

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในภาคใต้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย โดยการตอบแบบสอบถามของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ 10 แห่ง จำนวน 156 ราย และโดยการสัมภาษณ์พยาบาล จำนวน 22 ราย ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2546 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีประเด็นย่อยดังนี้
  - 2.1 ความถี่ในการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.3 ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
  - 2.5 ความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
3. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด โดยมีประเด็นย่อยดังนี้
  - 3.1 วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์
  - 3.2 หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญสถานการณ์

## 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

**ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 29 ปี โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาร้อยละ 28.5 เป็นกลุ่มอายุ 30-40 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 67.9 รองลงมาร้อยละ 31.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.3 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาร้อยละ 14.1 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 97.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาทจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาร้อยละ 28.2 คือกลุ่มที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 1-5 ปีมีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 61.5 รองลงมาร้อยละ 20.5 คือกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6-10 ปี และมีเพียงร้อยละ 7.1 ที่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 15 ปี สำหรับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-5 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 67.3 รองลงมาร้อยละ 19.9 คือกลุ่มที่มีประสบการณ์ 6-10 ปี และมีเพียงร้อยละ 3.2 ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 15 ปี ปัจจุบันร้อยละ 94.2 ดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการ มีเพียงร้อยละ 3.2 ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และร้อยละ 94.2 ได้รับความศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตรการพยาบาล ร้อยละ 51.9 ได้รับความประชุม/อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา หัวข้อที่เข้าประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรม ได้แก่ จริยธรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 35.9 รองลงมาร้อยละ 27.6 คือหัวข้อจริยธรรมกับกฎหมาย มีเพียงร้อยละ 16.7 ที่เข้าประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 87.8 ได้รับความศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหลักสูตรการพยาบาล และร้อยละ 69.2 ได้รับความประชุม/อบรม/สัมมนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังจบการศึกษา (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=156)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	152	97.4
ชาย	4	2.6
<b>อายุ (ปี) (n= 151)</b>		
< 30	98	64.9
30 – 40	43	28.5
41 – 50	8	5.3
51 – 60	2	1.3
( $\bar{X}$ =29.52, SD=5.99)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	106	67.9
คู่	49	31.5
หม้าย/หย่า/แยก	1	0.6
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	133	85.3
อิสลาม	22	14.1
คริสต์	1	0.6
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	152	97.5
ปริญญาโทสาขาอื่นๆ	3	1.9
ปริญญาโทสาขาการ- พยาบาล	1	0.6
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
5,000 – 10,000	81	51.9
10,001 – 15,000	44	28.2
15,001 – 20,000	23	14.8
มากกว่า 20,000	8	5.1
<b>ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี)</b>		
1 - 5	96	61.5
6 – 10	32	20.5
11 – 15	17	10.9
> 15	11	7.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ปี)</b>		
1 - 5	105	67.3
6 - 10	31	19.9
11 - 15	15	9.6
> 15	5	3.2
<b>ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง</b>		
พยาบาลประจำการ	147	94.2
หัวหน้าหอผู้ป่วย	5	3.2
รองหัวหน้าหอผู้ป่วย	4	2.6
<b>การศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตร</b>		
ได้รับ	147	94.2
ไม่ได้รับ	9	5.8
<b>การประชุม/อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา</b>		
ได้รับ	81	51.9
ไม่ได้รับ	75	48.1
<b>หัวข้อที่เข้าประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรม*</b>		
จริยธรรมทางการแพทย์พยาบาล	56	35.9
จริยธรรมกับกฎหมาย	43	27.6
การตัดสินใจเชิงจริยธรรม		
ทางการแพทย์พยาบาล	26	16.7
จริยธรรมทั่วไป	23	14.7
<b>การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหลักสูตรพยาบาล</b>		
ได้รับ	137	87.8
ไม่ได้รับ	19	12.2
<b>การประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต</b>		
ได้รับ	108	69.2
ไม่ได้รับ	48	30.8

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## 2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอความถี่ในการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ตาราง 2) การปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ตาราง 3) ผลกระทบด้านลบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ตาราง 4) ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ตาราง 5) และ ความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ตาราง 6) ดังนี้

### 2.1 ความถี่ที่ประสบสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ความถี่ที่ประสบสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 55 ประสบสถานการณ์ที่ต้องการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมบางครั้งถึงบ่อยครั้งในทุกสถานการณ์ตามลำดับ ดังนี้ 1) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง (ร้อยละ 76) 2) พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 69) 3) การบอกความจริงกับการปิดบังความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย (ร้อยละ 60) 4) การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด (ร้อยละ 58) และ 5) การยึดชีวิตกับการหยุดการรักษาที่ยืดชีวิตออกไป (ร้อยละ 57) (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ที่ประสบสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

สถานการณ์	ไม่เคยประสบ จำนวน (ร้อยละ)	ประสบนานๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ประสบบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ประสบบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)
1. พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับ หน้าที่ต่อตนเอง	11(7.1)	25(16.0)	63(40.4)	57(36.5)
2. พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับ บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ	16(10.3)	32(20.5)	73(46.8)	35(22.4)
3. การบอกความจริงกับการ ปิดบังความจริงเพื่อ ผลประโยชน์ของผู้ป่วย	25(16.0)	37(23.7)	64(41.1)	30(19.2)
4. การจัดสรรทรัพยากรทาง การแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด	26(16.7)	39(25.0)	61(39.1)	30(19.2)
5. การยึดชีวิตกับการหยุด การรักษาที่ยืดชีวิตออกไป	19(12.2)	48(30.8)	66(42.3)	23(14.7)

ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นต่อไปนี้ 1) จะรักษาต่อหรือยุติการรักษา 2) การจัดสรรเตียง และ 3) การบอกความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. จะรักษาต่อหรือยุติการรักษา** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในประเด็นจะรักษาต่อหรือยุติการรักษาใน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การยินยอมให้คนไข้กลับบ้าน 2) การช่วย/ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ 3) การใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ และ 4) การถอดท่อช่วยหายใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1.1 การยินยอมให้คนไข้กลับบ้าน** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการที่จะยินยอมให้ญาติพาคนไข้กลับบ้านทั้งที่ผู้ป่วยยังมีความหวังในการรักษา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในคนไข้หนักหรือคนไข้islamบางรายพอคนไข้ลงมาถึงไอซียูปั๊บญาติเข้ามาบอกเลยว่า จะพาผู้ป่วยกลับบ้าน เราก็ต้องตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรดี เพราะบางครั้งเราดูแล้วผู้ป่วยน่าจะดีขึ้นถ้าได้รับการรักษาในไอซียู แต่เราก็ไม่แน่ใจว่าจะดีขึ้นรึเปล่า การที่เราไปพูดให้เค้าอยู่รักษาต่อ เกิดผู้ป่วยไม่ไหวญาติก็จะตำหนิเราอีก”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

**1.2 การช่วย/ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการช่วย/ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพคือผู้ป่วยบางรายพยาบาลเห็นว่าควรจะได้รับ การช่วยฟื้นคืนชีพแต่ญาติไม่ต้องการ หรือผู้ป่วยบางรายพยาบาลเห็นว่าไม่ควรได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเนื่องจากแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาแต่ยังไม่ได้ รับคำตอบจากญาติในการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพทำให้พยาบาลต้องตัดสินใจเมื่อประสบกับกรณีดังกล่าว ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในผู้ป่วยislamญาติมักจะไม่ให้CPR (ช่วยฟื้นคืนชีพ) บางรายเราดูแล้วไม่ไหวเราก็จะถามญาติไว้ก่อนซึ่งญาติก็มักจะไม่ให้CPR แต่บางครั้งยังไม่ได้คำตอบผู้ป่วยarrest (หัวใจหยุดเต้น) ก่อนที่นี้เราต้องตัดสินใจว่าเราจะCPRไปก่อนมั๊ย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“บางรายญาติไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพ แต่อาการผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่น่าจะให้โอกาสเช่น ในคนไข้ที่อายุน้อย เราก็ต้องตัดสินใจว่าจะคุยเพื่อให้อนุญาตให้ช่วยก่อนดีมั๊ยเพราะเราก็ไม่รู้ว่าช่วยแล้วจะดีขึ้นรึเปล่า แต่ถ้าคุยแล้วญาติตัดสินใจอย่างไรก็ตามนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**1.3 การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจบางรายเราตัดสินใจได้ทันทีว่าต้องรายงานแพทย์เพื่อให้รับมาใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ แต่บางรายเราต้องรอการตัดสินใจของญาติก่อนเช่นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบางครั้งญาติไม่อยู่ตอนนั้นเราก็ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ว่าจะช่วยไปก่อนหรือไม่ เมื่อญาติมาแล้วตัดสินใจอย่างไรก็ค่อยว่ากันอีกที”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“เรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจญาติจะเป็นคนตัดสินใจมากกว่า บางครั้งเรารู้ความต้องการของคนไข้ว่าไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ญาติให้ใส่เราก็ต้องตัดสินใจว่าจะใส่หรือไม่ เพราะถ้าไม่ใส่อาจเกิดปัญหาทางกฎหมายว่าไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ก่อนที่เราจะตัดสินใจเราก็ต้องคุยกับญาติก่อนถึงข้อดีข้อเสียของการใส่ท่อ แล้วให้ญาติตัดสินใจอีกครั้ง ญาติตัดสินใจอย่างไรก็ทำตามนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

**1.4 การถอดท่อช่วยหายใจ** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงการตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการถอดท่อช่วยหายใจเพื่อพาผู้ป่วยกลับบ้านในผู้ป่วยที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“มีญาติที่พอเห็นคนไข้อาการหนักก็จะพากลับบ้านแต่คนไข้ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอยู่ หัวใจก็ยังเต้นอยู่ เรารู้ว่าถึงรักษาต่อไปก็คงไม่ดีไปกว่านี้แล้วแต่ใครจะเป็นคนถอดท่อและเครื่องละ ญาติเค้าก็อยากพาคคนไข้กลับแต่ไม่กล้าถอด เราก็ต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไร ส่วนใหญ่ก็จะอธิบายถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการถอดท่อ และบอกให้ญาติทราบว่าจะต้องถอดท่อเอง แล้วให้ญาติตัดสินใจอีกครั้ง เมื่อญาติตัดสินใจอย่างไรก็จะทำตามนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

