่องจากขณะที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับปัญหาที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้น ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกการกระทำว่าการทำแบบไหนจึงจะเป็นสิ่งที่ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเจมตัน (Jameton, 1984 cited by Redman & Hill, 1997) ที่ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) ไว้ว่าเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความรู้สึกสองจิตสองใจที่ต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกมากกว่าสองทาง และมีน้ำหนักในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆ กันเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน หรือเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะใช้หลักการทางจริยธรรมข้อใดมาประยุกต์ใช้เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน (moral uncertainty)

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกลังเล ไม่แน่ใจเกิดจากความเชื่อหรือความคิดที่แตกต่างกันของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าความคิดของใครถูกต้อง และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากมักบุคคลมักมีความแตกต่างกันทางคุณค่า ดังที่ ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของคุณค่าและความเชื่อ ซึ่งคุณค่าแสดงถึงแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกการกระทำ พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งอาจมีหน้าที่ตัดสินใจการกระทำต่างๆ เพื่อทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีทั้งคุณค่าและความเชื่อที่ประกอบด้วยคุณค่าส่วนตน

(personal values) และคุณค่าทางวิชาชีพ (professional values) ซึ่งคุณค่าส่วนตนจะเป็น การแสดงออกถึงความเชื่อ ทศนคติที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ของแต่ละคน ได้รับมาจาก การอบรมเลี้ยงดู ศาสนาและความเชื่อจากนโยบายการปกครอง นอกจากนี้คุณค่าส่วนตน เป็นคุณค่าที่ประกอบด้วยคุณค่าทางจริยธรรม (moral values) และคุณค่าที่ไม่ใช่คุณค่า ทางจริยธรรม (nonmoral values) ซึ่งเป็นคุณค่าเกี่ยวกับความเชื่อ หรือความชอบในเรื่อง ต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวกับจริยธรรม ส่วนคุณค่าทางวิชาชีพ (professional values) เป็นคุณค่าที่ ถูกกำหนดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งคุณค่าในวิชาชีพพยาบาลก็คือจรรยาบรรณวิชาชีพ

โดยทั่วไปในทางจริยศาสตร์เมื่อพูดถึงการกระทำและการตัดสินใจกระทำมักมีการ ตัดสินใจเชิงคุณค่า (value judgment) การที่พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลคนเดียวแต่มีคุณค่าและ ความเชื่อหลายอย่างในตนเอง และเป็นคุณค่าที่มีความแตกต่างกัน ย่อมเกิดความขัดแย้ง ขึ้นได้เมื่อต้องมีการตัดสินใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอาจเป็นคุณค่าส่วนตนที่ขัดแย้งกับ คุณค่าทางวิชาชีพ หรือคุณค่าส่วนตนขัดแย้งกับคุณค่าส่วนตนด้วยกันเอง สอดคล้องกับ แนวคิดของสิวลี (2537) และฟราย ( Fry, 1994) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความแตกต่างในเรื่องของคุณค่าและความเชื่อ และสอดคล้องกับ ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สิวลี (2537) ให้ความหมายไว้ว่า ประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ก่อให้เกิดความจำเป็นต้องเลือก ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่าและมีน้ำหนักในการที่จะเลือก หรือไม่เลือกเท่ากันเนื่องจากแต่ละทางเลือกมีความสำคัญเท่ากันหรือไม่มีทางออกชัดเจน ในแต่ละทางเลือกหรือไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดถูกหรือผิด ซึ่งโดยทั่วไปแล้วประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเป็นปัญหาจริยธรรมที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้แน่ ชัดว่าจะใช้ข้อเท็จจริงและข้อมูลอย่างไรประกอบการตัดสินใจ

ส่วนความหมาย “ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่อยากจะเลือก” เป็น การให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลต้องตัดสินใจเลือกการ กระทำระหว่างทางเลือกสองทางเลือกที่มีความสำคัญเท่าๆ กัน และทางเลือกที่มีให้เลือกมักไป ขัดแย้งกับอีกทางเลือกหนึ่งที่ไม่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของไอเคิน และแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ที่กล่าวว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าเป็นสถานการณ์ที่ บุคคลต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกที่ไม่ชอบเท่ากัน และสอดคล้องกับความหมายของ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) ที่เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Redman & Hill, 1997) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความรู้สึกสอง จิตสองใจที่ต้องเลือกใช้หลักการทางจริยธรรมที่ชัดเจน 2 ประการ หรือทางเลือกที่มากกว่า

สองทางเลือกที่มีน้ำหนักในการเลือกหรือไม่เลือกเท่ากัน เพื่อนำมาใช้แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

ส่วนความหมาย “เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ” เป็นอีกความหมายหนึ่งของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจเลือกการกระทำในสิ่งที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลคิดว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติงานทั้งบทบาทที่อิสระ และบทบาทที่ไม่อิสระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทอิสระในวิชาชีพพยาบาลคือการ ดูแลเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การเป็นที่ปรึกษาคอยชี้แนะแนวทาง ให้กำลังใจปลอบโยน ให้การสัมผัส เป็นที่พึ่งพา ตลอดจนการอำนวยความสะดวก และทำการทดแทนให้แก่ผู้ป่วย (ประนอม, พเยาว์, และมัณฑุภา, 2539) ซึ่งบทบาทอิสระที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพว่า พยาบาล “พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัย และการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม แก่สุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน” และ พยาบาล “พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน” (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537)

แต่ถึงแม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามบทบาทอิสระดังกล่าวในการปฏิบัติงานแล้ว แต่ยังมีบางบทบาทที่พยาบาลต้องคอยช่วยเหลือแพทย์ (ประนอม, พเยาว์, และมัณฑุภา, 2539) ซึ่งบทบาทในการสั่งการรักษาผู้ป่วยยังได้ระบุไว้ในข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะผู้ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นผู้บำบัดโรคได้สั่งไว้ หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล” (สภาการพยาบาล, 2530) พยาบาลจึงมีหน้าที่ต้องคอยประสานงาน และให้ความร่วมมือกับแพทย์ ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ด้วยความระมัดระวัง และมีบางครั้งที่พยาบาลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจหรือมองเห็นปัญหาบางประการที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งการรักษาของแพทย์ว่าอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย จึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะต้องขอคำปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์ หรือสอบถามแพทย์ให้ทบทวนแผนการรักษาเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่ถึงแม้ว่าพยาบาลจะขอคำปรึกษาหารือกับแพทย์แล้วก็ตาม ผลที่เกิดขึ้นจากการปรึกษาหารือไม่ว่าจะประสบผลสำเร็จเสมอไป แพทย์อาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างและไม่ยอมรับข้อคิดเห็นของพยาบาล ซึ่งพยาบาลก็ต้องให้การยอมรับ พยาบาลจึงรู้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลีวาลี (2538) ที่กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลในปัจจุบันนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่

พยาบาลสามารถทำได้แล้ว พยาบาลยังต้องเป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยเมื่อรู้เห็นว่าจะเกิดสิ่งที่เป็นโทษต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม ซึ่งการรับรู้บทบาทดังกล่าวแต่ไม่สามารถทำได้ความขัดแย้งย่อมเกิดขึ้นได้

## 2. ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกออกมาใน 3 ลักษณะ คือ (1) เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน (2) อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ และ (3) โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว ซึ่งความรู้สึกที่สะท้อนต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้ให้ข้อมูล สามารถอภิปราย ได้ดังนี้

ความรู้สึก “เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน” เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยท่ามกลางความไม่แน่ใจว่าคำตอบอะไรถูกหรือผิด หรือในบางครั้งสิ่งที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลคิดและตัดสินใจว่าถูกต้องแล้ว แต่ก็ยังเกิดผลต่อผู้ป่วยในทางลบทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือก และการที่บุคคลเกิดความรู้สึกที่แสดงออกถึงความเหนื่อยหน่ายได้นั้น มาจากความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หหมดกำลังใจในการทำงาน รู้สึกด้อยค่าในตัวเอง เพราะการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจะเป็นการเผชิญสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง ต้องมีการตัดสินใจอย่างเร่งด่วนประกอบกับการไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ และนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายได้ (Maslach & Jackson, 1986)

นอกจากนี้ความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อใจในการทำงานอาจเกิดจากการที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นประจำในการปฏิบัติงานโดยที่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ประกอบกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูลอาจไม่ความรู้เรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะจากข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคนพบว่าไม่มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เรื่องที่ได้รับการศึกษาอบรมในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล หรืออบรมเพิ่มเติมเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับหลักการทาง จริยธรรมทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงถึงเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งเห็นได้จากการตัดสินใจของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ขั้นตอนของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังที่สิวลี (2539) ที่กล่าวว่า การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับจริยศาสตร์จะช่วยให้มองปัญหาในเชิง



ปรัชญาอย่างไตร่ตรอง วิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหา อย่างเหมาะสมกับความความเป็นจริง ทำให้พยาบาลไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายเมื่อประสบปัญหา

นอกจากความรู้สึก “เบื่อหน่าย ท้อใจในการทำงาน” แล้วผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้ถึงความรู้สึก “อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ” เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่รู้ว่าดีและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (lack of autonomy) ในการกระทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะโดยทั่วไปแล้วความเป็นอิสระภาพในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกทางบวก ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการคิด การตัดสินใจ และกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตรงตามที่ใจรักและปรารถนาจะประพฤติปฏิบัติ (ฟาริตา, 2535) การไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจทำให้มีความรู้สึกเหมือนถูกควบคุม เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงความไม่มีอำนาจเพราะถูกรอบงำจากแพทย์ และการขาดความรู้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Erlen & Frost, 1991)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเกิดความรู้สึก “โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ไม่มีทางแก้ไข เนื่องจากผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจโดยตรง ไม่ให้ความสำคัญหรือสนใจแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เททย์ (Tate, 1997 cited by Black & Matassarini-Jacobs, 1993) ที่สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจาก 25 ประเทศทั่วโลก ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเป็นพยาบาลต่างภาษา ต่างวัฒนธรรมกัน แต่พยาบาลเหล่านี้ก็ยังรับรู้ถึงความรู้สึก “โดดเดี่ยว” เมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ เออเลน และฟรอส (Erlen & Frost, 1991) ที่พบว่าพยาบาลรู้สึกว่าการช่วยเหลือส่วนสาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาตามลำพังคนเดียวอาจเกิดจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าในอดีต (ฟวงรัตน์, 2533; ประคอง, 2537; สีวลี, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991; Sullivan & Deker, 1997; Hudak, et al, 1998) ซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ความต้องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำนวนจำกัด การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ของพยาบาล การเปลี่ยนแปลงกฎหมายบางอย่าง และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะให้ความสนใจถึงปัญหาจริยธรรม โดยมีการมอบหมายให้สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กำหนดให้จริยธรรมเป็นมาตรฐานข้อหนึ่งที่โรงพยาบาลทุกโรงต้องมีเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงาน แต่มาตรฐานดังกล่าวก็กำหนดไว้อย่างกว้างๆ ไม่ระบุแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางปฏิบัติต้องร่วมมือกันกำหนดหลายฝ่ายร่วมกัน การที่ไม่มีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเข้ามารับผิดชอบแก้ไขกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานท่ามกลางสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจอย่างคลุมเครือไม่ชัดเจนต่อไป

