

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยในในภาคใต้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย
 - 1.1 ความหมายของกรณีพิบัติภัย
 - 1.2 สถานการณ์เกี่ยวกับกรณีพิบัติภัย
 - 1.3 ผลกระทบจากกรณีพิบัติภัย
 - 1.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยประสบกรณีพิบัติภัย
2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.1 ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 - 2.2 ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
3. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย
4. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 4.1 คุณค่าและการทำความกระจ่างในคุณค่า
 - 4.2 ทฤษฎี หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 4.2.1 ทฤษฎีจริยศาสตร์
 - 4.2.2 หลักจริยธรรม
 - 4.2.3 แนวคิดเชิงจริยธรรม
 - 4.2.4 จรรยาบรรณวิชาชีพ
 - 4.2.5 สิทธิผู้ป่วย
 - 4.3 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 4.4 รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

4.6 แนวทางการส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

5. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบธรณีพิบัติภัย

การดูแลผู้ป่วยที่ประสบธรณีพิบัติภัย

ความหมายของธรณีพิบัติภัย

ธรณีพิบัติภัย (tsunami disaster) ถือได้ว่าเป็นสาธารณภัยหรือพิบัติภัยซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วกระทันหัน (rapid onset disaster) โดยเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมในธรรมชาติ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตคนและสร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ (กนกรัตน์, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2548; วรรณเพ็ญ, 2538) และธรณีพิบัติภัยยังเป็นภาวะฉุกเฉินของชุมชนขนาดใหญ่ที่ควบคุมไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน (ประเสริฐ, 2548)

สถานการณ์เกี่ยวกับธรณีพิบัติภัย

เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย (คลื่นยักษ์สึนามิ) ที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 มีสาเหตุเกิดจากแผ่นดินไหวขนาด 9.3 ริกเตอร์ ที่บริเวณทะเลนอกฝั่งทิศตะวันตกทางตอนเหนือของเกาะ สุมาตราประเทศอินโดนีเซีย นับว่าเป็นความเสียหายมากมมหาศาลอีกครั้งหนึ่งที่เกิดจากแผ่นดินไหว (กนกรัตน์, 2548; กระทรวงวัฒนธรรม, 2548; จลี, 2548; พูลสุข, 2548; Anonymous, 2005; Silove, & Zwi, 2005) ซึ่งสร้างความเสียหายให้กับประเทศต่างๆ ที่อยู่บริเวณมหาสมุทรอินเดีย และมีผู้เสียชีวิตรวมทั้งหมดเป็นจำนวนมากกว่า 220,000 คน เป็นความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในประวัติศาสตร์ (กรมทรัพยากรธรณี, 2548) โดยที่ประเทศไทยได้ถูกคลื่นยักษ์สึนามิเคลื่อนเข้าซัดชายฝั่งทะเลอันดามันด้านทิศตะวันตก ซึ่งมีจังหวัดที่ได้รับผลกระทบในครั้งนี้รวม 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา ระนอง กระบี่ ตรังและสตูล ทำให้มีการสูญเสียชีวิตและการบาดเจ็บทั้งคนไทยและชาวต่างชาติจำนวนมาก เนื่องจากจังหวัดเหล่านี้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญและมีนักท่องเที่ยวมากที่สุดของประเทศไทย นอกจากนี้ยังสร้างความสูญเสียอย่างมหาศาลด้านทรัพยากรทางธรรมชาติ ทรัพย์สิน บ้านเรือนและสาธารณูปโภคต่างๆ (กรมทรัพยากรธรณี, 2548; กนกรัตน์, 2548; กระทรวงวัฒนธรรม, 2548; พูลสุข, 2548; ศักดิ์ชัย, อัครวิน, แก้วสรร และเขมชาติ, 2548; แสงอรุณ และคณะ, 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548)

ผลกระทบจากธรณีพิบัติภัย

การเกิดธรณีพิบัติภัยในครั้งนี้ถือได้ว่าเป็นภัยธรรมชาติที่ร้ายแรงที่สุดที่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและชุมชน ดังนี้คือ

1. ด้านร่างกาย

เนื่องจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยเป็นภัยธรรมชาติที่ร้ายแรงและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่มีการเตรียมการรับมือกับเหตุการณ์มาก่อน (พลสุข, 2548) ทำให้ผู้เสียชีวิต สูญหายและได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก ซึ่งผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บจากถูกคลื่นพาไป ถูกกระแทกกับของแข็ง เช่น ต้นไม้ รถยนต์ ซากบ้านเรือน เป็นต้น ทำให้ผู้ประสบภัยส่วนมากจึงมีบาดแผลตามร่างกาย แขนขาหัก หมดสติ บางรายสำลักน้ำเข้าไปทำให้เป็นปอดบวม บาดแผลติดเชื้อ (กรมสุขภาพจิต, 2548; กนกรัตน์, 2548; กระทรวงวัฒนธรรม, 2548; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548; Anonymous, 2005)

2. ด้านจิตใจ

จากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้ประสบภัยเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ประสบภัยได้สูญเสียครอบครัว ญาติพี่น้อง ทรัพย์สินเงินทองและที่อยู่อาศัย ซึ่งความรุนแรงทางด้านจิตใจของผู้ประสบภัยนับว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมซึ่งขึ้นกับพื้นฐานบุคลิกภาพเดิมของแต่ละคน บางคนอาจมีความคิด มีความรู้สึกตอบสนองออกมาในลักษณะที่แตกต่างกันได้แก่สับสน ตื่นตระหนก โทษโชคชะตา หมดหวัง บางคนอาจมีพฤติกรรมแสดงออกมาในลักษณะของการสู้ การถอยหนี การยื่นชา ความเศร้าโศกเสียใจ ความรู้สึกโหยหา มีความเครียดหรือแยกตัวจากสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2548; ขงยุทธ และ พระไพศาล, 2548; วรรณเพ็ญ, 2538; แหวนดี, 2534; อัมพร, 2536; Silove & Zwi., 2005)

3. ด้านครอบครัว

เมื่อเกิดธรณีพิบัติภัยที่รุนแรงเกิดขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเสียชีวิต สูญหาย และได้รับบาดเจ็บ มีผลกระทบต่อจิตใจในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจ มีความหุดหุด นอกจากนี้ทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ การสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินเงินทอง การเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และการอพยพถิ่นที่อยู่อาศัย (กระทรวงวัฒนธรรม, 2548; จลี, 2548; วรรณเพ็ญ, 2538; แหวนดี, 2534; อัมพร, 2536)

4. ด้านชุมชน และสิ่งแวดล้อม

มีผลกระทบต่อโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมของชุมชน เนื่องจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นได้ทำลายบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย สิ่งก่อสร้างต่างๆที่เป็นสาธารณประโยชน์ ได้แก่ ถนน โรงเรียน วัด สะพาน สถานที่ราชการของรัฐ รวมทั้งความสูญเสียอื่นๆขึ้นอยู่กับพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่เกษตรกรรม แหล่งท่องเที่ยว และหมู่บ้านชาวประมง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางธรณีวิทยา

ภูมิทัศน์ ระบบนิเวศวิทยาและการเปลี่ยนแปลงชายฝั่ง (กระทรวงวัฒนธรรม, 2548; จลี, 2548; วรรณเพ็ญ, 2538; แหวนดี, 2534; อัมพร, 2536)

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ประสบกรณีพิบัติภัย

จากเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่มีการเตรียมการรับมือกับเหตุการณ์มาก่อน ดังนั้นจึงเป็นการตั้งรับในการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลจัดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัย ดังนี้ (พูลสุข, 2548)

1. บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในเหตุการณ์ครั้งนี้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของ 4 จังหวัด (ภูเก็ต พังงา กระบี่และระนอง) ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่จำนวนน้อยไม่สามารถบริการได้พอเพียง พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเย็บแผล ตลอดจนการช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการต่างๆ และการดูแลให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งเป็นการงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ประสพการณ์ทักษะขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและทักษะขั้นสูงในวิชาชีพตามสภาวะของผู้ป่วยและการตัดสินใจที่ดีของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด

2. บทบาทผู้ประสานงาน ในการจัดการกับผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับบริการพยาบาลจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยและเตรียมการเพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาในรายใดที่มีอาการหนัก โรงพยาบาลไม่สามารถรับรักษาพยาบาลได้จำเป็นต้องส่งต่อ การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถมากกว่า จึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องจัดหาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันทั่วถึงต่อไป นอกจากนี้ยังต้องประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ

3. บทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ป่วยและญาติ การเกิดเหตุการณ์ การเจ็บป่วย การบาดเจ็บย่อมสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการต้องการทราบข้อมูลที่แท้จริงว่าตนเองหรือญาตินั้นจะได้รับการรักษาอย่างไร จะอยู่โรงพยาบาลนี้ดีหรือไปโรงพยาบาลอื่น ซึ่งพยาบาลมีบทบาทการให้ข้อมูลกับผู้ใช้บริการที่จะตัดสินใจเลือกการรักษาที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการมากที่สุด

4. บทบาทผู้สร้างพลังให้ผู้ป่วย การที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและผู้ป่วยต้องได้รับบาดเจ็บบางรายสามี ภรรยา เพื่อน และบุตรต้องมาตายจากกันจากเหตุการณ์นี้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ย่ำแย่ หวาดกลัวและเป็นเสมือนฝันร้าย ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยการสร้างคุณค่า

ให้เกิดในตัวผู้ป่วย การยอมรับในการกระทำของผู้ป่วยและการให้เกียรติผู้ป่วย การดูแลเอาใจใส่ เป็นอย่างดีจากพยาบาลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งและเผชิญชีวิตต่อไปได้

5. บทบาทผู้จัดการข้อมูลข่าวสาร ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยได้รับการลำเลียงจากที่เกิดเหตุมารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆจำนวนมากในโรงพยาบาลจะเกิดความหลวม การจัดระบบข้อมูลข่าวสารจึงจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลมีบทบาทในการรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การเขียนรายงาน การบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานการทำงาน การรายงานผู้บังคับบัญชาและเผยแพร่ไปสู่สาธารณชนได้ต่อไป

จากเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิถล่มประเทศไทยในครั้งนี้ สร้างความสูญเสียทั้งต่อบุคคลและชุมชนเป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากเป็นภัยธรรมชาติที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกระทันหันไม่ได้มีการเตรียมการไว้ก่อน ผู้ที่ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาพยาบาล และเนื่องจากเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในจังหวัดที่มีแพทย์จำนวนน้อย ทำให้พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จึงทำพยาบาลมีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยได้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas)

ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง สถานการณ์ขัดแย้งทางจริยธรรมที่ก่อให้เกิดความจำเป็นที่ต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่า ซึ่งมีน้ำหนักในการเลือกหรือไม่เลือกเท่าๆกัน เนื่องจากแต่ละทางเลือกมีความสำคัญเท่ากันหรือไม่มีทางออกที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือกหรือไม่แน่ใจว่าทางเลือกใดถูกหรือผิด (สิวลี, 2542) หรือเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยที่บุคคลต้องทำการเลือกระหว่างทางเลือกสองทางที่ไม่พึงประสงค์ (Catalano, 2003) นอกจากนี้เดวิส และคณะ (Davis et al., 1997) ได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมคือ 1) เป็นปัญหาที่ยากต่อการหาทางแก้ปัญหาที่น่าพึงพอใจ และ 2) สถานการณ์ที่จะต้องเลือกระหว่างสองทางเลือกซึ่งเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ และเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งเกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับที่บิวแชมป์ และ ชายเครส (Beauchamp & Childress, 2001) ที่กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นจะมีอย่างน้อยสองทางที่จะให้เลือกและเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นจะทำให้มีการตัดสินใจกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแน่นอน แต่อาจเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมหรือผิดหลักจริยธรรมก็ได้ และผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจไม่ได้เป็นข้อ

สรุป หรือเป็นสิ่งสุดท้ายของการตัดสินใจ แต่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และได้ประสบการณ์จาก ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม

ในปัจจุบันมีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ประเด็นขัดแย้ง ระหว่างสิทธิกับภาระหน้าที่ของแต่ละบุคคลหรือภาระหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม โดยทั่วไปประเด็น ขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเรื่องยากที่จะหาวิธีแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และบางครั้งไม่ สามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จจากการตัดสินใจเพียงครั้งเดียว นอกจากนี้ อาจเกิดการต่อต้านจากบุคคล อื่นที่ไม่เห็นด้วยกับวิธีการตัดสินใจแก้ปัญหาเหล่านั้นอีกด้วย (Catalano, 2003; Ellis & Hartley, 2001)

นอกจากนี้เจมตัน (Jameton, 1984 cited by Burkhardt & Nathaniel, 2002) ได้จัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางจริยธรรม (moral problems) ซึ่งเป็นปัญหาทางจริยธรรม มี 3 ลักษณะดังนี้

