

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
2. หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
 - 2.1 คุณค่า/ความเชื่อ
 - 2.2 จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล
 - 2.3 สิทธิผู้ป่วย
 - 2.4 ทฤษฎีจริยศาสตร์
 - 2.5 หลักจริยธรรม
 - 2.6 แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.7 ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
3. กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
4. ผลกระทบต่อพยาบาลจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
5. ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
6. แนวทางส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
7. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมและเกณฑ์ตัดสินใจจริยธรรมในการเลือกกระทำหรือไม่กระทำ ในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล (สิวลี, 2542) การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมหมายถึง การที่บุคคลใช้เหตุผลในการเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีมูลเหตุหรือแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังการกระทำนั้นๆ (จินดา, 2541) เช่น พยาบาลยอมปฏิบัติตามผู้ป่วยเพราะเป็นหน้าที่ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ลักษณะการให้เหตุผลในการเลือกกระทำเช่นนี้

เรียกว่าการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ส่วนเกณฑ์ตัดสินจริยธรรม คือ มาตรการที่จะบอกว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ สิ่งใดถูก สิ่งใดผิด โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีการตัดสินการกระทำเรามักจะใช้สิ่งเหล่านี้เป็นเกณฑ์ตัดสินด้านจริยธรรม คือ ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งกฎเกณฑ์ต่างๆของสถาบัน แต่นักจิตวิทยามีความเห็นที่ต่างออกไปตามที่กล่าวมานี้ ไม่อาจนำมาตัดสินการกระทำได้ดีพอและบางครั้งก็อาจทำให้เกิดข้อขัดแย้ง จึงมีการนำทฤษฎีจิตวิทยา หลักจริยธรรม และแนวคิดทางจริยธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในสิ่งที่เราตัดสินใจมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจร่วมด้วย (สิวลี, 2542)

ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมขึ้นอยู่กับความไวต่อประเด็นจริยธรรม (moral sensitivity) และการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (moral reasoning) ซึ่งกระบวนการพัฒนาสิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยทั้งความรู้และประสบการณ์ ความไวต่อประเด็นจริยธรรมเกี่ยวข้องกับการสังเกตเห็นปัญหาจริยธรรมในสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคล การเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการและสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม และยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณี ศาสนา การศึกษาและประสบการณ์ชีวิต ซึ่งความไวต่อประเด็นจริยธรรมมีความสำคัญสำหรับพยาบาลทุกคนเพราะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมเป็นความสามารถในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรมากในสถานการณ์นั้นๆ เป็นกระบวนการทางความคิดที่จะอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ดังนั้นการเรียนรู้เกี่ยวกับคุณค่า จรรยาบรรณวิชาชีพ หลักจริยธรรม และแนวคิดเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยพัฒนาความไวต่อประเด็นจริยธรรมและการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมของพยาบาล (Fry, 1994)

พยาบาลมักจะประสบกับความลำบากใจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาพยาบาลตัดสินใจโดยใช้ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา และคุณค่า ซึ่งเป็นไปตามคุณค่าของพยาบาลและคุณค่าของวิชาชีพ (Fry, 1994) แต่ปัจจุบันมีสิ่งที่เกี่ยวข้องมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการศึกษา จึงเกิดความต้องการแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับหลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะช่วยให้สามารถนำไปปรับใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย

หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล เพราะในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวันพยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้ ซึ่งประเด็นจริยธรรมที่พยาบาลมักพบ คือประเด็นเกี่ยวกับการเคารพสิทธิของผู้ใช้บริการ การบอกความจริงแก่ผู้ใช้บริการ การยินยอมรับการรักษาโดยการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือการถูกบังคับ การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตลอดจนการจัดการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นและหายาก ดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อทั้งของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ กฎหมาย/สิทธิของผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาล นโยบายสาธารณสุข วัฒนธรรม ศาสนา และเศรษฐกิจ (อรัญญาและวันดี, 2544)

1. คุณค่า/ความเชื่อ

ความเชื่อ (beliefs) เป็นความศรัทธายอมรับจากความรู้สึก มากกว่าเหตุผลข้อเท็จจริง บางครั้งมีลักษณะเป็นความมั่นใจ (สิวลี, 2542) ในขณะที่คุณค่า (value) เป็นอุดมการณ์หรือความคิดที่มีความหมายกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล การให้คุณค่ากับสิ่งใดของบุคคลมักมาจากมาตรฐานหรือรูปแบบในสังคม ศาสนา และการเลี้ยงดูของครอบครัว แล้วกลายเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการเลือกการกระทำในชีวิตประจำวัน (Aiken & Catalano, 1994) การให้คุณค่ากับสิ่งใดของบุคคลสามารถสังเกตได้ในชีวิตประจำวัน บางคุณค่ามีความสำคัญและเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมซึ่งมักจะไม่มีเปลี่ยนแปลง บางคุณค่าเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์และความนิยม ดังนั้นการเข้าใจคุณค่าของคนจึงเป็นขั้นตอนแรกในการเตรียมตนเองในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คุณค่ามีทั้งคุณค่าทางจริยธรรมและไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรม ซึ่งมีความแตกต่างกัน ที่ไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรม คือคุณค่าเกี่ยวกับความชอบหรือความเชื่อส่วนบุคคล ส่วนคุณค่าทางจริยธรรมคือคุณค่าที่ให้เหตุผลในการกระทำ พฤติกรรม ประเพณีหรือคุณลักษณะของบุคคล (Fry, 1994)

ฟราย (Fry, 1994) แบ่งประเภทของคุณค่า ดังนี้

1.1 คุณค่าส่วนบุคคล (personal value) เป็นพฤติกรรมที่มาจากความเชื่อ ทัศนคติ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เช่น พยาบาลมีคุณค่าส่วนบุคคลในเรื่องความสะอาดและความซื่อสัตย์ ซึ่งคุณค่าเหล่านี้สำคัญสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะความเมตตากรุณาเป็นคุณค่าส่วนบุคคลที่งดงามในวิชาชีพพยาบาล (ทัศนีย์, พิสมัย และ สุณี, 2544) อีกทั้งคุณค่าส่วนบุคคลอาจเกิดจากการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ศาสนา ความเชื่อในขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษาและประสบการณ์ในชีวิต การแยกแยะการให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆของแต่ละบุคคลโดยผ่านการใคร่ครวญ

ด้วยตนเองและการสะท้อนความคิดคือขั้นตอนแรกของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ขั้นต่อมาคือทำความเข้าใจว่าคุณค่าอะไรที่สำคัญสำหรับบุคคลและทำไมจึงสำคัญ ซึ่งแต่ละคนให้คุณค่าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อส่วนบุคคล การเข้าใจคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับและให้ความเคารพในคุณค่าของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1.2 คุณค่าทางวัฒนธรรม (cultural value) เป็นคุณค่าในประเพณีของคนในท้องถิ่น ซึ่งบ่อยครั้งมักจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น บางท้องถิ่นให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ บางท้องถิ่นให้คุณค่ากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นการออกกำลังกาย ดังนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ต้องรู้คุณค่าทางวัฒนธรรมของประชาชนว่าเป็นอย่างไร ส่วนมากศาสนาจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม เช่น ในเรื่องชีวิตและความตายและความสำคัญหลังความตาย การสอนในบางศาสนาจะสัมพันธ์กับการกระทำของบุคคล ดังนั้นพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันของบุคคล การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้ความสำคัญและเคารพคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย

1.3 คุณค่าทางวิชาชีพ (professional value) เป็นคุณลักษณะพิเศษที่กำหนดโดยกลุ่มวิชาชีพ คุณค่าในวิชาชีพพยาบาลเป็นคุณค่าที่สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเรียนรู้เกี่ยวกับคุณค่าในวิชาชีพทั้งจากการศึกษาอย่างเป็นระบบและการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลอย่างไม่เป็นทางการและค่อยๆรวมคุณค่าในวิชาชีพเข้าสู่คุณค่าส่วนบุคคล บางคุณค่าในวิชาชีพพยาบาลไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรมคืออยู่บนพื้นฐานของความพอใจ ได้แก่ ความสะอาด ประสิทธิภาพ ส่วนคุณค่าในวิชาชีพที่เป็นคุณค่าทางจริยธรรม ได้แก่ ความซื่อสัตย์ ความสม่ำเสมอ คุณค่าในวิชาชีพที่เป็นมาตรฐานสำหรับกลุ่มวิชาชีพ เช่น จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ซึ่งแสดงถึงความเชื่อของวิชาชีพในเรื่องการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล เกียรติและสิทธิของบุคคล จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลเป็นคุณค่าความเชื่อในวิชาชีพพยาบาลเพื่อประชาชนและแสดงเป้าหมายคุณค่าด้วยโครงสร้างทางการศึกษาของวิชาชีพ

สิวลี (2542) แบ่งประเภทของคุณค่าเป็น 2 ประเภท คือ 1) คุณค่านอกตัว (extrinsic value) หมายความว่าเราต้องการสิ่งนั้นมิใช่เพราะตัวสิ่งนั้นเอง แต่เพราะสิ่งนั้นเป็นเครื่องมือทำให้ได้มาซึ่งสิ่งอื่น เช่น เราต้องการอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เป็นต้น 2) คุณค่าในตัว (intrinsic value) หมายความว่า เราต้องการสิ่งนั้นเพราะตัวสิ่งนั้นเองมิใช่เพื่อเป็นเครื่องมือให้ได้มาซึ่งสิ่งอื่น เช่น การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเป็นสิ่งที่มีความหมายในตัว

ความขัดแย้งในคุณค่า (values conflict) ทั้งคุณค่าทางจริยธรรมและไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรมอาจเป็นความขัดแย้งกับหลักการอื่นๆ เช่น ขัดแย้งกับสิทธิผู้ป่วยหรือหน้าที่ตามวิชาชีพ

คุณค่าส่วนบุคคลอาจขัดแย้งกับคุณค่าในวิชาชีพหรือบางครั้งอาจจะขัดแย้งกับคุณค่าทางวัฒนธรรม เช่นพยาบาลให้คุณค่ากับการเลือกกระทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วยอาจจะขัดแย้งกับสิทธิในการเลือกของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อประสบกับปัญหาการตัดสินใจในคุณค่าทางจริยธรรมที่ซับซ้อนจึงต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยในแต่ละสถานการณ์พยาบาลต้องแยกแยะคุณค่าที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ความขัดแย้งในคุณค่าที่เกิดขึ้น แล้วทำการตัดสินใจว่าคุณค่าใดสำคัญที่สุด (Fry, 1994)

การพิจารณาคุณค่า/ความเชื่อของพยาบาลและผู้ป่วยเป็นสิ่งแรกในการเตรียมสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะมีคุณค่า/ความเชื่อของตนเองตามพื้นฐานการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนาและประสบการณ์ชีวิต ส่วนผู้ป่วยก็มีคุณค่า/ความเชื่อของตนเองที่อาจจะแตกต่างจากของพยาบาล การเข้าใจธรรมชาติของคุณค่าทั้งคุณค่าทางจริยธรรมและไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรมจะสามารถช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในความสัมพันธ์ของคุณค่าส่วนบุคคล คุณค่าทางวิชาชีพและคุณค่าทางวัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อมีความขัดแย้งในคุณค่ากับบุคคลอื่น พยาบาลต้องให้ความเคารพคุณค่าของบุคคลอื่น ทำความสมดุลในคุณค่าด้วยการพิจารณาถึงสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่ในวิชาชีพ และในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจำเป็นต้องวิเคราะห์คุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย การปรับตัวของครอบครัว การค้นหาคุณค่าและความเชื่อที่สำคัญของบุคคลในแต่ละสถานการณ์มีความสำคัญมาก ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อจึงเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fry, 1994)

วิชาชีพพยาบาลมีจรรยาบรรณวิชาชีพที่ให้แนวทางในการตัดสินใจสำหรับความขัดแย้งในคุณค่า โดยกำหนดให้พยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลบุคคลผู้ซึ่งต้องการการพยาบาล และในความต้องการการพยาบาลนั้นบุคคลมีสิทธิในการได้รับการพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย ยกเว้นเมื่อการพยาบาลนั้นมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของพยาบาล ในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจะต้องใช้การพิจารณาที่ดีที่สุดถึงความรุนแรงของความเสียหาย (ICN, 1986 cited by Fry, 1994) ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลจะใช้หลักการใดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพยาบาลควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

2. จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

จริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับวิชาชีพพยาบาล ถ้าพยาบาลมีความบกพร่องทางด้านจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก็จะถูกสังคมวิพากษ์วิจารณ์ เพราะไม่สามารถปฏิบัติตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งองค์กรวิชาชีพได้ตระหนักในความสำคัญของเรื่องนี้ได้กำหนดสิ่งที่เรียกว่า จรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมาเพื่อเป็นแนวปฏิบัติและการตัดสินใจในวิชาชีพการพยาบาลโดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2537)

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

1. ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล
3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว
4. พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้น หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
5. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
6. พึงป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ

1. พึงประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน
2. พึงรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข และยกระดับคุณภาพชีวิต

3. พึงอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ

4. พึงประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ

1. พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
2. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
3. พึงศรัทธาสันับสนุน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
4. พึงสร้างและธำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรม ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
5. พึงเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

1. ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
2. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
3. พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
4. ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และชักนำไปประพฤติปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง

ที่ควร

5. พึงอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจ

อันชอบธรรม

6. ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติผิด เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำการนั้นๆ

การนั้นๆ

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง

1. ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
2. ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
3. ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและ

ส่วนตัว

4. ใฝ่รู้ พัฒนาแนวคิดให้กว้างและยอมรับการเปลี่ยนแปลง
5. ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจและเต็มกำลังความสามารถ
6. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื้อมั่นและมีวิจรรณญาณอันรอบคอบ

จะเห็นได้ว่าจรรยาบรรณวิชาชีพจะให้แนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและเป็นการสร้างพยาบาลให้เป็นผู้มีเจตคติที่ดี รู้ถึงคุณค่าแห่งชีวิต การทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม คิดถึงประโยชน์ของผู้อื่นมากกว่าตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าจะควรประพฤติหรือไม่ควรประพฤติ เคารพต่อสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิมนุษยชน และสามารถปฏิบัติงานตามสิทธิและหน้าที่แห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ (จินดา, 2541)

3. สิทธิผู้ป่วย (patient's right)

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย 10 ข้อ เมื่อ 16 เมษายน 2541 มีสาระดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2541)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และ ประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

จะเห็นได้ว่าคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นข้อกำหนดให้ทีมสุขภาพต้องปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถใช้สิทธิผู้ป่วยเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยถือเป็นพันธะหน้าที่ของพยาบาล

4. ทฤษฎีจริยศาสตร์

จริยศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งในวิชาปรัชญาที่เสนอทฤษฎีทางจริยธรรมหรือศีลธรรม ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ให้กรอบแนวคิดของหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทฤษฎีเหล่านี้มีมากมายแต่ที่จะเสนอ ณ ที่นี้มี 2 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีประโยชน์นิยม และทฤษฎีหน้าที่นิยม (Beauchamp & Childress, 2001)

4.1 **ทฤษฎีประโยชน์นิยม** (utilitarianism or consequential theory) เป็นทฤษฎีจริยศาสตร์ที่กล่าวถึงการกระทำว่าจะถูกหรือผิดขึ้นอยู่กับผลที่เกิดจากการกระทำมากกว่าเจตนาในการกระทำนั้น นักปรัชญาผู้ก่อตั้งทฤษฎีคือ เจอจิมิ เบนทัม (Jeremy Bentham) และ จอห์น สจวร์ต มิลล์ (John Stuart Mill) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผลของการกระทำจะเป็นตัวบอกความหมายของการกระทำ (the end justifies the means) และ การกระทำที่ถูกคือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด (the greatest good for the greatest number) ในทางตรงข้ามผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดโทษแก่คนจำนวนมากจะเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง (Tschudin, 1992) ทฤษฎีนี้เน้นที่ผลของการกระทำ (Aiken & Catalano, 1994; Davis & Aroskar, 1991; Ellis & Hartley, 2001) ในกรณีที่ไม่มีการกระทำใดก่อให้เกิดประโยชน์สุขใดๆ ก็ให้เลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดโทษหรือความทุกข์น้อยที่สุด บางครั้งการกระทำที่เราจำต้องเลือกนั้นอาจก่อให้เกิดทั้งสุขและทุกข์ เราต้องประเมินดูว่าการกระทำใดก่อให้เกิดความสุขเท่าใด ความทุกข์เท่าใด เราต้องนำมาหักกลบลบกันผลออกมาว่าการกระทำใดก่อให้เกิดความสุขมากที่สุด หรือทุกข์น้อยที่สุดเราก็เลือกทำสิ่งนั้น (วิททย์, 2543) แม้ว่าความสุขมากที่สุดคือความสุขของคนจำนวนมากที่สุด ความสุขของแต่ละคนต้องเท่าเทียมกันด้วย (Aiken & Catalano, 1994)

ทฤษฎีประโยชน์นิยมจะถือว่าผลที่คาดว่าจะเกิดจากการกระทำมีความสำคัญกว่าเจตนาหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้น และไม่เชื่อในความเที่ยงของกฎเกณฑ์ในระบบ เพราะว่าการกฎเกณฑ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ขณะตัดสินใจ (วิททย์, 2543) และทฤษฎีนี้เห็นว่า ผลประโยชน์ย่อมอยู่เหนือหลักการ (สิวลี, 2542) ข้อดีของทฤษฎีนี้คือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายในสถานการณ์ส่วนใหญ่ เพราะสร้างจากความต้องการความสุขของคน เช่น ตามทฤษฎีนี้เห็นด้วยกับการห้ามพูดโกหกเพราะว่าผลของการบอกความจริงทำให้เกิดความสุขมากกว่าผลของการพูดโกหก แต่ถ้าการบอกความจริงทำให้ไม่มีความสุขสำหรับคนส่วนใหญ่ และคนรุ่นหลัง จึงไม่ดีไปกว่าการพูดโกหกที่อาจทำให้มีความสุขมากกว่าการบอกความจริง (Aiken & Catalano, 1994)

4.2 ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontological or nonconsequential theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำจะถูกหรือผิดอยู่ที่เหตุผลมากกว่าผลลัพธ์ นักปรัชญาที่เป็นผู้ก่อตั้งทฤษฎีนี้คือ เอ็มมานูเอล คานท์ (Emmanuel Kant) เป็นนักปรัชญาชาวเยอรมัน คานท์มีความเห็นว่าดี ชั่ว ผิด ถูก ซึ่งเป็นค่าทางศีลธรรมนั้นจะต้องตายตัว กล่าวคือถ้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการกระทำอันใดอันหนึ่งดี ก็จะต้องดีเสมอ โดยไม่เลือกเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม หรือตัวบุคคลแต่อย่างใด ดังนั้นสำหรับ คานท์ การกระทำที่ถูกคือการกระทำที่เกิดจากเจตนาดี การกระทำที่เกิดจากเจตนาดีก็คือการกระทำที่เกิดจากสำนึกในหน้าที่ การกระทำที่เกิดจากหน้าที่คือการกระทำที่เกิดจากเหตุผล และการกระทำที่ตั้งอยู่บนเหตุผลคือการกระทำที่เกิดจากกฎศีลธรรม โดยที่กฎศีลธรรมของคานท์มีความว่า “จงทำตามหลักซึ่งท่านจงใจที่จะให้เป็นกฎสากล” กฎของคานท์ข้อนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า หลักศีลธรรมอันหนึ่งจะถูกก็ต่อเมื่อผู้กระทำไม่อยู่ในฐานะพิเศษกว่าคนอื่น และกฎศีลธรรมอีกข้อหนึ่งมีความว่า “จงปฏิบัติต่อมนุษย์โดยถือว่าเขาเป็นจุดหมาย อย่าใช้เขาเป็นเครื่องมือเพื่อการใดๆ” (วิทช์, 2543) ทฤษฎีนี้เน้นที่การกระทำมากกว่าความพึงพอใจในผลของการกระทำคืออยู่บนหลักจริยธรรมที่เรียกว่าข้อบังคับอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้สถานการณ์เปลี่ยนแปลง สมบูรณ์แบบ และเกิดจากคุณค่า ความเชื่อสากล (สิวลี, 2542) เช่น ชีวิตมนุษย์มีคุณค่า บุคคลควรจะพูดความจริงเสมอ เหนือสิ่งอื่นใดในการดูแลสุขภาพคือการกระทำโดยไม่มีอันตราย บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง ทุกคนมีคุณค่าความเชื่อของตนเอง ด้วยหลักการและโครงสร้างพื้นฐานนี้ทำให้สิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วยเกิดขึ้น (Aiken & Catalano, 1994) ดังนั้นสรุปได้ว่าหลักการทางจริยศาสตร์และเกณฑ์ตัดสินจริยธรรมของคานท์ คือ 1) ค่าทางจริยธรรมมีได้เกณฑ์เดียว 2) เกณฑ์ตัดสินจริยธรรมมีเพียงเกณฑ์เดียว และ 3) มนุษย์มีค่าเหนือสิ่งอื่นใดในจักรวาล (สิวลี, 2542)

จะเห็นว่าทฤษฎีจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี มีแนวคิดที่แตกต่างกันในขณะที่ทฤษฎีประโยชน์นิยมมุ่งแต่ผลประโยชน์ของส่วนรวมจนดูเหมือนไม่สนใจมนุษยธรรม ขณะเดียวกันทฤษฎีหน้าที่นิยมของคานท์ก็ตายตัวในขอบเขตของมนุษยธรรมเหนือกว่าสิ่งอื่น (สิวลี, 2542) โดยต่างก็มีจุดแข็งและจุดอ่อนด้วยกันทั้งคู่ (วิทช์, 2543) ดังนั้นการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลย่อมต้องใช้หลักการที่มีอยู่ผสมผสานให้เหมาะสมกับในแต่ละสถานการณ์ นอกจากทฤษฎีจริยศาสตร์แล้วยังมีหลักจริยธรรมที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้

5. หลักจริยธรรม

หลักจริยธรรมเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและนำไปสู่พฤติกรรมจริยธรรม อย่างไรก็ตามการปรับใช้หลักจริยธรรมให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ก็มีความสำคัญ ซึ่งหลักจริยธรรมที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้ (Beauchamp & Childress, 2001)

5.1 การเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจการกระทำด้วยตนเองอย่างอิสระ (Ellis & Hartley, 2001) และยอมรับในความแตกต่างของบุคคล คือ บุคคลมีคุณค่า/ความเชื่อในการตัดสินใจเลือกการกระทำของตนเอง (Davis & Aroskar, 1991) การเคารพการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างน้อยที่สุดคือการให้ข้อมูลที่บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับและให้ทางเลือกบนพื้นฐานคุณค่าความเชื่อ (Beauchamp & Childress, 2001) การเคารพความเป็นอิสระในวงการสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับความตั้งใจของทีมนักสุขภาพในการที่จะเคารพสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยแม้ว่าทีมนักสุขภาพจะไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจนั้น เช่น คนไข้มีสิทธิปฏิเสธการรักษา แต่อย่างไรก็ตามในโรคที่มีผลต่อสังคม เช่น วัณโรค การตัดสินใจปฏิเสธการรักษานั้นก็จะถูกระงับด้วยกฎหมายของสังคม ดังนั้นจึงต้องรักษา (Aiken & Catalano, 1994)

ปัญหาหนึ่งของการเคารพความเป็นอิสระคือ ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ ความสามารถด้านจิตใจ ระดับความรู้สึกตัว อายุ และโรค และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงทรัพยากรทางการแพทย์ การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และค่าใช้จ่าย หลักการเคารพความเป็นอิสระนำไปใช้ได้ยาก ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อทีมนักสุขภาพเชื่อว่า การเลือกของผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย สถานการณ์ลักษณะนี้พยาบาลมักไม่เคารพความเป็นอิสระของแต่ละบุคคล และมักเป็นรูปแบบที่ทำสืบทอดกันมาคือ จำกัดทางเลือกของผู้ป่วย หรือกดดันให้ผู้ป่วยกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเองเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และบางสถานการณ์ไม่เคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วยด้วยคำนึงถึงการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์และป้องกันอันตรายมากกว่า (Fry, 1994)