### 3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลหรือผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานทั้งหมด 7 ประเด็น คือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (3) ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน (4) ใครควรตัดสินใจ (5) ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (6) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง และ (7) จำใจต้องทำตามเพราะต่ออำนาจ ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในแต่ละประเด็นอภิปรายได้ดังนี้

3.1 ประเด็น “ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ” เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงความต้องการของพยาบาลที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลให้ได้รับการดูแลที่ดีตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะพยาบาลเชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการที่เกิดประโยชน์ต่อสูงสุดต่อสังคม เพื่อสร้างความศรัทธา เชื่อถือ ไว้วางใจ และแสดงถึงความรับผิดชอบของวิชาชีพที่มีต่อสังคม จึงถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยการ (1) การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค (2) การประเมินภาวะสุขภาพ (3) การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย (4) การป้องกันโรค (5) การช่วยเหลือแพทย์และการกระทำตามคำสั่งแพทย์ (ประนอม, เพยาร์ และ มัญชุภา, 2539) แต่จะเห็นได้ว่ามีบางบทบาทที่พยาบาลไม่สามารถกระทำได้โดยอิสระ การตัดสินใจกระทำบางอย่างต้องอาศัยแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การช่วยเหลือแพทย์และการกระทำตามคำสั่งแพทย์ ทำให้พยาบาลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ยู่นอกเหนืออำนาจของตน จึงเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลลีย์และไลออน (Holly & Lyons, 1993) ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่า พยาบาลหรือ

ผู้ป่วยหนักรับรู้ถึงขอบเขตที่จำกัดในเมื่อต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยพยาบาลถูกกำหนดบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจโดยตรงคือ แพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษานำร่องของ ออดดีย์ เคสลิดีย์ และฟิสเซอร์ (Odde, Cassidy & Fisher, 1995) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้ถึงความไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเพราะคิดว่าเป็นผู้น้อยในองค์กร ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องคอยทำตามคำสั่งแพทย์ พยาบาลรับรู้ถึงความรับผิดชอบของพยาบาลในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่มีมาก แต่ไม่มีพลังอำนาจในการตัดสินใจ

**3.2** **อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ** เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่มีเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักการทางจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ซึ่งการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยพยาบาลต้องทำการพิทักษ์สิทธิ หรือปกป้องผู้ป่วยโดยการช่วยให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง หรืออาจพิทักษ์คุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยการป้องกันไม่ให้เกิดการล่วงละเมิดศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย (Fry, 1994) ซึ่งบทบาทจะไปขัดแย้งกับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือหรือสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน เพราะพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงลำพัง ต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ พยาบาลจึงต้องรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานไว้เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี การที่พยาบาลให้ความสำคัญของความร่วมมือเนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในเรื่องของการให้ความร่วมมือหรือสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดทางจริยธรรมเกี่ยวกับการกระทำที่แสดงถึงการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี ซึ่งพยาบาลเชื่อว่าความร่วมมือหรือสัมพันธภาพที่ดีจะเป็นพลังที่ทำให้บุคลากรในวิชาชีพทำงานร่วมกันได้ (Fry, 1994) และจรรยาบรรณวิชาชีพยังได้ระบุถึงบทบาทของพยาบาลต่อสัมพันธภาพว่า พยาบาลพึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537)

การที่พยาบาลรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและต้องคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานอื่นในทีมสุขภาพ และญาติผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกการกระทำ จึงอาจทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ที่ต้องปกป้องผู้ป่วย ในเวลาเดียวกันก็ต้องคอยรักษาสัมพันธภาพ

กับผู้ร่วมงานในที่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โกลด์ และ คณะ (Gold, et al, 1995) ที่ศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลจำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรเมื่อพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทของตัวเองว่ามีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ในเวลาเดียวกันพยาบาลก็ถูกขอร้องจากแพทย์และญาติผู้ป่วยไม่ให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไร นอกจากนี้จากการศึกษาของไฮน์ (High, 1989) ที่ศึกษารายกรณีในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง เมื่อแพทย์ตัดสินใจไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และความก้าวหน้าของโรคแก่ผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในสภาพไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างไรดี ระหว่างการยอมทำตามแพทย์โดยการไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ไว้ หรือการทำหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ ประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นพยาบาลจำเป็นต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างรอบคอบ เพราะเมื่อตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างหนึ่งก็จะมีผลกระทบต่อกับการกระทำอีกอย่างหนึ่งอยู่ตลอดเวลา และอาจนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในประเด็นอื่นได้อีกต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด

3.3 ยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยืดชีวิตผู้ป่วย ถือเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีเกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยหนัก และสร้างความลำบากใจให้แก่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเสมอๆ เพราะพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมักเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมักมีอาการเจ็บหนัก หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่มีโอกาสของความเป็นความตายเท่ากัน (วิจิตร, 2537) การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางเทคโนโลยีเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป (prolong death and prolong life) ในทางการแพทย์ถือว่าการกระทำที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้ป่วย (beneficence) และถือเป็นจิตสำนึกที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันผลที่เกิดตามมาจากการยืดชีวิตผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและญาติทั้งในด้านจิตใจและค่าดูแลรักษา เพราะการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นมักไม่ได้ก่อประโยชน์ใดๆ ให้กับผู้ป่วยอีกต่อไปเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวังและไม่ตอบสนองต่อการรักษา (สันต์, 2520) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องนี้จึงกลายมาเป็นข้อโต้แย้งในปัจจุบันว่า การกระทำเพื่อยืดชีวิตดังกล่าวเป็นการสมควรหรือไม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควรอยู่ที่ไหน (แสวง, 2540; Thelan, et al, 1994)

พยายามเป็นบุคคลหนึ่งในที่มสุขภาพที่เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือก การกระทำการเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย เพราะการที่คิดว่าการช่วยชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า ตามจรรยาบรรณวิชาชีพของแพทย์และพยาบาล แต่สิ่งที่คิดว่าดีและมีคุณค่าดังกล่าวส่งผล ให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง สูญเสียสภาพของความเป็นบุคคล จึงก่อให้เกิดคำถามขึ้น ว่าควรจะเลือกเห็นยวรั้งผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาไว้ด้วยเครื่องมือทางเทคโนโลยีต่อไป เพื่อสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและญาติ หรือควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตาม ธรรมชาติ (สิวลี, 2537) และจากการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ใน ระยะใกล้ตายและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบโดย ปราศจากความทุกข์ทรมาน เพราะผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการตายอย่างสงบจะได้มีโอกาส ระลึกถึงสิ่งที่ดี ๆ และจะมีชีวิตหลังการตายที่ดี (ขวัญตา, 2542) และจากการศึกษาของลูดี (Wlody, 1990) ที่พบว่าพยาบาลห่อผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับความขัดแย้งทางจริยธรรมใน เรื่องการยืดชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาเนื่องจากไม่มีคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับความ หมายของการตาย ในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายอย่างสมศักดิ์ศรีของบุคคล คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยคืออะไร บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกตายได้หรือไม่ และสอดคล้องกับแนวคิดของ สันต์ (2520) ที่กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่หมด หวังในการรักษาเป็นไปอย่างไม่ถูกต้องส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องการตาย และที่มสุขภาพมักไม่ให้ข้อมูลที่เกิดจากการรักษาในส่วนของความทุกข์ ทรมานที่เกิดจากสภาพที่จะเป็นก็ไม่ใช่จะเป็นจะตายก็ไม่ตายในการพยายามยืดชีวิต และที่มสุข ภาพล้มคำนิยามถึงผู้ป่วยในสภาพของวัตถุที่ที่มสุขภาพสามารถกระทำการต่าง ๆ โดยไม่ คำนิยามถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมูดี (Moody, 1999) ที่ กล่าวว่าพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่สามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงและ ปรับปรุงให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้จนกว่าพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและ สามารถนำปัญหาที่เป็นสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยมาทำการวิจัยและนำผลการวิจัย มาเผยแพร่ให้บุคคลที่ไปรับทราบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายต้องทน ทุกข์ทรมานอย่างไร และมีการศึกษาถึงสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุตามแนวคิดนักปรัชญา ตะวันตกทั้งฝ่ายที่สนับสนุน และฝ่ายที่ค้าน รวมทั้งการสัมภาษณ์ แนวคิดของแพทย์ นักจริยศาสตร์ ว่าผู้สูงอายุควรมีสิทธิ และเสรีภาพในการเลือกว่าจะสุดท้ายของตัวเองได้ หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุสามารถที่จะตัดสินใจเลือกได้ด้วย ตัวเอง ในกรณีที่คุณสมบัติความเป็นมนุษย์หมดไปรวมทั้งสังขมยอมรับได้ และไม่ถูก ดำเนินทางจริยธรรม แต่อีกส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาทางด้านกฎหมาย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง (สุภาณี, 2540)

3.4 ใครควรตัดสินใจ เป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และถือเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) เพราะมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ 4 ประการ คือ (1) ความสามารถในการตัดสินใจ (competence) (2) การให้ข้อมูลที่สำคัญประกอบการตัดสินใจอย่างชัดเจน (disclosure of information) (3) ผู้ป่วยเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับเป็นอย่างดี (comprehension) และ (4) ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจ (Beauchamp & Childress, 1989)

ใครควรตัดสินใจเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกลักษณะหนึ่งที่มีเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนักเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมักเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ทีมสุขภาพต้องให้การรักษายาบาลที่รวดเร็วทันทั่วทั้ง (วรรณวิไล, 2537) และประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะดังกล่าวมักเป็นผู้ป่วยที่ไม่ค่อยจะรู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ การตัดสินใจเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงมักเป็นการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่ทำการตัดสินใจแทน (proxy) มักเป็นญาติผู้ป่วย แพทย์ รวมทั้งพยาบาล ซึ่งการตัดสินใจจากบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องตรงกับความต้องการหรือความเชื่อของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะโดยหลักการทางจริยศาสตร์ ทีมสุขภาพต้องให้การเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตนเองตามความเชื่อและศรัทธา (Aiken & Catalano; Lingberg, et al, 1998) เพราะบุคคลมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจตามความปรารถนาของตนเอง (Fry, 1994; Tschudin, 1992) และสิวลี (2537) กล่าวว่า การตัดสินใจเลือกของบุคคลย่อมแฝงไปด้วยการให้คุณค่าแก่สิ่งหรือความสำคัญแก่สิ่งที่ตัดสินใจเลือกตามความรู้สึก ตามเหตุผลความคิดเห็นของแต่ละบุคคล และการตัดสินใจเลือกคุณค่าของบุคคล จะมีความแตกต่างกันและมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ศาสนาและ วัฒนธรรมที่ได้รับการปลูกฝังกันมาในสังคม นอกจากนี้จรรยาบรรณวิชาชีพก็ไม่ได้ระบุไว้อย่างแน่ชัดเกี่ยวกับเรื่องของการตัดสินใจว่ามีหลักการปฏิบัติเป็นอย่างไร จึงอาจทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจได้ และประกอบกับเรื่องเกี่ยวกับความเป็นความตายเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน และการตัดสินใจที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปมักเป็นการตัดสินใจแทนซึ่งตอบสนองคุณค่าและความเชื่อของผู้ตัดสินใจแทนเท่านั้น (Deepadung, 1989)