1. ความไม่แน่ใจในหลักการทางจริยธรรม (moral uncertainty) เป็นสถานการณ์ที่ พยาบาลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะนำหลักการจริยธรรมในข้อใดมาใช้แก้ปัญหา เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

2. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (moral dilemma) เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลเกิดความ รู้สึกสองจิตสองใจที่ต้องเลือกใช้หลักการทางจริยธรรมที่มีน้ำหนักในการเลือก หรือไม่เลือก เท่าๆกัน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

3. ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมหรือภาวะหม่นหมองทางจริยธรรม (moral distress) เป็น สถานการณ์ที่พยาบาลรู้ว่าสิ่งใดถูกต้องและควรกระทำ แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากขัดกับ นโยบายของหน่วยงาน การไม่มีพลังอำนาจหรือไม่มีความรู้เพียงพอ

สรุปประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงาน ของพยาบาลที่ทำให้พยาบาลรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ มีความขัดแย้งเกิดภายในใจไม่สามารถตัดสินใจที่จะเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจากสองทาง หรือหลายทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็น ทางเลือกที่มีน้ำหนักเท่าเทียมกัน

จากการศึกษายังพบว่า พยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน ลักษณะที่คล้ายคลึงกันถึงแม้จะเป็นคนละสถานการณ์ ซึ่งได้แก่การศึกษาเชิงคุณภาพของ กฤษณา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 ราย พบว่า พยาบาลให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 3 ลักษณะคือ 1) ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่รู้ทั้งรู้ว่าไม่ควรกระทำ 2) บางสิ่งที่ทำไปขัดแย้งกับคุณค่าของตัวเอง และ 3) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้แม้รู้สึกผิดหรือบาปก็ต้องทำ นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริย

ธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 10 ราย พบว่าพยาบาลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรมไว้ 4 ลักษณะดังนี้ 1) เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ 2) ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก 3) ไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี และ 4) บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเซเตียวัน และคณะ (Setiawan et al., 2004) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เมดาน ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 2 ลักษณะ คือ 1) จะเลือกอย่างไรระหว่างสองทางเลือก และ 2) เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันนั้นพยาบาลมีโอกาสดูต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ต้องตัดสินใจอย่างที่จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ (McAthie, 1999; Ramsey, 2000) และจากสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดปัญหาหรือเกิดประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรมได้ง่ายและอาจเป็นประเด็นจริยธรรมที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเกิดมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การขาดแคลนทรัพยากรและกำลังคน (อรัญญา, 2548) ดังที่พอตเตอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 2003) ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าจะเกิดขึ้นอยู่เสมอถ้าหากการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมสุขภาพไม่ได้กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง หรือไม่มีความชัดเจนในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับหลักจริยธรรมและสมาชิกในทีมสุขภาพมีความขัดแย้งกันในการปฏิบัติงาน ซึ่งประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมีมากมาย ตัวอย่างเช่น การยึดหรือยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยกับการตามทำหน้าที่ของทีมสุขภาพ การให้เลือดในผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาที่ห้ามรับเลือดของผู้อื่น หรือแม้กระทั่งการปกปิดความลับหรือการบอก/การพูดความจริงในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Catalano, 2003; Davis et al., 1997) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ ชาวลิต, หัตถกิจ, สุทธรังษี และปาร์คเกอร์ (Chaowalit, Hatthakit, Suttharangsee, & Parker, 2002) ได้ศึกษาเรื่องความขัดแย้งทางจริยธรรมและการแก้ปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 40 ราย พบประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรมของพยาบาล 8 ประเด็น คือ 1) ความขัดแย้งระหว่างการเลือกปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพที่ควรจะเป็น และการปกป้องตนเองจากอันตราย 2) การยึดชีวิตและการยึดความตาย 3) การรักษาความลับของผู้ป่วยและการเปิดเผยข้อมูลเพื่อเตือนผู้อื่นจากอันตราย 4) การปกป้องผู้ป่วยและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น 5) ความขัดแย้งกับบุคคลในวิชาชีพและ

ความขัดแย้งกับบุคลากรภายนอกวิชาชีพ 6) การบอกความจริงและการไม่บอกความจริง 7) ประเด็นการสิ้นสุดชีวิต และ 8) ความไม่เท่าเทียมและความเท่าเทียมของการดูแล

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมีหลายลักษณะ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญจนา และคณะ (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 10 ราย พบว่าพยาบาลได้อธิบายถึงลักษณะของประเด็นทางด้านจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานไว้ 7 ประเด็น ดังนี้ 1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ 2) ยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน 3) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ 4) ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย 5) จำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ 6) ใครควรตัดสินใจ และ 7) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง และการศึกษาเชิงคุณภาพของกฤษณา (2545) เรื่องประเด็นจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ราย พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 4 ประเด็น คือ 1) ยึดชีวิตหรือยึดชีวิต 2) จะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงกับญาติ 3) เกณฑ์ตัดสินใจคนค่าต่างกัน และ 4) ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี และจากการศึกษาเชิงบรรยายของพจนา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยเผชิญสถานการณ์ที่เป็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยมีลักษณะประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระบุจากสถานการณ์ได้ 3 ลักษณะได้แก่ 1) ควรบอกความจริงตามสิทธิของผู้ป่วยหรือควรนิ่งเฉยจึงจะเกิดผลดี 2) อยากบอกความจริงแต่ไม่ใช่ขอบเขตหน้าที่ และ 3) แม้ไม่สบายใจที่ต้องตอบเลียงๆ/โกหก แต่ก็บอกความจริงไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเซเตียวัน และคณะ (Setiawan et al., 2004) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เมดาน ประเทศอินโดนีเซีย ในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมี 5 ประเด็น คือ 1) จะยึดหรือยุติการรักษา 2) ใครควรได้รับเครื่องช่วยหายใจ 3) ต้องการที่จะช่วยเหลือแต่เกินอำนาจหน้าที่ 4) จะบอกความจริงหรือไม่บอกความจริง และ 5) การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยกับการคงสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละสถานการณ์ มีโอกาสที่จะเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เสมอ และเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งเหล่านี้ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกขัดแย้งเกิดขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องหาวิธีการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหรือมีการตัดสินใจทางจริยธรรมที่เหมาะสม เพื่อลดความขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลมีหลายลักษณะ โดยขึ้นกับปัจจัยหลายๆอย่างที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมซึ่งอาจแยกได้กว้างๆดังนี้ (สิวลี, 2544)

1. ด้านสังคม

สังคมไทยทัศนคติและความคาดหวังที่มีต่อบริการทางการแพทย์การพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากอดีตทัศนคติของคนไทยที่มีต่อวัฒนธรรมไทย กล่าวคือการมองว่าบริการทางการแพทย์การพยาบาลเป็นบุญกุศลเป็นเมตตาธรรมที่ให้แก่นุชย์ อันเป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลได้รับการคาดหวังและยกย่องเชื่อว่าเป็นผู้มีคุณธรรมมีเมตตากรุณาสูงกว่าบุคคลอื่นและเมื่อมีการให้บริการผิดพลาดในบางครั้งจนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ทัศนคติและค่านิยมของคนไทยที่มีต่อการบริการทางการแพทย์การพยาบาลดังกล่าวมาแล้วก็ทำให้ไม่มีการฟ้องร้องตามคดีความ ทั้งนี้เพราะความรู้สึกเชื่อถือในเมตตาธรรมของแพทย์และพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นในสังคม บุคคลมีโอกาสดำเนินการศึกษาเพิ่มมากยิ่งขึ้นความเป็นตัวของตัวเอง การปกป้องสิทธิเสรีภาพส่วนตัวเริ่มมีความสำคัญมากขึ้นกว่าเดิม มีการเรียกร้องสิทธิเมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจจากการบริการหรือเมื่อเกิดผลเสียหายย่อมตามมา ดังนั้นความเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติค่านิยม และรูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลพึงรู้ตระหนักและสามารถมองปัญหาออก พยาบาลเป็นผู้ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยย่อมไม่อาจหลีกเลี่ยงปัญหาทางจริยธรรมได้

2. ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยอาจมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล คาดหวังการให้บริการจากพยาบาลในลักษณะของผู้รับใช้และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการขาดความอดทน เรียกร้องและจับผิด สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและกระทบกระทั่งที่นำไปสู่ความไม่พอใจและรู้สึกขัดแย้งได้

3. ด้านพยาบาล

พยาบาลบางคนขาดความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ละเลยต่อหลักการ และจรรยาบรรณวิชาชีพให้การพยาบาลอย่างขาดคุณภาพ โดยไม่สนใจต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงความไม่รักและภูมิใจในวิชาชีพ

4. ด้านหน่วยงานหรือองค์กร

ระบบการบริหารงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่มีส่วนสำคัญต่อขวัญและกำลังใจตลอดจนจริยธรรมของพยาบาล สภาพของการทำงานที่หนักขาดระบบที่เป็นธรรมชาติความก้าวหน้าและผลตอบแทนที่พึงได้รับตามความสมควรแก่หน้าที่ ย่อมทำให้บุคคลผู้ปฏิบัติงานท้อแท้ เบื่อหน่ายและปฏิบัติงานในลักษณะของการขาดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้น

5. ด้านทัศนคติของบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ทัศนคติของบุคลากรทางด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน การได้รับการยอมรับ การให้เกียรติและความร่วมมือจากบุคลากรด้านอื่นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ ในทางตรงกันข้ามทัศนคติที่มองบุคคลผู้เป็นพยายบาลไปในทิศทางที่ไม่ยอมรับ หรือไม่ให้เกียรติเท่าที่ควรปฏิบัติต่อกันอาจนำมาซึ่งความรู้สึกขัดแย้ง การตอบโต้ การขาดความร่วมมือรวมไปถึงปัญหาประการอื่นๆ ได้เช่นกัน

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย

เนื่องจากสถานการณ์กรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นใน 6 จังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้ประชาชนคนไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติเสียชีวิต บาดเจ็บและสูญหายเป็นจำนวนมาก และจากกรณีพิบัติภัยในครั้งนี้ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งต้องประสบกับภาวะวิกฤตและฉุกเฉินในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ประสบภัยในครั้งนี้ โดยปกติการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละวันในสถานการณ์ที่ปกติพยาบาลก็มักจะเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอยู่เสมอ ดังนั้นในสถานการณ์กรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงมากที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนทางบุคลากรทางการแพทย์ และเกิดขึ้นในบริเวณที่มีสถานพยาบาลขนาดเล็กหรือมีไม่เพียงพอขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ การคมนาคมและการสื่อสารไม่สะดวก จึงส่งผลให้มีปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างในการช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัย และในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจัดเป็นบุคลากรของทีมสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งที่ต้องทำหน้าที่ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลาตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ จนกระทั่งเหตุการณ์กลับสู่ภาวะปกติหรือสามารถจัดระบบการช่วยเหลือ หรือมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์หรือส่งกลับประเทศ

ดังนั้นพยาบาลอาจเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้จากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับหลักการและแนวคิดต่างๆทางจริยศาสตร์ แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยที่สามารถเกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะคือ 1) ทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดจะจัดสรรอย่างไรจึงจะยุติธรรม 2) พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับความรับผิดชอบต่อตนเอง และ 3) การเคารพเอกลักษณ์ส่วนบุคคลกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดจะจัดสรรอย่างไรจึงจะยุติธรรม

ความยุติธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนพึงได้รับ ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมที่วิชาชีพพยาบาลจะต้องมีความยุติธรรมหรือความเสมอภาค การจัดสรรสิ่งที่เหมาะสมในการบริการทางด้านสุขภาพให้ดีหรือเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลภาวะทางสุขภาพและให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกันทุกคนซึ่งหลักของความยุติธรรมคือความเท่าเทียมกันของการรักษา (Beauchamp & Childress, 2001; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Johnstone, 2002) ความยุติธรรมและการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีโอกาสเกิดได้สูงในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยประสบกับกรณีพิบัติภัย เนื่องจากกรณีพิบัติภัยในครั้งนี้ทำให้มีผู้ประสบภัยจำนวนมากที่ได้รับความบาดเจ็บจากคลื่น ทำให้ผู้ประสบภัยโดยมากมีบาดแผลตามร่างกาย แขนขาหักจากการบาดเจ็บทั้งจากการถูกกระแทกจากของแข็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการจมน้ำที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล (Rooyen & Leaning, 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนไม่ว่าจะเป็นรักษาพยาบาลทั้งการช่วยเหลือฉุกเฉิน การผ่าตัด การให้ยารักษาโรคต่างๆ และ จากที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในระยะเวลาอันรวดเร็ว ทำให้การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ให้พอเพียงกับความต้องการจำนวนมากจึงเป็นไปได้ยาก ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ทั้งเครื่องมือเครื่องใช้และวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาได้เหมาะสมและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานรวมทั้งทรัพยากรด้านบุคคลและเวลาก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจำนวนบุคลากรที่มีจำนวนจำกัดและเป็นเวลาที่เร่งด่วน นอกจากนี้ ริคเคอร์ (Reeder, 1989) ได้กล่าวว่า การจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้เสมอ จากสถานการณ์ที่ต้องผ่าตัดผู้ป่วยสองรายพร้อมกันแต่มีเครื่องมือผ่าตัดไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดในสถานการณ์ที่มีการผ่าตัดฉุกเฉิน การจัดสรรเครื่องมือที่จะใช้เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียดในระหว่างการผ่าตัดของศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด

จากการศึกษาของกฤษณา (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่ามีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเรื่องทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี โดยที่พยาบาลได้พยายามอธิบายว่าตนเองอยู่ท่ามกลางสถานการณ์อันลำบากใจ ทั้งนี้เพราะทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นตัวคนไข้เองหรือญาติก็ตามคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และถึงที่สุด และเป็นสถานการณ์ที่ต้องใช้เครื่องมือขณะที่มีเครื่องมือมีจำนวนจำกัดและทุกคนก็มีคุณค่า ศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ใครควรจะได้รับสิทธิในการใช้เครื่องมือดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของเซเตียวัน และคณะ (Setiawan et al., 2004) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เมดาน ประเทศอินโดนีเซีย ในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย พบว่า พยาบาลได้บอก

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในลักษณะใครควรได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้งในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วย 2 รายที่ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่เนื่องจากมีเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับ ซุติมา (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่าเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมคือคับข้องใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความยุติธรรม โดยที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกถึงเหตุการณ์สำคัญที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมกันตามสิทธิของผู้รับบริการที่ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ แต่อยู่นอกเหนืออำนาจที่ตนเองจะสามารถจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน

พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับความรับผิดชอบตนเอง

พันธะหน้าที่เป็นความต้องการที่จะให้บุคคล วิชาชีพ สังคมและรัฐบาลได้ตอบสนองและเคารพในสิทธิของผู้อื่น (อรัญญา, 2545; Catalano, 2003) ซึ่งพันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่วิชาชีพพยาบาลต้องยึดปฏิบัติเหนือสิ่งอื่นใด (Burkhardt & Nathaniel, 2002) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าพันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยคือพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพนั่นเอง เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยมีหลักปฏิบัติครอบคลุมทั้งพันธะหน้าที่ทางจริยธรรม (moral obligations) และพันธะหน้าที่ทางด้านกฎหมาย (legal obligations) ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนหลักของพันธะหน้าที่ทางจริยธรรมนั้นคือ การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของคุณธรรมและหลักจริยธรรมที่ไม่ได้ถูกบังคับใช้ภายใต้กฎหมาย (อรัญญา, 2545; Catalano, 2003) ซึ่งจากสถานการณ์ที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยพิบัติที่เป็นภาวะฉุกเฉินและมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อพันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยหรือต่อวิชาชีพ คือต้องแบกภาระให้การพยาบาลอย่างเต็มกำลังและความสามารถที่มีอยู่ แต่ในขณะเดียวกันเนื่องจากในภาวะนี้ต้องทำงานติดต่อกันตลอดเวลา ทำให้พยาบาลมีความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า มีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งขัดกับความรับผิดชอบตนเองในการที่ต้องดูแลสุขภาพของตนเองเช่นเดียวกับดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาของกาญจนา (2543) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ถึงลักษณะของประเด็นทางด้านจริยธรรมพันธะหน้าที่ต่อ วิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง พบว่า พยาบาลได้อธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคติดเชื้ออื่นๆ ตามบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเป็นความรับผิดชอบตามจรรยาบรรณวิชาชีพที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลก็เกิดความรู้สึกกลัว

การคิดเชื่อ โรคจากการให้การดูแลผู้ป่วยและมีบางคนที่พยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยถ้าสามารถหลีกเลี่ยงได้ และการศึกษาของพจนา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระบุจากสถานการณ์ที่กำหนดพบว่ามีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวข้องกันคือไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงประเด็นขัดแย้งระหว่างการทำที่ไม่อยากดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วงที่ตนสุขภาพไม่แข็งแรง แต่ด้วยสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยและวิชาชีพทำให้ไม่สามารถปฏิเสธการดูแลได้

การเคารพเอกลิทธิส่วนบุคคลกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพ

การเคารพเอกลิทธิส่วนบุคคล (respect for autonomy) เป็นหลักจริยธรรมที่บุคคลควรยึดถือเพื่อใช้ในการเลือกและการกระทำบนพื้นฐานของความเชื่อและคุณค่าของแต่ละบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่เคารพในการกระทำเท่านั้น แต่ยังต้องเคารพความคิด ทัศนคติ ความเชื่อร่วมด้วยการเคารพเอกลิทธิของบุคคลเป็นการรักษาให้บุคคลสามารถเลือกที่จะกระทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง ซึ่งถ้าหากไม่เคารพเอกลิทธิผู้อื่นถือว่าเป็นการกระทำที่ละเลย การดูถูกดูหมิ่นและเหยียดหยามหรือลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น และการกระทำที่แสดงออกถึงการเคารพเอกลิทธิสามารถทำได้หลายลักษณะ ได้แก่ การให้อิสระภาพ ความเป็นส่วนตัว ความไว้วางใจ การบอกความจริงและการยินยอมหลังได้รับข้อมูลและอีกลักษณะหนึ่ง คือหลักการที่ต้องให้การรักษาโดยการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการรักษาซึ่งเป็นการเคารพเอกลิทธิเหมือนกัน (Beauchamp & Childress, 2001) แต่จากสถานการณ์กรณีพิพาทกลายเป็นภาวะที่ถูกฉ้อโกงหรือเป็นภาวะวิกฤต ที่มีผู้ประสบภัยเป็นจำนวนมากมีทั้งคนไทยและชาวต่างชาติการปฏิบัติกรพยาบาลในสถานการณ์เช่นนี้อาจเกิดประเด็นขัดแย้งในข้อนี้เกิดขึ้นได้จากสถานการณ์ที่ถูกฉ้อโกง ทำให้การรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตตามพันธะหน้าที่ของวิชาชีพ จนบางครั้งอาจไม่ได้ถามถึงความต้องการของผู้ป่วยและอาจเกิดจากการสื่อสารข้อมูลที่ไม่มี ความชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยโดยเฉพาะชาวต่างชาติ ทำให้ไม่สามารถเคารพสิทธิของผู้ป่วยได้หรือบางครั้งทีมสุขภาพได้ตัดสินใจให้การรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงประโยชน์และกระทำในสิ่งที่ดีต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เพราะมีความเชื่อว่าการคำนึงถึงการช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

จากการศึกษาจะพบว่าขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างที่ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและจากเหตุการณ์กรณีพิพาท เป็นอีก

สถานการณ์หนึ่งที่พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ต้องมีส่วนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรัญญา, 2548)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision making)

การตัดสินใจเป็นส่วนหนึ่งของทุกๆคนที่ต้องใช้ในการดำรงชีวิตในแต่ละวันซึ่งบางอย่างอาจเป็นเรื่องง่ายๆหรือเป็นเรื่องปกติ เช่น เรื่องการแต่งตัว การเรียนหรือหน้าที่การงาน เป็นต้น แต่ในสถานการณ์ของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานด้านสุขภาพจะต้องมีการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาให้มีความเหมาะสมกับการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยและนโยบายด้านสุขภาพ แต่บ่อยครั้งที่พยาบาลใช้ความรู้สึกส่วนตัวมาตัดสินใจ โดยปราศจากกระบวนการหรือวิธีการที่ผ่านการคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบและมีระบบ ดังนั้นเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอาจเป็นสิ่งที่ยาก/ไม่มีความชัดเจนเหมือนการตัดสินใจในเรื่องอื่นๆ เพราะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเป็น/ความตาย ดังนั้นความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงเป็นสิ่งพิเศษที่จะส่งเสริมจริยธรรมในการปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาล (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Jonhstone, 2002)

การให้การพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนหรือสังคม เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีความหลากหลายทำให้เกิดความขัดแย้งหรือความแตกต่างทางด้านความคิด ทศนคติ คุณค่า ความเข้าใจ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลในสภาวะดังกล่าว พยาบาลจำเป็นต้องมีการตัดสินใจในปัญหาที่ยุ่ยากและซับซ้อนที่จะบอกว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยการตัดสินใจเหล่านั้นต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งทางด้านคลินิกและทางด้านจริยธรรมให้สอดคล้องกัน ซึ่งมีกระบวนการคิด แนวทางหรือหลักการที่ใช้เป็นแนวทางในการประเมินในกระบวนการตัดสินใจ และสิ่งสำคัญของการตัดสินใจคือต้องอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและคุณค่าทางจริยธรรม ดังนั้นวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องคุณค่าและการทำความกระจ่างในคุณค่า และกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ellis & Hartley, 2001; Potter & Perry, 2003)

คุณค่าและการทำความกระจ่างในคุณค่า

คุณค่า (values) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าของความคิด ทัศนคติ วัฒนธรรม ซึ่งได้รับจากครอบครัว กลุ่มหรือสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน และมีผลต่อการกระทำตามความเชื่อนั้นๆ (Lindberg, Hunter & Kruszewski, 1998; Rokeach, 1973 cited by Potter & Perry, 1997; Rokeach, 1973 cited by Potter & Perry, 2001) คุณค่ามักเกิดจากความต้องการ หรือความคาดหวัง (Glen, 1999 cited by Fry & Jonhstone, 2002) ดังนั้นคุณค่าจึงเป็นตัวกำหนดการกระทำ และเป็นตัวสะท้อนความต้องการของแต่ละคนมาจากอิทธิพลของวัฒนธรรมสังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่จะรับรู้เฉพาะคุณค่าที่เด่นชัดของตนเองเท่านั้น ถึงแม้ว่าบุคคลบางคนจะมีคุณค่าที่เหมือนกันแต่ก็ไม่ได้ให้ความสำคัญของคุณค่าที่เท่ากัน คุณค่าเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจในคุณค่าของตนเองและของผู้อื่นจะทำให้สามารถประเมินคุณค่าที่สำคัญของบุคคลได้ และจะช่วยในการตัดสินใจและแสดงถึงการเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Potter & Perry, 1997; Potter & Perry, 2001) เช่นเดียวกับที่คาตาลาโน (Catalano, 2003) ได้กล่าวว่า สิ่ง чтоช่วยให้พยาบาลตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ คือการตระหนักว่าคุณค่าของผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างจากคุณค่าของพยาบาล

ฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Jonhstone, 2002) ได้แบ่งคุณค่าออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. คุณค่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม (nonmoral values) เป็นคุณค่าที่ไม่ได้มีพื้นฐานจากหลักจริยธรรมและเป็นคุณค่าเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความชอบส่วนบุคคล ความเชื่อ ความพอใจในรสนิยม มรรยาทหรือรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความสวยงาม ความสะอาด เป็นต้น
2. คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม (moral values) คุณค่าที่มีหลักจริยธรรมโดยได้มาจากหลักจริยธรรมที่บุคคลนำมายึดถือปฏิบัติ โดยนำมาจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของมนุษย์ จาก อิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองและความสงบสุข ความผาสุก หลักจริยศาสตร์เป็นสิ่งสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการที่เรานำมาใช้เป็นเหตุผลในการให้คุณค่าทางจริยธรรมในการกระทำของมนุษย์ พฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ หรือคุณลักษณะของคนแต่ละคน

นอกจากนี้ยังมีประเภทของคุณค่าที่สำคัญ 2 ประเภท ดังนี้ (Fry & Jonhstone, 2002)

1. คุณค่าส่วนบุคคล (personal values) เป็นความเชื่อและทัศนคติของบุคคลเป็นพื้นฐานของการแสดงถึงพฤติกรรม โดยปกติบุคคลจะได้รับคุณค่าจากสังคมหรือจากกลุ่มย่อยในสังคม คุณค่าส่วนบุคคลจะเป็นคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมหรือไม่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมก็ได้ซึ่งคุณค่าส่วนบุคคลจะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้พยาบาลเลือกตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร โดยที่คุณค่าในส่วนนี้จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานของพยาบาล (Galagher & Boyd, 1991 cited by Fry & Jonhstone, 2002) นอกจากนี้การให้คุณค่าส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ พฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองและที่มีต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2. คุณค่าแห่งวิชาชีพ (professional values) เป็นคุณค่าของแต่ละวิชาชีพที่ให้ความสำคัญพยาบาลเรียนรู้คุณค่าแห่งวิชาชีพพยาบาลได้จากจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน การเรียนรู้หรือการศึกษาอย่างเป็นทางการในสถานศึกษา หรือไม่เป็นทางการโดยการสังเกตจากบุคคลอื่น คุณค่าแห่งวิชาชีพเป็นหลักสำคัญที่พยาบาลควรรยึดถือและปฏิบัติทั้งด้านจริยธรรมและการปฏิบัติการพยาบาล