5.2 การทำประโยชน์เกื้อกูล/การไม่ทำอันตราย (beneficence/nonmaleficence) หมายถึงการกระทำในสิ่งที่ดี การไม่ทำอันตราย การป้องกันอันตราย และการหลีกเลี่ยงอันตรายต่อบุคคลอื่น (Davis & Aroskar, 1991; Ellis & Hartley, 2001; Fry, 1994) การกระทำในสิ่งที่ดี หมายถึงการกระทำที่เกิดจากความเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง และมีความรักในเพื่อนมนุษย์ (Beauchamp & Childress, 2001) การกระทำตามแนวคิดนี้เป็นการช่วยบุคคลอื่นให้ได้รับผลประโยชน์ตามที่สมควรจะได้และลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตราย (มัญชุภา, 2541) พยาบาลจึงมักจะยึดหลักการนี้เมื่อต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และหลักการนี้กำหนดว่าวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องกระทำตามกฎและมาตรฐานจริยธรรมของการ

ดูแลด้วยความรู้และความเชี่ยวชาญ (Davis & Aroskar, 1991) หน้าที่ของพยาบาลตามหลักการนี้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การคงภาวะสุขภาพ และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน (Fry, 1994) ก่อนตัดสินใจเลือกกระทำตามหลักการทำประโยชน์เกื้อกูล สิ่งหนึ่งที่เป็นหน้าที่ของพยาบาลคือการพิจารณาทั้งผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น (Davis & Aroskar, 1991) ซึ่งหลักการการกระทำประโยชน์เกื้อกูลในการปฏิบัติการพยาบาลมักจะเป็นเรื่องที่ยากสำหรับพยาบาล เพราะว่าจะไม่มีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนในการตัดสินใจ หรือบางครั้งอยู่นอกเหนือขอบเขตการตัดสินใจของพยาบาล (Fry, 1994)

5.3 ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice) หมายถึง ความยุติธรรมสำหรับประชาชน (Aiken & Catalano, 1994; Ellis & Hartley, 2001) หรือการแบ่งปันทั้งผลประโยชน์และภาระ (Davis & Aroskar, 1991) อริสโตเติล กล่าวว่าหลักการของความยุติธรรมต้องอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อะไรที่เท่ากันต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และอะไรที่ต่างกันก็ต้องได้รับการปฏิบัติที่ต่างกัน (Beauchamp & Childress, 2001) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเหมือนกันก็ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมือนกัน และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มากกว่าหรือน้อยกว่าก็ต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน

5.4 การบอกความจริง (veracity/truth telling) หมายถึง บุคคลมีหน้าที่ในการบอกความจริง ไม่โกหกและหลอกลวงผู้อื่น การพูดความจริงเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพความเป็นบุคคล (Fry, 1994) บุคลากรด้านสุขภาพต้องบอกความจริง และไม่มีเจตนาหลอกลวงหรือปิดบังผู้ป่วย (Davis & Aroskar, 1991) เพราะถ้าไม่ทำเช่นนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และยิ่งไปกว่านั้นจะเป็นผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในระยะยาวการไม่บอกความจริงอาจนำมาซึ่งผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Fry, 1994) ด้วยพันธะหน้าที่ที่มีข้อจำกัดในหลักการบอกความจริง เช่น สถานการณ์ที่เมื่อบอกความจริงกับผู้ป่วยแล้วจะทำให้ผู้ป่วยกังวล ความสามารถลดลงหรือป่วยมากขึ้น ทำให้ทีมสุขภาพรู้สึกไม่ดีที่จะให้ข่าวร้ายกับผู้ป่วย เช่น ชี้อาการหรือการพยากรณ์โรค (Davis & Aroskar, 1991; Veatch & Fry, 1987)

5.5 ความซื่อสัตย์ (fidelity) หมายถึง การรักษาความสัตย์และครอบคลุมถึงการปกปิดความลับ (Ellis & Hartley, 2001) อย่างไรก็ตาม การกระทำทั้ง 2 อย่าง บางครั้งก็ได้รับการยกเว้น บางคนถือว่าการไม่รักษาสัตย์และการไม่รักษาความลับเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในทางจริยธรรม ถ้าการไม่รักษาสัตย์และการไม่รักษาความลับให้สิ่งที่ดีกว่า หรือเมื่อสวัสดิภาพของบุคคลที่ 3 ตกอยู่ในอันตราย (Fry, 1994) เช่นการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคติดต่อร้ายแรงให้ผู้บริหารระดับสูงได้รับทราบ เป็นต้น (มัญชุภา, 2541)

จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแม้ว่าพยาบาลจะใช้หลักจริยธรรมดังกล่าวมาประกอบการตัดสินใจแล้ว บางครั้งก็ยังไม่เป็นที่พอใจหรือไม่อาจตัดสินใจว่าหลักการใดสำคัญว่า ดังนั้นยังมีแนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในทีมสุขภาพได้เช่นกัน

6. แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดทางจริยธรรมที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่สำคัญมีดังนี้ (Fry, 1994)

6.1 การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (advocacy) หมายถึงการช่วยให้บุคคลได้รับในสิทธิขั้นพื้นฐาน สำหรับบุคคลซึ่งไม่สามารถเรียกร้องเพื่อตนเองได้ เช่น พยาบาลเรียกร้องสิทธิให้ผู้ป่วยเป็นต้น บทบาทการทำหน้าที่แทนมักใช้ในการอธิบายธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ลักษณะของการทำหน้าที่แทนมี 3 ลักษณะ (Fry, 1994) คือ

6.1.1 การทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (rights protection model) หมายถึง การที่พยาบาลปกป้องสิทธิของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ด้วยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในสิทธิที่พึงได้รับและแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจในสิทธิเหล่านั้น รายงานการล่วงละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิ

6.1.2 การช่วยผู้ป่วยให้ได้ตัดสินใจตามคุณค่าความเชื่อของตนเอง (values-based decision model) หมายถึงพยาบาลเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดถึงความต้องการ ความสนใจ และตัดสินใจเลือกด้วยคุณค่าและวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยคิดถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการตัดสินใจด้วยคุณค่าและความเชื่อของตนเอง

6.1.3 การเคารพความเป็นบุคคล (respect-for-persons model) หมายถึงพยาบาลต้องคิดว่าผู้ป่วยก็คือบุคคลคนหนึ่งที่ต้องให้ความเคารพ ดังนั้นพยาบาลจะต้องรู้ในคุณค่าของผู้ป่วยและกระทำการปกป้องการล่วงละเมิด ให้เกียรติ ให้ความเป็นส่วนตัวและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจพยาบาลจะต้องถามความต้องการก่อนที่จะป่วยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ถ้าไม่มีใครพยาบาลจะต้องให้ในสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยเท่าที่จะสามารถทำได้ด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมและวิชาชีพพยาบาล

ดังการศึกษาของเออร์เลนและเซเรอ์โรกา (Erlen & Sereika, 1997) ที่ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 61 คน พบว่า พยาบาลตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยเหตุผลทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (advocacy) มากกว่าการเคารพความเป็นอิสระ (autonomy) ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับสเตคเคิล ดอร์เลย์ และแมคคาร์เทิล (Stoeckle, Doorley & McArdle, 1998) ที่กล่าวว่าในภาวะวิกฤตผู้ป่วยส่วนใหญ่

ไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ พยาบาลจึงมักตัดสินใจแทนผู้ป่วยด้วยการทำสิ่งที่ ดีที่สุดให้ผู้ป่วยมากกว่าทำตามการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย

6.2 ความรับผิดชอบ (accountability/responsibility) แนวคิดของความรับผิดชอบ มี หลักการใหญ่ๆ คือ ความสามารถในการให้คำตอบและความสามารถในการกระทำให้ ความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่กำหนดไว้ในจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ และบรรเทาความทุกข์ทรมาน ความรับผิดชอบเป็น แนวคิดเชิงจริยธรรมที่สำคัญ เพราะการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยในข้อตกลงสำหรับการให้การพยาบาล พยาบาลแสดงถึงความรับผิดชอบด้วย การปฏิบัติตามมาตรฐานและมีจริยธรรม พยาบาลสามารถแสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย วิชาชีพ หน่วยงาน และสังคม โดยรู้ว่าอะไรควรทำหรือไม่ควรทำในการให้การพยาบาล ความรับผิดชอบ ตามกฎหมายสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล คือ การมีใบประกอบวิชาชีพและการปฏิบัติตาม กฎหมายวิชาชีพพยาบาล ความรับผิดชอบตามจริยธรรมสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลคือการทำ ตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลโดยสมาชิกของ วิชาชีพ สำหรับความรับผิดชอบถ้าจะให้ครอบคลุมในการปฏิบัติการพยาบาล จะต้องกระทำ มาตรฐานการพยาบาลให้ชัดเจนและมีกระบวนการประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้พยาบาลเกิดการ พัฒนา

6.3 ความร่วมมือ (cooperation) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการเข้าไปมีส่วนร่วม กับ บุคคลอื่นเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมวิชาชีพคนอื่นๆ แนวคิดของความร่วมมือสนับสนุนให้ พยาบาลทำงานร่วมกับบุคคลอื่น โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รักษาสัญญา เคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเชื่อของบุคคลเพื่อคงความสัมพันธ์ในวิชาชีพในระยะยาวและแสดงถึงพลังวิชาชีพ โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์จะส่งผลดีในการดูแลผู้ป่วย (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson & Johnson, 1992) และความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์มีความ สำคัญมากในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ (Krairiksh & Anthony, 2001) ซึ่งความร่วมมือที่ดีจะ ส่งผลถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆในอนาคตด้วย และการ ให้ความร่วมมือกับญาติจะก่อให้เกิดความร่วมมือและความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลดีในความร่วมมือ ในการรักษาในระยะยาว (พรทิพย์, 2541)

6.4 ความเอื้ออาทร (caring) แนวคิดของความเอื้ออาทร คือการให้คุณค่าในความ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทรเป็นบทบาทหน้าที่ พื้นฐานของการพยาบาลซึ่งหมายถึงพันธะสัญญาที่จะปกป้องศักดิ์ศรีของบุคคลและขณะเดียวกัน ก็ดูแลสุขภาพของบุคคลด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่พิเศษ

เพราะเกิดจากความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย พยาบาลก็มีหน้าที่แสดงพฤติกรรมความเอื้ออาทรแก่ผู้ที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพ เพราะว่าการกระทำเช่นนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีการศึกษาถึงรูปแบบของความเอื้ออาทรไว้ 4 รูปแบบ (Forrest, 1989 cited by Fry, 1994) คือ (1) การให้การดูแลผู้ป่วย (being there for the patient) (2) การเคารพผู้ป่วย (respecting the patient) (3) มีความเข้าใจผู้ป่วย (feeling with and for the patient) และ (4) ให้ความสนิทสนมกับผู้ป่วย (closeness with the patient) และลีวี (2542) กล่าวว่าความเอื้ออาทรคล้ายคลึงกับการให้ความอบอุ่นใจแต่มีความหมายลึกซึ้งกว่า ความเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ และก่อให้เกิดความรู้สึกปรารถนาดีต่อกัน การปฏิบัติในลักษณะเอื้ออาทรคือ มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การแสดงออกของความเอื้ออาทร คือความอ่อนโยน ความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ความห่วงใย

แนวคิดทางจริยธรรมของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร รวมกันเป็นวัฒนธรรมของการปฏิบัติการพยาบาลและยังคงมีความสำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถนำแนวคิดทางจริยธรรมเหล่านี้มาประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ แนวคิดทางจริยธรรมเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานวิชาชีพและพฤติกรรมจริยธรรม ซึ่งมีความสำคัญต่อการยอมรับของสังคม (Fry, 1994)

7. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

7.1 นโยบายสาธารณสุข/นโยบายของหน่วยงาน

ประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับวิทยาการที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 (ปัตพงษ์และอนุพงศ์, 2544) เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่น ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ “มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำไม่ได้” หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของบุคคล “มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ “มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” (ดารพร, 2541) ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานภายใต้ข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีความรู้ความเข้าใจและติดตามนโยบายสาธารณสุขที่ปรับเปลี่ยนตามสภาวะการณ์ในปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องปฏิบัติภายใต้กฎระเบียบของหน่วยงาน ซึ่งแต่ละหน่วยงานก็จะมีกฎระเบียบที่แตกต่างกันไป เช่น ระเบียบการรับหรือจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ พยาบาลแม้จะทราบความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคนก็ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยลำพัง เป็นต้น ดังนั้นในการตัดสินใจเลือกกระทำก็จำเป็นต้องนำนโยบายหน่วยงานมาประกอบการตัดสินใจด้วย