**2. การจัดสรรเตียง** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงการตัดสินใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องการจัดสรรเตียงใน 2 ลักษณะ ได้แก่ กรณีเตียงเต็มต้องเลือกคนไข้ที่จะย้ายออก และ กรณีเตียงว่างแต่คนไข้ที่จะย้ายมาไม่ตรงกับแผนกที่มีเตียงว่าง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ที่นี่เป็นไอซียูรวมดังนั้นการจัดสรรเตียงจึงใช้ระบบโควต้าเช่นแผนกศัลย์ 3 เตียง แผนกอายุรกรรม 3 เตียง สูติและเด็ก 2 เตียง บางครั้งบางแผนกมีเตียงว่างแต่คนไข้ที่ขอเตียงมาต่างแผนกกันพยาบาลก็อยากรับคนไข้ที่ขอเตียงมาจึงประสานงานกับแพทย์แผนกที่มีเตียงว่างเพื่อขอเตียงซึ่งบางครั้งเค้าก็ไม่ยอมให้โดยบอกว่าเวลาคนไข้เค้าจะเข้าจะเคลียร์ไม่ได้ แต่ถ้าเราจะรับเค้าก็ไม่ว่าแต่ต้องรับปากว่าถ้าเค้าจะเอาเตียงเมื่อไหร่ต้องจัดการให้เค้าให้ได้ ซึ่งบางครั้งก็เกิดปัญหาว่าเวลาเค้าจะเอาเตียงคนที่เรารับเข้ามาก็ยังอาการหนักย้ายออกไม่ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“กรณีเตียงเต็มการเลือกคนไข้ที่จะย้ายออกถ้ามีแต่คนไข้หนักเราก็ย้ายออกไม่ได้ก็ส่งสารคนไข้ที่ขอเตียงมา ถ้าจะย้ายคนที่อาการดีหน่อยออกเช่นคนไข้ที่กำลังหยาเครื่องช่วยหายใจก็เสียดายที่กำลังก้าวหน้าดีและกลัวว่าถ้าย้ายออกไปเกิดอาการแย่งเค้าก็จะโทษเราอีก”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**3. การบอกความจริง** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการตัดสินใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ที่นี่การบอกผลการวินิจฉัยตกลงกันว่าให้แพทย์เป็นคนบอก ไม่ค่อยเจอปัญหาเพราะคนไข้ไม่ค่อยถามว่าตนเป็นอะไร แต่ที่เจอบ้างก็เรื่องการบอกการพยากรณ์โรค หมอจะไม่ค่อยอธิบายพอคนไข้อาการหนักเราก็ไปคุยกับญาติปรากฏว่าญาติรับไม่ได้เพราะไม่คิดว่าคนไข้จะเสีย (เสียชีวิต) เราจึงต้องคอยเป็นผู้ประสานงานให้แพทย์กับญาติได้คุยกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19)



จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างมี 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ให้ข้อมูล/อธิบายผู้ป่วยและญาติ 2) ประสานงานกับแพทย์ 3) เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ 4) ตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อน และ 5) การตัดสินใจแทนญาติผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ให้ข้อมูล/อธิบายผู้ป่วยและญาติ** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 22 ราย ได้อธิบายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา อธิบายในข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ และสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในรายที่ญาติไม่ให้ CPR เราก็ต้องคุยกับญาติ อธิบายเค้าถึงอาการและแนวทางการรักษา แล้วให้ญาติตัดสินใจอีกครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“ในรายที่ญาติจะพากลับบ้านเราก็คุยกับญาติ อธิบายเค้า ให้ข้อมูลเค้า อาจจะยกตัวอย่างร่วมด้วย ถ้าคนไข้รู้สึกตัวก็จะถามคนไข้ แต่ส่วนใหญ่คนไข้ไม่ค่อยรู้สึกตัวมากกว่าก็ถามญาติ หน้าที่เราต้องอธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติให้เต็มที่ทั้งในเรื่องการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา สิทธิประโยชน์ต่างๆที่ผู้ป่วยควรได้รับ และสอบถามความต้องการความช่วยเหลือ ความต้องการพบแพทย์ แล้วทำตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

2. **ประสานงานกับแพทย์** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 22 ราย ได้อธิบายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการประสานงานกับแพทย์ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เรื่องการจัดสรรเตียงพยาบาลมีหน้าที่ประสานงานให้หมอเจ้าของไข้ทั้งสองฝ่ายคุยกันเอง แล้วสรุปผลว่าอย่างไรก็แจ้งเรามา เพื่อเราจะได้ไม่เจอปัญหาที่หลัง หรือกรณีญาติไม่เข้าใจว่าทำไมต้องย้ายคนไข้ของเค้าออก พยาบาลอธิบายแล้วก็ยังไม่พอใจ เราก็ประสานงานให้หมอมาร่วมคุยกับญาติอีกครั้งหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“ในเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคเมื่อก่อน มีปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติว่าไม่ตรงกัน ตอนนั้นก็เลยทำหน้าที่ประสานงานให้ หมอคุยกับญาติเอง โดยทุกเช้าตอนญาติเข้าเยี่ยมก่อนหมอมาดตรวจก็จะถามญาติทุกเตียงไว้เลยว่า รายใดต้องการคุยกับหมอบ้างให้รออยู่หน้าหอผู้ป่วย เมื่อหมอมาดูคนไข้ก็แจ้งให้หมอบอกว่า ญาติต้องการพบหมอแล้วตามญาติเข้ามา ขณะหมอคุยกับญาติพยาบาลก็ร่วมฟังด้วยเพื่ออธิบาย กรณีญาติไม่เข้าใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21)

**3. เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“มีคนไข้บางรายญาติจะพากลับบ้านหมอคุยแล้วก็ไม่เปลี่ยนใจเนื่องจากคนไข้ ต้องการให้ญาติเฝ้าอยู่ใกล้ๆ แต่ที่ไอซียูไม่อนุญาติให้ญาติเฝ้า เราก็เข้าไปคุย แล้วก็หาทางออกที่ดีกว่า เช่นถ้าคนไข้ยังจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเราก็จะเสนอทางเลือกว่าจะย้ายไปอยู่ห้องพิเศษมี ซึ่งญาติเฝ้าได้และผู้ป่วยก็ยังได้รับการรักษา ให้ญาติตัดสินใจอีกครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

**4. ตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อน** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึง ลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อนที่จะได้รับ คำตอบจากญาติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในผู้ป่วยอิสลามญาติมักจะไม่ให้ CPR (ช่วยฟื้นคืนชีพ) บางรายเราดูแล้วไม่ไหว เราก็จะถามญาติไว้ก่อนซึ่งญาติก็มักจะไม่ CPR แต่บางครั้งยังไม่ได้คำตอบผู้ป่วย arrest (หัวใจหยุดเต้น) ก่อนที่นี้เราต้องตัดสินใจว่าเราจะ CPR ไปก่อนมั๊ย ซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะทำ CPR ไปก่อน เมื่อญาติมาแล้วไม่ต้องการให้ CPR เราก็หยุด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

5. **ตัดสินใจแทนญาติผู้ป่วย** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย จาก 22 ราย ได้อธิบายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการตัดสินใจแทนญาติผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับคำตอบจากญาติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจบางรายเราตัดสินใจได้ทันทีว่าต้องรายงานแพทย์เพื่อให้รับมาใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ แต่บางรายเราต้องรอการตัดสินใจของญาติก่อนเช่นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบางครั้งญาติไม่อยู่ตอนนั้นเราก็ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ว่าจะช่วยไปก่อนหรือไม่ เมื่อญาติมาแล้วตัดสินใจอย่างไรก็ดีกว่ากันอีกที”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

หลักการที่พยาบาลใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ 2) ทำหน้าที่แทนญาติ 3) การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ 4) เคารพการตัดสินใจของแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ (respect for autonomy)

กลุ่มตัวอย่าง 18 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในการตัดสินใจ เช่น การยินยอมให้คนไข้กลับบ้าน การช่วย/ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ และการใส่หรือการถอดท่อช่วยหายใจ เรา (พยาบาล) มีหน้าที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มที่ แล้วญาติตัดสินใจอย่างไรเราก็ทำตามนั้น เพราะมันเป็นสิทธิของเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

#### 2. ทำหน้าที่แทนญาติ (advocacy) กลุ่มตัวอย่าง 5 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึง

หลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการทำหน้าที่แทนญาติด้วยการตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“การรักษาต่อหรือยุติการรักษา ในผู้ป่วยบางรายเราดูแล้วไม่ไหวเราก็จะถามญาติไว้ก่อนซึ่งญาติก็มักจะไม่ว่า CPR (ช่วยฟื้นคืนชีพ) แต่บางรายดูแล้วน่าจะดีขึ้นจึงยังไม่ได้ถามญาติในเรื่อง CPR แต่ผู้ป่วยมา arrest (หัวใจหยุดเต้น) ตอนญาติไม่อยู่ ที่นี้เรา (พยาบาล) ก็ต้องตัดสินใจไปก่อนว่าจะ CPR มั้ย ซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะตัดสินใจ CPR ไปก่อน เมื่อญาติมาแล้วตัดสินใจอย่างไรก็ทำตามนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

3. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ด้วยการดูแล ดูแลสุขภาพ และการพยากรณ์โรค ถ้ามีแนวโน้มที่ดีก็รักษาต่อ แต่ถ้าแนวโน้มไม่ดีก็อธิบายญาติเพื่อยุติการรักษา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในผู้ป่วยทุกรายสำหรับสิ่งที่จะดูประกอบการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องการหยุดการรักษาหรือการให้เตียงที่จะดูว่าคนไข้เป็นโรคอะไร มีทางรักษาแค่ไหน ตอนนั้นคนไข้อาการเป็นอย่างไร ตอบสนองต่อการรักษาที่ผ่านมาแค่ไหน แล้วจึงให้ข้อมูลญาติและแพทย์เพื่อตัดสินใจในการรักษาที่เหมาะสม คนไข้จะได้ไม่ทรมานและสิ้นเปลือง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18)

4. เคารพการตัดสินใจของแพทย์ กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยการเคารพการตัดสินใจของแพทย์ ดังคำพูดที่ว่า

“ในการจัดสรรเตียงมักให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเลือกผู้ป่วยเนื่องจากแพทย์จะทราบอาการของผู้ป่วยที่จะย้ายเข้ามามากกว่า เช่นเวลาแพทย์โทรขอเตียงก็จะให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายแล้วแพทย์ว่าอย่างไรก็ทำตามนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16)

## 2.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าร้อยละ 55 ปฏิบัติตั้งแต่บางครั้งถึงบ่อยครั้งในทุกขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 66) ขั้นตอนที่ 2) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (ร้อยละ 58) ขั้นตอนที่ 3) กำหนดประเด็นปัญหา (ร้อยละ 62) ขั้นตอนที่ 4) พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (ร้อยละ 69) ขั้นตอนที่ 5) วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง (ร้อยละ 68) และ ขั้นตอนที่ 6) ตัดสินใจเลือก (ร้อยละ 64) และทุกขั้นตอนมีผู้ไม่เคยปฏิบัติตั้งแต่ร้อยละ 6-11 นอกจากนี้มีกลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติถึงปฏิบัติในครั้งในแต่ละขั้นตอนร้อยละ 30.8-41.6 (ตาราง 3)

**ตาราง 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติหลายๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)
1. เก็บรวบรวมข้อมูล	16(10.3)	36(23.1)	67(42.9)	37(23.7)
2. วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล	18(11.5)	47(30.1)	65(41.7)	26(16.7)
3. กำหนดประเด็นปัญหา	16(10.3)	43(27.5)	66(42.3)	31(19.9)
4. พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ	10(6.4)	38(24.4)	64(41.0)	44(28.2)
5. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง	10(6.4)	40(25.6)	58(37.2)	48(30.8)
6. ตัดสินใจเลือก	16(10.3)	39(25.0)	61(39.1)	40(25.6)

### 2.3 ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าผลกระทบตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง (ร้อยละ 57) และด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 53) และมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าไม่มีผลกระทบถึงกระหร่น้อยในด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 73) ด้านสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 55) และด้านทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ (ร้อยละ 53) (ตาราง 4)

**ตาราง 4** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ผลกระทบ	ไม่กระทบ จำนวน (ร้อยละ)	กระทบน้อย จำนวน (ร้อยละ)	กระทบปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	กระทบมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. ความรู้สึกต่อตนเอง	21(13.5)	46(29.4)	56(35.9)	33(21.2)
2. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	24(15.4)	49(31.4)	60(38.5)	23(14.7)
3. ทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ	21(13.5)	62(39.7)	52(33.3)	21(13.5)
4. สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน	27(17.3)	60(38.5)	55(35.2)	14(9.0)
5. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน	52(33.3)	62(39.7)	34(21.9)	8(5.1)

## 2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ประสบปัญหาและอุปสรรคตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในเรื่อง 1) ขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมทำให้ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม (ร้อยละ 80) 2) ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 74) 3) ขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 59) 4) ขาดประสบการณ์ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 57) 5) ภาระงานมาก อ่อนล้า (ร้อยละ 53.8) และ 6) ขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 53) ส่วนเรื่องหน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญ พบว่าร้อยละ 55 ไม่ประสบปัญหาถึงประสบในระดับน้อย (ตาราง 5)

**ตาราง 5** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการประสบปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ปัญหาและอุปสรรค	ไม่ประสบ จำนวน (ร้อยละ)	ประสบน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ประสบปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ประสบมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. ขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมทำให้ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม	7(4.5)	23(14.7)	59(37.9)	67(42.9)
2. ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	8(5.1)	32(20.5)	62(39.8)	54(34.6)
3. ขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	19(12.2)	44(28.2)	48(30.8)	45(28.8)
4. ขาดประสบการณ์ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	12(7.7)	55(35.2)	58(37.2)	31(19.9)
5. ภาระงานมาก อ่อนล้า	19(12.2)	53(34.0)	56(35.9)	28(17.9)
6. ขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	15(9.6)	58(37.2)	64(41.0)	19(12.2)
7. หน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้	31(19.9)	56(35.9)	51(32.7)	18(11.5)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่าปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ จากตัวพยาบาล จากผู้ร่วมงาน และ จากระบบ โดยพบว่าปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากตัวพยาบาลคือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 2) ขาดทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 3) ขาดอำนาจในการตัดสินใจ ปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากจากผู้ร่วมงานคือ 1) การไม่เคารพข้อตกลง และ 2) ขาดน้ำใจ และปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากจากระบบคือ ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งนี้แต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

### ด้านพยาบาล

1. **ขาดความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม** กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการมีความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่เพียงพอทั้งในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้ด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในการตัดสินใจเราจะต้องเก่งข้อมูลคือต้องรู้ข้อมูลทุกด้านจึงจะตัดสินใจได้ดีซึ่งคิดว่าเรายังมีไม่พอตรงจุดนี้ ไหนจะเรื่องกฎหมาย แล้วยังเรื่องสิทธิอีก เรายังได้เข้าอบรมกันน้อย การจัดอบรมก็มีน้อย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

2. **ขาดทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม** กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมน้อยทำให้ขาดทักษะในการตัดสินใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“คิดว่าประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจในปัญหาเชิงจริยธรรมของเราน้อยทำให้เราตัดสินใจลำบากจึงไม่กล้าที่จะตัดสินใจต้องปรึกษารุ่นพี่เสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับพี่ๆดูเค้าทำได้ดี”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

3. **ขาดอำนาจในการตัดสินใจ** กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องขาดอำนาจในการตัดสินใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เรายังขาดอำนาจในการตัดสินใจ อำนาจการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ที่แพทย์ เช่นในเรื่องการจัดสรรเตียงอำนาจการย้ายผู้ป่วยเข้า-ออกอยู่ที่แพทย์”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

## ด้านผู้ร่วมงาน

1. การไม่เคารพข้อตกลง กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการไม่เคารพข้อตกลงของผู้ร่วมทีมสุขภาพทำให้พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดสรรเตียง การให้ข้อมูลผู้ป่วย ที่จริงทุกอย่างก็มีข้อกำหนดร่วมกันอยู่แล้วจากPCT (patient care team: ทีมดูแลผู้ป่วย) เช่น ให้หมอบอกการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยทุกราย แต่ก็ยังมีหมอบางคนที่ไม่ทำตามข้อตกลง ทำให้พยาบาลลำบากใจเมื่อผู้ป่วยถาม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19)

2. ขาดน้ำใจ กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องขาดน้ำใจของผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“การจัดสรรเตียงให้คนไข้ก็มีกฎเกณฑ์การรับอยู่แล้ว แต่บางกรณีมันน่าจะคุยกันได้ แต่แพทย์บางคนก็ไม่ยอมจะเอาโควต้าเตียงของตนคืนให้ได้ มันอยู่ที่ความมีน้ำใจมากกว่า ซึ่งความไม่มีน้ำใจทำให้พยาบาลไม่ยอมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับบุคคลผู้นั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

## ด้านระบบ

1. ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการตัดสินใจในปัญหาเชิงจริยธรรมในแต่ละเรื่องของผู้ปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทำไม่เหมือนกันซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)



จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่าการแก้ปัญหา/อุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลมี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ปรึกษาหัวหน้าหรือรุ่นพี่ 2) นำเข้าคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) และ 3) นำกรณีปัญหาามาปรึกษาร่วมกันในทีม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1. ปรึกษาหัวหน้าหรือรุ่นพี่** กลุ่มตัวอย่าง 5 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงวิธีแก้ปัญหาด้วยวิธีปรึกษาหัวหน้าหรือรุ่นพี่ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“จากการที่น้องมีประสบการณ์น้อยดังนั้นส่วนใหญ่วิธีเจอปัญหาก็มักจะปรึกษารุ่นพี่ ซึ่งส่วนใหญ่พี่ๆเค้าจะตัดสินใจได้ดี โดยเฉพาะพี่หัวหน้ามีปัญหอะไรแกจัดการได้หมดเรียบร้อย หลังจากนั้นเราก็จะมีการนำปัญหาที่พบบ่อยๆมาคุยกันเพื่อร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในครั้งต่อไป”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

**2. นำเข้าคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย** กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงการแก้ปัญหาด้วยวิธีนำเข้าคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เวลาเจอปัญหา เช่น การขาดอำนาจในการตัดสินใจ การไม่เคารพข้อตกลง การขาดน้ำใจ และ การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เราก็จะนำไปเสนอในคณะกรรมการพี่ๆที่ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

**3. นำกรณีปัญหาามาปรึกษาร่วมกันในทีม** กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงวิธีแก้ปัญหาด้วยการนำกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการตัดสินใจหากเกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก โดยกระทำตอนส่งเวรตอนเช้าหรือวันประชุมซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในขณะนั้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เวลามีกรณีปัญหาจากการตัดสินใจก็จะมีกรยกกรณีปัญหามาร่วมกันหาแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมในหอผู้ป่วย บางครั้งก็ตอนส่งเวรบางครั้งก็วันประชุม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

## 2.5 ความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก ได้แก่ 1) จัดทีมที่ปรึกษาด้านจริยธรรมในโรงพยาบาล ร้อยละ 66 2) จัดให้มีการฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 65.4 3) จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 65.4 4) ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 63.5 และ 5) จัดกิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมในหอผู้ป่วย ร้อยละ 51.3 ตามลำดับ ส่วนเรื่องจัดให้มีกลุ่มเพื่อนผู้สนใจด้านจริยธรรมเหมือนกันเพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรม มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.5 ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (ตาราง 6)

**ตาราง 6** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความต้องการความช่วยเหลือ	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. จัดทีมที่ปรึกษาด้าน จริยธรรมในโรงพยาบาล	3(1.9)	9(5.8)	41(26.3)	103(66.0)
2. จัดให้มีการฝึกประสบการณ์/ ทักษะในการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม	4(2.6)	13(8.3)	37(23.7)	102(65.4)
3. จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	4(2.6)	8(5.1)	42(26.9)	102(65.4)
4. ให้ความรู้แก่พยาบาลใน เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม	3(1.9)	7(4.5)	47(30.1)	99(63.5)
5. จัดกิจกรรมวิชาการ เกี่ยวกับจริยธรรมในหอผู้ป่วย	3(1.9)	17(10.9)	56(35.9)	80(51.3)
6. จัดให้มีกลุ่มเพื่อนผู้สนใจ ด้านจริยธรรมเหมือนกัน เพื่อ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันในเรื่องเกี่ยวกับ จริยธรรม	5(3.2)	15(9.6)	76(48.7)	60(38.5)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่าความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมี 3 เรื่อง ได้แก่ 1) มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 2) มีผู้ให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 3) มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 22 ราย อธิบายถึงความต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และยกกรณีตัวอย่างมาฝึกตัดสินใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“การตัดสินใจเชิงจริยธรรมต้องใช้ความรู้หลายด้านมาประกอบการตัดสินใจดังนั้นจึงคิดว่าเราน่าจะมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อให้เราสามารถตัดสินใจได้อย่างรอบคอบ มั่นใจ และเป็นที่ยอมรับของทีมงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21)