นอกจากนี้ ประคอง (2543) ยังได้กล่าวว่าปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังและการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการรักษาที่มีทรัพยากรจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการตัดสินใจหยุดการรักษา สร้างความเครียด

และความขัดแย้งทางจิตใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ พยาบาลและผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ที่ผ่านมามักพบว่าการตัดสินใจเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยมักเป็นการตัดสินใจโดยใช้ความเหมาะสมของฝ่ายผู้ให้การรักษาเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งเป็นแบบแผนเยี่ยงบิดา (paternalistic approach) ที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดย่อมมีบทบาทสำคัญมากในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แต่มักพบว่ามีการแสดงบทบาทจริงน้อย และรับรู้ว่าตนเองสูญเสียพลังอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าพยาบาลจะยึดถือความผาสุกของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ นอกจากนี้พยาบาลซึ่งนับว่ารู้จักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี ก็ไม่สามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยหรือเพื่อประกอบในกระบวนการตัดสินใจ เพราะการที่แพทย์และพยาบาลมีค่านิยม ความคาดหวังที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลให้คุณค่ากับ การดูแลเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแล แต่ในการติดต่อสื่อสารเกิดช่องว่างและอาจมีความขัดแย้ง เนื่องจากขาดระบบการทำงานร่วมกันเชิงสหวิชาชีพที่มุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

มีตัวอย่างกรณีในต่างประเทศเกี่ยวกับผู้ป่วยรายหนึ่งของคาเรน ซึ่งประสบอุบัติเหตุ ในปีค.ศ. 1976 ซึ่งเขียนรายงานไว้ในการศึกษาของลูดี (Wlody, 1990) ว่าคาเรนต้องทนทุกข์ทรมานจากการยึดชีวิตและญาติต้องการให้คณะแพทย์และพยาบาลเอาเครื่องช่วยหายใจออกและปล่อยให้คาเรนจากไปอย่างสงบ เพราะไม่มีความหวังในการรักษาแล้ว แต่ทีมสุขภาพไม่ยอมทำตามความต้องการของญาติจนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในที่สุด และศาลอนุญาตให้เอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ ถือเป็นกรณีศึกษาตัวอย่างที่มีความซับซ้อนในเรื่องการตัดสินใจ เพราะคาเรนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง จึงทำให้เกิดคำถามขึ้นว่า "ใครควรตัดสินใจ" ซึ่งปัจจุบันมักใช้ศาลเป็นผู้ตัดสินอยู่ ในสังคมไทยผู้ที่ตัดสินใจแทนต้องเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่มีเงินพอที่จะรักษาได้ แต่ถ้าผู้ตัดสินใจแทนเหล่านี้ไม่สามารถจ่ายเงินได้ ผู้ตัดสินใจแทนเหล่านี้ก็หมดหน้าที่ สังคมจะเข้ามามีบทบาทหน้าที่ตรงนี้แทน (เอมอร, 2532)

จากการที่การตัดสินใจในเรื่องนี้มีความซับซ้อน ไม่มีทางเลือกที่ชัดเจน ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจให้แก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Wlody, 1990) เพื่อป้องกันปัญหาและความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้น ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงได้มีการพัฒนาแนวทางเพื่อประกอบการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในปี ค.ศ. 1981 โดยสมาคมแห่งมิเนโซต้า (Minnesota Medical Association) เพื่อยืนยันความต้องการตายอย่างสมศักดิ์ศรี หรือแสดงเจตนาในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ในรูปแบบของพินัยกรรมชีวิต (living will) โดยมี

หลักการว่า ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว จะเขียนความต้องการเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องมือยึดชีวิต เมื่อตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการทำต้องทำขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ และมีพยานรับรู้ (Davis & Aroskar, 1991) แต่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ จึงมีการจัดสัมมนาเรื่อง "พินัยกรรมชีวิต" สืบเนื่องต่อมาหลายครั้ง ซึ่งการสัมมนาดังกล่าวถือเป็นความพยายามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการแสวงหาแนวทางที่ชัดเจน โดยการเชิญท่านผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อคิดเห็นและร่วมกำหนดประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของกฎหมาย เพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต แต่ความพยายามดังกล่าวก็ยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากมีบางประเด็นที่ยังไม่มีความกระจ่างและอาจก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากประเด็นเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหวและเปราะบางต่อความคิด ความเชื่อ ประเพณีและ วัฒนธรรมไทย (วันดี, 2541) นอกจากนี้สันต์ (2522) กล่าวว่า การมีพินัยกรรมชีวิตหรือกฎหมายที่ยินยอมให้ยุติการยึดชีวิต แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์ที่ไม่ยอมทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติจนเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้น การมีพินัยกรรมชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันความทุกข์ทรมานอาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นกับผู้ป่วยได้

3.5 ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้เนื่องจากการบอกความจริงที่เกี่ยวข้องกับความเป็ความตาย โรคที่ร้ายแรง มักทำให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวกับการได้รับความจริงได้ยาก การบอกความจริงจึงต้องใช้ความรู้และทักษะหลายๆ ด้าน เช่นการสื่อสาร การให้คำปรึกษา (พะเยาว์, 2538) แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติ พยาบาลรับรู้ว่าการบอกความจริงก็ยังเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เนื่องจากเกิดความไม่แน่ใจว่าจะบอกความจริงอย่างไรให้เกิดผลดีกับทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วย ญาติ แพทย์ รวมทั้งตัวพยาบาลเอง เนื่องจากผลที่เกิดจากการบอกความจริงไม่เป็นที่พอใจทั้งญาติผู้ป่วย จากเหตุผลคือพยาบาลเชื่อว่าการบอกความจริงให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถทำใจและวางแผนจัดการเรื่องราวได้เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายกำลังจะเสียชีวิต และการไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในระยะใกล้ตายเป็นการทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ถือเป็นการทำร้ายผู้ป่วยเช่นกัน แต่ผลจากการบอกความจริงทำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดี จึงทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น การที่ผลของการบอกความจริงออกมาในด้านลบอาจเนื่องจากพยาบาลอาจขาดความรู้และทักษะในเรื่องของการบอกความจริง เพราะในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ไม่มีการสอนถึงทักษะดังกล่าว การเรียนการสอนมักกล่าวถึงหลักการ



ทางจริยศาสตร์ทั่ว ๆ ไปไม่มีการสอนแนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริงที่เฉพาะเจาะจง ทำให้พยาบาลไม่แน่ใจในวิธีการที่จะบอกความจริงอย่างถูกต้อง และประกอบกับผลของการบอกความจริงกลับทำให้ญาติผู้ป่วยทำใจยอมรับความจริงไม่ได้ และยังทำให้ญาติเข้าใจผิดคิดว่าพยาบาลให้การดูแลไม่ดี และในบางครั้งอาจส่งผลถึงสัมพันธภาพกับแพทย์ เพราะเป็นการกระทำที่ตรงกันข้ามกับแพทย์ในกรณีที่แพทย์ไม่ต้องการบอกความจริงให้ผู้ป่วยและญาติทราบ แต่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการบอกความจริงมีความซับซ้อนต่อการพิจารณาเลือกตัดสินใจ จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่าจะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ เนื่องจากพยาบาลรับรู้ว่ามีหน้าที่ที่จะต้องพูดความจริง โดยไม่มีการโกหกหลอกลวง (Fry, 1994) และการบอกความจริงเป็นหลักการทางจริยศาสตร์ซึ่งเป็นพื้นฐานทางการพยาบาลเกี่ยวกับความซื่อสัตย์ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง มักเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในเรื่องของสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวการปกปิดความลับ (Thelan, et al, 1994; Williamson & Livingston, 1992) แต่ผลของการบอกความจริงที่อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่ได้รับรู้ความจริงไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรัตนา (2541) ที่กล่าวว่าปัญหาในเรื่องของการบอกความจริงมักก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสมควรบอกหรือไม่เนื่องจาก (1) เกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ (2) เกรงว่าจะถูกตำหนิให้การรักษาพยาบาลผิดพลาด (3) เกิดความไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะต้องพูดหรือมีทำอย่างไร และ (4) กลัวต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย เช่นถ้าผู้ป่วยร้องไห้ โกรธหรือตำหนิแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ แพทย์ไม่รู้จะตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างไร

นอกจากนี้ ชิปป (Shipps, 1988 cited by Williamson & Livingston, 1992) สํารวจถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทจำนวน 751 ราย พบว่าประเภทของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงมีดังนี้ (1) แพทย์ไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (2) การยินยอมโดยได้รับการบอกข้อมูล (informed consent) (3) การไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความก้าวหน้าของโรค (4) การกระทำที่ผิดจริยธรรมในองค์กร (5) การไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และ (6) การฉีดยาหลอก และยังมีการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาล 41 คน เมื่อพยาบาลเผชิญกับเหตุการณ์ที่แพทย์ไม่บอกความจริงเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วยพบว่า ผลการสำรวจพบว่าร้อยละ 8.3 ของพยาบาลตอบว่าสามารถหลีกเลี่ยงการบอกความจริงได้ถ้าสถานการณ์การบอกความจริงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการ

วินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรค ร้อยละ 18 ของพยาบาลตอบว่าจะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยด้วยตัวเอง ร้อยละ 44 ตอบว่า พยายามหาทางช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง ร้อยละ 35 ตอบว่าไม่ทำอะไร

และจากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจำนวน 12,500 คน เกี่ยวกับการบอกความจริง ผลการสำรวจพบว่าพยาบาลเห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริง และพยาบาลเหล่านี้ยังเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบความจริง (Sandroff, 1982 cited by Williamson & Livingston, 1992) ในสถานการณ์ที่พยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกเหมือนคนอยู่ระหว่างกลาง (caught in the middle) ที่ไม่มีความแน่ใจในบทบาทของตนเองว่าควรทำอะไรจึงจะเหมาะสม เพราะพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทของตัวเองว่าเป็นพยาบาลผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่ต้องให้ข้อมูลที่เป็นความจริงแก่ผู้ป่วยในทุกเรื่อง แต่พยาบาลไม่แน่ใจว่าใครจะเป็นคนที่บอกความจริงกับผู้ป่วยได้ดีที่สุด (Shippis, 1988 cited by Williamson & Livingston, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาของ ไฮน์ (High, 1989) ในสถานการณ์เกี่ยวกับการบอกความจริงกรณีที่แพทย์ตัดสินใจไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรคแก่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแก่ผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในสภาพไม่แน่ใจว่าจะยอมทำตามแพทย์เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ไว้ หรือบอกความจริงแก่ผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกลด์ และคณะ (Gold, et al, 1995) ที่ศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะ ฉุกเฉิน ผู้ป่วยระยะเรื้อรัง และผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลอีกครึ่งก็อดอัดใจที่ถูกขอร้องโดยแพทย์และญาติผู้ป่วยไม่ให้บอกข้อมูลตามความเป็นจริงแก่ผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุที่พยาบาลกลุ่มนี้รู้สึกอดอัดใจ เพราะตามบทบาทหน้าที่พยาบาลกลุ่มนี้รับรู้ว่าตนเองเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการบอกความจริง แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันจากการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการบอกความจริงในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานครจำนวน 16 โรงพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จำนวน 593 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 รับรู้ว่าการบอกความจริงไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่จะให้ข้อมูลหรือบอกความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ต้องเผชิญปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องรู้ดี และสามารถตอบคำถามของตนได้ ในขณะที่พยาบาลรับรู้ว่า บางกรณีอาจจะไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลโดยตรงที่จะให้ข้อมูลหรือความจริงแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ ลิวลี (2527) ได้สำรวจทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการให้ข้อมูลทั่วไป และการบอกความจริงในการรักษาพยาบาล ผลการสำรวจพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 98 ให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้และมีความคิดเห็นว่า การบอกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา จะทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**3.6 พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพและพันธะหน้าที่ต่อตัวเอง** เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่งที่เกิดขึ้นบ่อยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในพันธะหน้าที่ในวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง จากการระบาดของโรคเอดส์และพยาบาลรับรู้ถึงความรู้สึกหวาดกลัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามบทบาทหน้าที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงชนิดใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดทั่วโลก ทุกคนจึงให้ความสนใจมากทั้งประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มีอาการที่รุนแรง ทุกข์ทรมาน และก่อให้เกิดความตายก่อนเวลาอันสมควร วงการแพทย์ยังไม่สามารถหาวิธีป้องกันหรือรักษาให้หายได้ จึงสร้างความหวาดกลัวให้กับประชาชนเป็นอย่างมากจนได้รับการขนานนามว่า “มหันตภัยแห่งศตวรรษที่ 20” (ดุฆฎีวรรณ, 2532) ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้ออันตรายที่เป็นปัญหาสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่ง เพราะมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์กันว่าจะมีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากสถิติของระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 25,151 ราย สูงกว่าปี 2539 จำนวน 1,717 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ซึ่งผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถ้ามีอาการขั้นวิกฤต จากการที่โรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่ทุกคนหวาดกลัว บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ย่อมต้องหวาดกลัวเช่นกัน โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ซึ่งถือว่ายู่ใกล้ชิดคลุกคลีกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพทั้งหมด ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่สองอย่างในเวลาเดียวกัน คือหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือพยาบาลมีหน้าที่ทางวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) แต่ในเวลาเดียวกันพยาบาลก็รู้ว่าตนมีหน้าที่ป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุฆฎีวรรณ (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง จากพยาบาลจำนวน 277 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้สึกกลัว และกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และสอดคล้องการศึกษาเชิงคุณภาพ

ของชาวลิต (Chaowalit, 1995) ที่สัมภาษณ์พยาบาลไทยจำนวน 13 คน เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์พบว่าพยาบาลทั้ง 13 คนกลัวการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แต่ก็ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพยาบาล 4 คน รายงานว่ามีบางครั้งที่พวกตนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การเจาะเลือด การแทงเข็มทางหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย เมื่อเป็นเช่นนี้ความขัดแย้งในประเด็นนี้ในวันจะมีความยุ่งยากซับซ้อนในการตัดสินใจ ดังเหตุผลที่อรุณญา และวงจันทร์ (2539) ได้อธิบายว่าความขัดแย้งในลักษณะนี้เกิดจากพยาบาลต้องตัดสินใจระหว่างการปฏิบัติงานตามพันธะหน้าที่ในฐานะพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่และหน้าที่ในการปกป้องตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย

3.7 จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในประเด็นนี้เกิดขึ้นจากที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยต้องขึ้นอยู่กับผู้อาวุโสหรือผู้ที่มีอำนาจมากกว่า ทั้งๆ ที่ในบางครั้งจะไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้นก็ตาม แต่ก็ต้องยอมทำตาม ไม่กล้าคัดค้าน เพราะความเกรงใจ และมักพบในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ด้อยอาวุโส เนื่องจากลักษณะของวัฒนธรรม และสังคมไทย มักมีการเล็งดูบุตรหลานให้เคารพผู้ที่อาวุโสกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าค่านิยมของคนไทยต่างจากค่านิยมในสังคมตะวันตกในเรื่องของความเกรงใจ ไม่กล้าคัดค้านแสดงความคิดเห็น (ไพฑูริย์, 2534; สุพัตรา, 2542) เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเพียงประเด็นเดียวที่พบที่มีความแตกต่างจากสังคมตะวันตกเนื่องจากสังคมตะวันตกจะมีความเกรงใจต่อผู้อาวุโสน้อยกว่าสังคมไทย เพราะคนตะวันตกให้ความสำคัญต่อความเท่าเทียมกันในของคนในสังคม ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่

#### 4. การแก้ไขและผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 7 ลักษณะ ดังนี้คือ (1) แสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ (2) มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน (3) ปลง (4) หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ (5) ระบายความรู้สึก (6) ใช้เวลารักษาใจ และ (7) เมื่อแก้ปัญหาเองไม่ได้ ก็ให้ผู้อื่นช่วย

วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทั้ง 7 ลักษณะ จัดเป็นวิธีการเผชิญความเครียด ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. มุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหา 3 วิธี คือ (1) การแสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ (2) มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน และ (3) เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย

การมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือกแล้วนำมาพิจารณาในการตัดสินใจ หลังจากนั้นจึงตัดสินใจเลือกวิธีการและลงมือปฏิบัติ วิธีดังกล่าวจะถูกนำมาใช้เมื่อบุคคลได้ประเมินปัญหาแล้วว่า สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การแสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพจึงเป็นวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งใช้เพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการแสดงบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยการ เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับหมอ ซึ่งถือเป็นการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Fry, 1994) โดยการช่วยผู้ป่วยให้ได้ตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง และช่วยให้คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ยังพยายามช่วยพิทักษ์คุณค่าความเป็นมนุษย์และปกป้องการล่วงละเมิดศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัวและทางเลือกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง โดยการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยที่บอกไว้กับญาติหรือคนใกล้ชิดก่อนเจ็บป่วย หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย และแจ้งให้แพทย์รับทราบถึงความต้องการดังกล่าว เพื่อให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง แต่ในกรณีที่ไม่สามารถทราบถึงคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย พยาบาลได้ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้มากที่สุดที่สามารถทำได้ เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการกระทำเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งถือเป็นการ ทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย และเป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทร (caring) ต่อผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นพันธะหน้าที่ของพยาบาลที่จะปกป้องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วย (Fry, 1994; Hudak, et al, 1998) และความเอื้ออาทรยังเป็นหัวใจสำคัญที่แสดงถึงศิลปะและคุณความดีที่พยาบาลต้องมีในการปฏิบัติกรพยาบาล (Hudak et al, 1998) การกระทำบทบาทอิสระของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงถึงความเอื้ออาทรจึงถือเป็นการกระทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางจริยธรรมคือ การทำประโยชน์

เกื้อกูล (beneficence) ดังที่วงจันทร์ และอรัญญา (2539) กล่าวว่า หลักการทางจริยธรรมข้อนี้มักจะเป็นสิ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เมื่อ มีปัญหาปรึกษาเพื่อนร่วมงาน เป็นการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่าช่วยคิดหาทางแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น และ เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อพยาบาลใช้วิธีการในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในหลายๆ วิธีแล้วแต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ ถือเป็นกรณีแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างให้เป็นประโยชน์เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการดังกล่าวแล้วก็ตาม ในบางครั้งก็ยังไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ประคอง, 2537; ลิวลี่, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991; Sullivan & Decker, 1997; Hudak, et al, 1998) ความต้องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด (ประคอง, 2537; Wlody, 1990; Davis & Aroskar, 1991) การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (ประคอง, 2537; Sullivan & Decker, 1997) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสังคม (ประคอง, 2537; Wlody, 1990) การเปลี่ยนแปลงกฎหมายบางอย่าง (Hudak, et al, 1998) และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม (Gillies, 1994; Sullivan & Decker, 1997; Hudak, et al, 1998) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในองค์กรสุขภาพต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหลายประการ ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวมักไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก จึงต้องอาศัยการตัดสินใจการกระทำที่ผ่านการพิจารณาไตร่ตรอง คติวิเคราะห์อย่างรอบคอบ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ ต่อวิชาชีพพยาบาล และต่อหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ (ฟาริดา, 2536) ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตไม่สามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพียงด้านเดียวแก้ไขได้อย่างบรรลุผล แต่ต้องใช้หลักการทางจริยศาสตร์ มาพิจารณาร่วมประกอบการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และประกอบกับผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่นำหลักการทางจริยศาสตร์มาใช้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จึงทำให้การแก้ไขประเด็นขัดแย้ง

ทางจริยธรรมที่ประสบในการปฏิบัติงานไม่สามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. การจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ 4 วิธี คือ (1) ปลง (2) หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ (3) ใช้เวลารักษาใจ (4) ระบายความรู้สึก เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ได้แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง แต่เป็นวิธีการที่มุ่งจัดการโดยตรงกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะผู้ให้ข้อมูลรับรู้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านั้นอยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่พยาบาลที่จะแก้ไขได้ และอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านี้มักมีความซับซ้อน ยุ่งยากต่อการพิจารณาตัดสินใจเลือก ถึงแม้บางครั้งตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ผลที่ปรากฏออกมามักเป็นไปในทางลบ หรือไม่น่าพึงพอใจ หรือเมื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งประเด็นหนึ่ง ก็เกิดผลกระทบกับอีกประเด็นหนึ่ง จนเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมซ้อนขึ้นมาอีก ผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกใช้วิธีการมุ่งจัดการกับอารมณ์ตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการ หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ เป็นการที่ผู้ให้ข้อมูลคล้อยตามความคิดเห็นของผู้ที่มีอาวุโสกว่า หรือมีอำนาจมากกว่าในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งๆ ที่ในบางครั้งจะไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของผู้อาวุโสหรือผู้ที่มีอำนาจมากกว่าก็ตาม การใช้เวลารักษาใจ โดยการปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยที่ไม่ได้แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง แต่เมื่อเวลาที่ผ่านไปนานๆ ความรู้สึกขัดแย้งทางจริยธรรมลดลงเอง นอกจากนี้การ ระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับผู้ร่วมงานที่มีประสบการณ์เดียวกัน หรือบุคคลในครอบครัวเพราะถือว่าการพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลเหล่านี้จะไม่มีผลกระทบต่อภาพพจน์ของวิชาชีพ และการร้องไห้ ถือเป็นการระบายความรู้สึกอีกวิธีหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้เมื่อไม่สามารถระบายความรู้สึกกับใครได้ ซึ่งวิธีการต่างๆ ดังกล่าวที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ถือเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ตนเองเพื่อลดความตึงเครียด ใช้ช่วยให้ลดความรู้สึกขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การที่ผู้ให้ข้อมูลพยายามแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ตนเองเพื่อลดความรู้สึกตึงเครียดที่เกิดจากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะพยาบาลต้องการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลมัก

ได้รับการปลุกฝังให้มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการยอมรับ เคารพความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักประนีประนอม แก้ไขความขัดแย้งกันอย่างสร้างสรรค์และใช้สันติวิธี (ละออ, 2523)

ในวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยการมุ่งจัดการกับอารมณ์ มีอยู่วิธีหนึ่งที่สะท้อนถึงวิถีคิดของคนในสังคมไทย คือการ “ปลง” เป็นการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมซึ่งแตกต่างออกไปจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอื่น โดยผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการปลงเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านั้น ไม่มีหนทางใดจะแก้ไขได้ การปลงจึงเป็นวิธีการทำให้ยอมรับหรือยอมจำนนกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่เพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดจากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยายามรับรู้ว่ามีหนทางแก้ไข การปลงจึงเป็นการปล่อยวางเพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของศาสนาพุทธ ที่มักสอนให้พุทธศาสนิกชนปล่อยวางไม่ยึดมั่นรัยต่อสิ่งใด เพื่อทำให้เป็นสุข และสอดคล้องกับงานวิจัยของชาวลิตและคณะ (Chaowalit, et al, 1999) ที่พบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลเผชิญกับปัญหาจริยธรรมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง จะใช้วิธีการปลงหรือทำให้ เพื่อให้สบายใจขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งสองวิธี สอดคล้องกับแนวคิดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้วบุคคลจะใช้สองวิธีร่วมกันเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การกระทำที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้โดยตรง แต่จะส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลลดความรู้สึกคับข้องใจลงบางส่วนและทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่ได้มีส่วนทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึก พอใจและภูมิใจที่ได้ทำเพื่อผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจจากการดูแลของพยาบาลและทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งความพอใจและภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลประจักษ์ถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและเกิดความรู้สึกพอใจในผลการกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตน (Hiess, 1981 อ้างตาม นันทนา, 2538) และความรู้สึกภูมิใจจะเกิดขึ้นเมื่อสังคมให้เกียรติและยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม (นันทนา, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่ศึกษาถึงประสพการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและผ่านพ้นภาวะวิกฤตแห่งชีวิตไปได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ โกลด์ และคณะ (Gold, et al, 1995) ที่ศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริย



ธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาล จำนวน 12 ราย พบว่าผลจากการที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากอันตราย ทำให้พยาบาลรู้สึกสบายใจทุกครั้ง ส่วน สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก และอย่างน้อยก็ได้คงสัมพันธภาพ เป็นผลที่เกิดจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มุ่งจัดการกับอารมณ์เพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดจากการเผชิญปัญหาโดยไม่ได้แก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยตรง แต่สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานยังคงอยู่เพราะผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถ้าใช้วิธีการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ต้องมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานตามมา ผู้ให้ข้อมูลจะให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพในหน่วยงาน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถ้าสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานดี จะส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีขึ้นมา ดังเห็นได้จากในบางครั้งพยาบาลต้องยอมทำตามความต้องการของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ร่วมงาน ทั้งๆ ที่ไม่เห็นด้วยกับผู้ร่วมทีมเหล่านั้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานดีมีการช่วยเหลือกันทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ไม่มีความเบื่อหน่าย และไม่มี ความเครียด ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย

ยัง ค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้ เป็นจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดจากการมุ่งจัดการทางด้านอารมณ์เพื่อให้ตัวเองรู้สึกสบายใจขึ้น เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีความซับซ้อนยากแก่การแก้ไขให้สำเร็จได้ตามลำพัง และในบางครั้งการที่พยายามแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง อาจทำให้เกิด สัมพันธภาพเสื่อมถอย และ ถูกตำหนิจากญาติคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน ถือเป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลพยายามทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ส่วนความรู้สึกด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ เป็นผลที่เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการไม่มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลให้ได้รับการดูแลที่ดี หรือผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่จากผู้ดูแลในทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลคินสัน (Wilkinson, 1987) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานพบว่าพยาบาลมีความหม่นหมองทางจริยธรรมเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ดี คุณค่าในตัวเองลดลงที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาจริยธรรมบางปัญหามีความยุ่งยากซับซ้อน เกินกำลังที่

พยาบาลจะสามารถแก้ได้ลำพังคนเดียว สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมิท (Smith, 1996a) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ต่างๆ รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยหนักจำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลบางส่วนรับรู้ถึงการไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการทำประโยชน์เพื่อผู้ป่วย ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้รับรู้ถึงคุณค่าต่อตัวเองลดลง เกือบตัวเองที่ต้องมาเป็นพยาบาล

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์มากกว่าการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมโดยตรง และยังสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลยังไม่มีหรือนำกระบวนการตัดสินใจเชิง จริยธรรมมาใช้ในการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องอาศัยทฤษฎี จริยศาสตร์ หลักการต่างๆ ทางจริยธรรม มาใช้ในการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบตามขั้นตอน (Fry, 1994) สาเหตุหนึ่งนี้อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้นำกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มาใช้เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเนื่องจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ไม่ได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลโดยตรงหรือ ภายหลังจากจบการศึกษา จึงไม่ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริย ธรรมอย่างมีระบบ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เฮอร์มินิวติก เพื่อบรรยายและอธิบายประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จำนวน 10 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2543 ในโรงพยาบาลของรัฐ 2 แห่งในภาคใต้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จนข้อมูลมีความอิ่มตัว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อหาประเด็นหลัก (themes) เกี่ยวกับความหมายและความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่พยาบาลประสบจากการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขและผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งมีผลการวิจัยมีดังนี้ คือ

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ คือ

1. ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี
2. บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด
3. ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่ใจไม่ยอมเลือก
4. เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ

ความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ใน 3 ลักษณะ ดังนี้คือ

1. เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน

2. อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ
3. โดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการห่อผู้ป่วยหนักประสบในการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลประสบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ใน 7 ประเด็น ดังนี้ คือ

1. ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ
2. อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ
3. ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน
4. ใครควรตัดสินใจ
5. ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย
6. พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง
7. จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ

การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการดูแลผู้ป่วยผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น 7 วิธี ดังนี้ คือ

1. แสดงบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ
2. มีปัญหาปรึกษาผู้ร่วมงาน
3. ปลง
4. หาเหตุผลให้ตัวเองสบายใจ
5. ระบายความรู้สึก
6. ใช้เวลารักษาใจ
7. เมื่อแก้ปัญหาเองไม่ได้ก็ให้ผู้อื่นช่วย

ผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากการศึกษาจำแนกผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็น 2 ลักษณะทั้ง ทางบวกและทางลบดังนี้

1. ผลทางบวกจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มี 4 ลักษณะ ดังนี้คือ
  - 1.1 พอใจและภาคภูมิใจที่ได้ทำเพื่อผู้ป่วย

- 1.2 สบายใจที่ได้ระบายความรู้สึก
- 1.3 อย่างน้อยก็ได้คงสัมพันธภาพ
- 1.4 ผู้ป่วยได้รับซึ่งการดูแลที่ดี
2. สำหรับผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมทางลบ มี 4 ลักษณะ คือ
  - 2.1 ยังค้างคาใจเพราะปัญหายังไม่ได้แก้
  - 2.2 สัมพันธภาพเสื่อมถอย
  - 2.3 ด้อยคุณค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้
  - 2.4 ถูกตำหนิจากคนไข้ทั้งที่ไม่ใช่ความผิดตน

### ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้

การที่ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ที่สามารถนำกระบวนการศึกษาดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง ให้มีความสุขรอบคอบขึ้น มีมุมมองในการคิดที่กว้างขึ้น ใช้เหตุผลประกอบการคิดและตัดสินใจ และสามารถนำประสบการณ์ดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นเพิ่มมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยได้เกิดการเรียนรู้ดังนี้

1. เข้าใจประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ตรงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เพราะได้รับจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงและประสบการณ์ดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เป็นประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทำให้เข้าใจถึง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในแต่ละลักษณะที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน การให้ความหมายและความรู้สึกของพยาบาลต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การแก้ไขและผลจากการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในการปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมซ้ำซ้อนกับที่เคยเกิดขึ้น

2. จากการศึกษาทำให้สามารถตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้มีการร่วมมือกัน ปรีกษาหารือกันในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. เห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล ที่สามารถใช้ความรู้ทางด้านจริยศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลให้การพยาบาลโดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องใช้ความสามารถในการใช้พลังกาย พลังใจ และสติปัญญา รวมถึงกำลังทรัพย์ และแรงสนับสนุนอย่างมากจากหลายๆ แหล่งเป็นแรงสนับสนุนพร้อมทั้งการเสียสละอันมีค่ายิ่งของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และแหล่งช่วยเหลือทางสติปัญญาที่สำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีคือการชี้แนะแนวคิดอันมีคุณค่ายิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา จนทำให้ผู้วิจัยสามารถฟันฝ่าปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาได้ด้วยดี และนำไปสู่ความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่ได้รับแก่ผู้วิจัย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อไป

#### ปัญหาและอุปสรรค

1. เนื่องจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักเป็นพยาบาลประจำการที่ต้องปฏิบัติงานในเวร ป้าย - ดึก หลังจากลงเวร มักต้องการพักผ่อนมากกว่า เวลาที่สะดวกในการให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เวรเช้า ซึ่งมักต้องใช้เวลาทำการในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลว่างจากการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถ้าวินิจฉัยในหอผู้ป่วยยุ่งมากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลก็ไม่สามารถปลีกตัวมาให้ข้อมูลผู้วิจัยได้ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ได้ ต้องเลื่อนเวลาในการเก็บข้อมูลออกไปจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีความพร้อม ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยโดยการคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

2. พยาบาลผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และเรื่องที่ศึกษาค่อนข้างเป็นเรื่องของการถ่ายทอดถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อที่ละเอียดอ่อนเกี่ยวกับจริยธรรม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ให้ข้อมูลในภายหลัง ซึ่งผู้วิจัยต้องอาศัยเวลาในการสร้างสัมพันธภาพจนเป็นที่ไว้วางใจนานพอสมควร

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที งาน ในหอผู้ป่วยหนัก สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ พยาบาลใน 3 ด้าน คือ (1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (2) ด้านการบริหารการพยาบาล และ (3) ด้านการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับที่เป็นประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรม ที่ไม่มีความแน่ใจในการตัดสินใจเลือก หรือไม่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจ เลือก หรือในบางครั้งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเหล่านั้นไม่สามารถแก้ไขได้เนื่องจากต้อง อาศัยความร่วมมือของบุคคลากรหลายฝ่ายมาช่วยกันในการแก้ไข ทำให้พยาบาลเกิด ความรู้สึก เบื่อหน่ายท้อใจในการทำงาน อึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ และโดดเดี่ยวที่ต้องแก้ปัญหา ลำพังคนเดียว จึงควรจัดให้มีการประชุมปรึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาล ประสบจากการปฏิบัติงานในแต่ละวัน เพื่อให้ทุกคนในที่มสุขภาพ ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมกัน หรือหาแนวทางแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมร่วมกัน เพราะประเด็น ขัดแย้ง ทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่แก้ไขยาก

2. ควรจัดให้มีการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเดือนละครั้ง เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาคับข้องใจ จากการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้พูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ และมีผู้ร่วม ปฏิบัติงานคอยให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ซึ่งกันและ กัน และหาแนวทางแก้ไขเพื่อลดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมร่วมกัน (support group)

3. ควรมีการมีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่หมดหวังในการรักษา ให้ชัดเจน โดยเฉพาะมาตรฐานเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ควรมีการกำหนดหลัก เกณฑ์และแนวปฏิบัติให้ชัดเจนในเรื่องของบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ช่อง ทางการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน เพราะพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมักเกิดความไม่แน่ใจในขณะที่ต้องมี การช่วยชีวิตผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติอย่างไรดีเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องมี การยืดชีวิตผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา

### ด้านการบริหารพยาบาล

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลมักก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และรู้สึกขาดการช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายในเรื่องต่อไปนี้

1. จัดให้มีคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง หรือไม่มีทางออกในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะการตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมต้องอาศัยการตัดสินใจที่ผ่านการพิจารณาและไตร่ตรองอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2. ผู้นำทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาตนเองเพื่อสามารถให้คำปรึกษาแนะนำ และคอยช่วยเหลือแก่พยาบาลในทีมเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

3. จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักไม่มีความแน่ใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการบอกความจริง ว่าควรบอกความจริงอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ ฉะนั้นควรจัดให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเรื่องการบอกความจริง

4. จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับ ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจว่าควรทำอย่างไร เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา และต้องมีการยืดชีวิตผู้ป่วยโดยเครื่องมือทางเทคโนโลยี ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและญาติ และไม่ใช่ว่าความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ที่ต้องการยืดชีวิตผู้ป่วยโดยไม่มีหวังในการรักษา แต่พยาบาลก็ไม่มีแนวทางในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เพราะฉะนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและหมดหวังในการรักษาพยาบาล

5. จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองเพื่อเสนอแนะข้อคิดเห็นที่ดีในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ร่วมงานอื่นในทีมสุขภาพ และยังมีการ



ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทำตามความคิดเห็นของผู้ร่วมงานในทีมที่มีอำนาจ หรือประสบการณ์มากกว่าทั้งๆ ที่ไม่เห็นด้วยว่าการกระทำดังกล่าวจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง ฉะนั้นจึงควรมีการจัดการ อบรม สัมมนาเพิ่มเติมให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (assertive) และมีการฝึกฝนทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อให้พยาบาลสามารถมีทักษะในการพูด บอกความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทราบได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่พยาบาลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจได้เองโดยตรง

6. จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับปัญหาสัมพันธภาพในการปฏิบัติงานค่อนข้างมากกว่าการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับแพทย์ เนื่องจากถ้าปัญหาสัมพันธภาพในการปฏิบัติงานไม่ดี ก็จะส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน และบรรยากาศในการทำงานก็จะเต็มไปด้วยความตึงเครียด ไม่มีการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพราะฉะนั้นจึงควรจัดกลุ่มสัมพันธภาพในหน่วยงาน เพื่อก่อให้เกิดบรรยากาศของความช่วยเหลือเกื้อกูลกันเห็นอกเห็นใจกัน ระหว่างผู้ร่วมงาน ทำให้ทุกคนสามารถทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข

7. จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละวิธีที่พยาบาลนำมาใช้ไม่สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้เกิดผลด้านลบต่อผู้ให้ข้อมูล และเป็นผลให้ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เพราะปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด นอกจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่ได้มีการวิเคราะห์ที่ตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยผ่านการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องที่มีการคิดวิเคราะห์อย่างไตร่ตรองอย่างมีขั้นตอน เพราะฉะนั้นเพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีการตัดสินใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมโดยไม่เกิดผลกระทบต่อพยาบาล องค์กรและวิชาชีพ จึงเห็นว่าเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดให้มีการอบรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และมีการกำหนดรูปแบบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้เพื่อเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสามารถนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมไม่เกิดความหม่นหมองทางจริยธรรมแก่พยาบาลที่อาจเกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดเนื่องจากไม่มีแนวทางในการตัดสินใจที่ชัดเจน

### ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ควรจัดให้นักศึกษาฝึกทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการประชุมปรึกษา ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ประสบขณะปฏิบัติงาน หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยและนำ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์การฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยมาร่วมกันแก้ไข โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นในกลุ่มนักศึกษา เพื่อฝึกให้มีทักษะการแก้ไข ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้รับการปลูกฝังทักษะที่ดีในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม และเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้ง ทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลก็จะสามารถความรู้และ ทักษะที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และสามารถตัดสินใจประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่าง เหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบต่อตนเอง ต่อองค์กร และต่อวิชาชีพ

2. อาจารย์พยาบาลสามารถนำข้อค้นพบที่ได้รับจากการศึกษา ไปสอดแทรกในการ เรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยหนัก และสามารถดัดแปลงนำไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทาง จริยธรรมในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้กว้างขวางขึ้น

2. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาในการสร้างเครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อศึกษาถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในการการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ในบริบทของ วัฒนธรรมและสังคมไทย

### บรรณานุกรม

กীরดี บุญเจือ. (2534). ชุดพื้นฐานปรัชญา: จริยศาสตร์สำหรับผู้เริ่มเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

เกสรฯ ศรีพิชญากา. (2540). เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2540. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. (2530). สารสภาการพยาบาล, 18-51.

ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). ประสบการณ์การรับรู้ความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชูชัย สุภวงศ์. (2538). สิทธิของคนปกติด้านสุขภาพ. สารสภาการพยาบาล, 10(4), 34-65.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2524). พฤติกรรมศาสตร์ เล่ม 2 จิตวิทยาจริยธรรมและจิตวิทยาภาษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

ดุษฎีวรรณ เรืองรุจิระ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ทัศนฯ บุญทอง และวรรณวีไล จันทราภา. (2534). สถานภาพวิชาชีพการพยาบาล. ในเอกสารการสอนชุดวิชาประเด็น และแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 8-15 (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 847-886). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ธีระ ลิมศิลา. (2523). ควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งหรือไม่. วารสารโรคมะเร็ง, 6(4), 243-245.

นที เกื้อกุลกิจการ. (2542). จริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาล: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 19(1), 76-85.

นันทนา น้ำฝน. (2538). เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. สงขลา: เทมการพิมพ์.

น้อย พงษ์สนิท. (2527). จริยศาสตร์ปรัชญาว่าด้วยจริยธรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มิตรนราการพิมพ์.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้จริยธรรมเป็นฐาน. สารสภาคการพยาบาล, 36-37.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). ประเด็นจริยธรรม: การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ. รามาริบัติพยาบาลสาร, 6(1), 2-5.

ประนอม แสงจันทร์, เพียว เกษตรสมบุรณ์ และมัณฑุภา ว่องวีระ. (2539). กฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. ในพิบูลทิพย์ หงษ์เหิร และปราณี จาติเกตุ. (บรรณาธิการ), กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล. (หน้า 69-105). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประไพ บุรินทรามาตย์ และสุนทรี ภาณุทัต. (2535). การสำรวจความรู้เกี่ยวกับเอตส์ การปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ติดเชื้อเอตส์และผู้ป่วยเอตส์. วารสารพยาบาล, 44(1), 327-341.

ปรินดา สุปัญญาพันธ์. (2540). การแพร่กระจายแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เพียว เกษตรสมบุรณ์. (2538). การพยาบาลผู้รับบริการในภาวะใกล้ตายและตาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พรทิพย์ บุญพวง. (2527). การประเมินจริยธรรมของพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาและแผนกบริการพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

พวงรัตน์ บุญญาณรงค์. (2534). ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาประเด็นแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 8-15 (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 783-846). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

พระเมธีธรรมาภรณ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรม จริยศาสตร์ศึกษา และจริยศึกษา. ในไพฑูริย์ สีนลรัตน์ และประนอม รอดดำดี (บรรณาธิการ), ความรู้คู่คุณ

ธรรม: รวบรวมบทความเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม และการศึกษา. (หน้า 73-87).  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระมหากันต์ วฑฺฒนวิโส. (มโนวัฒน์) (2535). การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเรื่องเกณฑ์ตัดสินทางจริยธรรมในจริยศาสตร์ของค่านักบวชในพุทธจริยศาสตร์ตามทรรศนะของพระเทพเวที (ประยูรย์ ปยุตโต). วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาปรัชญา มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยในพระบรมราชูปถัมภ์, กรุงเทพมหานคร.

พินิจ รัตนกุล. (2537). จริยศาสตร์กับการพยาบาล. สารสภากาพยาบาล, 25-35.

พินิจ รัตนกุล. (2541). เมื่อมนุษย์อยากมีสิทธิ์เลือกพินัยกรรมชีวิต. วงการแพทย์, 7(1), 20.

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์. (2534). การเปลี่ยนแปลงทางสังคม: ผลกระทบต่อค่านิยมและการเมืองไทย. ในไพฑูรย์ สีนลารัตน์ และประนอม รอดดำดี (บรรณาธิการ), ความรู้คู่คุณธรรม: รวบรวมบทความเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม และการศึกษา. (หน้า 33-52). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2521). เมื่อความตายอยู่แค่เอื้อม. แพทยสภาสาร, 7(11), 739-746.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2535). เอกสิทธิ์ในวิชาชีพการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 41(4), 271-277.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2536). นิติศาสตร์วิชาชีพและจริยศาสตร์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2538). เมื่อพยาบาลเป็นผู้แทนของผู้ป่วย. วารสารพยาบาล, 44(4), 247-250.