7.2 วัฒนธรรมและศาสนา

วัฒนธรรมในบริบทที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่แตกต่างกัน ดังวันเพ็ญ (2541) กล่าวว่าปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยจากหลากหลายสถานที่และวัฒนธรรม การเรียนรู้ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความขัดแย้งซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อคุณภาพของการให้การดูแลผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาลในลักษณะองค์รวมอย่างแท้จริง เพราะถ้าพยาบาลและผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจกันได้คุณภาพของงานบริการพยาบาลก็ย่อมจะดีไปไม่ได้เช่นกัน ส่วนศาสนาซึ่งถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจของคนในสังคม บุคคลที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกันย่อมมีคุณค่า ความเชื่อ และการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น ในผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ พระพุทธศาสนา สอนให้มนุษย์เรารู้จักและเข้าใจธรรมชาติของร่างกายเราว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายไปตามกฎ ซึ่งหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาที่สำคัญ คือ สิ่งใดก็ตามที่มีการเกิดสิ่งนั้นย่อมต้องมีการดับเป็นธรรมดา ชีวิตมนุษย์ก็เช่นเดียวกันย่อมมีการเกิดการดับเป็นธรรมดา ถึงแม้ว่าชีวิตมนุษย์จะอยู่ใต้กฎไตรลักษณ์คือ เปลี่ยนแปลงสภาพ แต่ขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ พระพุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญแก่ชีวิตและมองว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การกระทำใดที่มีเจตนาให้ชีวิตยุติลงย่อมถือเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การพยายามเร่งให้ชีวิตยุติหรือเหนี่ยวรั้งชีวิตที่วาระสุดท้ายมาถึงอย่างแน่นหนาเกินความจำเป็นย่อมเป็นสิ่งที่ไม่ดีเพราะการจากไปด้วยใจที่สงบและความมีสติสมบูรณ์ เป็นการตายที่ดีและสมควรที่สุดของมนุษย์ในพุทธศาสนา ส่วนในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าวิญญาณของมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าหรืออัลลอฮ์ประทานมา ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความสูงสุด ผู้ใดฆ่าหรือทำลายชีวิตมนุษย์โดยไม่ใช้เหตุผลของการลงโทษตามบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการ

ทิวจิตหรือประพตติผิดต่อแผ่นดิน ผู้มันได้ชื่อว่าทำลายมนุษยชาติ การจงใจทำลายชีวิตแม้จะด้วยเจตนาให้พ้นทุกข์ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด แต่เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัดการพยายามหนีวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะชีวิตมนุษย์ ความเป็น ความตาย เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ (สวดี, 2542) จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติที่นับถือศาสนาอิสลามมักไม่ต้องการให้พยาบาลทำการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหนัก ดังนั้นการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อของแต่ละศาสนาและคุณค่าความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย จะทำให้การตัดสินใจตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเอลลิสและฮาร์ทลี (Ellis & Hartly, 2001) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมเป็นพื้นฐานการตัดสินใจของบุคคล

7.3 เศรษฐกิจ

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมภาวะทางเศรษฐกิจของบุคคลและส่วนรวมก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องคำนึงถึง เช่น ในประเด็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่จำนวนจำกัด แต่ความต้องการของผู้ใช้บริการมีมากกว่า จะตัดสินใจอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและยุติธรรม (Ellis & Hartly, 2001)

จะเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม การตัดสินใจที่เหมาะสมจะต้องผ่านการประเมินและวิเคราะห์คุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ รวมทั้งการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจะเป็นบันไดขั้นแรกในการเตรียมบุคคลให้มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดข้อขัดแย้งในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้กระทำกันอย่างง่ายดาย เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบมักจะหาข้อยุติไม่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดว่า จะใช้ข้อเท็จจริงใดในการตัดสินใจและควรตัดสินใจอย่างไร อีกทั้งผลของการตัดสินใจอาจกระทบหรือเป็นผลเสียต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างแท้จริงเพื่อจะได้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักจริยศาสตร์หลายท่านได้เสนอกระบวนการตัดสินใจไว้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบจะอธิบายขั้นตอนในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แต่ไม่ว่าจะใช้รูปแบบของใครต่างก็อยู่บนหลักการเดียวกัน (มัญชุกา, 2541) ได้แก่ 1) เก็บรวบรวมข้อมูล 2) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล 3) กำหนดประเด็นปัญหา 4) พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ 5) วิเคราะห์ข้อดี

ข้อเสียของทางเลือก และ 6) ตัดสินใจเลือก ในที่นี้จะกล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักจิตวิทยาบางท่าน เช่น

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของ ฟราย (Fry, 1994) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังนี้

1. วิเคราะห์เรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในคุณค่า โดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นปัญหา ใครบ้างที่เกี่ยวข้องและขัดแย้งในคุณค่าอะไร คุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว พยาบาล แพทย์ ผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ และผู้บริหารหน่วยงาน เป็นต้น จะถูกนำมาพิจารณา เมื่อทราบเรื่องราวทั้งหมดการแปลความหมายในปัญหาและคุณค่าของบุคคลที่เกี่ยวข้องก็จะชัดเจน ความขัดแย้งในคุณค่าก็จะได้รับการพิจารณา และทำให้เห็นแนวทางในการแก้ปัญหาซึ่งปัญหาจริยธรรมมักจะเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในคุณค่า

2. วิเคราะห์คุณค่าที่สำคัญของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ในการค้นหาคุณค่าที่สำคัญของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ให้คำนึงถึงทั้งคุณค่าทางจริยธรรมและไม่ใช่คุณค่าทางจริยธรรม ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเป็นวิชาชีพ และกฎหมาย การค้นหาคุณค่าที่สำคัญของแต่ละบุคคลในสถานการณ์มีความสำคัญมาก เพราะปัญหาความขัดแย้งในคุณค่าจะไม่ได้รับการแก้ไขจนกว่าปัญหาคุณค่าจะค้นพบและนำมาพิจารณาด้วยกระบวนการตัดสินใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าคุณค่าของทุกคนในสถานการณ์จะได้รับการปกป้องทั้งหมด ดังนั้นการร่วมกันแก้ปัญหา ก็เพื่อต้องการที่จะรู้ว่าคุณค่าอันไหนในสถานการณ์ที่เป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดสมควรได้รับการปกป้องคุ้มครองและคุณค่าอันไหนที่สำคัญน้อยกว่า เป้าหมายของวิชาชีพพยาบาลคือช่วยให้มีการเคารพในคุณค่าของบุคคลและช่วยให้คุณค่าของแต่ละบุคคลได้รับการปกป้องซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถกระทำได้เมื่อรู้คุณค่าทั้งหมดที่เข้ามาเกี่ยวข้องเท่านั้น

3. วิเคราะห์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องเรียนรู้ว่าคุณค่าของผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์เป็นอย่างไร คุณค่าจะไม่คงที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และประสบการณ์ซึ่งทุกคนมีอดีต มีความจำเป็นทางสังคม เศรษฐกิจและกฎหมาย ที่ทำให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง ความขัดแย้งในคุณค่าอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งในคุณค่าอาจนำไปเป็นข้อมูลสำหรับองค์กรในการป้องกันความขัดแย้งในคุณค่าที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ความขัดแย้งในคุณค่ามีความสำคัญมากสำหรับวิชาชีพด้านสุขภาพเพราะมักจะประสบในการทำงาน การค้นหาความขัดแย้งที่สำคัญจะสามารถช่วยพยาบาลและวิชาชีพด้านสุขภาพในการกำหนดนโยบายหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายในการแก้ปัญหาที่ปัญหาเหล่านี้จะซับซ้อนมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

4. ตัดสินใจว่าควรทำอย่างไร พยาบาลจะต้องค้นหาทางเลือกทั้งหมดที่จะตัดสินใจในความขัดแย้งในคุณค่า ส่วนใหญ่การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะขึ้นอยู่กับจำนวนข้อมูลที่รับรู้ในเวลานั้น การค้นหาคุณค่าที่สำคัญและการพิจารณาที่ดีที่สุดของผู้ตัดสินใจ รู้ถึงความแตกต่างของทางเลือกที่เป็นไปได้ ซึ่งการเลือกจะเกี่ยวข้องกับ 1) คุณค่าของผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และ 3) ความถูกผิดจริยธรรมของแต่ละทางเลือก บางครั้งผู้ตัดสินใจจะต้องเลือกกระทำด้วยการพิจารณาอย่างดีที่สุดว่าควรจะทำอะไร ในการตัดสินใจจะต้องอยู่บนกระบวนการของการสะท้อนความคิด ด้วยความระมัดระวัง และสนับสนุนด้วยหลักจริยธรรม การประเมินผลจะดูที่ผลลัพธ์ในสถานการณ์และกระบวนการที่ใช้ในการตัดสินใจ ความขัดแย้งในคุณค่าบางอย่างยังคงเป็นเรื่องที่ต้องการกฎเกณฑ์ มาตรฐานและผู้มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการกับประเด็นขัดแย้ง

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของไอเคนและแคทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (collect, analyze, and interpret the data) ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ต้องการการตัดสินใจให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ข้อมูลสำคัญที่ควรทราบคือ ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และปัญหาทั้งทางกายและทางอารมณ์ที่เป็นสาเหตุของประเด็นขัดแย้ง

2. การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (state the dilemma) หลังจากที่ยอมรับและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดแล้ว จะต้องกำหนดประเด็นปัญหาให้ชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งประเด็นจริยธรรมมักจะมีประเด็นสำคัญเพียง 1 หรือ 2 ประเด็น ประเด็นจริยธรรมเหล่านี้มักจะเกี่ยวกับคำถามของความขัดแย้งในความถูกต้องหรือขัดแย้งในจริยธรรมเบื้องต้น

3. การพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (consider the choices of action) หลังจากสถานการณ์ของประเด็นขัดแย้งชัดเจนแล้ว ขั้นแรกวิเคราะห์ทางเลือกทั้งหมดที่เป็นไปได้โดยไม่พิจารณาที่ผลลัพธ์ ต่อมาพิจารณาถึงความแตกต่างของผลที่เกิดจากการตัดสินใจ ทางเลือกอาจได้มาจากแหล่งภายนอก เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้ตรวจการ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม

4. การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือก (analyze the advantages and disadvantages of each course of action) การวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือกจะสามารถลดความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกและเพิ่มน้ำหนักของทางเลือกที่เป็นไปได้ สิ่งหนึ่งที่ใช้ยึดเป็นหลักประกอบการตัดสินใจคือ จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยจรรยาบรรณวิชาชีพจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้แนวทางเมื่อต้องทำการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

5. ขั้นการตัดสินใจเลือก (make the decision) เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด เพราะโดยธรรมชาติของปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นจะมีทางเลือกที่เป็นไปได้หลายทาง ฉะนั้น

จึงไม่มีใครอยากเป็นผู้ตัดสินใจ หนทางหนึ่งที่ดีที่สุดในการตัดสินใจคือ ยึดกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นทางเลือกที่ใช้กันมากในวิชาชีพด้านสุขภาพ

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของทอมป์สันและทอมป์สัน (Thompson & Thompson, 1985 cited by Silva, 1990) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา ความต้องการการตัดสินใจ จริยธรรมที่เกี่ยวข้อง และคุณค่าสำคัญของแต่ละบุคคล
2. วิเคราะห์ข้อมูล เป็นการศึกษามีคุณค่าอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง
3. แยกแยะประเด็นจริยธรรมในสถานการณ์ โดยการกำหนดประเด็นจริยธรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมดในสถานการณ์
4. แยกแยะคุณค่าส่วนบุคคลและคุณค่าในวิชาชีพ เป็นการค้นหาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากคุณค่าใด
5. แยกแยะคุณค่าสำคัญของแต่ละบุคคล เป็นการค้นหาคุณค่าที่สำคัญของบุคคลในสถานการณ์
6. แยกแยะความขัดแย้งในคุณค่า เป็นการค้นหาความขัดแย้งในคุณค่า
7. เลือกว่าใครจะเป็นคนตัดสินใจ เป็นการค้นหาผู้ที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ตัดสินใจ
8. วิเคราะห์ทางเลือกและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นการกำหนดทางเลือกและผลที่เกิดจากการเลือกทั้งหมดที่เป็นไปได้
9. ตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตามทางเลือก เป็นการตัดสินใจเลือกทางเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกนั้น
10. ประเมินผล เป็นการติดตามผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามทางเลือก

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของซิลวา (Silva, 1990) ประกอบด้วยขั้นตอนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (data collection and assessment) โดยการพิจารณาสถานการณ์ พิจารณาทีมสุขภาพ และพิจารณาองค์กร
2. แยกแยะประเด็นปัญหา (problem identification) โดยการพิจารณาทั้งตามหลักจริยธรรมและไม่ใช้หลักจริยธรรม
3. พิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ (consideration of possible actions) โดยพิจารณาทั้งตามทฤษฎีประโยชน์นิยมและทฤษฎีหน้าที่นิยม
4. ตัดสินใจเลือกการกระทำ (decision and selection of course of action) เป็นการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

5. ประเมินผลจากการตัดสินใจ (reflection on decision and course of action) เป็นการประเมินผลหลังการกระทำตามการตัดสินใจว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่

ส่วนรูปแบบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จากการศึกษาของสไวเดอร์ แมคเอลเมอร์รี่ และ ยาร์ลิง (Swider, Mcelmurry & Yarling, 1985) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลต่อสถานการณ์ความขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาล ได้นำข้อความที่แสดงถึงการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลมาวิเคราะห์รูปแบบการตัดสินใจต่อสถานการณ์ความขัดแย้งทางจริยธรรม และแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. การตัดสินใจโดยยึดแพทย์เป็นศูนย์กลาง (physician center) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงแผนการรักษาของแพทย์เป็นสำคัญ
3. การตัดสินใจโดยยึดหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง (bureaucratic center) เป็นการตัดสินใจโดยคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นสำคัญ

ผลการทำวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร้อยละ 9 ยึดแพทย์เป็นศูนย์กลาง ร้อยละ 19 และยึดหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง ร้อยละ 60 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของหน่วยงาน และกลุ่มของสังคมต่อการปฏิบัติการพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่สามารถกระทำได้ง่าย มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ด้วยความตระหนักว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นอิสระต่อกันแต่ก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกันได้ (Christensen & Kochrow, 1995 อ้างตาม มัญชุภา, 2541) พยาบาลสามารถหากรอบแนวคิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีหลายกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งที่สามารถใช้โดยลำพังหรือใช้ร่วมกับรูปแบบอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ พยาบาลที่คุ้นเคยกับการใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะเป็นผู้ที่มีความสามารถค้นพบการให้คุณค่าของแต่ละบุคคล และสามารถตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความสามารถของพยาบาลให้เป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มคุณภาพของทีมสุขภาพ (Fry, 1994) แต่จากการศึกษาของฮัชและดีโวลด์ (Hughes & Dvorak, 1997) ที่ศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 82 ราย กลับพบว่าในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพยาบาลมักไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงก่อให้เกิดผลกระทบจากตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้

ผลกระทบต่อพยาบาลจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเรื่องของการตัดสินใจเลือกการกระทำในสิ่งที่มีทางเลือกมากกว่าหนึ่งทางเลือกที่เป็นไปได้และมีความสำคัญพอกันและมักไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก จึงไม่มีใครพอใจที่จะเป็นผู้นำหน้าในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Aiken & Catalano, 1994) แต่ด้วยพันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ทำการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจึงมักประสบกับผลกระทบจากการตัดสินใจ ดังนี้

1. ความเครียด ซึ่งความเครียดมักเกิดจากการที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำในสิ่งที่มีทางเลือกมากกว่าหนึ่งทางเลือกที่เป็นไปได้และมีความสำคัญพอกันและมักไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือก (Aiken & Catalano, 1994) ซึ่งพยาบาลมักไม่แน่ใจว่าควรทำอย่างไร (Soderberg & Norberg, 1993) และจากความลำบากใจในการตัดสินใจเพราะมีความซับซ้อนอย่างมากในสิ่งที่เกี่ยวข้อง (Bucknall, 2000) จากการศึกษาของเออร์เลนและเซอร์ไรกา (Erlen & Sereika, 1997) ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมกับความเครียด โดยศึกษาในพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 61 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยยึดหลักการเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย (autonomy) มีคะแนนความเครียดในระดับต่ำ และกอล (Gaul, 1990) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมมักเป็นสาเหตุของความเครียดเพราะไม่รู้ว่าจะผลลัพธ์จากการตัดสินใจจะเป็นอย่างไร สวอน เรนส์ (Raines, 2000) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นที่ยากแก่การตัดสินใจและการที่ต้องตัดสินใจบ่อยก็ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดอาจส่งผลถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ เป็นต้น แต่พบว่าพยาบาลมักใช้การจัดการกับอารมณ์ เพื่อแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาจากการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (กาญจนา, 2543; อรัญญา และ วันดี, 2544) ทำให้พยาบาลรู้สึกดีขึ้นและไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

2. ทศนคติและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ เนื่องมาจากพยาบาลมักเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นผู้ค้นพบทศนคติ คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยแต่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับในการตัดสินใจจากทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ ทำให้พยาบาลมีทศนคติและความภาคภูมิใจในวิชาชีพลดลง ดังที่โบท (Botes, 2000) กล่าวว่าทีมสุขภาพมักมีมุมมองที่แตกต่างกันในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทำให้เกิดความขัดแย้งและการไม่ร่วมมือของสมาชิก

3. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมก่อให้เกิดความเครียดจึงส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้วย ดังการศึกษาของเฮลีย์และแมคเค (Healy & McKay, 1999) ที่ศึกษาสาเหตุของความเครียดและระดับของความพึงพอใจในการ

ทำงาน โดยศึกษาในพยาบาลที่วิตกต่อเรียจำนวน 129 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดในระดับสูงมีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานในระดับต่ำ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเครียดมาจากความขัดแย้งระหว่างบุคคล เช่น พยาบาลรู้สึกขัดแย้งกับแพทย์ในการตัดสินใจในการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคที่ร้ายแรงกับผู้ป่วย เทอร์โคสกี (Turkoski, 2001) กล่าวว่า พยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วย (autonomy) เมื่อถูกกำหนดให้ปกปิดความจริงกับผู้ป่วยมักเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัคนอลล์และโทมัส (Bucknall & Thomas, 1996b) ที่ศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 230 คน พบว่า การได้ตัดสินใจด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และจากการศึกษาของพจนาน (2545) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 110 ราย พบว่าการเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

4. ความรู้สึกต่อตนเอง การไม่ได้รับการยอมรับในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากทีมสุขภาพ ทำให้พยาบาลผู้ทำการตัดสินใจรู้สึกที่ตนเองไร้พลังอำนาจ (Erlen & Frost, 1991) ซึ่ง กอล (Gual, 1995) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นสาเหตุให้พยาบาลเกิดภาวะหม่นหมองทางจริยธรรมได้ (moral distress) เพราะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญดา (2543) ที่ศึกษาผลของการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลรู้สึกด้อยค่าที่ไม่สามารถช่วยคนไข้ได้ และประคอง (2542) กล่าวว่าพยาบาลยังมีบทบาทน้อยและรับรู้ที่ตนเองสูญเสียพลังอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งความรู้สึกไร้พลังอำนาจดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากวิชาชีพการพยาบาลยังไม่มีเอกสิทธิ์ที่แท้จริงเนื่องจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มีทั้งงานที่อิสระและบางส่วนที่ไม่อิสระ ต้องประสานงานกับบุคลากรด้านการรักษาหรือแพทย์ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังคงอยู่ภายใต้อำนาจการบังคับบัญชาของแพทย์ (นันทนา, 2538)

5. สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน บุคคลแต่ละคนจะมีคุณค่าแตกต่างกันดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอาจแตกต่างกันได้ ดังการศึกษาของกรันด์สไตน์-อมาโด (Grundstein-Amado, 1992) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลและแพทย์ โดยศึกษาในแพทย์ 9 คนและพยาบาล 9 คน พบว่า พยาบาลและแพทย์ตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยความแตกต่างในคุณค่า แรงจูงใจ และความคาดหวัง โดยพยาบาลให้คุณค่ากับการดูแลและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนแพทย์ให้คุณค่ากับสิทธิผู้ป่วย โรค และการรักษา ซึ่งจากความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจของทีมสุขภาพก็ทำให้สัมพันธภาพของผู้ร่วมงานลดลงได้ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของกาญดา (2543)

ที่ศึกษาผลการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ทำให้สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานเสื่อมถอย เนื่องจากมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน ดังนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ทำการตัดสินใจได้ ในด้านความเครียด ทศนคติและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความรู้สึกต่อตนเอง และสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน ดังนั้นจึงไม่มีใครอยากทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจ (Aiken & Catalano, 1994) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้้อาจเกิดจากปัญหาและอุปสรรคของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม นอกจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีความซับซ้อนมากขึ้น จนยากแก่การตัดสินใจแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล และเป็นปัญหาอุปสรรคในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ได้แก่

1. พยาบาลขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังที่ ฟราย (Fry, 1994) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่ได้กระทำได้อย่างง่ายดายต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับ ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม และแนวคิดเชิงจริยธรรม ประกอบการตัดสินใจ แต่พบว่าการเรียนการสอนเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมีการเรียนการสอนเฉพาะในชั้นเรียนและยังไม่ได้เน้นการให้ความรู้และการเตรียมพยาบาลเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ชัดเจน (อรัญญาและวันดี, 2544) ทำให้พยาบาลไม่มั่นใจในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัคนอลและโทมัส (Bucknall & Thomas, 1997) เกี่ยวกับปัญหาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักในออสเตรเลีย จำนวน 230 ราย พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือขาดความรู้ซึ่งวัตสัน (Watson, 1994) กล่าวว่า การมีความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทำให้พยาบาลตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

2. พยาบาลขาดประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการคิดเชิงวิเคราะห์ร่วมกับการฝึกทักษะและประสบการณ์ในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมกับสถานการณ์ตัวอย่างเพื่อช่วยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรัญญาและวันดี, 2544) และหากพยาบาลมีประสบการณ์ในการเผชิญและตัดสินใจต่อปัญหาเชิงจริยธรรมที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น (เพ็ญพรรณ และ จินตนา, 2540) ดังวัตสัน (Watson, 1994) กล่าวว่า ประสบการณ์ในสถานการณ์ทำให้พยาบาลตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา, จินตนา และ อรพรรณ (2540) ที่ศึกษาผลของการใช้

กรณีศึกษาในการสอนทางคลินิกต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล
 สุนิติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการที่จะพัฒนานักศึกษาให้มีคุณธรรม จริยธรรมในการ
 ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะต้องเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์โดยใช้กรณี
 ศึกษา ซึ่งผลจากการคิดวิเคราะห์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด จิตใจ ทักษะคติ ทำให้
 เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ปัญหาข้อขัดแย้งได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล

3. ขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม วิชาชีพพยาบาลทำงานอยู่ท่ามกลาง
 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตามการ
 ตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลพิจารณาตามสถานการณ์และมาตรฐานการดูแล แต่พบว่า
 การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นสาเหตุให้พยาบาลเกิดความหม่นหมองทางจริยธรรมเพราะรู้สึก
 ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ (Gaul, 1995) เนื่องจากร่วมงานกับแพทย์ ซึ่งแพทย์มีอำนาจในการ
 ตัดสินใจมากกว่าพยาบาล (กฤษณา, 2541) ดังประคอง (2543) กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทน้อย
 และรับรู้ว่าตนเองสูญเสียพลังอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และจากการศึกษาเกี่ยวกับ
 บทบาทของพยาบาลกับอำนาจอิสระพบว่า การขาดอำนาจอิสระทำให้พยาบาลแสดงบทบาทใน
 การตัดสินใจลดลง (Collins & Henderson, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไรเกิล (Reigle,
 1996) ที่กล่าวว่าการรับรู้ถึงการไร้พลังอำนาจมีผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
 เชิงจริยธรรม

4. ภาระงานมาก อ่อนล้า ทำแต่งงานประจำ เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกว้างมาก
 ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากนักและส่วนใหญ่
 อำนาจการตัดสินใจมักขึ้นกับแพทย์เจ้าของไข้ ดังการศึกษาของบัคนอลล์และโทมัส (Bucknall &
 Thomas, 1997) ที่ศึกษาปัญหาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักใน
 ออสเตรเลีย จำนวน 230 ราย พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือไม่มีเวลา

5. ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งการมีเอกสาร คู่มือที่
 เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจะทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งในทางปฏิบัติและการ
 ตัดสินใจมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน
 แต่ละประเด็น ทำให้พยาบาลประสบกับความลำบากใจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็น
 ขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่ซับซ้อน

6. ขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรม ทำให้ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม ในหลาย
 หน่วยงานยังไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมที่สามารถให้คำปรึกษาในปัญหาจริยธรรมที่ซับซ้อน
 ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานขาดที่ปรึกษาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

7. หน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน บางท่านไม่เห็นว่าเป็นปัญหาเชิงจริยธรรมมองเป็นการตัดสินใจปัญหาทั่วไปทำให้ไม่เห็นถึงความสำคัญของการตัดสินใจเหล่านี้

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมหลายประการ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจ เช่น การขาดความรู้ ขาดประสบการณ์/ทักษะ ขาดอำนาจในการตัดสินใจ ภาระงานมาก ขาดเอกสาร คู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติ ขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านจริยธรรม และหน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลให้มากขึ้น

แนวทางส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

เพื่อให้พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ครอบคลุมและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ จึงควรมีการส่งเสริมการตัดสินใจ/การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลโดย

1. ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การที่พยาบาลจะมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรมและกรอบแนวคิดที่เป็นกรอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Gaul, 1989) ดังนั้นพยาบาลควรมีการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบของการประชุม/อบรม/สัมมนาหรือประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยในการวิเคราะห์แก้ปัญหาจริยธรรม ซึ่งการมีความรู้ด้านจริยธรรมทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Chally, 1993)

2. จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ (Fry, 1989)

- 2.1 จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรม (Ethics rounds) เป็นการวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มีลักษณะคล้ายการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณี โดยอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยข้างเตียง การเลือกผู้ป่วยต้องทำด้วยความระมัดระวัง ต้องขออนุญาตผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยให้ความยินยอมร่วมอภิปรายจึงจะทำได้ ซึ่งวิธีการนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งสามารถนำไปเป็นตัวอย่างสำหรับประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลอาจจะเผชิญในอนาคต

2.2 ทำการประชุมก่อนและหลังให้การพยาบาล (pre-post conference) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์ตรงในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ควรนำกฎหมายและปัญหาด้านสังคมมาวิเคราะห์ร่วมด้วย และวิเคราะห์ถึงบทบาทของพยาบาลและแพทย์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.3 จัดให้มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการประชุมวิชาการในหอผู้ป่วย โดยให้ผู้มีความรู้ทางด้านจริยธรรมเลือกกรณีตัวอย่าง โดยเน้นการวิเคราะห์คุณค่าของผู้ป่วยและพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ แยกแยะระหว่างประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากปัญหาอื่น (nonmoral problems) อีกทั้งมีการวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลและรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3. จัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม (Ethics Committees) ในโรงพยาบาล ซึ่งกรรมการจริยธรรม ทำหน้าที่กำหนดนโยบายทางด้านจริยธรรม เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในการจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรมในแต่ละโรงพยาบาล ควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้มีความรู้ด้านศาสนา นักกฎหมาย และตัวแทนชุมชน (Hall, 1996)

4. จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งจะให้แนวทางในการปฏิบัติเมื่อมีเหตุการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่ผ่านมามีประเทศไทยเริ่มมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยมีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมองค์กรและสิทธิผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก HA จะต้องกำหนดแนวปฏิบัติทางด้านจริยธรรม

จะเห็นได้ว่าพยาบาลสามารถส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้หลายแนวทาง เช่น ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ฝึกประสบการณ์/ทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม จัดทีมที่ปรึกษาด้านจริยธรรม จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และจัดให้มีกลุ่มเพื่อนผู้สนใจด้านจริยธรรมเหมือนกัน เพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

จากการค้นพบนวัตกรรมใหม่ๆ และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้น ทำให้มีการนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ และเครื่องกำหนดการหยดของสารน้ำ เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น การตัดสินใจใช้เทคโนโลยีเพื่อการยืดชีวิตออกไปเป็นการกระทำที่สมควรหรือไม่ หรือจะจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัดอย่างไรให้เกิดความยุติธรรม เป็นต้น แม้ว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะประสบกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานในแต่ละวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ยังคงไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและไม่มีรูปแบบที่ตายตัว เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการให้คุณค่าในสิ่งที่บุคคลเลือก (Green, 1999) อีกทั้งการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างจากการพยาบาลในสถานที่อื่น เพราะเกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย เพราะผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหลายประการ มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพอย่างรวดเร็ว และการตัดสินใจช่วยเหลือมีเวลาจำกัด ทำให้พยาบาลต้องมีการตัดสินใจเพิ่มขึ้น (Bucknall, 2000) และผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากป่วยหนักและไม่ทราบผลการพยากรณ์โรคที่แน่นอน (Genesen, 1997) ประกอบกับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจไปพร้อมๆ กัน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งต้องการทราบผลการตรวจว่าเป็นโรคอะไร พยาบาลจะต้องตัดสินใจว่าควรบอกความจริงหรือไม่ ควรบอกเมื่อไหร่และควรบอกอย่างไร เป็นต้น สวิสเซอร์ (Swisher, 2000) กล่าวว่า ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาจริยธรรมที่ซับซ้อน ดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องกระทำผ่านกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยใช้หลักจริยธรรมแนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล จรรยาบรรณวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจ

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมซึ่งต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่พบบ่อย มักเป็นประเด็นเกี่ยวกับการยืดชีวิตกับการยุติการรักษา การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด การบอกความจริงกับการปิดบังความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ และพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง ดังการศึกษาของกาญจนา (2543) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 7 ประเด็น ได้แก่

ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมาน ใครควรตัดสินใจ ไม่รู้จะบอกอย่างไรจึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพและต่อตนเอง และจำใจต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ การศึกษาของ คอร์เลย์ ซีลิก และเฟอร์กูสัน (Corley, Selig & Ferguson, 1993) เกี่ยวกับขอบเขตและระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าประเด็นที่พยาบาลทำการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมักจะเกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาริสัน (Carison, 1999) เจซุท (Jezuit, 2000) และ สแตกโน ฐูโคสกายและวอลซ์ (Stagno, Zhukovsky & Walsh, 2000) พบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักประสบกับประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการศึกษาของกรีน (Green, 1999) พบว่าประเด็นจริยธรรมที่มักประสบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คือ การตัดสินใจไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย (advance directives) การตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ การยินยอมรับการรักษาพยาบาลโดยได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และการจัดสรรทรัพยากร

ดังนั้นในที่นี้จะกล่าวถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. การยืดชีวิต (prolonging life) กับ การหยุดการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (withdrawing/withholding treatments at the end of life) คาริสัน (Carison, 1999) และ เจซุท (Jezuit, 2000) กล่าวว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องประสบกับสถานการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เว้นแต่ละวัน ซึ่งประเด็นที่ต้องทำการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มักเกี่ยวข้องกับการให้การรักษาหรือยุติการรักษา ส่วนยังเนอร์ (Youngner, 2000) กล่าวว่า การตัดสินใจมักเกี่ยวข้องกับการให้การรักษาในผู้ป่วยที่รู้แน่ชัดว่าไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจตลอด หรือในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและแพทย์เห็นว่าไม่น่าให้การรักษาที่มากกว่านี้อีกแต่ญาติยังต้องการให้รักษา ดังนั้นสวิสเซอร์ (Swisher, 2000) ได้ให้แนวทางในการตัดสินใจดังนี้ กรณีผู้ป่วยที่การรับรู้ปกติให้ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างครบถ้วนแล้ว ส่วนในผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถให้ตัดสินใจตามผู้ทำหน้าที่แทน (surrogate) กรณีไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนจะตัดสินใจตามญาติ เพราะเป็นผู้ที่ต้องการกระทำในสิ่งที่ดีให้ผู้ป่วยและเป็นผู้รู้ ความต้องการและสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ กรีน (Green, 1999) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะพิจารณาจาก 4 เรื่อง คือ 1) ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (medical indication) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรค 2) ความต้องการของผู้ป่วย (preference of patient) ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ศาสนา คุณค่าส่วนบุคคล และการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง 3) คุณภาพชีวิต (quality of life) 4) ประเด็นอื่นๆ (contextual issue) เช่น เศรษฐกิจ โดยจะให้ความสำคัญกับเรื่อง

ที่ 1 กับ 2 มากกว่า 3 กับ 4 เพราะ 3 ประเมินยาก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ตัดสินใจต้องชั่งน้ำหนัก ระหว่างประโยชน์และภาระในการดูแล เรื่องที่ 4 ไม่ใช่จุดสำคัญขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

ในประเด็นนี้ พบว่า การยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษาเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมาก ดังที่วิทูร์ย (2545) กล่าวว่า ประเด็นการให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา เพื่อพุงชีวิตโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่ เป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยเฉพาะ การให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจร่วมกัน และถ้าตัดสินใจไม่ยินยอมรับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิต ให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นหลักฐานโดยให้ญาติลงนามเป็นพยานเช่นนี้ ย่อมมีผลทางกฎหมาย ส่วนกรณีญาติต้องการให้รักษาแต่แพทย์เห็นว่าการใช้เครื่องมือดังกล่าวไม่มีประโยชน์ที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้นแล้ว กล่าวคือ การรักษาดังกล่าวกลับจะทำให้ยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทรมานต่อไปอีก กรณีเช่นนี้ยอมไม่ถือว่าการไม่ใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นการงดเว้นการซึ่งจักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลอันหนึ่งอันใด เพราะฉะนั้น ถ้าแพทย์ไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิตดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยตาย การตายนั้นไม่ถือว่าเป็นการกระทำของแพทย์ เพราะการใช้เครื่องช่วยชีวิต ไม่มีความจำเป็นจักต้องกระทำต่อไปแล้ว

วิทซ์ (2545) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษา โดยต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปให้การรักษาดังหรือถึงแก่กรรมที่บ้าน หรือแสดงความประสงค์ไม่ยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยินยอมรับการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น การแสดงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ใดๆที่จะช่วยยืดหรือพุงชีวิตนั้น เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามธรรมชาติ เมื่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้แสดงเจตจำนงไว้ อย่างชัดเจน ก่อนที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย พึงยึดหลักการทางวิชาชีพ และหลักจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจโดยต้องทบทวนการประเมินว่า 1) ผู้ป่วยหมดหวังที่จะฟื้นจริงหรือไม่ 2) การรักษาที่ให้เพียงพอและเหมาะสมแล้วหรือยัง 3) มีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะนี้หรือไม่ หากประเมินแล้วผู้ป่วยยังคงอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์หรือพยาบาลต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการยุติการรักษาให้ผู้ป่วย และญาติทราบก่อน หากยังคงได้รับการยืนยันปฏิเสธการรักษา ให้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยหรือญาติ ในแง่กฎหมายยอมถือได้ว่า แพทย์และพยาบาลหมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป แต่ควรดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐานดังนี้ 1) มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่าผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก 2) มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่าไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น และ 3) ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์ไม่รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งโดยต้องเขียนหนังสือแสดงการไม่ยินยอมให้รักษาเป็นหลักฐานไว้

กรณีผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาแต่อาจจะอยู่ในภาวะไม่รู้ตัวหรืออาจรู้ได้บ้างและร้องขอให้หยุดการรักษา เช่น หยุดการใส่ท่อช่วยหายใจ ถอดสายยางต่างๆเนื่องจากเจ็บปวดทรมาน ใน

ต่างประเทศจำเป็นต้องนำเรื่องไปให้ศาลตัดสินก่อนจึงจะตัดสินได้ว่าจะหยุดหรือไม่หยุดทำการรักษา แต่ในประเทศไทยยังไม่มีกลไกในการนำคดีสู่ศาล ดังนั้นแพทย์และพยาบาลพึงปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ทางสังคม ศีลธรรม และเศรษฐกิจ เป็นกรณีๆ ไปตามกาลเทศะ และบุคคล โดยอาศัยข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะเพียงใด 2) ผู้ป่วยมีความปรารถนาอย่างไร 3) โอกาสที่ผู้ป่วยจะหายมีมากน้อยเพียงใด 4) ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งภาระของญาติมีมากน้อยเพียงใด 5) ความจำเป็นของผู้ป่วยอื่นที่รอเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่จำกัดมีอย่างไร