“มีการนำกรณีปัญหาเชิงจริยธรรมมาฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นทางการ เช่น จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและนำกรณีตัวอย่างมาฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดทักษะในการตัดสินใจเมื่อเผชิญปัญหาเชิงจริยธรรมในอนาคต”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22)

**2. มีผู้ให้คำปรึกษาในการตัดสินใจ** กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงความต้องการมีที่ปรึกษาในการตัดสินใจหรือสนับสนุนสิ่งที่ได้ตัดสินใจไปแล้วเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจในครั้งต่อไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“จากการขาดความรู้และทักษะในการตัดสินใจจึงน่าจะมีผู้ที่ให้คำปรึกษาเราได้ว่าที่เราทำไปแบบนี้ทำถูกหรือไม่ เช่น คณะกรรมการจริยธรรม”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

**3) มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละประเด็น** กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย จาก 22 ราย อธิบายถึงความต้องการมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละประเด็น เพื่อให้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งจากการตัดสินใจได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“จากการที่ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจจึงน่าจะมีแนวทางในการตัดสินใจในแต่ละเรื่องที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติกระทำไปในแนวทางเดียวกันจะได้ไม่เกิดความขัดแย้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

### 3. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่กำหนด ประกอบด้วย สถานการณ์ 3 สถานการณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

#### สถานการณ์ที่ 1 จะยืดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ทรมาน

ผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาใน ไอ ซี ยู 2 ครั้ง หลังออกจากโรงพยาบาลได้บอกภรรยาและบุตรว่าหากตนมีอาการรุนแรงขึ้นอีกไม่ต้องพาไปโรงพยาบาลขอตายที่บ้าน ไม่ต้องการได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา ต่อมาเมื่อมีอาการ ภรรยาและลูกตัดสินใจพาไปโรงพยาบาล ได้เข้ารับการรักษาใน ไอ ซี ยู อีกครั้ง ขณะที่อาการทุเลา ผู้ป่วยได้บอกกับพยาบาลที่ให้การดูแลว่าตนไม่ต้องการให้มีการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยยืดชีวิตใดๆ พยาบาลหัวหน้าเวรได้ทำการบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในบันทึกทางการแพทย์ส่งเวรให้พยาบาลในทีม และแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น แพทย์เวรจึงขอให้พยาบาลเตรียมอุปกรณ์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ทั้งที่พยาบาลที่ให้การดูแลได้บอกความต้องการของผู้ป่วยให้แพทย์เวรทราบแล้ว และในขณะนั้นญาติไม่อยู่

#### สถานการณ์ที่ 2 จะบอกความจริงดีไหม

ผู้ป่วยหญิง อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผลอัลตราซาวด์พบก้อนบริเวณตับอ่อน ได้รับการผ่าตัดและส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นเซลล์มะเร็ง แพทย์ตัดสินใจบอกผลชิ้นเนื้อผู้เป็นสามีของผู้ป่วย สามีผู้ป่วยจึงขอร้องไม่ให้แพทย์บอกผลชิ้นเนื้อแก่ผู้ป่วยเพราะไม่ต้องการให้เสียใจและต้องการให้มีความหวังในการรักษา แพทย์ได้บอกให้พยาบาลเก็บเรื่องนี้เป็นความลับ ผู้ป่วยรู้สึกอาการไม่ดีขึ้น จึงคอยถามพยาบาลทุกครั้งที่เข้าไปให้การดูแลว่าผลชิ้นเนื้อเป็นอย่างไรและตนป่วยเป็นโรคอะไรทำไมอาการจึงไม่ดีขึ้น

#### สถานการณ์ที่ 3 จะทำตามใครดี

ผู้ป่วยหญิง อายุ 82 ปี ป่วยด้วยโรค COPD เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ครั้งนี้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ วันหนึ่งผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน และญาติก็ต้องการทำตามความต้องการของผู้ป่วย แต่แพทย์ไม่อนุญาตเพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งกำชับพยาบาลว่าไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าจะกลับก็ให้เซ็นใบไม่ยินยอมรับการรักษา ซึ่งบุตรสาวไม่ต้องการทำเช่นนั้น

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญสถานการณ์ (ตาราง 7) และหลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ (ตาราง 8-10) ดังนี้

### 3.1 วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ พบว่า สถานการณ์ที่ 1 จะยึดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ทรมาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.1 ตัดสินใจช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยึดชีวิต) รองลงมา ร้อยละ 14.7 ตัดสินใจประสานงานกับแพทย์เพื่อไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยุติการรักษา) สถานการณ์ที่ 2 จะบอกความจริงดีไหม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.9 ตัดสินใจปิดบังความจริง รองลงมา ร้อยละ 23.1 ตัดสินใจบอกความจริง และ สถานการณ์ที่ 3 จะทำตามใครดี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 91.7 ตัดสินใจให้ข้อมูลและทำตามความต้องการของผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 4.5 ที่ตัดสินใจทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน (ตาราง 7)

**ตาราง 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญสถานการณ์

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานการณ์ที่ 1. จะยึดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ทรมาน</b>		
1.1 ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยึดชีวิต)	128	82.1
1.2 ประสานงานกับแพทย์เพื่อไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยุติการรักษา)	23	14.7
1.3 ปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า	5	3.2
<b>สถานการณ์ที่ 2. จะบอกความจริงดีไหม</b>		
2.1 ปิดบังความจริง	106	67.9
2.2 บอกความจริง	36	23.1
2.3 ปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า	11	7.1
2.4 หลอกหลวงว่าไม่ร้ายแรง	2	1.3
2.5 หลีกเลี้ยงการดูแล	1	0.6
<b>สถานการณ์ที่ 3. จะทำตามใครดี</b>		
3.1 ให้ข้อมูลและทำตามความต้องการของผู้ป่วย	143	91.7
3.2 ทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน	7	4.5
3.3 ปรึกษาแพทย์เพื่อให้ทำตามความต้องการผู้ป่วย	5	3.2
3.4 ปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า	1	0.6

### 3.2 หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเผชิญสถานการณ์

หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 156 ราย ผลการวิจัย (ตาราง 8-10) พบว่า

#### สถานการณ์ที่ 1 จะยืดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ทรมาน

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจด้วยวิธีการต่างๆ มีดังนี้ (ตาราง 8)

1. ตัดสินใจโดยช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยืดชีวิต) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย จาก 156 ราย เลือกริธีนี้และในจำนวนนี้ร้อยละ 59.4 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่าผู้ป่วยอาจดีขึ้น รองลงมาร้อยละ 56.3 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลญาติไม่อยู่และยังไม่มีภาระเงินไม่ยินยอมในการใส่ท่อช่วยหายใจจากผู้ป่วยหรือญาติ และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 86 ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยอาจดีขึ้น และมากกว่าร้อยละ 70 ที่ให้เหตุผลว่า รู้สึกเป็นบาปหากไม่ให้การช่วยเหลือ (ร้อยละ 77) มีหน้าที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 73) และ ญาติไม่อยู่และยังไม่มีภาระเงินไม่ยินยอมในการใส่ท่อช่วยหายใจจากผู้ป่วยหรือญาติ (ร้อยละ 72)

2. ตัดสินใจประสานงานกับแพทย์เพื่อไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (หยุดความทุกข์ทรมาน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยคือ 23 ราย จาก 156 ราย เลือกริธีนี้และในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 87 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดไม่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยในระดับน้อยในเหตุผลนี้ เหตุผลรองลงมา ได้แก่ การใส่ท่อทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ร้อยละ 52.2 และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่ามีร้อยละ 100 ที่ให้เหตุผลว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 73 ให้เหตุผลว่าการใส่ท่อทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตามมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 38 ที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการเป็นโรคที่รักษาไม่หาย

3. ตัดสินใจด้วยวิธีปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่าเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียง 5 ราย จาก 156 ราย เลือกริธีนี้และในจำนวนนี้เห็นด้วยในระดับปานกลางกับเหตุผลว่าไม่ต้องการขัดแย้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์มีจำนวนมากที่สุด คือ 4 ใน 5 ราย (ร้อยละ 80) และ 3 ใน 5 ราย (ร้อยละ 60) ที่ไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยในระดับน้อย ในเหตุผลตัดสินใจไม่ถูกเนื่องจากขาดความรู้/ประสบการณ์

**ตาราง 8** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อหลักการ/เหตุผล ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 1 จะยืดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ ทรมาน

การตัดสินใจและหลักการ/ เหตุผล	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยน้อย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยืดชีวิต) (n=128)				
1.1 ผู้ป่วยอาจดีขึ้น	3 (2.4)	14(10.9)	35(27.3)	76(59.4)
1.2 รู้สึกเป็นบาปหากไม่ให้ การช่วยเหลือ	14(10.9)	15(11.7)	49(38.3)	50(39.1)
1.3 มีหน้าที่ปฏิบัติตามแผน การรักษาของแพทย์	10(7.8)	23(18)	51(39.8)	44(34.4)
1.4 ญาติไม่อยู่และยังไม่มี การเซ็นไม่ยินยอมรับการรักษา	14(10.9)	21(16.4)	21(16.4)	72(56.3)
2. ประสานงานกับแพทย์เพื่อ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยุติการ รักษา) (n=23)				
2.1 เป็นโรคที่รักษาไม่หาย	6(26.1)	8(34.8)	4(17.4)	5(21.7)
2.2 เป็นความต้องการของ ผู้ป่วย	0(0.0)	0(0.0)	3(13.0)	20(87.0)
2.3 การใส่ท่อทำให้ผู้ป่วย ได้รับความทุกข์ทรมาน	2(8.7)	4(17.4)	5(21.7)	12(52.2)
3. ปรีกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า (n=5)				
3.1 ไม่ต้องการขัดแย้งกับ ผู้ป่วย ญาติและแพทย์	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)	0(0.0)
3.2 ตัดสินใจไม่ถูกเนื่องจาก ขาดความรู้/ประสบการณ์	2(40.0)	1(20.0)	1(20.0)	1(20.0)

## สถานการณ์ที่ 2 จะบอกความจริงดีไหม

กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงเหตุผลในการตัดสินใจด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้ (ตาราง 9)

1. ตัดสินใจไม่บอกความจริง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และในจำนวนนี้ร้อยละ 81.1 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลที่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับไม่ได้ รองลงมาร้อยละ 57.5 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่าการบอกข่าวร้ายเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 92 เห็นด้วยกับเหตุผลเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับไม่ได้ และมากกว่าร้อยละ 70 ให้เหตุผลว่าการบอกข่าวร้ายเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วย (ร้อยละ 87) ไม่ขัดแย้งกับญาติ (ร้อยละ 77) และนโยบายของโรงพยาบาลอนุญาตให้แพทย์เท่านั้นเป็นผู้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 74)

2. ตัดสินใจบอกความจริง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และในจำนวนนี้ร้อยละ 75 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า เป็นสิทธิของผู้ป่วย รองลงมาร้อยละ 66.6 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินชีวิต และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 97 เห็นด้วยกับเหตุผลเป็นสิทธิของผู้ป่วย และมากกว่าร้อยละ 80 ให้เหตุผลผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 88) ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ง่ายขึ้น (ร้อยละ 86) และต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ร้อยละ 83)

3. ตัดสินใจปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่าเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และในจำนวนนี้มี 10 ราย (ร้อยละ 91) เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในเหตุผล ไม่ขัดแย้งกับญาติและแพทย์ และ 9 ราย (ร้อยละ 81) เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่าไม่ใช่บทบาทของพยาบาล

4. ตัดสินใจหาลอกลวงผู้ป่วยว่าเป็นโรคไม่ร้ายแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียง 2 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และทั้งสองรายเห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่าช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาต่อ

5. ตัดสินใจหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ โดยเห็นด้วยในระดับปานกลางกับเหตุผลว่า ไม่ต้องเผชิญกับความขัดแย้ง และไม่สามารถหาคำตอบที่เหมาะสมที่สุดได้



**ตาราง 9** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อหลักการ/เหตุผล  
ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 2 จะบอกความจริงดีไหม

การตัดสินใจและหลักการ/เหตุผล	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยน้อย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. ไม่บอกความจริง (n=106)				
1.1 ไม่ขัดแย้งกับญาติ	15(14.2)	9(8.5)	44(41.5)	38(35.8)
1.2 ไม่ขัดแย้งกับแพทย์	16(15.1)	17(16.0)	48(45.3)	25(23.6)
1.3 เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหาก ผู้ป่วยรับไม่ได้	4(3.8)	4(3.8)	12(11.3)	86(81.1)
1.4 การบอกข่าวร้ายเป็นการ ทำร้ายจิตใจผู้ป่วย	9(8.5)	4(3.8)	32(30.2)	61(57.5)
1.5 นโยบายของโรงพยาบาล อนุญาตให้แพทย์เท่านั้นเป็น ผู้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย	16(15.1)	10(9.4)	26(24.6)	54(50.9)
2. บอกความจริง (n=36)				
2.1 เป็นสิทธิของผู้ป่วย	1(2.8)	0(0.0)	8(22.2)	27(75.0)
2.2 ต้องการตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย	3(8.3)	3(8.3)	16(44.5)	14(38.9)
2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาได้ง่ายขึ้น	2(5.6)	3(8.3)	12(33.3)	19(52.8)
2.4 ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการ วางแผนการดำเนินชีวิต	2(5.6)	2(5.6)	8(22.2)	24(66.6)
3. ปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า (n=11)				
3.1 ไม่ใช่บทบาทของพยาบาล	2(8.1)	0(0.0)	5(45.5)	4(36.4)
3.2 ไม่ขัดแย้งกับญาติและแพทย์	0(0.0)	1(9.0)	5(45.5)	5(45.5)
4. หลีกเลี่ยงว่าไม่ร้ายแรง (n=2)				
4.1 ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)
4.2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ รักษาต่อ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)
4.3 หลีกเลี่ยงการซักถามซ้ำๆ	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)
5. หลีกเลี่ยงการดูแล (n=1)				
5.1 ไม่ต้องเผชิญกับความขัดแย้ง	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)
5.2 ไม่สามารถหาคำตอบที่ เหมาะสมที่สุดได้	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)

### สถานการณ์ที่ 3 จะทำตามใครดี

กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงเหตุผลในการตัดสินใจด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้ (ตาราง 10)

1. ตัดสินใจให้ข้อมูลและทำตามความต้องการผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และในจำนวนนี้เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า เป็นสิทธิของผู้ป่วยมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 94.4 รองลงมา ได้แก่ เป็นความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 76.2 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่าไม่สิ้นเปลืองค่ารักษา และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่า ร้อยละ 99 ให้เหตุผลว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วย และมากกว่าร้อยละ 80 ให้เหตุผลว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย (ร้อยละ 95) และไม่มีปัญหาทางกฎหมาย (ร้อยละ 87)

2. ตัดสินใจทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และในจำนวนนี้ร้อยละ 85.8 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า หากกลับบ้านผู้ป่วยอาจทรمانหรือเสียชีวิต รองลงมาร้อยละ 57.2 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า ถ้ารักษาต่อผู้ป่วยมีโอกาสรอด และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจ พบว่ามีร้อยละ 100 ให้เหตุผลว่าหากกลับบ้านผู้ป่วยอาจทรมานหรือเสียชีวิต และร้อยละ 85 ให้เหตุผลว่าถ้ารักษาต่อผู้ป่วยมีโอกาสรอด และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 ที่ไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยในระดับน้อยในเหตุผล ทำตามแพทย์

3. ตัดสินใจปรึกษาแพทย์เพื่อให้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ และทั้งห้ารายเห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า เพื่อตอบสนองผู้ป่วยและญาติ รองลงมาร้อยละ 80 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและญาติ

4. ตัดสินใจด้วยวิธีปรึกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย จาก 156 ราย เลือกวิธีนี้ โดยเห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่า ไม่ต้องการขัดแย้งกับญาติหรือแพทย์ และเป็นงานที่อยู่นอกเหนือบทบาทของพยาบาล

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อหลักการ/เหตุผล  
ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ 3 จะทำตามใครดี

การตัดสินใจและหลักการ/ เหตุผล	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยน้อย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วยมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. ให้ข้อมูลและทำตามความต้องการของผู้ป่วย (n=143)				
1.1 เป็นสิทธิของผู้ป่วย	0(0.0)	1(0.7)	7(4.9)	135(94.4)
1.2 เป็นความต้องการของผู้ป่วย	4(2.8)	3(2.1)	27(18.9)	109(76.2)
1.3 ไม่มีปัญหาทางกฎหมาย	7(4.9)	11(7.7)	43(30.1)	82(57.3)
1.4 ไม่สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล	83(58.0)	26(18.2)	18(12.6)	16(11.2)
2. ทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้าน (n=7)				
2.1 ทำตามแพทย์	2(28.6)	3(42.8)	2(28.6)	0(0.0)
2.2 ถ้ารักษาต่อผู้ป่วยมีโอกาสรอด	0(0.0)	1(14.2)	2(28.6)	4(57.2)
2.3 หากกลับบ้านผู้ป่วยอาจทรมาณหรือเสียชีวิต	0(0.0)	0(0.0)	1(14.2)	6(85.8)
2.4 รู้สึกเป็นบาปหากปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยไปเสียชีวิต	1(14.2)	3(42.9)	3(42.9)	0(0.0)
3. รักษาแพทย์เพื่อให้ทำตามความต้องการผู้ป่วย (n=5)				
3.1 ตอบสนองผู้ป่วยและญาติ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)
3.2 ทำหน้าที่พูดแทนผู้ป่วยและญาติ	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	3(80.0)
4. รักษาผู้มีอำนาจสูงกว่า (n=1)				
4.1 ไม่ต้องการขัดแย้งกับญาติหรือแพทย์	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
4.2 เป็นงานที่อยู่นอกเหนือบทบาทของพยาบาล	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)

## อภิปรายผล

การศึกษากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในภาคใต้เป็นการศึกษาจากแนวคิดและประสบการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย โดยผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

### 1. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

#### 1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 55 ประสบสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ/มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม บางครั้งถึงบ่อยครั้งในทุกสถานการณ์ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง (ร้อยละ 76) 2) พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 69) 3) การบอกความจริงกับการปิดบังความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย (ร้อยละ 60) 4) การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด (ร้อยละ 58) และ 5) การยึดชีวิตกับการหยุดการรักษาเพื่อยึดชีวิตออกไป (ร้อยละ 57) ซึ่งมีบางประเด็นที่สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ซึ่งพบว่าสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆ คือ 1) จะรักษาต่อหรือยุติการรักษา 2) การจัดสรรเตียง และ 3) การบอกความจริง อธิบายได้ว่าเหตุที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องประสบกับการตัดสินใจในปัญหาเหล่านี้บางครั้งถึงบ่อยครั้ง เพราะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมบ่อย เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตที่มักไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้เนื่องจากป่วยหนัก อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะประกอบด้วยบุคลากรหลายสาขาอาชีพที่แต่ละคนมีคุณค่าความเชื่อต่างกันและผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงจากพยาบาลทำให้ทราบคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วยซึ่งอาจแตกต่างจากทีมสุขภาพ นอกจากนี้เป็นเพราะมีการนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Leino-Kilpi, Suominen, Makela, McDaniel & Puukka, 2002) ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้นำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ง่าย

สถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจเกี่ยวกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเองเป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลส่วนใหญ่ประสบเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราการติดเชื้อมาก (สมหวัง, 2536) ซึ่งสามารถติดต่อไปยังผู้ที่เข้ามา

สัมผัสโรคได้ ซึ่งอรัญญาและวงจันทร์ (2539) กล่าวว่าปัญหาในลักษณะนี้ทำให้พยาบาลต้องประสบกับการตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพที่ต่อวิชาชีพที่จะต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยทุกประเภท แต่ขณะเดียวกันพยาบาลก็รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลโดยเฉพาะในขณะที่คุณภาพไม่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ต่อวิชาชีพและต่อตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของพจนาน (2545) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 110 ราย พบว่าในสถานการณ์: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างระบุประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมคือไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ถึงร้อยละ 71.82

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้ง ซึ่งทำให้พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรองลงมา คือพันธุศาสตร์ต่อผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงมักทราบความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (Chally & Loriz, 1998) ในขณะเดียวกันก็ทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น แพทย์ เพราะต้องมีการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยทำให้ทราบความต้องการและความคาดหวังในการรักษาของแพทย์หรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เมื่อคุณค่าของผู้ป่วยและญาติไม่สอดคล้องกับคุณค่าของทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต่อแต่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน เป็นต้น ทำให้พยาบาลเกิดความขัดแย้งได้ง่ายเพราะพยาบาลจะมีความตระหนักถึงพันธุศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเคารพในความเป็นบุคคลโดยเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างครบถ้วน แต่ในเวลาเดียวกันพยาบาลก็รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อคงสัมพันธภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป ซึ่งเป็นข้อกำหนดในจรรยาบรรณวิชาชีพที่ว่า “พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ” (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) ทำให้ต้องมีการตัดสินใจว่าควรทำอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักและพบว่าการอยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่ก็อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้ในการดูแลผู้ป่วยหนัก