มัญญา ว่องวีระ. (2541). จริยธรรมกับการพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

มาลี ประทุมศรี. (2542). ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รุจา ภูไพบูลย์. (2531). การพยาบาลกับการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาล, 37(3), 203-213.

รัตนา ทองสวัสดิ์. (2539). การประกอบวิชาชีพที่อาจเกิดปัญหาด้านกฎหมาย. ใน พิภูลทิพย์ หงษ์เทียร และปราณี จาติเกตุ. (บรรณาธิการ), กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล. (หน้า 134-158). คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา สายพานิชย์. (2541). การสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติที่เผชิญความตาย. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.

ละออ หุตางกูร. (2523). จรรยาสำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย.

ละออ หุตางกูร. (2532). แนวคิดเกี่ยวกับประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล, เอกสารการสอนชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-41) กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.

ละออ หุตางกูร. (2540). จริยธรรมเพื่อคุณภาพการพยาบาล. ใน กรณีศึกษาเพื่อสร้างเสริมคุณธรรมจรรยาแห่งวิชาชีพการพยาบาล. จินตนา ยูนิพันธ์ และ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และ อรัญญา เชาวลิต. (2539). การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด: ประเด็นจริยธรรมที่พยาบาลต้องตระหนัก. วารสารพยาบาล, 45(2), 9-17.

วรรณวิไล จันทระภา. (2537). การจัดบริการกรณีฉุกเฉินและวิกฤต. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการกรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต หน่วยที่ 1-8. (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 43-112). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.

วันทิวา วัฒนโชติ. (2540). การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วันดี โภคะกุล. (2541). ใน การสัมมนาเรื่อง "พินัยกรรมชีวิต" (Living will declaration). สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วันที่

21 กรกฎาคม 2541 ณ ห้องประชุมสลากกินแบ่งรัฐบาลชั้น 9 ดิเกิ้ลยาณีวัฒนา  
โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร.

วราวุฒิ จรรยาวิชย์. (2538). สิทธิการตายและ / หรือการเตรียมเผชิญความตาย.  
สารสมาการพยาบาล, 10(4), 71-72.

วิจิตร บุญโยหตระ. (2537). แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต. ใน  
เอกสารการสอนชุดวิชาการคัดเลือกสรรกาการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต หน่วยที่ 1-8. (พิมพ์  
ครั้งที่ 9, หน้า 1-41). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.

วิทย์ เทียงบุรณธรรม. (2541). พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย. กรุงเทพมหานคร:  
บริษัทซีเอ็ดยูเคชั่นจำกัด.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2539). สรุปการสัมมนาเรื่อง "สิทธิของผู้ป่วย" วันพุธที่ 9  
มิถุนายน 2536 ณ.โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร จัดทำโดยมหาวิทยาลัยมหิดล  
ร่วมกับแพทยสภา.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2540). การสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง  
ตายอย่างสงบ. กองทุนศาสตราจารย์จิตติตติงภักดิ์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์ร่วมกับแพทยสภา (วันเสาร์ที่ 12 มีนาคม 2540).

ศรีเพ็ญ สุภพิทยากุล. (2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยา.  
วิธีวิทยาการวิจัย, 4(1), 9-20.

สมลักษณ์ เดิดขุนทด และบุญนำ เล้าโสภาภิรมย์. (2541). สิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับ  
ในทัศนะของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 29(2), 36-42.

สมศักดิ์ วรคามิน. (2532). ประกาศแพทยสภาเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย.  
สารสมาการพยาบาล, 10(4), 81-82.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539). มาตรฐานโรงพยาบาล: แนวทางพัฒนาคุณภาพ  
ภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข.

สมคิด อิศระวัฒน์. (2537). กลวิธีพัฒนาจริยธรรม สำหรับวิชาชีพการพยาบาล.  
สารสมาการพยาบาล, 9(1), 41-46.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2537). จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล. สารสมา  
การพยาบาล, 24.

สุวัฒน์ จันทรจำนง. (2540). ความเชื่อของมนุษย์เกี่ยวกับปรัชญาและศาสนา. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ.

สุพัตรา สุขภาพ. (2542). สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม: ครอบครัวยุคใหม่: ศาสนา: ประเพณี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

สุภาณี ทิวพัฒนานนท์. (2540). สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ: ปัญหาจริยธรรม. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สิวลี ศิริไล. (2527). รายงานการวิจัยทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไปและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล. (ศึกษาเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ทุนอุดหนุนมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สิวลี ศิริไล. (2532). จริยธรรมกับวิชาชีพพยาบาล. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล, เอกสารการสอนชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาลหน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 143-220). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สิวลี ศิริไล. (2532). พยาบาลกับภาวะหม่นหมองทางศีลธรรม. สารสภพยาบาล, 14-16,18.

สิวลี ศิริไล. (2537). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สิวลี ศิริไล. (2538). จริยธรรมกับวิชาชีพการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 144-220). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สิวลี ศิริไล. (2539). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอมอร นิรัญราช. (2538). บทวิจารณ์เรื่อง ใครเป็นผู้ตัดสินใจ (Who should decide?) ในเอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การแพทย์ วัฒนธรรมและ จริยธรรม วันที่ 30 พฤศจิกายน -1 ธันวาคม กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล กับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2540). กฎหมายการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.  
 สันต์ หัตถ์รัตน์. (2515). ผู้ป่วยที่หมดหวัง. วชิรเวชสาร, 8(3), 145-150.  
 สันต์ หัตถ์รัตน์. (2522). พันธกรรมเพื่อชีวิต. แพทยสมาคมสาร, 16(3), 283-288.  
 อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพ. สารสมาการพยาบาล,  
 42, (1), 16-31.

อรพรรณ ลือบุญวิชชัย. (2540). จริยธรรมกับคุณภาพการพยาบาลยุคข้อมูล  
 ข่าวสาร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 11(1), 16-20.

อัญญา เชาวลิต และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2539). ประเด็นจริยธรรมในการ  
 ดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์: พันธหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย กับความเสี่ยงต่อ  
 การติดเชื้อ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 16(4), 14-22.

อำภพร พัววิไล. (2528). ปัญหาจริยศาสตร์ในการพยาบาล: สิทธิผู้ป่วยในฐานะ  
 ผู้รับบริการ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 4(1), 12-17.

Aiken, T.D., & Catalano, J.T. (1994). Legal, ethical and political issues in  
 nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Allen, M.N., & Jensen, L. (1990). Hermeneutic inquiry: Meaning and scope.  
Westren Journal of Nursing Research, 12, 241-253.

Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: Philosophical  
 perspectives and current use in nursing research. Journal of Advanced Nursing,  
 23(4), 705-715.

Aroskar, M.A. (1980). Anatomy of an ethical dilemma: The theory and the  
 practice. American Journal of Nursing, 80, 658-668.

Aroskar, M.A. (1989). Community health nurses: Their most significant  
 ethical decision making problem. Nursing Clinics of North America, 24(4),  
 967-975.

Bandman, E.L., & Bandman, B. (1995). Nursing ethics: Thought the life  
 span. (3 rd ed.). New Jersey: Prentice Hall International, INC.

Barnum, B.S. (1998). Nursing theory: Analysis: Application: Evaluation. (5 th ed.). New York: Lippincott.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). Principle of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

Beauchamp, T.L., & Walters, L. (1994). Contemporary issues in bioethics. California: Wadsworth Publishing Company.

Black, J.M., & Mastassarini-Jacobs, E. (1993). Lukman and Sorensen medical surgical nursing: A psychophysiologic approach. (4 th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Berger, M.C., Seversen, A., & Chvatal, R. (1991). Ethical issues in nursing. Western Journal of Nursing Research, 3(4), 514-521.

Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16(3), 254-267.

Beck, C.T. (1994). Phenomenology: it's use in nursing research. International Journal of Nursing Study, 31(6), 499-510.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1989). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

Campbell, M.L. (1991). Management to the patient with do not resuscitate status: Compassion and cost containment. Heart & Lung, 20(4), 345-348.

Catalano, J.T. (1994). The ethical of cadaver experimentation. Critical Care Nurse, 82-85.

Chaowalit, A. (1997). Development and psychometric evaluation of the ethical issues scale (ELS) for HIV / AID patient care in Thailand. Doctoral dissertation, Boston College, Massachusetts.

Chaowalit, A., & Fry S. (1997). Ethical issue in HIV / AIDS patient care in Thailand. Unpublished manuscript.

Chaowalit, A., Suttharangsee, W., & Takviriyannun, N. (1999). Ethical problems in nursing practice experienced by nursing students in southern Thailand. Thai Journal Nursing Research, 2(3), 132-147.

Chally, P.S. (1997). Nursing ethics. In K. K. Chitty (ed). Profession nursing: Concept and challenges. (pp. 397-420). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Cisar, N.C. & Bell, S.K. (1995). Informed Consent: An ethical dilemma. Nursing Forum, 30(3), 20-28.

Collins, S.S., & Henderson, (1991). Autonomy: Part of nursing role. Nursing Forum, 26(2), 23-29.

Davis, A.J. (1989). Clinical nurse' ethical decision making in situation of informed consent. Advances in Nursing Science, 11 (3), 63-69.

Davis, A.J., & Aroskar, M.A. (1991). Ethical dilemmas and nursing practice. (3 rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Deepadung, A. (1989). Who should decide?. ในเอกสารการประชุมวิชาการ เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องในโอกาสพระชนมายุครบ 6 รอบ นักซ์ตร เรื่อง การแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม วันที่ 30 พฤศจิกายน -1 ธันวาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล กับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Diekelmann, N. (1992). Learning-as- testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the life experiences of students in nursing. Advances in Nursing Science, 14, 72-81.

Donnelly, G.F. (1980). The nursing system: issues ethics and politics. New York: John Wiley & sons.

Drough, T.S. (1995). Ethical practice in a technological age. Critical Care Nurse, 7(2), 297-304.

Ellis, J.R., & Hartly, C.I. (1998). Nursing in today' s world: Challenges, issue and trends.(6 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Erlen, J.A., & Frost, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decision. Western Journal of Nursing Research, 13(3), 397-407.

Erlen, J.A., & Sereika, S.M. (1997). Critical care nurse, ethical decision making and stress. Journal of Advanced Nursing, 26, 953-961.

Euewas, P. (1993). The actualized caring movement: A grounded theory of caring in nursing practice. A thesis presented in fulfillment of requirement for the degree of philosophy in nursing.

Euswas, P. (1993). The actualized caring moment: A grounded theory of caring in nursing practice. A thesis presented in fulfillment of requirement for the degree of doctor of philosophy in nursing of Massay University of Newzeland.

Fowler, M.D.M. (1989). Ethical decision-making in critical practice. Nursing Clinics of North America, 24(4), 955-965.

Fry, S.T. (1989). Ethical issues in clinical research: Informed consent and risk benefits in the treatment of primary hypertension. Nursing Clinics of North America, 24(4), 1033-1039.