การทำความกระจ่างของคุณค่า (values clarification)

การทำความกระจ่างของคุณค่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและได้รู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น ราชท์ (Rath, 1979 cited by Potter & Perry, 2001) ได้เป็นผู้คิดริเริ่มให้มีการทำความกระจ่างหรือความชัดเจนในคุณค่าของตนเอง เพราะการที่บุคคลได้เข้าใจและตระหนักในคุณค่าของตนเองอย่างชัดเจนจะทำให้เลือกและตัดสินใจที่จะกระทำตามคุณค่าที่ตนเองให้ความสำคัญ นอกจากนี้การทำความกระจ่างคุณค่าเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังนั้นถ้าพยาบาลมีทักษะในการทำความกระจ่างของคุณค่า จะทำให้พยาบาลทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักคุณค่าของตนเองชัดเจนมากยิ่งขึ้น ช่วยลดการเกิดปัญหาหรือประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาลได้อีกด้วย (Potter & Perry, 1997; Potter & Perry, 2001)

ทฤษฎี หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพื่อให้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงหลักการและแนวคิดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยโดยหลักการและแนวคิดที่สำคัญได้แก่ ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (อรัญญา, 2548)

ทฤษฎีจริยศาสตร์

ทฤษฎีจริยศาสตร์เป็นกรอบสำหรับพยาบาลไว้ใช้ในการตัดสินใจและทำให้เห็นถึงความแตกต่างของการกระทำและให้มีความมั่นคงในการมีเหตุผลทางจริยธรรม (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Mandle, Boyle & O'Donohoe, 1994 cited by Potter & Perry, 1997) ทฤษฎีจริยศาสตร์ได้ครอบคลุมสิ่งที่ยากต่อการอธิบายและองค์ความรู้ได้อย่างกว้างขวาง โดยนำมาใช้เป็นหลักจริยธรรมของทีมสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีจริยศาสตร์นี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของหลักจริยศาสตร์ที่ใช้เป็นเพียงแนวทางในกระบวนการคิดวิเคราะห์หรือเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเท่านั้น แต่ไม่สามารถ

ตอบคำถาม หรือเป็นแนวทางที่เฉพาะเจาะจงสำหรับใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลทั้งหมด (McAthie, 1999; Potter & Perry, 1997) เช่นเดียวกับ เอลลิสและ ฮาร์ทลีย์ (Ellis & Hartley, 2001) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีจริยศาสตร์เป็นหลักจริยธรรมหรือเป็นส่วนหนึ่งของหลักจริยธรรมที่สามารถนำไปใช้ประเมินว่าสิ่งใดถูกหรือผิดตามหลักจริยธรรมในแต่ละสถานการณ์ โดยการนำทฤษฎีจริยศาสตร์เหล่านี้ไปใช้ประกอบในการตัดสินใจได้เช่นกัน โดยมีทฤษฎีจริยศาสตร์ที่สำคัญคือ ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism) และทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontology) ถึงแม้ว่านักจริยศาสตร์ทั้งสองทฤษฎี จะหลักมีแนวคิดหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่หลักจริยศาสตร์ทั้งสองทฤษฎีมีบริบทของจริยธรรมเป็นที่ตั้ง โดยมีเนื้อหาสาระที่อธิบายว่าสิ่งใดหรือการกระทำใดถูกหรือผิดหรือไม่ดี ซึ่งแต่ละทฤษฎีมีองค์ประกอบหลายอย่างและมีความเหมาะสมตามความเป็นจริง (a logical fit) นอกจากนี้นักจริยศาสตร์ต้องการที่จะชี้แจงเหตุผลในเรื่องคุณค่าและพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรมและกฎระเบียบของสังคมด้วยเช่นกัน (Burkhardt & Nathaniel, 2002)

1. ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism)

ทฤษฎีประโยชน์นิยม (utilitarianism, teleology, consequential) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ใช้ตัดสินใจการกระทำว่าจะถูกหรือผิดนั้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือสิ่งสุดท้ายที่ได้รับจากการกระทำประโยชน์นิยมหมายถึง สิ่งที่ดีเหมือนกับความสุขหรือความพอใจสิ่งมีความสัมพันธ์กับคำกล่าวที่ว่าสิ่งที่ดีที่สุดในสำหรับคนจำนวนมาก (the greatest good for the greatest number) หรือให้ความหมายของความถูกต้องในตอนสุดท้าย (the end justifies) ทฤษฎีประโยชน์นิยมต้องอาศัยการกระทำตามทฤษฎีประโยชน์นิยม (act utilitarianism) และหลักของทฤษฎีประโยชน์นิยม (rule utilitarianism) อธิบายได้ดังนี้ (อริญญา, 2547; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Catalano, 2003; Davis et al., 1997; Ellis & Hartley, 2001; Potter & Perry, 2001; Potter & Perry, 2003)

1.1 การกระทำตามทฤษฎีประโยชน์นิยม (act utilitarianism) คือการกระทำบนพื้นฐานของทางเลือกที่จะกระทำสิ่งหนึ่ง โดยการชั่งน้ำหนักว่าสิ่งที่ทำจะให้คนส่วนมากพอใจหรือได้รับประโยชน์จากการกระทำนั้นมากที่สุด

1.2 หลักของทฤษฎีประโยชน์นิยม (rule utilitarianism) คือการกระทำสิ่งใดให้ถูกต้องจะต้องปฏิบัติตามหลักของทฤษฎีประโยชน์นิยมโดยจะต้องพิจารณาว่าจะทำอะไร และให้ทำโดยใช้หลักจริยธรรมโดยยึดหลักทำประโยชน์สูงสุดต่อคนจำนวนมาก

2. ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontology)

ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontology) หรือทฤษฎีค่านิยม (Kantianism) เป็นทฤษฎีเชื่อว่าระบบของการตัดสินใจในเชิงจริยธรรมต้องเกิดขึ้นบนพื้นฐานแห่งกฎของจริยธรรม (moral rules) และหลักการที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ และทฤษฎีนี้อาจว่าด้วยระบบที่ยึดระเบียบของหลักจริยธรรมหรือยึดหลักจริยธรรมที่ว่าด้วยทำหน้าที่ตามหลักจริยธรรม แต่ไม่ได้เป็นแรงจูงใจที่ได้รับมาจากคุณค่าที่เป็นสากล (universal values) และการพิจารณาว่าสิ่งใดหรือการกระทำใดถูกหรือผิดตามหลักการนี้ได้ยึดการกระทำเป็นหลักโดยไม่ได้คำนึงความต้องการบุคคลหรือผลลัพธ์ ของการกระทำที่เกิดขึ้นว่ามันถูกหรือผิด แต่เป็นหลักที่มองเหตุผลของการกระทำนั้นๆเป็นหลักที่สำคัญที่ว่าด้วย “กฎของการกระทำของคนนั้นที่ควรเป็น” (categorical imperative) และสิ่งที่ยืนยัน ว่าสิ่งนั้นถูกหรือผิดเป็นความรู้สึกทางจริยธรรม (moral sense) เป็นพื้นฐานที่สนับสนุนในทฤษฎีนี้และยังเชื่อว่าแต่ละคนมีมาตรฐานที่จะเลือกประพฤติปฏิบัติและตัดสินใจ ตามหลักจริยธรรมได้ ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสมโดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ (อริญญา, 2547; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Catalano, 2003; Davis et al., 1997; Ellis & Hartley, 2001; Potter & Perry, 2001; Potter & Perry, 2003)

หลักจริยธรรม

หลักจริยธรรม (ethical principle) ใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจและการกระทำเชิงจริยธรรม และเป็นส่วนสำคัญของการกำหนดรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของการปฏิบัติงานในวิชาชีพ (Beauchamp & Childress, 2001) หลักจริยธรรมที่สำคัญตามหลักของฟรายและวิท (Fry & Veatch, 2000 cited by Fry & Johnstone, 2002) ประกอบด้วยการกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (beneficence) การกระทำที่ไม่เป็นอันตราย (non maleficence) การเคารพเอกราชส่วนบุคคล (respect for autonomy) ความยุติธรรม (justice) การบอกความจริง (veracity) และความซื่อสัตย์ (fidelity) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การกระทำหรือส่งเสริมให้กระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (beneficence) หมายถึงการกระทำในสิ่งที่ดี ไม่ทำให้เกิดอันตรายหรือป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ จึงนำมาเป็นหลักจริยธรรมที่พยาบาลต้องใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สิ่งสำคัญการกระทำที่ดีและเป็นประโยชน์เป็นการกระทำที่แสดงถึงความมีคุณธรรม จริยธรรมและถูกต้องตามกฎหมายเป็นบทบาทของวิชาชีพพยาบาลที่ควรกระทำ (มัญญา, 2541; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Ellis & Hartley, 2001; Hall, 1996) จุดประสงค์หลักของการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์นั้นเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีเหตุมีผลอันควร เป็นการกำหนดรากฐานเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของวิชาชีพพยาบาล

(Burkhardt & Nathaniel, 2002) การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ที่แสดงออก ได้แก่ ความมีเมตตา กรุณา ความใจดี ความมีใจบุญ มีกุศลรวมถึงการส่งเสริมให้มีสุขภาพดีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจและการกระทำอย่างอื่นที่เหมาะสม (อรรถญา, 2547; Fry & Johnstone, 2002)

ลักษณะของการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ได้แก่ (Beauchamp & Childress, 2001)

- 1.1 รักษาและปกป้องความถูกต้อง (protect and defend the right of others)
- 1.2 ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากสิ่งอื่น (prevent harm from occurring to others)
- 1.3 เปลี่ยนสภาพที่จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตราย (remove conditions that will cause harm to others)
- 1.4 ช่วยเหลือบุคคลที่ไร้ความสามารถ (help persons with disabilities)
- 1.5 ช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในอันตราย (rescue persons in danger)

2. การกระทำที่ไม่เป็นอันตราย (*non maleficence*) หมายถึงการกระทำในสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย หลีกเลี่ยงไม่ทำในสิ่งที่จะทำให้เกิดความผิดพลาด เป็นหลักจริยธรรมที่พยาบาลควรทำความเข้าใจและปฏิบัติตามซึ่งมีความหมายตรงกับประโยคในภาษาลาติน *primum non nocere* ซึ่งตรงกับคำว่า “first, do no harm” แปลว่า สิ่งแรกคือการกระทำ ที่ไม่เป็นอันตราย (อรรถญา, 2547; Hall, 1996)

หลักของการกระทำที่ไม่เป็นอันตราย ได้แก่ (Beauchamp & Childress, 2001)

- 2.1 การกระทำที่ไม่ใช่เป็นการฆ่า (do not kill)
- 2.2 การไม่กระทำสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน (do not cause pain or suffering)
- 2.3 การไม่กระทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (do not incapacitate)
- 2.4 การไม่กระทำสิ่งที่น่ารังเกียจ (do not cause offense)
- 2.5 การไม่กระทำสิ่งใดที่ทำให้สูญเสียสิ่งที่ดีในชีวิต (do not deprive others of the good of life)

3. การเคารพเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล (*respect for autonomy*) autonomy หมายถึง การควบคุมบังคับตนเอง (Burkhardt & Nathaniel, 2002) เอกสิทธิ์เป็นปรัชญาพื้นฐานที่จะแสดงถึงคุณค่าของความเป็นอิสระของแต่ละบุคคลที่มีความเป็นตัวเอง สามารถตัดสินใจหรือเลือกกระทำสิ่งต่างๆ ได้ อิสระตามที่ตนเองต้องการ โดยไม่ได้เกิดจากการชี้นำจากบุคคลอื่นๆ (อรรถญา, 2547) เอกสิทธิ์เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเป็นอิสระจากกัน แต่ละคนมีความสามารถในการที่จะปกครองตนเอง

เช่นมีความเข้าใจมีเหตุผลและมีอิสระในการเลือกทำหรือตัดสินใจในการกระทำของตนเอง โดยทั่วไปบุคคลสามารถตัดสินใจในการปกครองตนเองได้ แต่บางครั้งอาจไม่สามารถควบคุมหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้ เช่น ความเจ็บป่วย ความซึมเศร้า ความไม่รู้ การถูกบังคับหรือภาวะที่ถูกจำกัดอำนาจการเลือก ในขณะที่เด็กกับบุคคลที่ลงนามยินยอมรับการรักษาโดยปราศจากการได้รับข้อมูลถือว่าเป็นความล้มเหลวซึ่งเปรียบเทียบกับบุคคลที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือไม่สามารถเลือกได้เอง

การเคารพเอกลัทธิส่วนบุคคล (respect for autonomy) เป็นหลักจริยธรรมที่พยาบาลควรยึดถือเพื่อใช้ในการเลือกและกระทำบนพื้นฐานของความเชื่อและคุณค่าของแต่ละบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่เคารพในการกระทำเพียงอย่างเดียวแต่ยังต้องเคารพความคิด ทศคติและความเชื่อร่วมด้วย แต่การไม่เคารพเอกลัทธิของผู้อื่นถือว่าเป็นการกระทำที่ละเลยแสดงถึงการดูถูกดูหมิ่นและเหยียดหยาม หรือลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น การกระทำที่แสดงออกถึงการเคารพเอกลัทธิสามารถทำได้หลายลักษณะ ได้แก่ การให้อิสระภาพ ความเป็นส่วนตัว ความไว้วางใจ การบอกความจริงและการยินยอมหลังได้รับข้อมูล และอีกลักษณะหนึ่งคือหลักการในการรักษาโดยการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการรักษาซึ่งเป็นการเคารพเอกลัทธิเหมือนกัน (Beauchamp & Childress, 2001)

4. ความยุติธรรม (justice) พยาบาลจะต้องมีความยุติธรรมหรือความเสมอภาค การจัดสรรที่เท่าเทียมกันในการบริการทางด้านสุขภาพ หรือเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลภาวะทางสุขภาพ และให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกันทุกคน ซึ่งหลักของความยุติธรรมคือความเท่าเทียมกันของการรักษาอาจมีความแตกต่างกันได้ตามความต้องการตามภาวะสุขภาพ ความยุติธรรมหมายถึง ผู้ป่วยที่มีการความเจ็บป่วยมากก็ควรได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือเป็นอย่างมากเช่นกัน การตัดสินใจในการให้บริการหรือจำนวนของการให้บริการทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนมีหลากหลายระดับ โดยใช้นโยบายของรัฐเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสถานบริการทางสุขภาพ พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการการช่วยเหลือหรือความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญ และความต้องการของผู้ป่วยต้องสอดคล้องกับหลักจริยธรรมที่มีการจัดสรรแบ่งปันที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ควรให้การพยาบาลอย่างอื่น ๆ ที่จำเป็นและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย (Beauchamp & Childress, 2001 cited by Fry & Johnstone, 2002; Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Johnstone, 2002)

หลักของความยุติธรรม คือ(Beauchamp & Childress, 2001)

- 4.1 การให้แต่ละบุคคลได้รับความเท่าเทียมกัน (to each person an equal share)
- 4.2 การให้แต่ละบุคคลตามความต้องการ (to each person according to need)

- 4.3 การให้แต่ละบุคคลด้วยความพยายาม (to each person according to effort)
- 4.4 การให้แต่ละบุคคลตามสิ่งที่ควรจะให้ (to each person according to contribution)
- 4.5 การให้แต่ละบุคคลในสิ่งที่ดี (to each person according to merit)
- 4.6 การให้แต่ละบุคคลโดยความอิสระ (to each person according to free-market exchanges)

5. *การบอกความจริง (veracity)* มีความหมายตรงกับคำว่า tell the truth คือการพูดความจริงหรือการไม่พูดโกหก ซึ่งการพูดความจริงนั้นเป็นหลักจริยธรรมที่ควบคู่กับมนุษยมาเป็นเวลานาน การบอกความจริงเป็นจริยธรรมขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ใช้ในการดำรงอยู่ และการบอก/พูดความจริงนั้นเป็นสิ่งสำคัญของสัมพันธภาพในการดูแลสุขภาพและเป็นหน้าที่ของพยาบาล และเป็นส่วนสำคัญในการเคารพความเป็นบุคคลของคนอื่น พยาบาลต้องพูด/บอกความจริงซึ่งถือเป็นหลักการที่พยาบาลต้องปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลให้การพยาบาลต่างๆอย่างเปิดเผย ไม่ปกปิดและให้การพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย แต่ถ้าพยาบาลไม่พูด/บอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยหรือสังคมไม่ต้อง การและจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นทางลบได้ เนื่องจากแต่ละสังคมการที่จะพูดหรือการบอกความจริงจะเป็นสิ่งที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เพราะแต่ละสังคมมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การให้คุณค่าในเรื่องการเคารพเอกลัทธิและสิทธิผู้ป่วยสูงมาก ผู้ป่วยต้องได้รับรู้เกี่ยวกับข้อมูลการรักษา การวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคที่ชัดเจน ไม่ปิดบังข้อมูล แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจคิดว่าการไม่รับรู้อาจจริง/การปิดบังข้อมูลบางอย่างเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าการได้รับรู้อาจจริง เหล่านี้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในการบอกหรือพูดความจริงนั้นขึ้นอยู่กับเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการของญาติหรือคนใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงกับผู้ป่วยเพราะ อยากให้ผู้ป่วยมีความหวังและความสุขที่จะมีชีวิตอยู่ได้ (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Johnstone, 2002)

6. *ความซื่อสัตย์ (fidelity)* คือสิ่งที่เชื่อถือได้ที่เป็นไปตามความเป็นจริงตามที่บุคคลได้สัญญาไว้ ความซื่อสัตย์เป็นข้อผูกมัดตามที่พยาบาลได้ให้คำสัญญาไว้กับผู้ป่วยเพื่อรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ได้แก่ การรักษาสัญญาและการปกปิดความลับ (maintaining confidentiality) ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าจะได้รับความซื่อสัตย์จากวิชาชีพทางด้านสุขภาพ แต่บางครั้งอาจมีข้อยกเว้นในการเรื่องรักษาสัญญา เช่น การติดาของผู้ป่วยหรือข้อมูลบางอย่างที่มีผลต่อการรักษาและข้อมูลบางอย่างควรระมัดระวังในการถูกเปิดเผย เช่น ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มประวัติหรือโรคบางโรคที่ควรรักษาไว้เป็นความลับ ดังนั้นการรักษาความลับหรือการรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วยควรกระทำให้เหมาะสมและควรคำนึงถึงผลที่ตามมาจากการรักษาสัญญา (Fry & Johnstone, 2002) และสิ่งที่สำคัญคือพยาบาลควรเข้าใจถึงแนวคิดและธรรมชาติของการการรักษาสัญญาหรือการปกปิดความลับ

คือพยาบาลต้องทำตามสิ่งที่ได้บอกหรือตกลงไว้ พยาบาลควรระมัดระวังกับคำสัญญาและควรพิจารณาถึงความถูกต้องเหมาะสมและเหตุผลก่อนที่จะให้คำสัญญาต่างๆกับผู้ป่วย เพราะบางครั้งอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยได้ หรืออาจเกิดความขัดแย้งระหว่างคำสัญญาหรือสิ่งที่ควรกระทำ (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Johnstone, 2002)

แนวคิดเชิงจริยธรรม

แนวคิดเชิงจริยธรรมเป็นแนวคิดพื้นฐานทางด้านจริยธรรมของพยาบาลเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีดังนี้ (อรัญญา, 2545; Fry & Johnstone, 2002)

1. การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (*advocacy*) หมายถึงการที่บุคคลกระทำเพื่อปกป้องผู้อื่นหรือช่วยให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์ หรือการทำหน้าที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแทนบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ (อรัญญา, 2545; Annas, 1974 cited by Fry & Johnstone, 2002) ตัวอย่างเช่น การพิทักษ์สิทธิในผู้ป่วยหนักไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยที่ไม่ทราบสิทธิของตนเอง เป็นต้น ซึ่งการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนั้นสามารถอธิบายได้ 3 บทบาท ดังนี้ (Fry & Johnstone, 2002)

1.1 รูปแบบเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ (*right protection model*) พยาบาลมีหน้าที่ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยภายใต้ระบบบริการด้านสุขภาพ พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ ผู้ป่วยและต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิทธิของตนที่ถูกต้อง และป้องกันการกระทำใดๆที่ เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

1.2 รูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง (*values-based decision model*) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการสิ่งที่ตนเองให้ความสนใจและค้นพบทางเลือกที่สอดคล้องตามคุณค่าและวิถีชีวิตของตนเอง สิ่งสำคัญพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจ คุณค่าของผู้ป่วย แต่เป็นเพียงผู้ช่วยบอกผลดีหรือผลเสียของทางเลือกต่างๆที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจ โดยให้ขึ้นกับคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

1.3 รูปแบบการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (*respect-for-persons model*) เป็นบทบาทแรกที่พยาบาลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยคือการเคารพความเป็นมนุษย์/ความเป็นบุคคลของผู้ป่วยโดยการกระทำต่อผู้ป่วยที่แสดงถึงการให้เกียรติให้ความเป็นส่วนตัว และให้ผู้ป่วยมีสิทธิ เลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง พยาบาล ต้องมีบทบาทโดยการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยถามความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะป่วยจาก

ญาติหรือ ให้ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่ถ้าไม่มีใครสามารถตัดสินใจได้ พยาบาลต้องให้สิ่งที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยเท่าที่สามารถทำได้ตามความรับผิดชอบในหน้าที่ และตาม จรรยาบรรณวิชาชีพ

2. *ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility)* หมายถึงบุคคลต้องรับผิดชอบ (answerable) ในสิ่งที่ตนเองกระทำและสามารถชี้แจงและการอธิบายเหตุผลในการกระทำของตนเองจึงถือว่าบุคคลนั้นมีความรับผิดชอบ (Fry-Revere,1992 cited by Fry & Johnstone, 2002) ความรับผิดชอบนั้นครอบคลุมทั้งการกระทำทั้งที่มีเจตนาและไม่ได้เจตนา ซึ่งบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลได้มีกำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลฉบับปี พ.ศ. 2546 (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ดังนั้นความรับผิดชอบจึงเป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมที่สำคัญเพราะการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติตามหน้าที่โดยต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยต่อวิชาชีพ ผู้ร่วมงาน สังคมและสาธารณะชนในสิ่งที่ควรและไม่ควรปฏิบัติจึงถือได้ว่าพยาบาลมีความรับผิดชอบฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบทางกฎหมาย ได้แก่ การมีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ การปฏิบัติตามกฎหมายของวิชาชีพพยาบาลและมีความรับผิดชอบตามหลักจริยธรรมของการปฏิบัติการพยาบาลโดยการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล นอกจากนี้การเพิ่มความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีมาตรฐานการพยาบาลที่ชัดเจน มีเครื่องมือในการประเมินผลและวัดระดับความรับผิดชอบเพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล (Fry & Johnstone, 2002)

3. *ความร่วมมือ (cooperation)* เป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปแบบของการทำงานที่มีการร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของวิชาชีพ มีการทำงานเป็นกลุ่มหรือทีมและทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติมีคุณค่าหรือมีเป้าหมายร่วมกันเป็นหนึ่งเดียวกัน (Glen,1999 cited by Fry & Johnstone, 2002) นอกจากนี้ความร่วมมือมีช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติงานของพยาบาลหลายๆอย่าง ได้แก่ การร่วมกันสร้างจุดหมายหรือเป้าหมาย การรักษาสัญญา การทำงานโดยมีการจัดลำดับความสำคัญหรือความเร่งด่วนของงานและการมีความเสียสละของบุคคลภายในทีมสุขภาพเพื่อรักษาสัมพันธภาพให้มั่นคงกันให้อย่างยืนยาว ซึ่งการกระทำเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้วิชาชีพพยาบาลดูแลผู้ป่วย (Jameton,1984 cited by Fry & Johnstone, 2002) ความร่วมมือยังเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดที่ถือหลักปฏิบัติที่เห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง โดยจากการกำเนิดของมนุษย์ที่มาจากการทำงานและการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน (Fleming, Klein & Wilson, 1999 cited by Fry & Johnstone, 2002) แต่ถ้าการทำงานให้ความสำคัญกับความร่วมมือในทีมสุขภาพมากกว่าคุณภาพการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยก็อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้เช่นกัน

4. ความเอื้ออาทร (*caring*) เป็นแนวคิดที่มีคุณค่าในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมที่พยาบาลมีความเอื้ออาทรเป็นบทบาทพื้นฐานที่พยาบาลทุกคนพึงมีและปฏิบัติการพยาบาลและจากการศึกษาของไลนิงเกอร์ (Leininger, 1984 cited by Fry & Johnstone, 2002) พบว่าแต่ละวัฒนธรรมหรือในชุมชนมีการแสดงพฤติกรรมที่มีความเอื้ออาทรเพื่อลดความขัดแย้งหรือความเครียดที่เกิดขึ้นภายใต้วัฒนธรรมหรือชุมชนนั้นๆ เพื่อช่วยป้องกันและให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้ และความเอื้ออาทรนั้นยังหมายถึงหน้าที่ทางด้านจริยธรรมหรือเป็นหน้าที่ของทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับฟอร์เรส (Forrest, 1989 cited by Fry & Johnstone, 2002) ได้ให้ความหมายของความเอื้ออาทรไว้ 4 ลักษณะคือ 1) การไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (*being there for patient*) 2) การเคารพผู้ป่วย (*respecting the patient*) 3) การรู้สึกเข้าถึงผู้ป่วย (*feeling with and for the patient*) และ 4) มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วย (*closeness with the patient*)