ส่วนสถานการณ์ที่พยาบาลส่วนใหญ่ประสบเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้งอีกประเด็นหนึ่งคือ การบอกความจริงกับการปิดบังความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย เนื่องจากแม้ว่าการบอกความจริงจะก่อให้เกิดผลดีหลายประการแต่พบว่าการบอกความจริงก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับความจริงได้ (สุรีย์, 2541) ซึ่งปัญหาในเรื่องการตัดสินใจบอกหรือไม่บอกความจริงในผู้ป่วยวิกฤตมักเกี่ยวข้องกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้หรือเกี่ยวกับการบอกความจริงในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (Stagno, Zhukovsky & Walsh, 2000) ซึ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลายรายเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ดังนั้นการจะตัดสินใจบอกความจริงกับผู้ป่วยและญาติจึงเป็นเรื่องที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยต้องตัดสินใจให้ได้ว่าจะบอกอย่างไร บอกเมื่อใด และ ที่ไหน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก คือไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย

การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด ก็เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่ประสบเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้ง เนื่องจากจำนวนเตียงและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะรองรับผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนจำกัด อีกทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยีมาก ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ (E.K.G monitor) และเครื่องกำหนดการหยดของสารน้ำ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเรื่องการจัดสรรทรัพยากร (Leino-Kilpi, Suominen, Makela, McDaniel & Puukka, 2002) ได้ง่าย ทำให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัดให้มีความยุติธรรมและเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของแฮดแดด (Haddad, 1998) ที่พบว่าพยาบาลต้องประสบกับประเด็นขัดแย้งบางครั้งถึงบ่อยครั้งเพราะข้อจำกัดของทรัพยากร เช่นเดียวกับกรีน (Green, 1999) ซึ่งกล่าวว่าประเด็นจริยธรรมที่มักประสบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คือ การจัดสรรทรัพยากร

สำหรับสถานการณ์ที่พยาบาลส่วนใหญ่ประสบเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้งอีกประเด็นหนึ่งคือ การยืดชีวิตกับการหยุดการรักษาเพื่อยืดชีวิตออกไป เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย เพราะผู้ป่วยวิกฤตมีปัญหาซับซ้อนหลายประการ มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพอย่างรวดเร็ว และมีการนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้ในการรักษาพยาบาล (Bucknall, 2000) ทำให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้เทคโนโลยีเพื่อการยืดชีวิตออกไป เป็นต้น และผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากป่วยหนักและไม่ทราบผลการพยากรณ์โรคที่แน่นอน (Genesen, 1997) ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และพบประเด็น

ขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับยึดชีวิตหรือยึดความทุกข์ทรมาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาริสัน (Carison, 1999) เจซุท (Jezuit, 2000) และ สเตกโน ฐโกวสกายและวอลซ์ (Stagno, Zhukovsky & Walsh, 2000) พบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักประสบกับประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องของการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการยุติการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับมาคืนชีพได้ ซึ่งกรีน (Green, 1999) กล่าวว่าประเด็นจริยธรรมที่มักประสบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คือ การตัดสินใจไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย (advance directives) เกี่ยวกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยินยอมรับการรักษาพยาบาลโดยได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของคอร์ลี ซีลิก และเฟอร์กูสัน (Corley, Selig & Ferguson, 1993) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของพยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 91 ราย พบว่าพยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในหลายเรื่องและเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องมากที่สุดคือการยึดชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวังโดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมบางครั้ง

จากการสัมภาษณ์ลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล พบว่ามี 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 2) ประสานงานกับแพทย์ 3) เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ 4) ตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อน และ 5) ตัดสินใจแทนญาติผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่าการที่พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในลักษณะเช่นนี้เพราะพยาบาลรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนคือการให้ข้อมูลและเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการรักษา (สภาการพยาบาล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับ สุวิภา (2541) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจในการรับการรักษา และสอดคล้องกับฮีวิท (Hewitt, 2002) ซึ่งกล่าวว่าการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อผู้ป่วย อีกทั้งอเวียร์ด (Aveyard, 2002) ยังกล่าวว่าการให้ข้อมูลเป็นการเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) ของผู้ป่วยและส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

สำหรับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยการประสานงานกับแพทย์ อาจเป็นเพราะพยาบาลถือเป็นบทบาทหน้าที่อีกลักษณะหนึ่งซึ่งมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (นันทนา, 2538) ดังที่ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นการคงความสัมพันธ์ในวิชาชีพในระยะยาวและยังแสดงถึงพลังวิชาชีพอีกด้วย

ส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยการตัดสินใจช่วยชีวิตไปก่อน และการตัดสินใจแทนญาติผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลรับรู้ในบทบาทหน้าที่ตามจรรยาบรรณวิชาชีพในการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537)

## 1.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามากกว่าร้อยละ 55 ปฏิบัติตั้งแต่บางครั้งถึงบ่อยครั้งในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 66) ขั้นตอนที่ 2) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (ร้อยละ 58) ขั้นตอนที่ 3) กำหนดประเด็นปัญหา (ร้อยละ 62) ขั้นตอนที่ 4) พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (ร้อยละ 69) ขั้นตอนที่ 5) วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง (ร้อยละ 68) และ ขั้นตอนที่ 6) ตัดสินใจเลือก (ร้อยละ 64) เนื่องจากพยาบาลได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลซึ่งมีขั้นตอนคล้ายกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมทั้งในหลักสูตรและภายหลังจบการศึกษา ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมในหลักสูตร และร้อยละ 50 ได้รับการอบรมด้านจริยธรรมภายหลังจบการศึกษาทำให้มีความรู้ในขั้นตอนการตัดสินใจเพิ่มขึ้น แต่ทุกขั้นตอนก็ยังมีผู้ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 6-11 นอกจากนี้มีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติถึงปฏิบัติหลายๆครั้งในแต่ละขั้นตอนร้อยละ 30.8-41.6 เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน การที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนได้จะต้องมีการศึกษาอบรมและฝึกทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยเฉพาะ (อรัญญา และ วันดี, 2544) แม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมด้านจริยธรรมในหลักสูตรและภายหลังจบการศึกษา แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ขาดความรู้ในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านจริยธรรมภายหลังจบการศึกษามีถึงร้อยละ 48 ดังนั้นการตัดสินใจจึงไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮัชและดีโวรัค (Hughes & Dvorak, 1997) ที่ศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 82 ราย พบว่าในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพยาบาลมักไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอน

## 1.3 ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าผลกระทบตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก **ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง** (ร้อยละ 57) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการไม่ได้รับการยอมรับในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากทีมสุขภาพ ทำให้พยาบาลผู้ทำการตัดสินใจรู้สึกที่ตนเองไร้พลังอำนาจ (Erlen & Frost, 1991) ซึ่ง กอล (Gual, 1995) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นสาเหตุให้พยาบาลเกิดภาวะหม่นหมองทางจริยธรรมได้ (moral distress) เพราะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่ศึกษาผลของการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลรู้สึกด้อยค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้



และประคอง (2542) กล่าวว่าพยาบาลยังมีบทบาทน้อยและรับรู้ว่าคุณเองสูญเสียพลังอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งความรู้สึกไร้พลังอำนาจดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากวิชาชีพการพยาบาลยังไม่มีเอกสิทธิ์ที่แท้จริงเนื่องจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มีทั้งงานที่อิสระและบางส่วนที่ไม่อิสระ ต้องประสานงานกับบุคลากรด้านการรักษาหรือแพทย์ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังคงอยู่ภายใต้อำนาจการบังคับบัญชาของแพทย์ (นันทนา, 2538)

ส่วนด้านที่มีผลกระทบรองลงมาคือ **ด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน** (ร้อยละ 53) อาจเนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมักเป็นสาเหตุของความเครียดของพยาบาล เพราะไม่รู้ว่าจะผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร และความเครียดที่สูงจะทำให้ความพึงพอใจในการทำงานต่ำ (Healy & McKay, 1999) และอาจเนื่องจากระบบการณการทำงานที่น้อยเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี ซึ่งโยทะกา (2538) กล่าวว่าพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ มักจะมีความคาดหวังหรือเป้าหมายในการทำงานสูงแต่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงที่ตรงข้ามกับสิ่งที่วาดไว้จึงเกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงาน หรือพยาบาลอาจต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งที่ไม่ต้องการเช่นในการไม่บอกความจริงซึ่งก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Turkoski, 2001) หรือพยาบาลมักต้องปฏิบัติตามการตัดสินใจของแพทย์ทั้งที่ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจนั้น ดังการศึกษาของกรันสทีน อมาโด (Grundstein-Amado, 1992) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างของแพทย์และพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยศึกษาในแพทย์ 9 รายและพยาบาล 9 ราย พบว่าในการดูแลผู้ป่วยแพทย์จะให้คุณค่ากับการรักษา (cure) แต่พยาบาลจะให้คุณค่ากับการดูแล (caring) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บัคนอนลและโธมัส (Bucknall & Thomas, 1996b) ที่ศึกษาถึงความพึงพอใจของพยาบาลที่ได้ตัดสินใจในการทำงาน โดยศึกษาในพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 230 ราย พบว่าการได้ตัดสินใจด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และจากการศึกษาของคาร์เทลจ (Cartledge, 2001) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการย้ายของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักคือการไม่ได้รับการยอมรับในการตัดสินใจ

ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ว่าคุณไม่มีผลกระทบถึงกระทบน้อย **ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน** (ร้อยละ 73) และ **ด้านสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน** (ร้อยละ 55) เนื่องจากพยาบาลมักใช้การจัดการกับอารมณ์ เพื่อแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาจากการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (กาญจนา, 2543; อรัญญา และ วันดี, 2544) ทำให้พยาบาลรู้สึกดีขึ้นและไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน สำหรับ **ด้านทัศนคติ/ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ** (ร้อยละ 53) รับรู้ว่าคุณไม่มีผลกระทบถึงกระทบน้อย เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงคุณลักษณะของวิชาชีพพยาบาลว่าเป็นงานที่ต้องอุทิศร่างกายแรงใจเพื่อ

ผู้ป่วย รวมทั้งรับรู้ถึงลักษณะการทำงานของพยาบาลที่ต้องมีการประนีประนอมระหว่างผู้ป่วยกับ ทีมสุขภาพ (นันทนา, 2538) และภาพลักษณ์ของพยาบาลในสายตาของผู้รับบริการคือผู้ที่มีความ เป็นกันเอง มีเมตตา กรุณา และเอาใจใส่ผู้ป่วยอยู่เสมอ (อุไร, 2537) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาล ยังคงความภาคภูมิใจในวิชาชีพ

#### 1.4 ปัญหา-อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ประสบปัญหาและอุปสรรคตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในเรื่อง 1) ขาด ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรมทำให้ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม (ร้อยละ 80) 2) ขาดเอกสาร คู่มือ ที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 74) 3) ขาดอำนาจในการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม (ร้อยละ 59) 4) ขาดประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 57) 5) ภาระงานมาก อ่อนล้า (ร้อยละ 53) และ 6) ขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ร้อยละ 53) ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่า ปัญหา/อุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ด้านพยาบาล คือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 2) ขาดทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม อธิบายได้ว่าเนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่ได้กระทำได้อย่างง่ายดาย ต้องอาศัยความรู้ เกี่ยวกับทฤษฎี จริยศาสตร์ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรม ประกอบกับกระบวนการตัดสินใจ เชิงจริยธรรม (Fry, 1994) ซึ่งเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการคิดเชิงวิเคราะห์ ร่วมกับการฝึกทักษะและประสบการณ์ในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมกับสถานการณ์ตัวอย่างจึงจะ ช่วยให้ผู้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรัญญาและวันดี, 2544) ดังนั้นการขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรม ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม ขาดประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และขาดความรู้ ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จึงเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ส่วนการขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับบทบาท ของพยาบาลกับอำนาจอิสระพบว่า การขาดอำนาจอิสระทำให้พยาบาลแสดงบทบาทในการ ตัดสินใจลดลง (Collins & Henderson, 1991) สอดคล้องกับแนวคิดของไรเกิล (Reigle, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงการไร้พลังอำนาจมีผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สำหรับปัญหา เรื่องภาระงานมาก อ่อนล้า ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของบัคนอลล์และโทมัส (Bucknall & Thomas, 1997) ที่ศึกษาปัญหาใน การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักในออสเตรเลีย จำนวน 230 ราย พบว่า ปัญหาคือไม่มีเวลา

ส่วนเรื่องหน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญ พบว่าร้อยละ 55 ไม่ประสบปัญหาถึงประสบในระดับน้อย เนื่องจากปัจจุบันทุกโรงพยาบาลต้องผ่านการประกันคุณภาพ ซึ่งการจะได้รับการรับรองคุณภาพต้องมีแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งความต้องการของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อป้องกันการฟ้องร้องทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลรวมทั้งหอผู้ป่วยหนักจึงให้ความสำคัญกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

### 1.5 ความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จากปัญหาอุปสรรคของการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วจึงพบว่าความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก ได้แก่ 1) จัดทีมที่ปรึกษาด้านจริยธรรมในโรงพยาบาล ร้อยละ 66 2) จัดให้มีการฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 65.4 3) จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 65.4 4) ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร้อยละ 63.5 และ 5) จัดกิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมในหอผู้ป่วย ร้อยละ 51.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลจำนวน 22 ราย พบว่าความต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมี 3 เรื่อง ได้แก่ 1) มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 2) มีผู้ให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และ 3) มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน

จะเห็นว่าความต้องการของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคและแนวคิดของสิระยา (2538) ที่กล่าวว่าแนวทางแก้ปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรมคือองค์กรควรจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมที่มีการทำงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งกรรมการจริยธรรมจะทำหน้าที่กำหนดนโยบายทางด้านจริยธรรม เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Hall, 1996) และ วัตสัน (Watson, 1994) กล่าวว่า ประสบการณ์ในสถานการณ์ทำให้พยาบาลตัดสินใจได้ง่ายขึ้นและถ้ามีความรู้จะยิ่งทำให้การตัดสินใจง่ายขึ้นไปอีก ดังนั้นฟราย (Fry, 1989) ได้เสนอกิจกรรมในการฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือจัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางจริยธรรม นำประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยมาสนทนาก่อนและหลังให้การพยาบาล และในการประชุมวิชาการจัดให้มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิวแมน (Neumann, 2001) ถึงการช่วยเหลือโดยการตรวจเยี่ยมทางจริยธรรม (ethic rounds) เดือนละ 1 ครั้ง พบว่า หลังจากกระทำ 1 ปี พยาบาลมีความรู้ในหลักจริยธรรมเพิ่มขึ้นและรู้สึกมั่นใจในการอภิปรายประเด็นจริยธรรมกับแพทย์

## 2. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลตามสถานการณ์ที่กำหนด

### สถานการณ์ที่ 1 ยึดชีวิตหรือหยุดความทุกข์ทรมาน

สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรคหัวใจ เพศชาย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งที่ 2 โดยญาติเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลทราบในภายหลังว่าผู้ป่วยตัดสินใจไม่ขอเข้ารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยอาการหนักไม่สามารถหายใจเองได้แพทย์จะทำการใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะนั้นญาติไม่อยู่พยาบาลซึ่งทราบความต้องการของผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไรซึ่งทางเลือกได้แก่ยึดชีวิต ยุติการรักษา และ ปรีกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.1) ตัดสินใจ **ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ยึดชีวิต)** เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ พยาบาลจึงถูกสอนและอบรมมาให้เป็นผู้ที่มีความเมตตา กรุณา และกระทำความดีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (วงจันทร์ และ อรัญญา, 2539) อีกทั้งคุณธรรมที่สำคัญยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาลคือเมตตาธรรมซึ่งทำให้นุคคลมีความอ่อนโยนและเคารพในคุณค่าของทุกชีวิตโดยเสมอหน้า (ละออบ, 2540) และคุณธรรมที่เป็นพื้นฐานของบุคคลได้แก่ เมตตาธรรมและความรักเพื่อนมนุษย์ซึ่งจริยธรรมตามข้อนี้คือเคารพในคุณค่าของชีวิต เชื่อว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิทธิโดยธรรมชาติของทุกคน ซึ่งการพยาบาลของผู้มีจริยธรรมในข้อนี้คือ การป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการ (ละออบ, 2536) เช่นเดียวกับหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่ว่าสัตว์ทุกตนรักชีวิต ชีวิตทุกชีวิตต้องการดำรงอยู่ ต้องการอยู่รอด (พระเทพเวที, 2532) พยาบาลส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธ คุณค่าส่วนบุคคลของพยาบาลได้รับอิทธิพลมาจากประเพณีและวัฒนธรรมแบบชาวพุทธ และคุณค่าส่วนบุคคลที่ดงามในวิชาชีพ ได้แก่ ความเมตตากรุณา (ทักษิณี, พิสมัย และ สุณี, 2544) และประกอบกับหลักจริยธรรมพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การทำสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (สิระยา, 2538) จึงทำให้พยาบาลได้รับการปลูกฝังในสิ่งเหล่านี้และให้คุณค่ากับชีวิตจึงตัดสินใจยึดชีวิต ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศอัลเบอตาของเดวี (Dawe, 2002) ที่ศึกษาความเชื่อและประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับการยุติการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยุติการรักษา (ยับยั้งการรักษา ร้อยละ 98 หรือ ยุติการรักษา ร้อยละ 97) ได้เอง

สำหรับเหตุผล/หลักการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับการตัดสินใจยึดชีวิตคือ **ผู้ป่วยอาจดีขึ้น** และมากกว่าร้อยละ 70 ที่ให้เหตุผลว่า **รู้สึกเป็นบาปหากไม่ให้การช่วยเหลือ (ร้อยละ 77) มีหน้าที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 73) และ ญาติไม่อยู่และยังไม่มีทางเลือกไม่ยินยอมในการใส่ท่อช่วยหายใจจากผู้ป่วยหรือญาติ (ร้อยละ 72)** อธิบายได้ว่าเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปลูกฝังสืบต่อกันมาในเรื่องของการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้นหรือเพื่อการมีชีวิตอยู่ ดังจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลต่อประชาชนที่ให้พยาบาลพึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการ

แก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมและพึงป้องกันอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) และพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีหน้าที่ในการรักษาชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติและบรรเทาความทุกข์ทรมาน (พวงเพ็ญ, 2538) อีกทั้งพยาบาลรับรู้ว่าการไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นการกระทำที่อาจทำให้ถูกฟ้องร้องได้ว่าละเว้นการปฏิบัติหน้าที่หากยังไม่ได้รับการยืนยันจากญาติหรือการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความต้องการของผู้ป่วย ดังคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ (สภาการพยาบาล, 2541) ดังนั้นพยาบาลจึงมักเลือกตัดสินใจยึดชีวิตด้วยเชื่อว่าเป็นการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) ซึ่งหลักการของการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมักจะเป็นหลักจริยธรรมประการแรกที่พยาบาลมักนึกถึงเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วงจันทร์ และ อรรถญา, 2539) เพราะคิดว่าในภาวะวิกฤตผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ พยาบาลจึงมักตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วยการทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยมากกว่าทำตามการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย (Stoeckle, Doorley & McArdle, 1998) ซึ่งบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงในระยะยาวว่าผู้ป่วยอาจได้รับความทุกข์ทรมานจากสภาพที่ไม่สามารถอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถนนอม (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 90 ราย พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยร้อยละ 90 ได้รับคือดูแลช่วยเหลือเพื่อให้รอดตาย หายป่วย

สำหรับเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงมากคือ **รู้สึกเป็นบาปหากไม่ให้การช่วยเหลือ** อธิบายได้ว่าเนื่องจากความเชื่อของชาวพุทธซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการไม่ช่วยเหลือหากผู้ป่วยเสียชีวิตถือเป็นบาป ซึ่งเป็นการเข้าใจผิดเพราะถ้าได้ทำการศึกษาหลักธรรมทางพุทธศาสนาอย่างแจ่มชัดแล้วการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบนั้นไม่บาป (พระเทพเวที, 2532) เพราะการจากไปด้วยใจที่สงบและความมีสติสมบูรณ์ เป็นการตายที่ดีและสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ในพุทธศาสนา และยังสอดคล้องกับหลักการของศาสนาอิสลาม คือ ความตายเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ดังนั้นเมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัดการพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ (สิวลี, 2542) และอีกเหตุผลหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยึดชีวิตคือ **มีหน้าที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์** อธิบายได้ว่าเนื่องจากความร่วมมือ (cooperation) ระหว่างพยาบาลและแพทย์จะส่งผลดีในการดูแลผู้ป่วย (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson & Johnson, 1992) และความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์มีความสำคัญมากในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ

(Krairiksh & Anthony, 2001) ซึ่งความร่วมมือที่ดีจะส่งผลถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆในอนาคตด้วย อีกทั้งพยาบาลรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ที่ไม่อิสระคือด้านการรักษา พยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (นันทนา, 2538; Ahern & McDonald, 2002)

สำหรับการที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 14) ตัดสินใจยุติการรักษา โดยประสานงานกับแพทย์เพื่อไม่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากความเชื่อของชาวพุทธซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการไม่ช่วยเหลือหากผู้ป่วยเสียชีวิตถือเป็นบาป และโดยบทบาทหน้าที่และจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลทำให้ต้องช่วยชีวิตเพราะถ้าไม่ช่วยเหมือนกับไม่ได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่ตัดสินใจยุติการรักษา ส่วนเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87 เห็นด้วยในระดับมากกับการตัดสินใจยุติการรักษาคือ**เป็นความต้องการของผู้ป่วย** อธิบายได้ว่าเนื่องจากพยาบาลเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (respect for autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับฮารีรี (Harries, 1985 cited by Areyard, 2000) ที่กล่าวว่าประชาชนมีสิทธิในการจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และสอดคล้องกับหลักการของศาสนาอิสลาม คือ ความตายเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ดังนั้นเมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัดการพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ (สิวลี, 2542) และอีกเหตุผลหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากรองลงมาเห็นด้วยในระดับมากกับการตัดสินใจยุติการรักษาคือ**การใส่ท่อทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน** เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและไม่สบายที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (วรรณภรณ์, 2544) จึงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานนั้น ซึ่งถือเป็นการกระทำตามหลักจริยธรรมในข้อที่ว่ากระทำในสิ่งที่ดี (beneficence) และ ไม่ทำอันตราย (nonmaleficence) ผู้ป่วย

## สถานการณ์ที่ 2 จะบอกความจริงดีไหม

สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการทราบผลชิ้นเนื้อ แต่สามีไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ความจริงและแพทย์ก็ทำตามความต้องการของญาติ พยาบาลจะตัดสินใจอย่างไร ซึ่งทางเลือกได้แก่ ไม่บอกความจริง บอกความจริง ปรีกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า หลอกลวงว่าไม่ร้ายแรง และ หลีกเลี่ยงการดูแล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย จาก 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.9 ตัดสินใจ**ไม่บอกความจริง** อธิบายได้ว่าเนื่องจากพยาบาลเชื่อว่าการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายถ้าผู้ป่วยยอมรับความจริงไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากและอาจขาดกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษาต่างๆทำให้โรคทรุดหนักเร็วขึ้น (สุรี, 2541) ซึ่งแสดงว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับหลักการไม่ทำอันตราย (nonmaleficence)

ดั่งการศึกษาของจุฬารัตน (2544) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ พบว่า ผลกระทบด้านลบของการได้รับการบอกความจริง คือ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ และสับสน กังวลใจจะทำอย่างไรให้หายจากโรค และการไม่บอกข่าวร้ายจะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความหวังในการรักษา ซึ่งปีเกลและแบลควูด (Begley & Blackwood, 2000) กล่าวว่า การมีความหวังจะส่งผลในทางบวกต่อการรักษา

สำหรับเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.1 เห็นด้วยในระดับมากกับการตัดสินใจไม่บอกความจริงคือเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับไม่ได้ รองลงมาร้อยละ 57.5 เห็นด้วยในระดับมากกับเหตุผลว่าการบอกข่าวร้ายเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลกำหนดให้พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) ดังนั้นในการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายพยาบาลจะต้องประเมินคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร มีความพร้อมและความต้องการในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพียงใด (สุรี, 2541) เพราะสถานการณ์ที่เมื่อบอกความจริงแล้วจะทำให้ผู้ป่วยกังวลความสามารถลดลงหรือป่วยมากขึ้น ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่ดีที่จะให้ข่าวร้ายกับผู้ป่วย (Davis & Aroskar, 1991; Veatch & Fry, 1987) และสอดคล้องกับทักเคท (Tuckett, 1999) ที่กล่าวว่าพยาบาลมักไม่บอกความจริงด้วยความสงสาร

ส่วนเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในการตัดสินใจไม่บอกความจริง คือ **ไม่ขัดแย้งกับญาติ** (ร้อยละ 77) และ **นโยบายของโรงพยาบาลอนุญาตให้แพทย์เท่านั้นเป็นผู้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย** (ร้อยละ 74) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้เนื่องจากป่วยหนัก ดังนั้นญาติเป็นบุคคลสำคัญที่พยาบาลต้องเคารพการตัดสินใจเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและทราบความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และการให้ความร่วมมือกับญาติจะก่อให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลดีในความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว (พรทิพย์, 2541) ส่วนเหตุผลที่ไม่บอกความจริงเพราะเห็นด้วยกับการเคารพนโยบายของโรงพยาบาล เนื่องจากนโยบายเป็นตัวกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน (ปัตพงษ์และอนุพงศ์, 2544) ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องตัดสินใจตามกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (Bureaucratic center) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจนา (2545) ที่ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจโดยใช้กฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง ในสถานการณ์: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์

สำหรับการที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 23) ตัดสินใจ**บอกความจริง** เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เกรงว่าจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยยอมรับความจริงไม่ได้และเกินขอบเขตหน้าที่ พยาบาลจึงไม่อยากจะขัดแย้งกับแพทย์ทำให้มีผู้เลือกที่จะบอกความจริงมีน้อย

ซึ่งเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากในการตัดสินใจบอกความจริง คือ เป็นสิทธิของผู้ป่วย (ร้อยละ 97) ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 88) ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ง่ายขึ้น (ร้อยละ 86) และต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ร้อยละ 83) เนื่องจากพยาบาลรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจ (สภาการพยาบาล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพาพันธ์ (2538) ที่ศึกษาความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลจำนวน 240 คนที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลมีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะสิทธิที่จะได้รับข้อมูล และ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวรรณ (2539) ที่ศึกษาความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลโดยศึกษากับพยาบาลจำนวน 310 คน พบว่า พยาบาลมีความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยสูง และมีความตระหนักต่อการให้ข้อมูลสูงมาก ซึ่ง สุรีย์ (2541) กล่าวว่าพยาบาลรับรู้ถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการไม่บอกความจริง เช่น ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนเองป่วยหรือไม่รู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีความหวงในการรักษาจึงพยายามหาวิธีการรักษาต่างๆทำให้ไม่สามารถวางแผนการใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและครอบครัว และไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆได้อย่างคุ้มค่าตามที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต

### สถานการณ์ที่ 3 จะทำตามใครดี

ในสถานการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยสูงอายุซึ่งใส่เครื่องช่วยหายใจปฏิเสธการรักษาโดยขอกลับบ้านและญาติก็ต้องการทำตามความต้องการของผู้ป่วยแต่แพทย์ไม่อนุญาต พยาบาลต้องตัดสินใจว่าจะทำตามความต้องการของใครระหว่างแพทย์ซึ่งหวังดีต่อผู้ป่วยกับญาติผู้ต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งทางเลือกในการตัดสินใจ ได้แก่ ให้ข้อมูลและทำตามความต้องการของผู้ป่วย ทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน ปรีกษาแพทย์เพื่อให้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย และปรีกษาผู้มีอำนาจสูงกว่า ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย จาก 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.7 ตัดสินใจให้ข้อมูลและทำตามความต้องการผู้ป่วย กล่าวคือยินยอมให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากพยาบาลรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ดังคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ว่า ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น (สภาการพยาบาล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของสวิสเซอร์ (Swisher, 2000) ที่กล่าวว่ากรณีผู้ป่วยที่การรับรู้ปกติให้ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อให้ข้อมูลประกอบ



การตัดสินใจอย่างครบถ้วนแล้ว และวิชัย (2545) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งแล้วว่าปฏิเสธการรักษาโดยต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปให้การรักษาตัวหรือถึงแก่กรรมที่บ้านเป็นสิทธิของผู้ป่วยพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติเท่านั้น

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับเหตุผลของการตัดสินใจให้ข้อมูลและทำตามความต้องการผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 99 ที่ให้เหตุผลว่า**เป็นสิทธิของผู้ป่วย** และมากกว่าร้อยละ 80 ให้เหตุผลว่า**เป็นความต้องการของผู้ป่วย** (ร้อยละ 95) และ**ไม่มีปัญหาทางกฎหมาย** (ร้อยละ 87) เนื่องจากปัจจุบันพยาบาลรับรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยกันมากขึ้นฉะนั้นในการตัดสินใจต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (respect for autonomy) เพราะการละเมิดสิทธิเป็นการผิดกฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2543) ที่ศึกษาเรื่องสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและแพทย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยศึกษาในแพทย์และพยาบาลจำนวน 315 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับและการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่า**ไม่สิ้นเปลืองการรักษา** เนื่องจากในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลมักคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา (2545) ที่ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงไม่เห็นด้วยกับเหตุผลเรื่องสิ้นเปลืองการรักษา

สำหรับการที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 4) ตัดสินใจ**ทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน** เนื่องจากพยาบาลรับรู้ในเรื่องสิทธิผู้ป่วยในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน (สภาการพยาบาล, 2541) ทำให้พยาบาลตัดสินใจทำตามแพทย์น้อย แม้ว่าเป็นความต้องการของแพทย์แต่ไปขัดกับสิทธิผู้ป่วยพยาบาลจึงไม่ทำตาม ส่วนเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากกับการตัดสินใจทำตามแพทย์โดยไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน คือ **หากกลับบ้านผู้ป่วยอาจทรมาณหรือเสียชีวิต** (ร้อยละ 100) และ **ถ้ารักษาต่อผู้ป่วยมีโอกาสรอด** (ร้อยละ 85) อธิบายได้ว่าเนื่องจากพยาบาลไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลต่อประชาชนที่ว่า “พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน” (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537) และสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสำหรับการปฏิบัติกรพยาบาลคือการกระทำในสิ่งที่ดี/ป้องกันอันตราย (beneficence/nonmaleficence) ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Davis & Aroskar, 1991)