Fry, S. (1998). Guideline for making end-of-life decisions. International Nursing Reveiw, 45(5), 145-151

Fry, S., & Damrosch, S. (1994). Ethical and human right issues in nursing practice: A survey of Maryland nurse. Maryland Nurse, 13(7), 11-12.

Gillies, D.A. (1994). Nursing management: A system approach. (3 nd ed.). (pp.366 - 385). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Gold, C., Chambers, J., & Dvorak, E.M. (1995). Ethical dilemmas in the lived experience of nursing practice. Nursing Ethics, 2(2), 131-142.

Grundstein-Amado, R.G. (1992). Difference in ethical decision-making process among nurses and doctors. Journal of Advanced Nursing, 17, 129-137.

Hall, J.K. (1996). Nursing ethics and law. Philadelphia, W. B. Saunders Company.

Hayter, M. (1997). Confidentiality and the acquired immune deficiency syndrome (AIDS): An analysis of the legal and professional. Journal of Advanced Nursing, 25, 1162-1166.

High, D.M., (1989). Truth telling, confidentiality, and the dying patient: New dilemmas for the nurse. Nursing Forum, 24(1), 5-14.

Holly, C. M., & Lyons, M. (1993). Increasing your decision-making role in ethical situations. Dimension of Critical Care Nursing, 12 (5), 264-270.

Hudak, C.M., Gallo, B.M., & Morton, P.G. (1998). Critical care nursing: A holistic approach. (7 th ed.). (pp.71-81). Philadelphia: Lippincott.

Hughes, K.K., & Dvorak, E.M. (1997). The use of decision analysis to examine ethical decision making by critical care nurse. Heart & Lung, 26(3), 238-248.

Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21(4), 827- 836.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Leininger, M. (1985). Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune & Stratton, Inc.

Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner, (Ed). Interpretive phenomenology. (pp.43-63). Thousand Oak: Sage Publications.

Lindberg, J.B., Hunter, M.L., & Kruszewski, A.Z. (1998). Introduction to nursing: Concept issues and opportunities. (3 rd ed.). (pp.351-391). Philadelphia: Lippincott.

Martin, A. (1993). Lying to patients: Can it ever be justified?. Nursing Standard, 7(18), 29-31.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). Manual: Maslach burnout inventory. (2 nd ed.). California: Consulting Psychologists Press.

McCormack, P. (1998). Quality of life and the right to die: an ethical dilemma. Journal of Advanced Nursing, 28(1), 63- 65.

Milton, C.L. (1999). Ethical issue from nursing theoretical perspective. Nursing Science Quarterly, 12(1), 20-25.

Moody, L.E. (1999). Living longer dying longer: Nursing's opportunity to make a difference. Nursing Outlook, 47(1), 41-42.

Munhall, P.L. (1993). Ethical considerations in qualitative research. in Nursing research: A qualitative perspective. (2 nd ed.). (pp 395-408). Munhall, P.L. & Boyd, C.O. New York: National League for Nursing Press.

Oiler, C. (1981). The phenomenological approach in nursing research. Nursing Research, 31(3), 178-181.

O' Connor, K.F. (1996). Ethical / moral experiences of ontology nurses. O' Connor, 23(5), 787-794.

Omery,A. (1983). Phenomenology method for nursing. Advances Nursing in Science, 5(2), 49-62.

Ott, B.B., & Nieswiadomy, R.M. (1991). Support of patient autonomy in the do not resuscitate. Heart & Lung, 20 (1), 66-72.

Pascoe, E. (1996). The value to nursing research of Gadamer' s hermeneutic philosophy. Journal of advanced Nursing, 24(6), 1309-1314.

Post, I.V. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice though critical incident. Nursing Ethics, 3 (3), 237-249.

Purtilo, R. (1993). Ethical dimensions in the health professions. (2 nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Redman, B.K., & Hill, M.N. (1997). Studies of ethical conflicts by nursing practice setting or role. Western Journal of Nursing Research, 12(2), 243-259.

Reeder, J.M. (1989). Ethical dilemmas in perioperation nursing practice. Nursing Clinics of North America, 24 (4), 999-1007.

Rosdahl, C.B. (1999). Textbook of basic nursing (7 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rushton, C.H. (1994). The critical care nurse as patient advocate. Critical Care Nurse, 6, 102-106.

Rushton, C.H. (1995). Creating and ethical practice environment: A Focus on Advocacy. Nursing Clinics of North America, 7(2), 387-396.

Scanlon, C., & Fleming, C. (1989). Ethical issues in caring for the patient with advance cancer. Nursing Clinics of North America, 24(4), 977-985.

Smith, K.V. (1996a). Ethical decision-making by staff nurses. Nursing Ethics, 3(1), 17-25.

Smith, K.V. (1996b). Ethical decision-making: Implications for continuing education. The Journal of Continuing Education in Nursing, 27(1), 42-45.

Smith, M.L., & Martin, K.P. (1993). Case and discussion confidentiality in the age of aids: A case study in clinical ethics. The Journal of Clinical Ethics, 4 (3), 236-243.

Sorrell, J.M., & Redmond, G.M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches of ethnographic and phenomenological studies. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1117-1122.

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1995). Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Sullivan, E.J., & Decker, P.J. (1997). Effective leadership and management in nursing. (4 nd ed.). Menlo Park California: Addison-Wesley.

Tabak, N., & Ben-Or, T. (1994). The nurse' s challenge in coping with ethical dilemmas in occupational health. Nursing Ethics, 1(4), 208-215.

Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D., & Lough, M.E. (1994). Critical care nursing: Diagnosis and management. (2 nd ed., pp 18-34). St Louis: Mosby.

Thompson, T.L. (1990). Hermeneutic inquiry. In L.E., Moody (Ed). Advance nursing science through research, (pp.223-280). L.E. New York: Sage Publications.

Tschudin, V. (1988). Nursing the patient with cancer. New York: Prentice Hall.

Tschudin, V. (1992). Ethical in nursing: The caring relationship. (2 nd ed.). London Butterwort-Heinemann.

LaMear-Tucker, D. & Friedson, J. (1997). Resoving moral conflic: The critical care' s role. Critical Care Nurse, 17(2), 55-63.

Walsh, K. (1996). Philosophical hermeneutic and the project of Hans Georg Gadamer: Implication for nursing research. Nursing Inquiry, 3, 231-237.

Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement: implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing, 22, 791-799.

Wilkinson, J.M. (1987). Moral distress in nursing practice experience and effect. Nursing Forum, 23(1), 16-29.

Wocial L.D. (1996). Achieving Collaboration in ethical decision making: Strategies for nurses in clinical practice. Dimension of Critical care Nursing, 15 (3), 150-159.

Wlody, G.S.(1990). Ethical issues in critical care: A nursing model. Dimensions of Critical Care nursing, 9(4), 224-230.

Williamson, C.B., & Livingston, D.J. (1992). Truth telling. In G.M. Bulecheck, & J.C. McCloskey, Nursing intervention: Essential nursing treatment. Philadelphia: W.B. Saunders.

Wilson. (1992). Ethical concerns in along teen care tube feeding study. Image: Journal of Nursing scholarship, 24(3), 195-199.

Young, L.C., & Hayne, A.N. (1998). Nursing administration: From concepts to practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์  
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่  
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก

แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล .....

วันที่สัมภาษณ์ ..... เวลา .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

1.2 อายุ ..... ปี

1.3 ศาสนา

( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ .....

1.4 สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่  
( ) หย่า ( ) แยก  
( ) หม้าย

1.5 ระดับการศึกษา

( ) ประกาศนียบัตร อนุปริญญา  
( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
( ) ปริญญาโท  
( ) อื่น ๆ ระบุ .....

1.6 เงินเดือน (บาท / เดือน)

( ) 5,000-10,000  
( ) 10,001-15,000  
( ) 15,001-20,000

1.7 ประเภทของผู้ป่วยที่ให้ความดูแลความดูแลมากที่สุดเรียงตามลำดับ

- ( ) อายุรกรรม            ( ) ศัลยกรรม  
 ( ) กุมารเวชกรรม      ( ) สูติ-นารีเวชกรรม  
 ( ) ทุกประเภทมีปริมาณการดูแลเท่าเทียมกัน

1.8 ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ..... ปี

1.9 ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก .....

1.10 ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

- ( ) เคย                      ( ) ไม่เคย

1.11 ได้รับการประชุม/อบรม/สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรม

- ( ) เคย                      ( ) ไม่เคย

จำนวน ..... ครั้ง

เรื่อง  .....

.....

... ..

1.12 ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

- ( ) เคย                      ( ) ไม่เคย

1.13 ได้รับการประชุม อบรม - สัมมนา เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

- ( ) เคย                      ( ) ไม่เคย

จำนวน ..... ครั้ง

เรื่อง  .....

เรื่อง  .....

เรื่อง  .....

## ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ในการศึกษา

1. จากประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักคุณเคยเจอเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรม

1.1 ทำไมคุณจึงคิดว่าเหตุการณ์เหล่านั้นเป็นความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรม

1.2 ตามความเห็นของคุณเมื่อพูดถึงความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรม คุณเข้าใจว่าอย่างไร คุณให้ความหมายว่าอย่างไร

1.3 คุณรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรมเหล่านั้น

2. เมื่อคุณเผชิญกับเหตุการณ์ ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรม คุณทำอย่างไรเพื่อแก้ไข / ลด ความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรมดังกล่าว

2.1 เพราะเหตุใดคุณจึงทำเช่นนั้น

2.2 คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อการแก้ไข / ลดความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรมดังกล่าว

2.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่คุณนำมาใช้ในการตัดสินใจแก้ไขลดความขัดแย้ง / ปัญหาทางจริยธรรมดังกล่าว

2.4 ผลของการแก้ไข / ลดความขัดแย้งทางจริยธรรม / ปัญหาทางจริยธรรมดังกล่าวเป็นอย่างไร และมีผลกระทบต่อคุณและผลกระทบด้านอื่นๆอย่างไรบ้าง

## ภาคผนวก ข.

## การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางกาญดา รักชาติ กำลังศึกษาปริญญาโทที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก เพื่อหาความหมายของประเด็นจริยธรรมและประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ตลอดจนการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจแก้ปัญหาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน หลังจากนั้นจะนัดสัมภาษณ์อีกจนกว่าข้อมูลจะเพียงพอ และในขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตรงตามที่ท่านเล่า โดยข้อมูลที่ได้จะนำเสนอโดยใช้นามสมมติ ถ้าหากท่านไม่มีความพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการที่ท่านให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ

กาญดา รักชาติ

## ภาคผนวก ค

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มัญชุภา ว่องวีระ ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น  
คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณนฤมล อนุมาศ พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วย  
ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลหาดใหญ่

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางกาญจนา รักชาติ

วัน เดือน ปีเกิด 12 พฤศจิกายน 2505

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา	พ.ศ. 2528
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2542

## ทุนการศึกษา

ได้รับทุนผู้ช่วยสอนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ปีการศึกษา 2542

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7                      หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา