

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษา
กระบวนการในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปประเด็นเป็น 4 ตอน ดังนี้

1. การจัดการบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- 1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลและกองการพยาบาล
- 1.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 1.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. แนวคิด ทฤษฎีกฎหมายวิชาชีพและการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
 - 2.1.3 แนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.1.4 วิธีปฏิบัติตามศาสนา ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ
 - 2.1.5 ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- 2.2 ความหมายและความสำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 2.3 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.5 การประเมินความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

3. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- 3.1 ความหมายและความสำคัญของโปรแกรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 3.3 การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยในประเทศ
- 4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. การจัดการบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่สังกัดกองทัพบก ระดับตติยภูมิที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในสังกัดกองทัพบก เป็นหน่วยขึ้นตรงของศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก ให้บริการในภาวะปกติของบ้านเมืองและในภาวะสงครามโดยในภาวะปกติให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และโรคเฉพาะทางแก่ผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยทหาร ครอบครัวข้าราชการ และประชาชนทั่วไป รวมทั้งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆทั้งในและนอกสังกัดกองทัพบก และในภาวะสงคราม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจัดเป็นโรงพยาบาลในเขตหลังที่ทำหน้าที่รับทหารป่วยเจ็บที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่วนหน้าเพื่อตรวจรักษาและฟื้นฟู

ภารกิจของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในการให้บริการสุขภาพครบทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ตลอดจนเป็นสถาบันศึกษาวิจัยแก่แพทย์ พยาบาลตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุข วางแผน อำนวยการ ประสานงาน แนะนำ กำกับ ดำเนินการ วิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการผลิต จัดหา ส่งกำลัง ซ่อมบำรุง พยาธิวิทยา เวชกรรมป้องกัน ทันตกรรม และการรักษา กำหนดหลักนิยม ผลิตตำรา ตลอดจนฝึกศึกษา ทั้งนี้เกี่ยวกับกิจการและสิ่งอุปกรณ์ของเหล่าการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลทหารบกขนาด 1200 เตียง ตั้งอยู่ใจกลางกรุงเทพมหานคร ใกล้อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2475 เป็นกองเสนารักษ์ จังหวัดทหารบกกรุงเทพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2495 กองทัพบกได้กราบบังคมทูลขอพระบรมราชานุญาตอัญเชิญพระปรมาภิไธยขอพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้า

เจ้าอยู่หัวมาเป็นพระนามของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติและน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ โดยได้กระทำพิธีเปิดป้ายชื่อเมื่อ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2495 ซึ่งถือเป็นวันสถาปนาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและกองทัพบก

1.1.1 โครงสร้างการบริหารจัดการและนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามี *ปรัชญา* คือ คุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ *วิสัยทัศน์* คือ เป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการและงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับภูมิภาค และพันธกิจคือ ให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหาร ครอบครัว ข้าราชการ และประชาชน จัดฝึกศึกษาให้นักศึกษาแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในทางการแพทย์ ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยเหนืออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและธำรงรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

โครงสร้างของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าประกอบด้วยกองอำนวยการ กองอายุกรรม กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก กองจิตเวชและประสาทวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองพยาธิวิทยา กองพยาธิวิทยา กองจักษุกรรม กองร้อยเส้นารักษ์ กองการพยาบาล กองศัลยกรรม กองเภสัชกรรม กองโสต ศอ นาสิกกรรม กองรังสีกรรม กองกุมารเวชกรรม กองทันตกรรม กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด กองออร์โธปิดิกส์ และแผนกเวชบริรักษ์กลาง (คณะกรรมการบริหารทางการแพทย์ กองการพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2552)

1.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าให้เป็นไปด้วยความมีระเบียบเรียบร้อย ตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของโรงพยาบาลซึ่งต้องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้กำหนดระเบียบปฏิบัติ มีความมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษาเพื่อชะลอความตาย หรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย จัดเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นกับความเห็นของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา และการ

ตัดสินใจของครอบครัวและญาติ หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในที่นี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงอยู่ในขั้นวิกฤต และไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งคณะแพทย์ที่ทำการรักษาลงความเห็นยืนยันว่าไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ด้วยวิธีการใดๆ และอาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น อาจารย์แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ครอบครัวและญาติ เรื่องแผนการดูแลรักษาระยะสุดท้าย พร้อมตอบข้อซักถามของญาติโดยละเอียด และร่วมกันตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย กรณีแพทย์ ครอบครัวและญาติตกลงเลือกแผนการงดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยการงดทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายความว่าคณะแพทย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะหยุดให้การรักษาศาวยุติโดยสิ้นเชิง แต่หมายถึงว่าผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยงดหรือหลีกเลี่ยง และ/หรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ครอบครัวและญาติขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลต่อไป โดยมีความประสงค์จะขอรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือภูมิลำเนาเดิมให้ปฏิบัติตามระเบียบโรงพยาบาลว่าด้วยเรื่อง การทำหนังสือแสดงความไม่ยินยอมรับการรักษา พ.ศ. 2544

สรุปได้ว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความต้องการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ให้การรักษาครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

1.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตามระเบียบปฏิบัติที่เรียกว่า : PMK – PPR-002 โดยคณะอนุกรรมการสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2544) ได้กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ดังนี้

1.3.1 ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล แก่ครอบครัวและญาติ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษาที่ได้ร่วมกันกำหนด

1.3.2 ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงบันทึกใน Kardex เรื่องสรุปแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากการพูดคุยกับครอบครัวและญาติ (การงดหรือหลีกเลี่ยงการรักษาเพื่อชะลอความตาย และ/หรือ การยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย) พร้อมส่งเวรเรื่องนี้ด้วยทุกครั้ง

สรุปการจัดการบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้กำหนดระเบียบปฏิบัติ มีความมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งความ

ต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทโดยเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแก่ครอบครัวและญาติ พร้อมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษา ส่วนการงดทำการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายความว่าคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จะหยุดให้การรักษานะผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยงดหรือหลีกเลี่ยง และ/หรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

2. แนวคิดทฤษฎีการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอนำเสนอเนื้อหา ประกอบด้วย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีผู้ให้แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ดังได้กล่าวว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามิใช่ทุกเพศ ทุกวัย นอกจากการพยาบาลด้านร่างกาย ควรครอบคลุมการดูแลจิตสังคม และจิตวิญญาณ เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในความหมายของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษายกย่องว่าเป็น โรคที่รักษาไม่หายแล้ว เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค มีอาการแสดงว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตวิญญาณ ต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดของโรค ซึ่งการพยาบาลที่ให้นั้นการบรรเทาทุกข์มากกว่าการรักษา” (ธัมม นามวงษ์ 2540: 11-12, 32) คนที่ป่วยหนักมีความปรารถนาที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ต้องการรับการสัมผัสที่อ่อนโยน การนวดเบาๆ การกอด หรือ สูดทางสายตาดูจากผู้ดูแล การสื่อสารด้วยภาษากายเหล่านี้ถือเป็นการมอบความสุขทางใจให้กับผู้ป่วย (พระไพศาลวิสาโล 2549: 5-6) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีทางจะหายจากโรค ซึ่งการดูแลต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งปลอบโยนครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (สตาพร ลีลานั้นทกิจ 2552: 26-27) การพยาบาลแบบองค์รวม และพยาบาลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายอิงตามตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งตรงกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักขององค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 2002 มีสาระสำคัญสรุปได้คือ การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การบรรเทาอาการปวดทางด้านร่างกาย ตลอดจนการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ได้ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยมีมาตรการการช่วยเหลือเสริมคุณภาพชีวิต มีการบำบัดรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง รวมทั้งการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (World Health Organization, 1990: 83-91) ผู้ป่วยที่ชีวิตถูกคุกคามอาจเฉียบพลัน หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การพยาบาลเป็นการดูแลปัญหาทางกาย และการจัดการดูแลความต้องการของผู้ป่วย ในการวางแผนการดูแล (Sara T. Fry; Robert M. Veatch , 2006) การดูแลต้องเป็นองค์รวม ครอบคลุมกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้าย (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุพรรณ 2552: 63-64) นอกจากการบรรเทาอาการปวด ซึ่งเกิดในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ควรเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด (รพีพร กาญจนภาชนะ 2551: 47)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย การดูแลควรเป็นองค์รวมเนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือคำจูนเพื่อให้ผ่านสภาวะวิกฤตของครอบครัวได้

2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care) ถือเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหลักในการดูแลแบบองค์รวมสามารถสรุปได้คือ การให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ยอมรับความเชื่อ ความเจ็บป่วย สนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา สนับสนุนการรักษาแบบผสมผสานและให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (รพีพร กาญจนภาชนะ 2551: 38) รายละเอียดในการดูแลด้านต่างๆมีดังนี้

1) **การดูแลด้านร่างกาย** โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนไหวร่างกายเช่นพองลูกนั่งบนเตียง นั้งข้างเตียง เพื่อให้โลหิตได้ไหลเวียนสะดวก ป้องกันโลหิตอุดตัน การเกิดแผลกดทับ เกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบทางเดินหายใจเช่นภาวะปอดบวม ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่นเกิดนิ่ว การป้องกันการติดเชื้อของข้อ แต่ต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหัวใจวายได้ โดยมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

(1) การดูแลผิวหนัง ให้ระวังการเกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ ควรมีการพลิกตัวเพื่อกระตุ้นโลหิตให้ไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อ ในผู้ป่วยที่มีการฉายแสง ควรระวังการโดนน้ำ ระวังผิวหนังถลอก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

(2) การบรรเทาปวด เมื่อระยะของโรคมักมีการกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ เนื้อเยื่อส่วนปลายขาดโลหิตไปเลี้ยง ทำให้เกิดเนื้อตาย เซลล์มะเร็งโตไปกดทับบริเวณต่างๆ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเกิดการเจ็บปวด การหายใจจะผิดปกติ พยาบาลต้องสังเกตอาการสำคัญของชีวิต การจัดทำนอนให้ผู้ป่วยโดยมีอุปกรณ์ช่วย ทำให้บรรเทาปวด การเปลี่ยนท่านอนต้องระวังกระดูกหัก การให้ยาระงับอาการปวดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากถ้าถูกลามไปกระดูก ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมาก การให้ยานอนหลับ ควรประเมินอาการก่อน แต่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วแพทย์อาจไม่คำนึงเรื่องการติดยา แต่พิจารณาเรื่องความสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลควรสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยว่าระยะนี้ผู้ป่วยอาจว่าเหว่ เกิดความกลัวความตาย ควรดูแลด้านสุขภาพจิตด้วย

(3) ควบคุมกลิ่น เพื่อความสบายของผู้ป่วยและทำให้ความรู้สึกของครอบครัวไม่เศร้าใจกับผู้ป่วย พยาบาลควรดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้มีการถ่ายเทอากาศใช้ยาดับกลิ่นช่วย

(4) อาหาร น้ำ และเกลือแร่ ผู้ป่วยอาจขาดสารอาหารในระยะนี้เนื่องจากเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง จัดอาหารให้น่ารับประทาน จัดสิ่งแวดล้อม จัดท่านอน

(5) การขับถ่าย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อุจจาระระได้ อาจต้องพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดแผลกดทับจากการเปียกชื้น

(6) การสัมผัสที่ประกอบด้วยความเมตตากรุณา พยาบาลควรระวังคำพูด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกตัว บางรายอาจไม่รู้สึกรู้สิดแต่หูอาจจะยังได้ยิน ฉะนั้นการสนทนา ระหว่างให้การพยาบาลต้องระวัง

การให้การพยาบาลจากน้ำมือพยาบาล จึงมีความหมายอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (กองงานวิทยาลัย 2548: 520-522) จะเห็นได้ว่าเมื่อถึงระยะสุดท้าย ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางทรุดลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่ปกติ ความรู้สึกนึกคิด ความทรงจำจะลดลงเรื่อยๆ (Beverly, 1977: 633-634) การดูแลด้านร่างกายในระยะ Pre dying ที่สำคัญเพื่อความสุขสบาย และการไม่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (อรอุมา เฟ่งพินิจ 2551: 87) ซึ่งการพยาบาลด้านร่างกายนั้นนอกจากทำให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตที่เหลืออยู่ได้มีคุณภาพที่สุดแล้วยังทำให้ผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2) การดูแลด้านจิตสังคม ภาวะจิตใจของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การปฏิเสธและการแยกตัว เป็นการปกป้องตนเองของผู้ป่วย ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนเองรับรู้ ระยะนี้พยาบาลต้องรับฟังการระบายความในใจของผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 โกรธ ผู้ป่วยจะหงุดหงิด ปฏิเสธการช่วยเหลือเพื่อแสดงว่าตนไม่ได้เจ็บป่วย ระยะนี้ผู้ดูแลต้องให้อภัย แสดงความเห็นใจ

ขั้นที่ 3 ระยะอาการต่อรอง ผู้ป่วยจะยอมรับแต่ต่อรอง พยาบาลต้องช่วยปลอบใจ

ขั้นที่ 4 ระยะเก็บกดและซึมเศร้า พยาบาลควรแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเรามีความสำคัญเหมือนเดิม การนั่งเป็นเพื่อนเงียบๆ อาจช่วยคลายเครียดได้

ขั้นที่ 5 การยอมรับ ระยะนี้ผู้ป่วยพร้อมที่จะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องการคำปลอบโยน พยาบาลควรให้ช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้รับความสุข

นอกจากนี้พยาบาลควรประคับประคองจิตใจของครอบครัวด้วย พยาบาลควรมีความเข้าใจและเห็นใจ (กองงานวิทยาลัย 2548: 522-524) ในความคิดเห็นของคุณอรอุมาในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาติควรเพิ่มในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทางเลือกการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความอบอุ่นทางจิตใจโดยมีการยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ให้เวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นของผู้ป่วยและญาติ (อรอุมา เฟ่งพิณิจ 2551: 88) การที่แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การไม่ปิดบังข้อมูลการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะต้องการมีส่วนร่วมในการรักษา เช่นสามารถกำหนดเวลาให้อาหารเองได้ กำหนดเวลารับประทานเองได้บ้าง และไม่ต้องการการถูกทอดทิ้ง หรือไม่มีใครสนใจ ยังต้องการช่วยเหลือในระยะต่างๆ ของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะระยะปฏิเสธ ระยะ โกรธ และระยะซึมเศร้า (ธัสมน นามวงษ์ 2540: 16-17) ซึ่งการศึกษาภาวะจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือการได้รับความเอาใจใส่จากผู้ใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้โดดเดี่ยว ต้องการคนอยู่ข้างเคียง ผู้ดูแลซึ่งก็คือญาติและพยาบาลซึ่งใกล้ชิดที่สุดควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่ควรประเมินสภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยว่า ความต้องการนั้นอยู่ในสภาวะอารมณ์และจิตใจที่ปกติของผู้ป่วย หากไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ควรชะลอไว้ก่อน (สุมาลี นิมนานนิตย์ 2550: 19)

3) การดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษา แต่ความหวังด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงอยู่ พยาบาลไม่ควรละเลยที่จะดูแลด้านร่างกายเท่านั้น (ธัสมน นามวงษ์ 2540: 19) จะทำให้ผู้ป่วยขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ซึ่ง

หมายถึงภาวะที่บุคคลถูกขัดขวางหรือไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อ สิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิต สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเป็นมนุษย์ของคน (คณะกรรมการพัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 2550) ในการศึกษาของคาร์สัน (Carson, 1989: 271-273) เรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักเกิดกับผู้ป่วยทุกคนไม่ด้านด้านก็ด้านหนึ่งได้แก่

(1) **ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต** ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน กับ
 แค้นใจ ว่าทำไมตนเองต้องมีโรคร้ายไข้เจ็บ เกิดมาทำไม ทำไมต้องตาย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหา
 คำตอบได้ ปัญหาที่พบคือการฆ่าตัวตาย

(2) **ต้องการความรัก** ความรักของผู้ป่วยระยะนี้คือการรักแบบไม่มี
 เงื่อนไข ต้องการได้รับความรักและต้องการแสดงออกของความรัก

(3) **ต้องการได้รับการให้อภัย** ผู้ป่วยจะคิดถึงชีวิตในอดีตของตน บาง
 รายอาจรู้สึกผิด โทษตนเอง ผู้ป่วยต้องการการได้รับการอภัยจากบุคคล จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์

(4) **ต้องการมีความหวัง** เพื่อให้ตนเองมีกำลังใจ เพื่อเผชิญความทุกข์
 ทรมานและความตายได้ เป็นความหวังในการได้รับการดูแลที่ดี และความหวังในโลกหน้า

(5) **ต้องการการตายอย่างสงบ** ผู้ป่วยต้องการความสงบภายในในการ
 ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามความ
 เชื่อทางศาสนาดังนี้ การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธตามแนวคิดของพระไพศาล
 คือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว ผู้ดูแลควรดูแลด้านจิตใจ ซึ่งมี
 ความสำคัญ แม้ร่างกายจะเสื่อมถอย ถ้าจิตใจสามารถเกิดความสุข ไม่ทรมานทรมายก็จะทำให้ผู้ป่วยมี
 ความสุขได้

2.1.3 แนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ประกอบด้วย

1) **ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากถูกความ
 เจ็บปวดทรมานกาย ยังถูกรบกวนด้วยความกลัวต่างๆเช่นความกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง เนื่องจากจิตใจ
 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะเปราะบาง เขาต้องการใครสักคนที่พึ่งพาได้ เพื่อที่จะเผชิญความตายได้
 อย่างสงบการแสดงออกของความรักก็คือความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ กิริยาที่อ่อนโยนและ
 การให้อภัย ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการหงุดหงิด กราดเกรี้ยว เราสามารถช่วยเขาได้โดยการอดกลั้น ไม่
 ได้ตอบด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว ความอ่อนโยนและความสงบจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้เร็วขึ้น ควรใช้
 ความนิ่มนวลในการเตือนสติผู้ป่วย ได้แก่การใช้คำพูดและการสัมผัสเบาๆด้วยการจับมือ แชนขา
 บีบหรือกอด แผ่นความปรารถนาดีให้กับเขา จะทำให้เกิดพลังแก่ผู้ป่วยได้ การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งก็

ชาวพุทธธิเบตนิยมใช้คือ การน้อมจิตหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพ เช่นพระพุทธรูปเจ้าแม่กวนอิม ให้ผู้ป่วยน้อมใจนึกภาพนั้นผสานใจเป็นหนึ่งเดียว

2) *ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง* ผู้ป่วยบางคนไม่คาดคิดว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หาย และอาการได้ลุกลามจนถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้เนิ่นนานปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรู้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเตรียมตัวได้น้อยลง แม้กระนั้นก็ตามการจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน ผู้ดูแลทุกคนต้องมีความอดทนและฟังความในใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการทราบความจริงมากกว่าการปกปิด เพราะแม้จะปกปิดอย่างไร ผู้ป่วยก็จะทราบด้วยกิริยาที่เปลี่ยนแปลงไปของญาติ ลูกหลาน เช่น การดูแลที่ผิดปกติ น้ำเสียง หรือใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม การบอกข่าวร้าย ผู้ป่วยบางคนยอมรับไม่ได้ สาเหตุที่มากกว่าความกลัวตาย คือการมีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างค้าง ญาติมิตรควรปล่อยให้ผู้ป่วยได้ระบายเพื่อบรรเทาหรือเยียวยา ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ การตัดสินใจของผู้ป่วย ที่จะให้แพทย์เยียวยาได้ถึงขั้นไหน มีการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ เป็นการช่วยให้การรักษาเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยไม่ใช่อาศัยการตัดสินใจของญาติเมื่อผู้ป่วยถึงอาการโคม่าแล้ว ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงเพื่อยืดระยะเวลาตายออกไป ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังสิ้นเปลืองเงินทอง

3) *ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม* การระลึกสิ่งดีงามตามแนวทางสั่งสอนของพระพุทธรูป ทำให้ความกลัวในจิตใจของผู้ป่วยลดลงได้ พยาบาลสามารถควรจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยระลึกสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น การนำพระพุทธรูปหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพบูชามาไว้ในห้องผู้ป่วยเพื่อการระลึกถึง หรือการสวดมนต์ การนิมนต์พระมาเยี่ยมให้กำลังใจ ถ้าผู้ป่วยเป็นคนจีนก็สามารถนำภาพเจ้าแม่กวนอิม พระโพธิสัตว์มาน้อมนำจิตใจ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์หรืออิสลามก็นำสัญลักษณ์ของศาสนา พระเยซู พระนางมารีอา นักบุญต่างๆ หรือพระอัลเลาะห์ มาช่วยในการน้อมนำจิตใจได้ นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งดีงามในอดีตเช่นการบำเพ็ญกุศล การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน การเป็นคนดีของสังคม ความภูมิใจในสิ่งที่ผู้ป่วยทำยอมทำให้ผู้ป่วยเกิดความปิติ บังเกิดความมั่นใจว่าตนจะไปสู่สุคติ บทบาทของพยาบาลคือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในความดีของผู้ป่วยที่ผ่านมา เพื่อเป็นการยืนยันให้เขามั่นใจ

4) *ช่วยลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ* สิ่งที่ยังค้างคาใจผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทางใจ เกิดความกระวนกระวาย เช่นการต้องการสะสางทรัพย์สิน การต้องการพบคนที่ตนรัก ความโกรธแค้นคน การต้องการขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกที่สมควรได้รับการปลดเปลื้อง หากไม่แล้วผู้ป่วยจะรู้สึกหนักอกหนักใจ พยายามผลักดันความตาย และตายอย่างไม่สงบ พยาบาลควรมีความละเอียดอ่อนในการสังเกตผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือในการให้คำแนะนำกับญาติหรือ

คนใกล้ชิด วิธีหนึ่งที่ช่วยคือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงกระดาษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเปิดใจ ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลนั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป บ่อยครั้งผู้ป่วยต้องการขอโทษคนดูแลที่อยู่ข้างเตียง ในกรณีเช่นนี้แนะนำให้ญาติควรเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง ต้องละทิฐิมานะ พยายามควรเป็นผู้สังเกตและแนะนำด้วย ในบางกรณีการขอขมาอาจไม่ต้องระบุหรือเจาะจงบุคคลใดโดยเฉพาะ พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้ขอโทษกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรที่เคยล่วงเกินกันมาด้วย

5) *ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ* พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆที่ยึดติด เช่น การห่วงพ่อแม่ ลูกหลาน ทรัพย์สินสมบัติ งาน หรือสิ่งที่ตนคุ้นเคย ควรเตือนสติว่าสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นของเราเพียงชั่วคราว ถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป เนื่องจากถ้ายังยึดติดสิ่งเหล่านี้ จะเหนียวรั้งจิตใจ ทำให้ขัดขวางความตายจนวาระสุดท้ายของชีวิต ในการยึดติดทั้งหลายไม่มีอะไรที่ผู้ป่วยยึดติดเท่ายึดในตัวตน พยายามควรแนะนำให้เชื่อในพระพุทธศาสนาว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง ซึ่งอาจจะไม่น่ายากที่จะโน้มน้าวในผู้ป่วยที่สัมผัสศาสนาเพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การเข้าใจเรื่องอนัตตาไม่ใช่เรื่องง่าย พยายามควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปล่อยวางในการยึดตัวตน เริ่มจากปล่อยวางร่างกายว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายไม่ให้เสื่อมถอยได้ ขึ้นต่อไปคือการปล่อยวางความรู้สึก เพื่อช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวด เป็นการใช้ธรรมโอสถเขยวยาจิต

6) *สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ* พยายามควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความสงบในจิตใจ การที่ห้องพลุกพล่าน มีเสียงพูดคุย ปิดเปิดประตูทั้งวัน การถกเถียงของญาติ หรือการร้องไห้ของญาติ เป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถสัมผัสถึงบรรยากาศได้ ควรชักชวนญาติให้สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ด้วยการทำสมาธิ การเจริญสติ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เพื่อให้เกิดความสงบในจิตใจซึ่งในทางพุทธศาสนาถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือแม้แต่ภาวะปกติของมนุษย์ คือการมีปัญญาหรือความรู้ ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่ตัว (อนัตตา) ความจริง 3 ประการนี้ไม่มีอะไรสักอย่างที่จะยึดมั่นถือมั่นได้เลย การกระทำเหล่านี้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในอาการโคม่าได้ เพราะแม้ผู้ป่วยหมดสติ ก็อาจสัมผัสสิ่งรอบตัวที่เกิดกับเขา ผู้ป่วยบางรายที่หัวใจหยุดเต้น แพทย์และพยาบาลให้การช่วยเหลือกระตุ้นไฟฟ้า ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ พยายามลดพื้นปลอม ในสัปดาห์ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เขาสามารถจำพยาบาลผู้นั้นได้แม้เขาหมดสติและจวนเจียนจะสิ้นชีวิต ด้วยเหตุนี้ ลูกหลานไม่ควรหมกมุ่นกำลังใจในการส่งเมตตาจิตให้กับผู้ป่วย เช่น อาจหนังสือธรรมะ พุทธชักชวนให้ระลึกถึงความดีที่

เคยบำเพ็ญ การพูดให้คลายกังวล ไม่ควรมาทะเลาะเบาะแว้งข้างเตียงหรือร้องไห้ฟูมฟาย ฟังระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในเวลาปกติ ก็ควรทำอย่างเดียวกันเมื่อเขาหมดสติ

7) **ช่วยให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำอำลา** ผู้ที่ต้องการเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วย รับรู้ ยังไม่สายเกินไปที่จะกล่าวกับเขา พยาบาลควรให้กำลังใจญาติว่าไม่ควรทิ้งโอกาสนั้น แม้ผู้ป่วยอยู่ในอาการโคม่า ก็อาจรับรู้ถึงความรู้สึกที่ญาติไม่เคยบอกผู้ป่วยมาก่อน ขณะผู้ป่วยกำลังจะจากไป และเมื่อสัญญาณชีพอ่อนลง พยาบาลควรแนะนำญาติให้กระซิบข้างหูผู้ป่วยพูดถึง ความรู้สึกดีๆ ชื่นชมคุณงามความดีของเขา พร้อมขอขมาและอำลา เป็นการช่วยน้อมนำจิตใจผู้ป่วย ให้เป็นกุศล ไม่ให้กังวลเรื่องต่างๆ ในการกล่าวคำอำลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะสิ้นลมมีประโยชน์เพื่อการ น้อมจิตไปสู่ความดับไม่เหลือ ข้อที่พึงตระหนักคือการนำบรรยากาศของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ข้อ พึงระวังของพยาบาลคือเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยอาการหนักที่มักจะวุ่นวายในการช่วยชีวิต หากที่ ลูกหลานจะกล่าวถ้อยคำใดๆ กับผู้ป่วย เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ ได้แล้ว ควรคำนึงถึงคุณภาพหรือภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายถึง อาจต้องขอระงับการกลุ่ม รุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางญาติมิตรอันเป็นบรรยากาศกุศลเพื่อการจาก ไปสู่สุคติ บางครั้งการจากไปที่บ้านถ้าลูกหลานพร้อมที่จะดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตน่าจะ เหมาะสมกว่าในแง่การดูแลเรื่องจิตวิญญาณของผู้ป่วย (พระไพศาล 2550: 240-257)

2.1.4 วิธีปฏิบัติตามศาสนา ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ ในงานวิจัยนี้ขอก้าว 3 ศาสนาหลัก ซึ่งได้แก่ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาล สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย คือรูปแบบศาสนาต่างกัน คือศาสนาพุทธมีรูปแบบของการ ไตร่ตรองเหตุผล (argumentative model) ศาสนาคริสต์มีรูปแบบของศาสนาเป็นการชี้แนะ (suggestive model) และศาสนาอิสลามมีรูปแบบของกฎหมาย (legislative model) การมีความเข้าใจ ในเรื่องดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองผู้ป่วยได้ตามความเชื่อของแต่ละคน (สิวลี ศิริไล 2551) ซึ่งความเชื่อทางศาสนาเป็นคุณค่าสูงสุดสำหรับบางคน ซึ่งนำทางและตัดสิน จริยธรรมของผู้ที่เชื่อถือ นำไปสู่ความสำคัญของการมีชีวิตและการเสียชีวิต ความเชื่อทางศาสนา อย่างมั่นคงจะมีอิทธิพลต่อความเข้าใจด้านความสัมพันธ์ของมนุษย์ (Elsie L. Bandman & Bertram Bandman, 1990) ซึ่งผู้วิจัยขอก้าววิธีปฏิบัติของ 3 ศาสนาผู้นับถือมากในประเทศไทย พอสังเขป ดังนี้

1) **วิธีปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา** การเจริญสติและการทำสมาธิถือเป็นสิ่ง สำคัญที่ควรแนะนำผู้ป่วยและญาติ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง ผู้ป่วยและญาติต่างต้อง ประคองจิตใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งพยาบาลด้วย เพื่อไม่ให้เกิดกระแสแห่งความไม่สงบ การเจริญ สติไม่ได้หมายถึงการเดินจงกรมหรือการนั่งสมาธิเท่านั้น ท่านพุทธทาสกล่าวว่า การทำงานคือการ

ปฏิบัติธรรม ทำอะไรก็เอาสติใจของตัวเองว่า “รู้” อยู่หรือเปล่าว่ากำลังทำอะไรอยู่ พยายามซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยจะอย่างไรให้มีความสุขกับงานที่แสนหนักและซ้ำซากจำเจ ใจของมนุษย์นั้นท่านให้เอาสมาธิเป็นอาหาร ทำอะไรก็จะมีคุณภาพ ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่เป็นพยาบาลควรมีความจำเป็นในการสังเกตและหาทางปลดปล่อยปัญหาจากใจผู้ป่วยโดยเร็ว โดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น หากบุคคลนั้นเคยปฏิบัติธรรม ให้จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย สร้างบรรยากาศ และภาวนาไปเงียบๆพร้อมผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยห่างไกลจากการให้ท่าน ถือศีลภาวนา ก็มักนิยมให้มีผู้กล่าวนำสัณมาอรหังหรือกล่าวพุทโธ เพื่อน้อมจิตให้ถึงรัตนตรัย (อโนทัย เจริญสถาวรส 2550: 258-266)

2) *วิธีปฏิบัติตามคริสต์ศาสนา* เชื่อว่า พระเจ้าประทานชีวิตและจะนำกลับอยู่กับพระเจ้าเมื่อถึงวาระสมควร มนุษย์เกิดมาเพื่อใช้หนี้บาป ร่างกายจะตายไปเพราะบาป แต่วิญญาณจิตจะดำรงอยู่เพราะความชอบธรรม การตายนั้นฝ่ายร่างกายแยกออกจากจิต จิตวิญญาณกลับไปสู่พระเจ้าผู้ประทานมาให้ การอยู่กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของเขา ดูแลร่างกายแต่ก็ควรคำนึงถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรักษา การให้ข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผู้ดูแล การให้กำลังใจและให้ผู้ป่วยได้ระบายจะทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวความตาย การสร้างบรรยากาศไม่รบกวนจิตของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (นันทนซ์ ยงค์ศิลป์วิริยะกุล 2550อ้างถึงใน อโนทัย เจริญสถาวรส 2550 : 274-281)

3) *วิธีปฏิบัติตามศาสนาอิสลาม* โดยมีแนวทางในการดูแลและจัดการการตายไว้อย่างชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมด้านจิตวิญญาณคือไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ควรปฏิบัติตามแนวความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการรักษา มุสลิมถือว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบของพระเจ้า ความเชื่อมี 6 ประการคือ (1) ศรัทธาต่อพระอัลลอฮ์ ว่ามีอยู่จริง (2) ศรัทธาต่อบรรดาอัครทูตของอัลลอฮ์ (3) ศรัทธาต่อบรรดาคัมภีร์ของพระองค์ (4) ศรัทธาต่อบรรดาอริสฺตูลของพระองค์ (5) ศรัทธาต่อวันปรโลก และ (6) ศรัทธาต่อการกำหนดภาวะดีหรือร้าย คือศรัทธาในความดีความชั่ว สุขและทุกข์ ทุกสิ่งถูกกำหนดโดยพระเจ้า พระองค์ตอบแทนคุณความดีของผู้ปฏิบัติ ตามหลักศรัทธาดังกล่าว มุสลิมจึงมีความเจ็บป่วยและความตาย เพราะเชื่อและศรัทธาพระอัลลอฮ์ โดยปกติมุสลิมมีหลัก 5 ประการในการดำรงชีวิตคือ (1) การปฏิญาณตน เชื่อในพระเจ้าอัลลอฮ์และนบีมุฮัมมัด (2) การปฏิบัติละหมาดเป็นกิจวัตรประจำวัน (3) การบริจาคทาน ทรัพย์สินอาจเป็นเงินตรา พืชผล ปศุสัตว์ ทองคำที่สะสมใน 1 ปีตามความเชื่อว่าเป็นการเติมเต็มให้กับคนจน(4) การถือศีลอด (ศยาม) เป็นการถือบวชเป็นการงดกิน งดดื่ม งดความต้องการทางเพศ เป็นการทำความดีให้บริสุทธิ์ กำหนดเวลาคือช่วงเดือนรอมฎอน ช่วงเวลาตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันตกขอบฟ้าในทุกๆวัน และ (5) การประกอบ

พิธีฮัจญ์ ในระหว่างวันที่ 8-13 ของเดือนซุลหิจญ์ (เดือนที่สิบสองทางจันทรคติแห่งปีอิสลาม) ผู้ที่ต้องเข้าร่วมพิธี ต้องเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง หนทางสะดวก มีทรัพย์สินพอใช้ทั้งผู้เดินทางและครอบครัวทางบ้าน

เมื่อชาวมุสลิมเจ็บป่วยการปฏิบัติศาสนกิจเช่นการละหมาดก็มีข้อผ่อนปรนเช่นให้นอนตะแคงขวาโดยหันหน้าไปทางกิบละฮ์ หรือนอนหงาย หรือให้ทำเท่าที่ทำได้ ส่วนเรื่องการถือศีลอด ให้ผู้ป่วยสามารถขะเซฮ์ได้ในภายหลัง นอกจากนี้ควรจัดการภาระทางโลกต่างๆ ให้เสร็จสิ้น เช่น หนี้สินต่างๆ ถ้าไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองให้ทายาทเป็นผู้จัดการ

ในมุมมองของมุสลิมถือว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่ ส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตาย เตรียมพร้อมสำหรับความตาย การจัดการสภาพศพให้จัดการให้เรียบร้อย รับผิดชอบการอาบน้ำ ห่อศพและนำศพไปละหมาด เป็นสิ่งที่มุสลิมควรกระทำต่อมุสลิมด้วยกัน มีการไปส่งศพและปลอบโยนญาติ สรุปลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชาวมุสลิม มี 3 องค์ประกอบคือ การดูแลด้านร่างกาย การสนับสนุนดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 3 ข้อเกี่ยวกับจิตวิญญาณคือ (1) Allah การให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้า (2) Amal-Ibadah การปฏิบัติศาสนกิจ และ (3) Akirat คือชีวิตหลังความตาย เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการกลับไป (กุลศลศรี ต่อเล็บ 2550 อ้างถึงใน อนิทัย เจริญสถานวงศ์ 2550 : 282-290)

2.1.5 ทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทรที่ผู้วิจัยสนใจเป็นทฤษฎี
ของ Jean Watson (1985) ซึ่งสร้างโดยดร.จิน วัตสัน Jean Watson เกิดและเติบโตที่ West Virginia ได้รับประกาศนียบัตรทางการพยาบาลในปี 1961 จาก Lewis Gayle School of Nursing ใน Roanoke, Virginia ปริญญาตรีทางการพยาบาลในปี 1964 จาก University of Colorado (CU), Boulder ปริญญาโทการพยาบาลด้าน psychiatric-mental health ในปี 1968 จาก CU Health Sciences Center และ ปริญญาเอกสาขา educational psychology and counseling ในปี 1973 จาก CU Boulder ได้ทำงานในโรงเรียนพยาบาลที่ CU ตั้งแต่ 1973 และเป็นคณบดีตั้งแต่ 1980-1990 ในขณะที่เป็นคณบดี เธอได้ตั้งและบริหาร Center of Human Caring ที่ CU Health Science Center ซึ่งในปัจจุบันมีชื่อว่า International Center for Integrative Caring Practices เธอได้รับรางวัลปริญญาเกียรติบัตรมากมาย และมีชื่อเสียงทั่วโลก ได้รับรางวัล Fulbright Research and Lecture ในประเทศสวีเดน International Kellogg Fellowship in Australia ในปัจจุบันนี้ทำหน้าที่เป็นศาสตราจารย์ทางการพยาบาล (Betty M. Johnson & Pamela B. Webber, 2005) ความเอื้ออาทรต่อบุคคล เป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยความเข้าใจในธรรมชาติของกันและกัน ความเป็นมิตร ความเชื่อใจไว้วางใจ และการถ่ายทอดความรู้สึกดังกล่าวนี้ต่อกัน (สิวลี ศิริไล 2551) Watson ได้แต่ง

หนังสือ *Nursing: Human Science and Caring* ซึ่งอธิบายทฤษฎี human caring ของเธอในปี 1979 และได้รับการตีพิมพ์ครั้งต่อไปในปี 1985, 1988, และ 1999 เธอได้บรรยายในหนังสือเล่มแรกว่าเป็นบทความสำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับก่อนปริญญา (1979) และหนังสือเล่มที่ 2 สำหรับให้นักศึกษาระดับหลังปริญญาใช้ (1985) หนังสือเล่มแรกจะอ้างอิงถึงปรัชญาและวิทยาศาสตร์การดูแลของการพยาบาล (Watson 1979) ซึ่งเปลี่ยนเป็น human science และ human care ในหนังสือเล่มต่อมา (1985) Watson ได้ให้กำหนดปัจจัยการดูแล 10 ประการซึ่งเป็นแก่นของการพยาบาล แก่นดังกล่าวก็คือ ธรรมชาติของขบวนการพยาบาล-ผู้ป่วย ซึ่งต่อต้านต่อ “trim” โดยเธอได้บรรยายไว้ถึง การปฏิบัติ กับ ขั้นตอนการปฏิบัติ เทคนิคกับคำศัพท์เฉพาะทางการพยาบาล (1979) trim นี้เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์กับการดูแล ปัจจัยของการดูแลนั้นมีความหลากหลายในโครงสร้างและ ธรรมชาติ ยกตัวอย่างเช่น จาก “คุณค่าที่เห็นแก่คนอื่น” ไปจนถึงการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ และ จากความรู้สึกไวต่อผู้อื่นไปจนถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกทางลบ ปัจจัยการดูแล 10 ประการได้เขียนเอาไว้ในกรอบที่ 7.17