ฮาร์รี (Harries, 1985 cited by Aveyard, 2000) กล่าวว่าประชาชนมีสิทธิในการจัดการกับชีวิตของตนเองได้ การทำประโยชน์เกื้อกูลไม่สามารถทำได้โดยปราศจากการยินยอมของผู้ป่วย และลาแมร์ ทักเกอร์และเฟรดสัน (LaMear-Tucker & Friedson, 1997) กล่าวว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีหน้าที่หลักคือทำให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกันของวิชาชีพทางสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับสุวิภา (2541) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจในการรับการรักษา และสอดคล้องกับฮิววิต (Hewitt, 2002) ซึ่งกล่าวว่าการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อผู้ป่วย อีกทั้งอเวียาร์ด (Aveyard, 2002) ยังกล่าวว่าการให้ข้อมูลเป็นการเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) ของผู้ป่วยและส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ดังนั้นแนวทางในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตควรเป็นการตกลงร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพ (Cook, Giacomini, Johnson & Willms, 1999)

โพลเวล (Powell, 2000) ได้สรุปแนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมประเด็นการยืดชีวิตหรือหยุดการรักษา ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ป่วยและญาติไม่เห็นด้วยกับแนวทางการรักษาของแพทย์

แนวทางการตัดสินใจ

1.1 ทบทวนข้อเสนอของทีมสุขภาพอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการพยากรณ์โรคและทางเลือกในการรักษา โดยคำนึงว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิปฏิเสธการรักษา โดยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ

1.2 ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจไว้ล่วงหน้า (advance directive) ให้ทบทวนอีกครั้ง แล้วเขียนหรือบอกการตัดสินใจ

1.3 หลังจากคุยกันจนเป็นที่ตกลงแล้วก็บันทึกการตัดสินใจของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติ

2. กรณีผู้ป่วยไร้ความสามารถและญาติไม่เห็นด้วยกับการรักษาของทีมสุขภาพ
แนวทางการตัดสินใจ

2.1 คู่มือทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทน ผู้ทำหน้าที่แทนจัดลำดับความสำคัญตาม
กฎหมาย ดังนี้

2.1.1 ผู้ที่ผู้ป่วยกำหนดไว้

2.1.2 คู่สมรส

2.1.3 บุตร

2.1.4 พ่อ แม่

2.1.5 พี่ น้อง

2.1.6 ญาติสายเลือดเดียวกัน เช่น ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น

2.2 ทบทวนทางเลือกจนแน่ใจว่าผู้ทำหน้าที่แทนเข้าใจถึงพยากรณ์โรคของผู้ป่วย
สภาพของผู้ป่วย และทางเลือกในการรักษา ให้ลงชื่อไม่ยินยอมรับการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่
ตัดสินใจไว้ล่วงหน้า

2.3 ถ้าสมาชิกของครอบครัวคนอื่นๆไม่เห็นด้วยกับผู้ทำหน้าที่แทนให้ปฏิบัติตามกรณี
ที่ 5 ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

2.4 อาจปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม

3. กรณีผู้ป่วยและญาติตกลงกันไม่ได้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
แนวทางการตัดสินใจ

3.1 ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาหรือลงชื่อไม่ยินยอมรับการรักษาโดยผู้ป่วยเข้าใจ
ข้อมูลและอยู่ในสภาพที่ทำการตัดสินใจได้

3.2 ครอบครัวอาจจะเข้ามามีส่วนร่วมในการซักถามแต่สุดท้ายการตัดสินใจจะอยู่ที่
ผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3.3 ผู้ป่วยอาจจะพิจารณาเลือกการตายอย่างสงบ

3.4 อาจต้องเตรียมการเพื่อช่วยเหลือครอบครัว

4. กรณีทีมสุขภาพไม่ให้การรักษาแต่ผู้ป่วยหรือญาติ (กรณีผู้ป่วยไร้ความสามารถ)
ต้องการการรักษา

แนวทางการตัดสินใจ

4.1 ทีมสุขภาพจะต้องไม่ทำการรักษาที่น้อยกว่าที่สามารถจะช่วยให้ และให้ข้อมูลกับ
ผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอถึงการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ และจะต้องบอกผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง
ถึงเหตุผลที่ไม่ให้การรักษาตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ เพราะไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาและ
เสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- 4.2 ขอความคิดเห็นจากผู้ป่วยและญาติอีกครั้งหนึ่ง
- 4.3 ให้ทางเลือกในการย้ายไปรับการดูแลที่แพทย์ท่านอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น
- 4.4 ปรีกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล
5. กรณีผู้ป่วยไร้ความสามารถและญาติตกลงกันไม่ได้ในการตัดสินใจรับการรักษา
 - แนวทาง การตัดสินใจ
 - 5.1 ทำตามผู้ทำหน้าที่แทนดังกรณีที่ 2 แต่ถ้าผู้ทำหน้าที่แทนที่มีอำนาจระดับเดียวกัน มีตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อาจต้องทำตามบุคคลที่มีอำนาจมากกว่า
 - 5.2 อย่างไรก็ตามพยายามทำให้ญาติตกลงกันได้ โดยให้ครอบครัวคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย เช่น ถามญาติว่าอะไรที่ผู้ป่วยเคยบอกให้กระทำหรือต้องการให้กระทำ เป็นต้น เพื่อญาติจะได้ตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 5.3 อาจปรีกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล
6. กรณีที่มสุขภาพตกลงกันไม่ได้ในการให้การรักษา
 - แนวทาง การตัดสินใจ
 - 6.1 พยายามประนีประนอม โดยให้แสดงความคิดเห็นและมองข้อเสนอแนะอย่างเป็นธรรม
 - 6.2 จัดทำแผนผังสายบริหารและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน
 - 6.3 กรณีที่มสุขภาพมีความเห็นเป็น 2 แนว กรณีของผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ให้ทำตามกรณีที่ 4
7. กรณีที่มสุขภาพและญาติเห็นด้วยกับการรักษาและผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถไม่ได้แจ้งความจำนงไว้
 - แนวทาง การตัดสินใจ
 - 7.1 ทำตามกรณีที่ 2 และดูที่ผลประโยชน์จากการตัดสินใจครั้งนี้
8. กรณีไม่ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์หรือไม่ และ/หรือผู้ป่วยเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับการรักษา
 - แนวทาง การตัดสินใจ
 - 8.1 ประเมินว่ามีปัญหาอะไรในการตัดสินใจ และ/หรืออะไรเป็นสาเหตุของความไม่แน่ใจ
 - 8.2 ปรีกษาจิตแพทย์กรณีไม่ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์หรือไม่
 - 8.3 ถ้ายังคงไม่สามารถตัดสินใจ ปรีกษาคณะกรรมการจริยธรรม

สิวลี (2529 อ้างตาม วิชัย, 2545) ศึกษาเกี่ยวกับแนวความคิดและหลักปฏิบัติเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังของอาจารย์แพทย์ทางคลินิก พบว่า ความเห็นของแพทย์ส่วนใหญ่ เห็นว่า

1. จะไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการรักษาหรือกระทำใดๆที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือเพิ่มความทุกข์ทรมาน
2. เมื่อแน่ใจว่าหมดวิธีการรักษาและผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องได้รับการบรรเทาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. ต้องคำนึงถึงญาติด้วย ถ้าญาติยังยอมรับไม่ได้และร้องขอให้ชะลอความตายก็สมควรทำ
4. กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่
 - 4.1 จะไม่ยุติเครื่องดังกล่าวเพราะบาป
 - 4.2 จะยอมยุติถ้าญาติยอมรับ เพราะไม่เกิดประโยชน์อะไรอีกแล้วกับผู้ป่วยในการชะลอ

5. ต้องไม่พยายามเหนี่ยวรั้งความตายเกินกว่าเหตุเพราะความตายเป็นสังขารม ความเห็นของแพทย์ส่วนน้อย เห็นว่า แพทย์ต้องชะลอการตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดเพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ หรือถ้าปล่อยผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วยจะเกิดปัญหาทางด้านกฎหมายต่อแพทย์ คืออาจถูกฟ้องร้องฐานฆ่าผู้อื่น

คุก เกียโคมินิ จอห์นสันและวิลม (Cook, Giacomini, Johnson & Willms, 1999) ศึกษาเชิงคุณภาพถึงการช่วยฟื้นคืนในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาในแพทย์ 12 คน พยาบาล 9 คน และทีมสุขภาพอื่นๆอีก 4 คน อภิปรายกันถึงการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ สรุปได้ว่า แม้ว่าเทคโนโลยีการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราตายของผู้ป่วยวิกฤต การตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพหรือหยุดการช่วยฟื้นคืนชีพควรเป็นการตกลงร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด : ใครควรได้รับ (allocation of scarce resource : who should receive ?) โบราวสกี (Borawski, 1994 cited by Leinno-Kilpi, Suominen, Makela, Mc Daniel & Puukka, 2002) กล่าวว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด เป็นปัญหาแรกของการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยวิกฤต ไรเกิล (Reigle, 1989) กล่าวว่า หลักการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตคือ เคารพในคุณค่าส่วนบุคคลของผู้ป่วย คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีประโยชน์มากที่สุดและยุติธรรม โดยโบน (Bone, 1990 cited by Baltz & Wilson, 1995) มีแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับ คือ 1) ดูผลการรักษาว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จเพียงใด 2) ผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ 3) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างไร 4) คุ่มค่ากับ

การรักษาเพียงใด 5) ความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทนเป็นอย่างไร และ 6) เสียโอกาสการดูแลผู้ป่วยรายอื่นหรือไม่ ส่วนวีทซ์และฟราย (Veatch & Fry, 1987) กล่าวว่า ในการตัดสินใจให้คำหนึ่งถึง 1) เกิดประโยชน์มากที่สุด 2) ความจำเป็นของบุคคล และ 3) มีความเสมอภาค รวมถึงประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวประกอบกระบวนการตัดสินใจจากการวิเคราะห์ของบอลท์และวิลสัน (Baltz & Wilson, 1995) เกี่ยวกับการให้อายุเป็นเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยหนัก กล่าวว่าการตัดสินใจเลือกผู้ป่วยดูที่การเจ็บป่วยมากกว่าอายุ

3. การบอกความจริง (truth telling) กับ การปิดบังความจริงเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย (benevolent lying)

ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น (สภาการพยาบาล, 2541) ดังนั้นเมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตควรบอกให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติของผู้ป่วยทราบจะได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ จัดการภาระหน้าที่ที่ค้างอยู่ให้เรียบร้อย และผู้ป่วยอาจจะมีสติพอที่จะทำนิติกรรมต่างๆ ก่อนตายได้และอาจแสดงเจตนาหรือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการบอกความจริงก่อให้เกิดผลดีหลายประการแต่ พบว่าการบอกความจริงก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับความจริงได้ ส่วนการพูดเท็จบนความไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ข้อมูลก็ขาดความสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น (Laskin, 2000) จึงเกิดปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจเชิงจริยธรรมขึ้น ซึ่งปัญหาในเรื่องการตัดสินใจบอกหรือไม่บอกความจริงในผู้ป่วยวิกฤตมักเกี่ยวข้องกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น คราว มาทิสันและสตีด (Crow, Matheson & Steed, 2000) กล่าวว่า การตัดสินใจในส่วนของการบอกความจริงในผู้ป่วยที่มีความหวังน้อยแม้ว่าที่มสุขภาพจะมีความต้องการให้ทางเลือกในการพิจารณาการรักษาและการพยาบาล แต่การให้ข้อมูลจะต้องพิจารณาทั้งประโยชน์และโทษโดยอยู่บนคุณค่าทางวัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วย

สุริย์ (2541) กล่าวว่า เนื่องจากการบอกหรือไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบได้ทั้งสองทาง คือ 1) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการไม่บอกความจริง ได้แก่ ผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนเพราะผู้ป่วยควรมีสิทธิในการรับรู้และตัดสินใจต่อชีวิตของตนเอง การไม่ทราบความจริงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนเองป่วย หรือบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้วโรคนั้นรักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความหวังในการรักษา จึงพยายามหาวิธีการรักษาต่างๆ ทำให้ไม่สามารถวางแผนการใช้

เวลาที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและครอบครัว และไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้อย่างคุ้มค่าตามที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต และถ้าผู้ป่วยได้ทราบความจริงด้วยตนเอง โดยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน อาจทำให้เกิดอาการช็อคและอาจโกรธแพทย์ พยาบาลที่ไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจจะยอมรับได้ก็เป็นได้ 2) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ จะทำให้มีโอกาสใช้เวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าตามที่ปรารถนา ถ้าผู้ป่วยยอมรับความจริงไม่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก และอาจทำให้ขาดกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษาต่างๆ ทำให้โรคทรุดหนักเร็วขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจต้องคำนึงถึง 1) สิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับรู้ความจริงต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง 2) ประโยชน์ที่พึงได้รับจากการบอกความจริง 3) ยุติธรรมหรือไม่ที่หลอกลวงผู้ป่วย ไม่ให้โอกาสผู้ป่วยได้รับรู้ความจริงของตนเอง และ 4) ต้องคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ว่าไว้วางใจได้

จากหลักการดังกล่าวสิ่งหนึ่งที่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล คือการประเมินถึงประโยชน์ที่จะเกิดจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย กับผลร้ายที่จะเกิดขึ้นว่าสิ่งใดจะเป็นไปได้มากที่สุด โดยการประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วย ดังนี้ 1) พิจารณาอย่างรอบคอบว่าผู้ป่วยอยากรู้จริง หรือเพียงแต่แสดงว่าอยากรู้ เพราะบางครั้งผู้ป่วยซักถามเพียงเพื่อต้องการเพื่อน หรือต้องการแสดงความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้อื่นได้ทราบ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ไม่จำเป็นต้องรีบร้อนให้ข้อมูลทุกอย่างทันที อาจค่อยๆ ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ทีละขั้นตอน เช่น ให้รับรู้ว่าเป็นโรคนั้นๆ แต่อาจยังไม่บอกผลการรักษาที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีเวลาปรับใจ ต่อมาจึงค่อยๆ ให้ทราบถึงผลที่จะเกิดจากการรักษา นั่นคือพยาบาลต้องประเมินและเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์ความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยก่อน 2) เมื่อตัดสินใจว่าจะบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาต่อไปคือ จะบอกข้อมูลนั้นๆ แก่ใคร อย่างไร และจะบอกด้วยวิธีใดซึ่งต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล นั่นคือจะต้องประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ศาสนา ความเชื่อ การเผชิญปัญหา และอาจซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติผู้ใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งการที่จะได้ข้อมูลที่ดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 3) การบอกความจริงกับผู้ป่วย ผู้บอกจะต้องมีข้อมูลชัดเจน และต้องประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อกำหนดรายละเอียดที่จะบอกแก่ผู้ป่วยอย่างสอดคล้องกับความเชื่อและพฤติกรรมของผู้ป่วย 4) การสนทนากับผู้ป่วยควรเลือกใช้คำพูดที่สามารถสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีที่สุดและต้องพูดให้ชัดเจน เพราะการพูดกำกวมไม่ชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยเก็บไปคิดกังวล หรือเข้าใจผิดได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีเวลาในการพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความรู้สึกลง รวมถึงให้โอกาสในการซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง 5) ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับการเจ็บป่วยกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ 6) ติดตามการ

เปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับทราบความจริง เช่น ภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เป็นต้น และ 7) บันทึกเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นระยะ

ปราโมทย์ (2545) กล่าวว่า การจะแจ้งบอกผู้ป่วยหรือไม่นั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง โดยที่แพทย์เจ้าของไข้ควรเป็นผู้แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยตนเอง หลังจากได้ประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์ทั้งในการรักษาและการปรับตัวของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยอาศัยจังหวะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อม เช่น ไม่บอกตอนผู้ป่วยกำลังปวด สับสน ซึ่งอาจทำให้การรับรู้และได้รตรองแก้ปัญหาไม่สมบูรณ์ โดยในการบอก แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ ควรได้มาประชุมปรึกษาหารือเพื่อการดูแลรักษาร่วมกันอย่างเป็นทางการ เพื่อ 1) ทบทวนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและทางเลือกต่างๆในการรักษาให้ทราบ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม พูดถึงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าจะทำอย่างไร 3) ร่วมกันเลือกทางรักษา และ 4) ตกลงกันว่า จะใช้เกณฑ์อย่างไรมาตัดสินความสำเร็จหรือล้มเหลวของการรักษา เพื่อให้มีความคาดหวังตรงกัน

สำหรับการบอกความจริงนั้น วิลเลียมสันและลิฟวิงส์ตัน (Williamson & Livingston, 1992) ได้เสนอทางเลือกในการบอกความจริงไว้ 4 ทางเลือก ดังนี้

1. การบอกความจริงทั้งหมด (whole truth)

การบอกความจริงทั้งหมดเป็นเรื่องที่ควรกระทำอย่างยิ่งในหลายๆสถานการณ์ โดยให้ข้อมูลทั้งหมดเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งมักจะมากกว่าที่ผู้ป่วยร้องขอ การเลือกใช้ทางเลือกนี้จะกระทำเมื่อผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล และแพทย์ให้คุณค่ากับการบอกความจริงตรงกันและผู้ป่วยร้องขอข้อมูล ในการบอกความจริงสิ่งที่สำคัญคือการตัดสินใจว่าใครเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะเป็นคนบอก การพิจารณาคุณสมบัติของผู้บอก คือ ต้องมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษามากที่สุด จากการศึกษาของอนันต์และธนา (2540) เกี่ยวกับเจตคติของแพทย์ไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 70.4 ของแพทย์คิดว่าควรแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริง และร้อยละ 56.1 คิดว่าจะบอกความจริงแม้ว่าจะเป็นมะเร็งในขั้นสุดท้าย

2. การบอกความจริงบางส่วน (partial truth)

การบอกความจริงบางส่วนเป็นการให้ข้อมูลบางอย่างเพื่อคลี่คลายความเข้าใจผิดหรือทำให้เข้าใจผิด เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการปฏิเสธ สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรงแต่ยังคงร้องขอข้อมูลบางอย่าง ผู้ทำหน้าที่บอกความจริงอาจรอคอยจนกระทั่งผู้ป่วยแสดงท่าทีว่าต้องการข้อมูลมากขึ้นเมื่อไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษา จึงทำการบอกข้อมูลเพิ่มเติมจนถึงการบอกความจริงทั้งหมด

3. การหลอกลวง (deception)

การหลอกลวงจะใช้เมื่อการบอกความจริงแล้วจะมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กำลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักถามพยาบาลว่าภรรยาของตนที่ได้รับอุบัติเหตุปลอดภัยดีหรือไม่ พยาบาลตอบว่าปลอดภัยดีทั้งๆที่รู้ว่าภรรยาผู้ป่วยไม่ปลอดภัย เป็นต้น การที่พยาบาลจะเลือกใช้วิธีการหลอกลวงต้องคิดให้รอบคอบถึงความเสียหายที่จะเกิดผลเสียกับผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลเมื่อผู้ป่วยทราบความจริงในภายหลัง เพราะการหลอกลวงผู้ป่วยจะลดความน่าเชื่อถือ เกิดความโกรธ และทำลายภาพพจน์ของทีมสุขภาพได้โดยไม่เชื่อถือในข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหา

4. การประวิงเวลาการบอกความจริง (truth delay)

การประวิงเวลาการบอกความจริง จะนำมาใช้เมื่อพยาบาลประเมินแล้วยังขาดข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยและต้องการเวลามากกว่านี้ การประวิงเวลาการบอกความจริงทำให้พยาบาลมีเวลาสำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนในการบอกความจริง และการหาข้อมูลสนับสนุนในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย ถ้าพยาบาลรู้สึกว่ายังขาดสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหรือยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยการเลือกวิธีการนี้ถือว่าเหมาะสม วิธีการนี้พยาบาลมักจะนำมาใช้เมื่อแพทย์ยังไม่ต้องการให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือเมื่อพยาบาลไม่มีเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การประวิงเวลาการบอกความจริงพยาบาลยังมีเวลาในการเตรียมคำตอบสำหรับผู้ป่วยกับสมาชิกทีมสุขภาพในการวางแผนการบอกความจริงกับผู้ป่วย

การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าควรกระทำอย่างไรเมื่อใด และวิธีใด เพราะบุคคลแต่ละคนมีการยอมรับและการปรับตัวที่แตกต่างกัน ผู้ที่จะกระทำหน้าที่ในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพิจารณาด้วยตนเองโดยคำนึงถึงผลกระทบที่จักเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามให้ถือหลักการว่าให้ผู้ป่วยได้ทราบความจริงจะก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย ส่วนการที่จะเลือกบอกความจริงโดยวิธีไหนนั้น จะต้องเลือกให้เหมาะสมกับกาลเทศะ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร มีความพร้อมและความต้องการในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพียงใด นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ การดำเนินการบอกนอกจากจะยึดหลักการดังกล่าวข้างต้น ควรผสมผสานศิลปะและจิตวิทยาการสื่อสารบนพื้นฐานความมีเมตตา กรุณาของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ (สุรีย์, 2541)

4. พันธะหน้าที่ต่อผู้ป่วย (obligation for patients) กับ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (maintaining relationship with others) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นนี้มักพบในกรณีผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรับการรักษาหรือการขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้านซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่มักไม่อนุญาตด้วยทัศนคติของวิชาชีพที่ต้องการรักษาให้ถึงที่สุดและ

ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมักทราบความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (Chally & Loriz, 1998) ในขณะเดียวกันก็ทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น แพทย์ เพราะต้องมีการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยทำให้ทราบความต้องการและความคาดหวังในการรักษาของแพทย์หรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพจึงต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นดังกล่าว ซึ่งแนวทางการตัดสินใจ วิชัย (2545) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษาโดยต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปให้การรักษาดัวหรือถึงแก่กรรมที่บ้านเป็นสิทธิของผู้ป่วยพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยและญาติยังยืนยันปฏิเสธการรับการรักษาก็ให้ลงชื่อไม่ยินยอมรับการรักษาไว้เป็นหลักฐานแล้วปฏิบัติตามการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ หรือพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับแพทย์ที่ทำการรักษา

5. พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพ (professional obligation) กับ หน้าที่ต่อตนเอง (duty to self) การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในประเด็นนี้มักเกิดในกรณีที่พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพยาบาล เช่นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อสูง (สมหวัง, 2536) ซึ่งสามารถติดต่อไปยังผู้ที่มาสัมผัสโรคได้ ทำให้พยาบาลต้องประสบกับการตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากรับรู้ว่าคุณเองมีพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพที่จะต้องให้การพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยทุกประเภท ในขณะเดียวกันพยาบาลก็รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแล (อรัญญาและวงจันทร์, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2543) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก และพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับพันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพและต่อตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของพจนานา (2545) ที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 110 ราย พบว่าในสถานการณ์: เมื่อพยาบาลอยากปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลระบุประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมคือไม่อยากดูแลแต่ด้วยหน้าที่ทำให้ปฏิเสธไม่ได้ถึงร้อยละ 71.82 ดังนั้นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจว่า มีสิทธิปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่นั้น ฟาวเลอร์ (Fowler, 1989) กล่าวว่ามาตรฐานที่จะช่วยพยาบาลในการตัดสินใจ มี 4 ประการ คือ 1) พยาบาลปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยได้โดยที่การปฏิเสธนั้นความเสี่ยงอันตรายหรือความสูญเสียของผู้ป่วยต้องไม่มีอย่างมีนัยสำคัญ 2) พยาบาลปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยไม่ได้หากผู้ป่วยจะเกิดอันตรายถ้าพยาบาลปฏิเสธการดูแล 3) พยาบาลปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยไม่ได้หากเป็นการกระทำเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย 4) พยาบาลปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยไม่ได้หากเกิดผลดีสำหรับผู้ป่วยมากกว่าอันตรายที่พยาบาลจะได้รับและความเสี่ยงของพยาบาลจะต้องน้อยที่สุด

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักประสบในการปฏิบัติงานในแต่ละวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองได้เนื่องจากอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ เช่น ไม่รู้สึกตัว หรือป่วยหนัก ฉะนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงมักขึ้นอยู่กับญาติผู้ป่วย แต่ในการตัดสินใจของญาติก็ขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล ดังนั้นในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและหลักการและแนวคิดที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างเป็นระบบประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดความหม่นหมองทางจริยธรรม