จรรยาบรรณวิชาชีพ

จรรยาบรรณ หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้น เพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ จรรยาบรรณจึงเป็นหลักความประพฤติของบุคคลในแต่ละกลุ่มอาชีพเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้มีคุณธรรมและจริยธรรม (สิวลี, 2542)

จรรยาบรรณวิชาชีพมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมและมีสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลและนำไปสู่พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการซึ่งจรรยาบรรณวิชาชีพมีความสำคัญดังนี้ (สิวลี, 2542)

1. ช่วยควบคุมมาตรฐานและประกันคุณภาพและปริมาณที่ถูกต้องในการผลิตและการค้าผลิตภัณฑ์และบริการจากการประกอบอาชีพนั้น
2. ช่วยควบคุมจริยธรรมของผู้ประกอบอาชีพและผู้ผลิตผู้ค้า เช่น ให้มีความซื่อสัตย์ ยุติธรรม
3. ช่วยส่งเสริมมาตรฐานคุณภาพและปริมาณที่ดีมีคุณค่าและเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักเป็นที่นิยมเชื่อถือ
4. ช่วยส่งเสริมจริยธรรมของผู้ประกอบอาชีพและผู้ผลิต เช่น ให้มีเมตตากรุณาปรองดองเห็นอกเห็นใจ สามัคคีกัน
5. ช่วยลดปัญหาอาชญากรรม ลดปัญหาคอกง นี้อฉล เอารัดเอาเปรียบ ลดการปลอมปน เห็นแก่ตัวและเห็นแก่ได้ ตลอดจนความมั่งคั่งมั่งง่าย ความใจแคบ ไม่ยอมเสียสละ

6. ช่วยเน้นให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นในภาพพจน์ที่ดีของผู้ที่มีจริยธรรม เช่น การเสียดสีในการเห็นประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัวในการรับผิดชอบในหน้าที่การงาน และหน้าที่อย่างแท้จริง

7. ช่วยทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิทางกฎหมาย สำหรับผู้ประกอบการอาชีพให้ถูกต้องตามทำนองคลองธรรม

จรรยาบรรณพยาบาลของประเทศไทยเป็นหลักของการประกอบวิชาชีพนำมาเป็นหลักปฏิบัติของพยาบาล ได้ครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจริยธรรมของพยาบาลและเพื่อการแสดงออกถึงความตระหนักในความรับผิดชอบในหน้าที่และมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้ใช้จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปี พ.ศ. 2546 เป็นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขจากจรรยาบรรณที่ได้ประกาศใช้ฉบับแรกในปี พ.ศ. 2528 ซึ่งมีความสำคัญดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ

พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์

พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณาเคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับที่ดีที่สุด ตลอดจนจรรยาของชีวิตนับแต่ปฏิสนธิทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคล

พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิตและสิทธิในเสรีภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล

ข้อที่ 4 พยาบาลควรยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์

พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ให้บริการ

ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิตศักดิ์ศรีและสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วยชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ ชื่อเสียง สถานภาพในสังคมและโรคที่เป็น

ข้อ 5 พยาบาลประกอบอาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ

พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความรู้ในการกระทำและสามารถอธิบายเหตุผลได้ทุกกรณี พัฒนาความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รักษาสมรรถภาพในการทำงาน ประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพทุกด้านด้วยมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ

พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยร่วมมือประสานงานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับเพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตามนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน พึงปฏิบัติหน้าที่รับมอบหมายงานและมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ให้บริการแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน โดยการกระทำของผู้ร่วมงานหรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูงดังนี้

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิตประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณและเคารพต่อกฎหมายให้บริการที่คุณภาพเป็นวิสัย เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชนร่วมมือพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดีและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมทั้งในและนอกวงการสุขภาพในระดับท้องถิ่น ระดับ ประเทศและระหว่างประเทศ

ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพพยาบาลร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติพยาบาลหรือทางการศึกษา ทางกรวิจัยหรือทางการบริหาร โดยร่วมในการนำทิศทางนโยบายและแผนเพื่อพัฒนา วิชาชีพพัฒนาความรู้ทั้งในขั้นเทคนิคการพยาบาลทฤษฎีขั้นพื้นฐานและศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นลึกซึ่งเฉพาะด้าน ตลอดจนการรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพ ทั้งนี้พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับบุคคลและร่วมมือในระดับสถาบัน องค์กร วิชาชีพ ระดับประเทศและระหว่างประเทศ

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพตนเอง รักษาความสมคุณมั่นคงของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงานและทำงานด้วยมาตรฐานสูงทั้งในการดำรงชีวิตส่วนตัวและในการประกอบวิชาชีพในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเสียดุล หรือ ประณีประนอม พยาบาลพึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเอง ความสมคุณในบุคลิกภาพและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตนเช่นเดียวกับของผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการและสังคม

สิทธิผู้ป่วย

สิทธิ หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลใช้บังคับกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น (ประกัสสร, 2547; แสวง และ เอนก, 2546)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆจะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูลน้ำใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกันดังนั้น แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะจึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้ (ประกัสสร, 2547; แสวง และ เอนก, 2546)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การศึกษาของสมฤดี (2544) เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 252 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบรอตตามแผนที่กำหนด จำนวน 126 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจำนวน 126 คน พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม โดยรวมอยู่ในระดับสูงและการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบรอตตามแผนที่กำหนดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษาของแสงจันทร์ (2542) พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 185.24 โดยร้อยละ 57.09 ของพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยและพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ลักษณะของผู้ป่วยที่มีให้การดูแลการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรองสิทธิผู้ป่วย และการให้คุณค่าของการรับรองสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกันมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน

จากการศึกษาของจินดา (2543) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและสิทธิที่ได้รับจริงระหว่างผู้ป่วยไทยพุทธกับไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยจากกลุ่มตัวอย่าง 360 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไทยพุทธ 254 ราย และไทยมุสลิม 106 ราย จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับอยู่ในระดับมากในทุกด้านและโดยรวม ผู้ป่วยไทยพุทธและ

ไทยมุสลิมรับรู้สิทธิที่ได้รับจริง ในด้านสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าทั้งผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิมจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สิทธิที่ผู้ป่วยได้รับจริงในทุกด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิริยา (2546) ได้ศึกษา เรื่องการรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการได้รับการพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วยของผู้คลอดในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพไทย จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่คลอดบุตรมีชีพ จำนวน 390 คน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สิทธิผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิผู้ป่วยมีมากกว่าการค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าพยาบาลผู้ให้บริการผู้ป่วยรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วย แต่ตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือความหวังของผู้ป่วยสูงกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลอาจก่อให้เกิดเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้

กระบวนการการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

กระบวนการการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision making process) เป็นวิธีการแก้ปัญหา เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล (Catalano, 2003) นักจริยศาสตร์ได้วิเคราะห์ถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพบว่าต้องใช้องค์ประกอบหลายอย่างนำมาใช้ในการตัดสินใจและไม่สามารถนำรูปแบบ หรือวิธีการเพียงอย่างเดียวไปใช้ในการตัดสินใจกับผู้ป่วยทุกๆคน การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพสามารถกระทำได้โดยกระบวนการที่เป็นระบบตามหลักจริยศาสตร์ และต้องสอดคล้องกับปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในบริบทของการดูแลผู้ป่วย (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Jonhstone, 2002) จุดมุ่งหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อตัดสินใจว่าสิ่งใดถูกหรือผิดหรือเหมาะสมในสถานการณ์นั้น (Catalano, 2003)

ดังนั้นพยาบาลจะต้องใช้กระบวนการในการตัดสินใจโดยนำเอาความรู้ในเรื่องคุณค่าและความเชื่อ ประสบการณ์ของชีวิต ความสามารถในการคิด ความไวทางจริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมและความมุ่งมั่นทางด้านจริยธรรม (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Fry & Jonhstone, 2002) และแชลลี (Chally, 1997) ได้กล่าวว่าจากสถานการณ์ในปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและลงมือกระทำได้อย่างมั่นใจโดยให้

สอดคล้องกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพโดยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นจะต้องการพหุเอกสิทธิ์และให้คุณค่ากับทุกคน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักจริยศาสตร์หลายท่านได้เสนอกระบวนการการตัดสินใจไว้หลายรูปแบบดังต่อไปนี้

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของแชลลี (Chally, 1997) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ชัดเจน (clarify the ethical dilemma) เป็นการวิเคราะห์ให้ชัดเจนว่าประเด็นปัญหาที่สำคัญคืออะไร เป็นปัญหาของใครและใครเป็นผู้ตัดสินใจ ปัญหาที่เกิดขึ้นขึ้นเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมอย่างไร อะไรคือความขัดแย้งในคุณค่าและใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งบ้าง

2. การรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม (gather additional data) หลังจากระบุประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม แล้วต้องรวบรวมและค้นหาข้อมูลที่สำคัญจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องแน่ใจว่าข้อมูลที่วิเคราะห์มีความทันสมัยทางด้านกฎหมายที่สัมพันธ์กับสถานการณ์เพราะประเด็นทางด้านจริยธรรม และกฎหมายมักจะมีเกี่ยวข้องกัน

3. การระบุทางเลือก (identify options) ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยส่วนใหญ่จะมีหลายทางเลือกและเป็นทางเลือกที่สามารถเป็นไปได้ โดยมีการปรึกษาร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาทุกๆทางเลือกที่เป็นไปได้มากที่สุด

4. การตัดสินใจเลือก (make a decision) เป็นขั้นตอนที่จะต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง หลังจากที่ได้ผ่านการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและการคำนึงถึงหลักจริยธรรมหรือทฤษฎีทางจริยศาสตร์จะเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจและเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ต้องตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

5. การลงมือปฏิบัติ (act) เป็นขั้นตอนที่ลงมือปฏิบัติให้ลุล่วงตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกซึ่งการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอาศัยความร่วมมือของการทำงานของหลายๆฝ่าย

6. การประเมินผล (evaluate) มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร สิ่งที่สำคัญคือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตที่มาจาก การตัดสินใจในครั้งนี้ ดังนั้นเมื่อได้แก้ปัญหาในครั้งนี้แล้วแต่ถ้าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังคงอยู่ ต้องพิจารณาหาวิธีแก้ไขใหม่ว่าจะทำอย่างไรและมีการพิจารณาผลดีผลเสียก่อนตัดสินใจแก้ปัญหา

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Johnstone, 2002) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังจากสถานการณ์ที่เกิดความขัดแย้งในคุณค่า (What is a story behind the values) ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นให้ได้ว่าสาเหตุของปัญหาคืออะไรและเกิดขึ้นได้อย่างไรและทำไมสถานการณ์นี้ จึงเป็นปัญหาทางจริยธรรมตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงคุณค่าและความขัดแย้งในคุณค่าของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาล แพทย์และผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ เมื่อทราบเรื่องราวของปัญหาทั้งหมดจะทำให้มีทางออกในการแก้ปัญหาการแปล ความหมายของปัญหาและการให้คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้ความขัดแย้งในคุณค่ามีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเป็นความขัดแย้งในคุณค่าทางจริยธรรม ของบุคคลกับคุณค่าอื่นๆ

ขั้นที่ 2 วิเคราะห์หาคุณค่าที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นี้ (What is the significance of the values involved?) เป็นการค้นหาคุณค่าที่สำคัญของแต่ละบุคคลในสถานการณ์ โดยให้มองคุณค่าทางจริยธรรม และที่ไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรมของแต่ละบุคคลรวมถึง ศาสนา วัฒนธรรม ขบธรรมเนียมประเพณี ความเป็นวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องและ ในแต่ละสถานการณ์พยาบาลต้องให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบของพยาบาล ต่อผู้ป่วยและทำอะไรที่พยาบาลจะสามารถทำจริงได้ซึ่งความเป็นวิชาชีพของพยาบาล รวมถึงการใช้หลักจริยธรรม และในสถานการณ์ดังกล่าวการค้นหาคุณค่าของบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะปัญหาทางจริยธรรมจะไม่สามารถแก้ไขได้จนกว่าจะค้นพบคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น การเคารพในคุณค่า และการนำคุณค่ามาพิจารณาในกระบวนการตัดสินใจเป็น สิ่งที่จำเป็นแต่ในความเป็นจริงก็ไม่ได้หมายความว่าคุณค่าทั้งหมดจะได้รับการปกป้อง ดังนั้นการ ร่วมกันปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาของความขัดแย้งและจำเป็นต้องตัดสินใจให้ได้ว่า คุณค่าใดที่เป็น คุณค่าที่สำคัญที่สุดที่สมควรที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง และคุณค่าใดที่มีความสำคัญน้อยกว่า จุดมุ่งหมายของวิชาชีพพยาบาลคือการช่วยให้มีการเคารพคุณค่าของแต่ละบุคคล และใช้เป็นสิ่ง สำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยที่สามารถทำสิ่งเหล่านี้เมื่อทราบถึงคุณค่าทั้งหมดที่เกิดขึ้น เท่านั้น