สรุป ทฤษฎีของ Watson เรื่อง Human Caring

ปรากฏการณ์ : Human caring ประกอบด้วย จิตวิญญาณมากกว่าวัตถุ การเปลี่ยนแปลงมากกว่ารูปแบบ ความรู้ภายในและพลังมากกว่าสถานะแวดล้อม แนวความคิด: ให้แนวความคิดเชิงปรัชญาซึ่งให้ทางเลือกต่อเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ และแบบจำลอง โรค-การรักษา

แนวความคิดหลัก/ตัวแปรภายใน : การดูแล: ส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลคือ ความสัมพันธ์ภายในกับการรักษา; ความคิดทางจริยธรรมมากกว่าพฤติกรรมมุ่งเน้นแต่งงาน

ปัจจัยการดูแล 10 ประการ : ได้แก่ 1) ระบบความเป็นมนุษย์และความเห็นแก่ผู้อื่นของคุณค่า 2) มีความศรัทธา-ความหวัง 3) มีความรู้สึกไวต่อตนเองและผู้อื่น 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความช่วยเหลือ-ความไว้วางใจ กับ human care 5) การแสดงออกของความรู้สึกทางบวกและลบ 6) ขบวนการดูแลด้วยการแก้ปัญหาอย่างริเริ่ม 7) การสอน-การเรียนรู้ระหว่างบุคคล 8) การประทับประคอง 9) การป้องกัน การแก้ไข ด้านจิตใจ กายภาพ สังคมวัฒนธรรม และ 10) สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ มนุษย์ต้องการความช่วยเหลือ เกิดแรงผลักดันของการมีอยู่-ปรากฏการณ์-จิตวิญญาณ

ตัวอย่างของยุดติ : การดูแลเกิดขึ้นเมื่อทั้งพยาบาลและคนไข้มีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย

สำหรับการรักษาตนเอง และการรักษาที่เกิดขึ้นและสุขภาพเกิดจากการค้นพบและการรับรู้ด้วยตนเองของคนไข้

ตัวอย่างของสมมุติฐาน (คัดเลือกจากสมมุติฐาน 11 ข้อของ Watson 1985) :การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้องมีก่อนความนับถือและการดูแลผู้อื่น การดูแลเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติการพยาบาล –ส่วนสำคัญของการพยาบาล และเพียงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถแสดง และปฏิบัติ human care อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างของตัวแปรภายนอก: เทคโนโลยี เปิดเผยบุคคลกับบุคคลอื่นช่วงสั้นๆ พยาธิสรีระวิทยา (Betty M.Johnson & Pamela B.Webber ,2005)

โมโนทัศน์หลัก 4 ประการในทฤษฎีนี้คือบุคคล ซึ่งวัทัศน์เรียกว่ามนุษย์ สุขภาพสิ่งแวดล้อมและการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวละเอียดดังนี้

1) **มนุษย์ (Human being) หรือบุคคล (Person)** เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณเป็นแก่นของบุคคล การมีคุณค่าในตน การได้รับการนับถือ เป็นแหล่งเกิดความตระหนักในตนเอง การได้รับความเข้าใจและการได้รับการช่วยเหลือ

2) **สุขภาพ (Health)** เป็นภาวะสุข และการมีคุณภาพ เป็นความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่สามารถทำหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้โดยไม่มีโรค การไม่มีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณทำให้เกิดโรค

3) **สิ่งแวดล้อมและสังคม (Environment / Society)** เป็นสิ่งแวดล้อมทุกๆด้านทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการพัฒนาของบุคคลที่อาศัยอยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

4) **การพยาบาล (Nursing)** เป็นกระบวนการในการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของคน เพื่อให้บุคคลเกิดคุณภาพในตนเอง การส่งเสริมให้บุคคลเยียวยาตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายทำให้บุคคลรู้จักตนเอง เคารพตนเอง เกิดความประจักษ์ในความหมายของสภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรกับกระบวนการพยาบาล

ทาเรนโต (Talento ,1995) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์โดยผ่านกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนประเมินสภาพ โดยมีการประเมินสภาพผู้ป่วยจากความต้องการ 4 ระดับตามแนวคิดของวัทัศน์ คือความต้องการด้านกายภาพและชีวภาพ ความต้องการด้านกายและจิตใจ ความต้องการด้านจิตสังคม และความต้องการภายในตน

ขั้นตอนวินิจฉัยทางกายพยาบาล เป็นการวินิจฉัยในกรอบความต้องการทั้ง 4 ระดับ ในปัญหาแต่ละปัญหาเลือกจากปัจจัยการดูแล 10 ประการ ที่เหมาะสมในการแก้ไขแต่ละปัญหา

ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย กำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม นำแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการมาเลือกใช้

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล การที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ตามแผน นั้นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

ขั้นตอนการประเมินผล ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินว่าบรรลุจุดมุ่งหมายเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินเสมอ นำผลมาทบทวนและวางแผนต่อไป

สรุปคือการให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทร พยาบาลควรมีความตระหนักและเข้าใจ ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละท่าน นอกจากดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วยแล้วการ ดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งก็คือวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของผู้ป่วยนั้นถือว่าเป็นนำพาให้ ผู้ป่วยมีความสงบในจิตใจและจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการพยาบาล มาใช้ในการสร้างแบบสอบถามโดยผ่านแนวคิดผสมผสาน โดยมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเอื้อ อาทรด้วย