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์หาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้ (What is the significance of this conflict to the parties involved?) พยาบาลต้องเรียนรู้ถึงคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์นี้ว่าเป็นอย่างไร คุณค่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาที่มีความสัมพันธ์ กับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสัมพันธ์ภาพ ซึ่งความขัดแย้งในคุณค่าของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นเพียงลำพัง แต่จะ เกี่ยวข้องกับอดีต ความจำเป็นของสังคม เศรษฐกิจและกฎหมาย ความขัดแย้งในคุณค่าจะนำไปสู่ การตัดสินใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล อาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่ง

การมีความรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งในคุณค่าของบุคคลอาจจะเป็นข้อมูลที่สำคัญ เพื่อนำไปกำหนดนโยบายหรือปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือป้องกันเกี่ยวกับความขัดแย้งในคุณค่าที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต เพราะอาจเป็นปัญหาทางจริยธรรมที่ซับซ้อนและยุ่งยากที่อาจจะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 4 ตัดสินใจว่าควรทำอะไร (What should be done?) พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกจากทางเลือกทั้งหมดที่มี ซึ่งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยทั่วไปจะใช้หลักจริยธรรมเป็นหลักพื้นฐาน รวมถึงการมีข้อมูลทั้งหมดในขณะนั้นจะนำมาใช้ในการตัดสินใจและจากการค้นหาคุณค่าที่สำคัญและการรู้ถึงทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ซึ่งทางเลือกจะเกี่ยวข้องกับ 1) คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 2) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และ 3) ความถูกต้องทางจริยธรรมของแต่ละทางเลือกซึ่งบางทางเลือกอาจมีความขัดแย้งกัน เช่น ทางเลือกที่ไม่ขัดแย้งกับจรรยาบรรณวิชาชีพแต่ไม่ได้สนับสนุนคุณค่าของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้น หรือทางเลือกที่ผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลยอมรับได้แต่ขัดกับความต้องการของทีมสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่ต้องตัดสินใจเลือกกระทำต้องพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน และกระทำด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจเกิดความขัดแย้งของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องกระทำด้วยความระมัดระวังและทำตามกระบวนการของการสะท้อนย้อนคิดตามหลักจริยธรรม สนับสนุนด้วยหลักจริยธรรม มีการประเมินผลจากผลลัพธ์ของสถานการณ์และกระบวนการที่ใช้ในการตัดสินใจ พยาบาลอาจจะต้องพิจารณากระบวนการที่เกิดขึ้น การสะท้อนย้อนคิดเพื่อใช้เป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ และอาจนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นที่มีความขัดแย้งในคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของคาตาลาโน (Catalano, 2003) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล (collect, analyze, and interpret the data) เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ได้มากที่สุดในเวลาจำกัดเพื่อนำมาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่สำคัญคือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและประเมินสาเหตุของความขัดแย้งว่าเป็นปัญหาด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์และเมื่อทราบข้อมูลทั้งหมดจะทำให้อมองประเด็นขัดแย้งให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (state the dilemma) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดแล้ว พยาบาลต้องกำหนดประเด็นขัดแย้งให้ชัดเจน ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องระบุประเด็นขัดแย้งหลักให้มีเพียง 1 หรือ 2 ประเด็นเท่านั้นซึ่งประเด็น จริย

ธรรมที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งระหว่างสิทธิผู้ป่วย พันธะหน้าที่และหลักพื้นฐานทางจริยธรรม

3. การพิจารณาหาทางเลือกของที่จะปฏิบัติ (consider the choices the action) เมื่อระบุประเด็นขัดแย้งได้ชัดเจนแล้ว ในขั้นตอนนี้ที่บุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันระดมสมองเพื่อพิจารณาหาทางเลือกที่ปฏิบัติที่เป็นไปได้ โดยไม่ต้องเรียงลำดับก่อนหลังและไม่ต้องคำนึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นก่อน เมื่อได้ทางเลือกทั้งหมดจึงจะมาพิจารณาเรียงลำดับความสำคัญ ความแตกต่างของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกและถ้าหากพยาบาลไม่มั่นใจ สามารถปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญทางด้านจริยธรรม หรือศึกษาคู่มือทางปฏิบัติหรือจากนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้น

4. การวิเคราะห์หาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกที่จะปฏิบัติ (analyze the advantages and disadvantages of each course of action) ขั้นตอนนี้จะช่วยให้การตัดสินใจเลือกวิธีที่จะปฏิบัติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะการวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือกอย่างละเอียดถี่ถ้วนจะทำให้เห็นทางเลือกที่เป็นไปได้และเกิดผลเสียน้อยที่สุดที่จะทำมาปฏิบัติได้ และปัจจัยหลักที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางเลือกที่จะปฏิบัติคือจรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญนำมาใช้ เมื่อต้องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

5. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เลือก (make the decision and act on it) การตัดสินใจเลือกเป็นขั้นตอนที่ยากที่สุดในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพราะโดยธรรมชาติของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีหลายทางเลือกที่เป็นไปได้และไม่มีใครที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ และผู้ที่ตัดสินใจอาจกลัวผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจอีกด้วย ดังนั้นสิ่งที่ดีที่สุดในการตัดสินใจคือยึดหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและทำตามความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้รัฐัญญา (2545) ได้เสนอขั้นตอนของกระบวนการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล (data collection) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพราะการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ถูกต้องครบถ้วนจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบด้านลบอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานหรือครอบครัวผู้ป่วยข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) การที่พยาบาลมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการตัดสินใจทางจริยธรรม ดังนั้นพยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ สภาพร่างกาย จิตใจ หรืออาการปัจจุบันของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา ประโยชน์หรือความเสี่ยงจากการรักษา หรือไม่รักษาและความชัดเจนของคุณค่าและเป้าหมายของการดูแลและการรักษา

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม ศาสนาของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัวหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งคุณค่าและความเชื่อทางวิชาชีพของบุคลากรในทีมสุขภาพ

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลด้านความสามารถ (competency) วิธีการเผชิญปัญหา (coping) ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decisionmaker) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เองและการระบุความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้า (advance directive) ด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายและแนวปฏิบัติของหน่วยงานและโรงพยาบาล รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยรวมทั้งสภาพเศรษฐกิจของโรงพยาบาลและประเทศชาติ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identification of ethical dilemmas)

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญได้ครบถ้วนแล้ว จะต้องกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ชัดเจน เนื่องจากการเผชิญสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมักพบว่าไม่ว่าจะเลือกทางเลือกใด ก็มักจะก่อให้เกิดปัญหาบางอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและวิเคราะห์แต่ละทางเลือก (identification and analysis of alternatives)

ภายหลังจากการกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ชัดเจนแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการกำหนดทุกทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม รวมทั้งการวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (making the decision and implementation)

จากทางเลือกที่ผ่านการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 จะต้องนำมาพิจารณาเพื่อเลือกทางเลือกที่เกิดประโยชน์สูงสุดโดยอาศัยทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรมและแนวคิดต่างๆทางจริยธรรมทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณค่าและความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจโดย ไม่ขัดกับกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพแต่ไม่ว่าทางเลือกใดก็มีทั้งผลดีและผลเสีย ผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาด้วยความรอบคอบและต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation)

หลังจากตัดสินใจและปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจแล้วในขั้นตอนนี้คือการประเมินผล โดยจะต้องประเมินว่าการตัดสินใจนั้น สามารถแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้หรือไม่ และเหตุผลที่ทำให้แก้ไขได้หรือแก้ไขไม่ได้คืออะไร มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใดบ้างที่ยังคงอยู่และเกิดประเด็นใหม่ขึ้นหรือไม่ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการตัดสินใจในครั้งนี้

รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

มีการศึกษาวิจัยและจัดรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้ (Pinch, 1985; Swider, McElmurry & Yarlring, 1985)

1. รูปแบบการตัดสินใจโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients-centered response) เป็นรูปแบบการตัดสินใจที่คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

2. รูปแบบการตัดสินใจโดยใช้แพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician-centered response) เป็นรูปแบบการตัดสินใจที่คำนึงถึงแผนการรักษาและให้แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

3. รูปแบบการตัดสินใจโดยใช้หน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic -centered response) เป็นรูปแบบการตัดสินใจที่คำนึงถึงนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานเป็นหลัก

จากการศึกษาของสไวเดอร์, แมคเอลเมอร์รี่ และยาร์ลิง (Swider, McElmurry & Yarlring, 1985) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยได้ทำศึกษาในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 775 ราย จาก 16 สถาบัน พบว่าเมื่อนักศึกษาเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ขณะฝึกปฏิบัติงานมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแบ่งออกเป็น 3 วิธี ดังนี้ 1) การตัดสินใจโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients-centered response) คิดเป็นร้อยละ 9 2) การตัดสินใจโดยใช้แพทย์เป็นศูนย์กลางคิดเป็นร้อยละ 19 (physician-centered response) และ 3) การตัดสินใจโดยใช้หน่วยงานเป็นศูนย์กลางคิด เป็นร้อยละ 60 (physician-centered response) ซึ่งจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาจะใช้การตัดสินใจโดยใช้แนวทาง การปฏิบัติของหน่วยงานเป็นหลัก

การศึกษาของพินช์ (Pinch, 1985) ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการรับรู้ต่อความเป็นอิสระในวิชาชีพ โดยมีความเชื่อว่าความเป็นอิสระในวิชาชีพมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งได้แบ่งรูปแบบการตัดสินใจได้ 3 รูป

แบบคือ 1) รูปแบบการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocate model) 2) รูปแบบที่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน (bureaucratic model) และ 3) รูปแบบที่คำนึงถึงแผนการรักษาของแพทย์ (physician advocate model) โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 109 ราย นักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายจำนวน 103 ราย และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีจำนวน 82 ราย โดยศึกษาในเรื่องการเลือกรูปแบบการตัดสินใจ การเกิดความเสี่ยง ข้อจำกัดของความเป็นอิสระในวิชาชีพ และความวิตกกังวลในการตัดสินใจจากสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ได้กำหนดให้ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 มีการรับรู้ในความเป็นอิสระในวิชาชีพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ทำให้เกิดความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มอื่น และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีมีการรับรู้ในความเป็นอิสระในวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้มีความวิตกกังวลในการปฏิบัติงานน้อยกว่านักศึกษพยาบาล

นอกจากนี้ในประเทศไทยมีการศึกษาของพจนาน (2545) ที่ทำการศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลา จำนวน 110 ราย พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการตัดสินใจ 3 รูปแบบคือ 1) รูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) รูปแบบที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง และ 3) รูปแบบที่เน้นกฎเกณฑ์หน่วยงานเป็นศูนย์กลาง พบว่าจากสถานการณ์ 4 ใน 5 สถานการณ์ทั้งหมดที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของชุตินา (2548) ที่ศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้: การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 64 คนพบว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน 3 ลักษณะ คือ 1) แสดงบทบาทวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 65.63) 2) ปรีกษาผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกัน (ร้อยละ 54.69) และ 3) รักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นด้วยการหาวิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง (ร้อยละ 15.62) ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติงานจะตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลักมากที่สุด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่สามารถทำได้โดยลำพัง แต่ต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆ หรือต้องการหาเหตุผลมาตอบคำถามสำหรับประเด็นขัดแย้งที่กำลังเผชิญอยู่และในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และในการพยาบาลก็ต้องเผชิญปัญหาใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเช่นกัน ถึงแม้ว่าการตัดสินใจจริยธรรมของแต่ละบุคคลจะขึ้นกับปรัชญาของชีวิต คุณค่าความเชื่อที่มีความ

เชื่อมโยงกันนอกจากนี้ยังรวมถึงประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย หรือหลักจริยศาสตร์ต่างๆที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาจริยธรรม แต่ในความเป็นจริงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆที่สำคัญดังนี้ (Ellis & Hartley, 2001)

1. *สังคมทัศนคติและวัฒนธรรม (social and cultural attitudes)* เนื่องจากปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มีผลต่อค่านิยม ทัศนคติของบุคคลในสังคม มีส่วนทำให้พยาบาลต้องเผชิญปัญหาที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้ และต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (สิวลี, 2544) และถ้าสังคมที่มีความแตกต่างของทัศนคติ คุณค่าหรือความเชื่อของบุคคลในสังคมมีความแตกต่างกันมากหรือเป็นสังคมหรือเป็นกลุ่มคนขนาดใหญ่ จะทำให้การแก้ปัญหาจริยธรรมมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นอีกด้วย (Ellis & Hartley, 2001) นอกจากนี้มีัญชุกา (2541) กล่าวถึงวัฒนธรรมตะวันออกจะมีค่านิยมและศีลธรรมที่แตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตก เด็กจากวัฒนธรรมตะวันออกจะได้รับการอบรมให้มีความซื่อสัตย์และความอ่อนน้อมถ่อมตน ส่วนเด็กจากวัฒนธรรมตะวันตก อาจได้รับแนวคิดทางจริยธรรมในเรื่องของความเป็นอิสระเฉพาะตน โดยไม่คำนึงถึงค่านิยมของกลุ่มความแตกต่างดังกล่าวทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้ง (Ellis & Hartley, 2001) สอดคล้องกับวันเพ็ญ (2541) ที่กล่าวว่า ปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยจากหลากหลายสถานที่และวัฒนธรรม การเรียนรู้ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความขัดแย้งซึ่งอาจเกิดจากความต่างนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาลในลักษณะองค์รวมอย่างแท้จริงเพราะถ้าพยาบาลและ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจกันได้คุณภาพของงานบริการพยาบาลก็ย่อมจะดีไปไม่ได้เช่นกัน

2. *วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (science and technology)* ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีผลกระทบที่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเนื่องจากวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้น แต่ในบางครั้งอาจทำให้เกิดประเด็นปัญหาทางด้านจริยธรรมเกิดขึ้นว่า เมื่อไหร่จะตัดสินใจหยุดหรือยุติใช้เครื่องมือหรือการรักษาดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยหายใจ การฟอกเลือดเพื่อล้างไต เป็นต้น (Ellis & Hartley, 2001)

3. *กฎหมาย/พระราชบัญญัติ (legislation)* เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทำให้กฎหมาย พระราชบัญญัติและนโยบายต่างๆ ได้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมและให้ประชาชนได้อยู่อย่างมีความสุข ดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงและไม่ขัดกับกฎหมาย นโยบายต่างๆของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน (Ellis & Hartley, 2001)

4. เศรษฐกิจ/การเงิน (economic/financial) สถานะทางด้านเศรษฐกิจของการดูแลทางด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันทั้งภาวะเศรษฐกิจของบุคคลและของรัฐบาลที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความขัดแย้งของผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือเกิดประเด็นขัดแย้งในเรื่องการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด ดังนั้นในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย (Ellis & Hartley, 2001)

5. ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล (personal religious and philosophical viewpoints) โดยทั่วไปบุคคลจะให้ความเชื่อในเรื่องศาสนา เป็นปัจจัยพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากความเชื่อทางศาสนากับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกัน ความเชื่อดังกล่าวจึงมีผลต่อความคิดการกระทำวิถีชีวิตของมนุษย์ ถึงแม้การแพทย์การพยาบาลในปัจจุบันจะมีลักษณะสากลคือให้บริการสุขภาพแก่มนุษย์ด้วยความรู้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ แต่การให้บริการดังกล่าวจำเป็นต้องเข้าใจโลกทัศน์ ความเชื่อ ความศรัทธาของแต่ละบุคคลเพื่อให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายคือรักษาคณทั้งคนโดยองค์รวม การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศาสนาจะช่วยส่งเสริมการบริการของพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบนพื้นฐานของจริยธรรม และการเคารพต่อศักดิ์ศรีเกียรติภูมิของมนุษย์ (สิวลี, 2544; Ellis & Hartley, 2001)

แนวทางการส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีหลักเกณฑ์มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมศักยภาพของวิชาชีพพยาบาลทำให้เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้รวบรวมแนวทางการส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ดังนี้ (อรัญญา, 2547; Fry & Johnstone, 2002; Ramsey, 2000)

1. การให้ความรู้ การฝึกอบรมและการฝึกทักษะในเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethic courses and programs) เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันยังมีองค์ความรู้ทางด้านจริยศาสตร์หรือการตัดสินใจทางด้านจริยธรรมยังไม่เพียงพอต่อสถานการณ์ในแต่ละวันที่พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังนั้นพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลควรได้รับความรู้การฝึกอบรมและการฝึกทักษะจากสถาบันศึกษา หรือขณะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งทางด้านจริยศาสตร์ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ตลอดจนปัจจัยด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมาย สังคม เศรษฐกิจ และนโยบายทางด้านสุขภาพ (Ramsey, 2000)

2. การทำการประชุมทางด้านจริยธรรม (ethics conference) จะเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น การปรึกษาหารือและการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็น

ขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำประเด็นด้านกฎหมายและด้านสังคมมาวิเคราะห์พร้อมด้วยผลจากการประชุมสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากเหตุการณ์จริง (อรัญญา, 2547; Fry & Johnstone, 2002; Ramsey, 2000)

3. การจัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรม (*ethics rounds*) เป็นวิธีการที่ให้พยาบาลได้วิเคราะห์ประเด็นทางด้านจริยธรรมจากการปฏิบัติงาน จากการดูแลผู้ป่วยทางด้านคลินิก ซึ่งมุ่งประเด็นด้านจริยธรรมมากกว่าการวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือการรักษาพยาบาล การตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรมจะไม่เหมือนกับการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี เพราะจะเน้นที่การอภิปรายร่วมกันของพยาบาลประจำการ พยาบาลที่เข้าร่วมและนักศึกษาพยาบาลที่ข้างเคียงของผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความระมัดระวังและต้องขออนุญาตผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยินยอมถึงจะทำการอภิปรายได้ซึ่งวิธีนี้จะ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และฝึกทักษะในการอภิปรายซักถามประเด็นจริยธรรม และนำไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติต่อไปได้ (อรัญญา, 2547; Bandman & Bandman, 2002; Fry & Johnstone, 2002; Ramsey, 2000)

4. การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (*the case study presentation*) เป็นการวิเคราะห์ผู้ป่วยในรายที่มีประเด็นขัดแย้งจริยธรรมโดยจัดทำเป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและอาจมีนักศึกษาพยาบาลร่วมด้วย โดยเน้นให้กลุ่มได้มีประสบการณ์และเข้าใจถึงปัญหาทางด้านจริยธรรมที่เกิดขึ้น และได้เข้าใจถึงความขัดแย้งในคุณค่าเฉพาะคุณค่าของผู้ป่วยกับคุณค่าของพยาบาล และของทีมสุขภาพ โดยสามารถแยกแยะและวิเคราะห์ถึงความแตกต่างระหว่างคุณค่าที่เกี่ยวกับจริยธรรมกับคุณค่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม รวมทั้งวิเคราะห์บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลและรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล (Fry & Johnstone, 2002)

5. การวิจัยทางด้านจริยธรรม (*ethic research*) การทำการวิจัยทางด้านจริยธรรมเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะงานวิจัยจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางการพยาบาล (Ramsey, 2000) ให้เหมาะสมและชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วยและสังคม

6. การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม (*ethics committee*) คณะกรรมการทางด้านจริยธรรมมีหน้าที่กำหนดนโยบายทางด้านจริยธรรม เป็นที่ปรึกษาด้านจริยธรรม การทบทวนผู้ป่วยรายที่มีปัญหาด้านจริยธรรม (*case review*) และให้ความรู้เรื่องจริยธรรม คณะกรรมการด้านจริยธรรมต้องมีความรู้ทางด้านจริยธรรม ศาสนา กฎหมาย นโยบายของหน่วยงานและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างเพียงพอ และสามารถพิจารณาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างรอบคอบโดยการอภิปราย ปรัชญาหารือร่วมกัน และผลการพิจารณาที่ได้ควรเป็นที่ยอมรับของคณะกรรมการ ดังนั้นคณะกรรมการจริยธรรมควรหมั่นฝึกฝน การร่วมแสดง

ความคิดเห็นหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ramsey, 2000) และในการจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรมในแต่ละโรงพยาบาลควรประกอบด้วยบุคคลหลายๆฝ่ายได้แก่พยาบาล แพทย์ ผู้บริหาร นักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนาและตัวแทนของชุมชน (Ellis & Hartley, 2001; McAthie, 1999; Potter & Perry, 2001)

7. *การมีแบบอย่าง (role model)* บุคคลที่มีความสำคัญในการเป็นแบบอย่างในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยคือ อาจารย์พยาบาล พยาบาลทุกระดับรวมทั้งบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (อรัญญา, 2545)

ในรายงานการศึกษาของสมพร (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในภาคใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่งในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 156 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ประสบปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในเรื่อง 1) ขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมทำให้ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม 2) ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 3) ขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4) ขาดประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5) ภาระงานมากอ่อนล้า และ 6) ขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่ 1) จัดทีมที่ปรึกษาด้านจริยธรรมในโรงพยาบาล 2) จัดให้มีการฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 3) จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4) ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 5) จัดกิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมในหอผู้ป่วย

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย

จากสถานการณ์กรณีพิบัติภัยในครั้งนี้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบภัยมีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากการปฏิบัติงาน และเมื่อพยาบาลต้องเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยแต่อย่างใด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในแต่ละสถานการณ์มีการใช้วิธีตัดสินใจที่แตกต่างกัน ได้แก่ การใช้แพทย์เป็นศูนย์กลาง (พจนา และคณะ, 2545) การปรึกษาผู้ร่วมงาน (กาญจนา และคณะ, 2545) การปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง (พจนา และคณะ, 2545) การปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง (พจนา และคณะ, 2545) การปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง (พจนา และคณะ, 2545)

ดา, 2543; กฤษณา, 2545; ชุตติมา, 2548) การแสดงบทบาทวิชาชีพ (กาญจนา, 2543; ชุตติมา, 2548) การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (กาญจนา, 2543; พจนา และคณะ, 2545) และการใช้หน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (พจนา และคณะ, 2545) และพบว่าการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ที่เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีการใช้หลักการ/หรือเหตุผลหลายประการในการตัดสินใจ ได้แก่ หลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และกฎหมาย (ชุตติมา, 2548; พจนา และคณะ, 2545) แนวคิดเชิงจริยธรรม คุณค่าและประสบการณ์ (ชุตติมา, 2548) เป็นต้น

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และขึ้นกับปัจจัยหลายประการซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ประสพกรณีพิพัตครั้งนี้ถือเป็นประสบการณ์ครั้งแรกของพยาบาล จึงทำให้ไม่มีรูปแบบที่ใช้ในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในการเลือกใช้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และไม่ปฏิบัติตามรูปแบบของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Cobanaglu & Alger, 2004) นอกจากนี้ประสบการณ์/องค์ความรู้ทางคลินิกและทางด้านจริยธรรมเป็นอุปสรรคที่สำคัญ ดังการศึกษาของสมพร, อนุรักษ์ และวันดี (2546) เรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล พบว่า การขาดประสบการณ์/ทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ประสพภัยในครั้งนี้มีทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ซึ่งความแตกต่างของภาษาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาล ดังที่โอนีล (O'Neil, 1995) ได้กล่าวว่าภาษาและวัฒนธรรมที่ต่างกันจะมีผลกระทบต่อการใช้เหตุผลทางจริยธรรม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ ต่างภาษาทำให้เกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สอดคล้องกับเบลลีย์ (Bailey, 2002) ที่กล่าวว่า การตัดสินใจในเรื่องจริยธรรมเป็นเรื่องยากที่จะจะทำให้ถูกต้องตามความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย

ดังนั้นในภาวะคับขันหรือภาวะวิกฤตของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม อาจไม่สามารถใช้รูปแบบการตัดสินใจของหน่วยงานหรือของแพทย์ได้ทั้งหมด เนื่องจากอุปสรรคดังที่กล่าวมาพยาบาลควรตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก (patients' best interest) ดังที่ (Bailey, 2002) ได้กล่าวว่า หลักการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลัก พยาบาลสามารถตัดสินใจได้ตามหลักการนี้ เนื่องจากเป็นการกระทำที่มีเหตุผล มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและเป็นการตัดสินใจโดยการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงสุด นอกจากนี้ยังอยู่บนพื้นฐานของการกระทำที่เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลักอีกด้วย ดังนั้นพยาบาลควรนำหลักการการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นหลักไปใช้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ยากลำบากและช่วยให้ตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ที่เกิดกรณีพิบัติภัยในครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตและความสูญเสียของผู้คนจำนวนมาก ทำให้มีผู้ประสบภัยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการพยาบาลผู้ประสบภัย และในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัย พยาบาลมีโอกาที่จะเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ตลอดเวลา เนื่องจากกรณีพิบัติภัยเพิ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการความช่วยเหลือ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและภาษา และพยาบาลไม่มีประสบการณ์ หรืออาจไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนี้อาจเกิดภาวะทรัพยากรต่างๆมีจำนวนจำกัดทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นทำให้พยาบาลต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม พยาบาลจำเป็นต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม หลักการและแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