2.2 ความหมายและความสำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรมีความตระหนักในวิชาชีพ ประกอบอาชีพ ด้วยการใช้หลักการ มีความรู้ อยู่ในกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งลักษณะงานของ พยาบาลเป็นการดูแลชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีชีวิตจิตใจ มีความซับซ้อนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ การ พยาบาลที่ดีมีคุณภาพควรตอบสนองการบริการในลักษณะองค์รวมคือการบริการที่ครอบคลุมกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ฉะนั้นการพยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ มีการ ควบคุมคุณภาพโดยมีการควบคุมพฤติกรรมทั้งตนเองและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากในปัจจุบันเป็นยุค โลกาภิวัตน์ ผู้รับบริการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสนใจในบริการสุขภาพมากขึ้น มีการรับรอง สิทธิผู้ป่วย ประชาชนสนใจในการรักษาสิทธิของตนเอง มีการร้องเรียนการไม่พึงพอใจในการ บริการสาธารณสุขเนื่องจากไม่เป็นไปตามความคาดหวัง พยาบาลมักประสบปัญหาทางจริยธรรม ซึ่งเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องพิจารณาใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ โดยคำนึงถึง องค์ประกอบด้านต่างๆของปัญหาอย่างรอบคอบ (กองการพยาบาล 2544) จากเหตุผลดังกล่าว พยาบาลควรมีแนวทางหรือรูปแบบเพื่อพัฒนาจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากการ สืบหาข้อมูลร้องเรียนของผู้รับบริการในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการ จริยธรรมของสภาพยาบาลพบประเด็นปัญหาพฤติกรรมจริยธรรมเป็นเรื่องของมารยาท กิริยาจา ทำทีในการให้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ล่าช้า มีความเสียด้านน้อยลง การบริการเป็นเชิง

พาณิชย์ไม่ประพฤตินอยู่ในศีลธรรม ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในวิชาชีพพยาบาลควรมีการพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลให้เป็นไปตามขอบเขตมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพในการรักษาพยาบาลวิชาชีพโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม ควรมีมนุษยสัมพันธ์และมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีเมตตากรุณาสูง มีความสนใจเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ความอ่อนโยน ซึ่งคุณธรรมดังกล่าวเป็นปรัชญาของวิชาชีพพยาบาล ฉะนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณภาพจะนับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคมและวิชาชีพ (คณะอนุกรรมการจริยธรรม สภาการพยาบาล 2551: 3-5)

2.2.1 ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

จริยธรรมว่าเป็นหลักของความประพฤติหรือเป็นแนวทางการประพฤติปฏิบัติให้ถูกหลักธรรม (พระเมธี ธรรมาภรณ์ 2542: 88) ซึ่งมาจากศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นหลักแห่งความดีงามเพื่อประโยชน์สุขแก่ตนเองและส่วนรวม และการรู้จักไตร่ตรองเมื่อเผชิญเหตุที่ต้องตัดสินใจเลือก (ลิวลี ซีรีโล 2552: 21) เป็นการกระทำที่ถูกต้อง กำหนดสิ่งที่ควรทำหรือไม่ควรทำ เพื่อเป็นหลักในการอยู่ร่วมกัน เป็นหลักการที่ เกี่ยวข้องกับศีลธรรม ศาสนา และ เป็นคำสอนเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตที่ต้อง(เนตรพัฒนา ยาวีราช 2549) มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ซึ่งเป็นมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติในสังคม การกระทำนั้นจะถูกหรือผิดไม่ใช่เพียงการกระทำที่สังคมเห็นว่าถูกหรือผิด แต่ให้รวมถึงการที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อแก้ไขความขัดแย้งด้วย (Lawence Kohlberg, 1976) และมักเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อของคนในกลุ่มสังคม เช่นความเชื่อในศาสนา (Fry, 1994)

องค์กรพยาบาลควรมีการพัฒนาจริยธรรมขององค์กร ซึ่งมีลำดับขั้นของการพัฒนา ซึ่งข้อที่พัฒนาสูงสุดคือ มีการเห็นคุณค่าของการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2543) หลักคุณธรรมและจริยธรรม มีตัวชี้วัดได้แก่ (1) การให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน และปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (2) การประพฤตินเป็นแบบอย่างแก่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการด้านคุณธรรม (3) สร้างแนวทางในการร้องเรียนด้านจริยธรรมแก่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เช่นการร้องทุกข์ของผู้รับบริการ การร้องเรียนของบุคลากรในองค์กรจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม (4) มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (5) มีบทลงโทษสำหรับบุคลากรที่ประพฤตินผิดหลักจริยธรรม และ(5) ผู้บริหารมีธรรมาภิบาลในการบริหารงาน สามารถตรวจสอบการทำงานได้ ให้การบริการด้วยความเป็นธรรมและมีความเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติ (เทียมจิต จันทรภูมิ 2550: 84)

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg

Lawrence Kohlberg ผู้สนใจความประพฤติถูก ผิด ดี ชั่ว ของมนุษย์ ทฤษฎีนี้ได้ชื่อว่าเป็นทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรม (Moral Development Theory) กล่าวถึงการพัฒนาการ

ทางจริยธรรมของบุคคล โดยมีการแบ่งเป็น 3 ระดับ (Levels) แต่ละระดับแบ่งออกเป็น 2 ชั้น รวมทั้งหมด 6 ชั้นคำอธิบายของแต่ละระดับมีดังต่อไปนี้

1. ระดับก่อนกฎเกณฑ์สังคม (Preconventional Morality) ในขั้นนี้บุคคลจะได้รับกฎเกณฑ์และข้อกำหนดของพฤติกรรมที่ดี-ไม่ดี จากผู้มีอำนาจเหนือตน และมักคิดถึงผลที่จะตามมาที่จะนำรางวัลหรือลงโทษมาให้ ในระดับนี้ ระดับนี้บุคคลจะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์หรือข้อกำหนดที่ตั้งขึ้น บุคคลจะเลือกปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ระดับนี้แบ่งเป็น 2 ชั้นคือ

ขั้นที่ 1 การถูกลงโทษและการเชื่อฟัง (Punishment and Obedience Orientation) เป็นการให้เหตุผลตามของพฤติกรรมเป็นเครื่องชี้ว่าพฤติกรรมถูกหรือผิด เป็นต้นว่าถ้าถูกทำโทษก็จะคิดว่าสิ่งที่ทำหลักการหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษ เชื่อฟังเพราะกลัวถูกลงโทษ หรือเป็นการยอมทำโดยไม่มีเงื่อนไข

ขั้นที่ 2 กฎเกณฑ์เป็นเครื่องมือเพื่อประโยชน์ของตน (Individualism and exchange) บุคคลจะสนใจทำตามกฎข้อบังคับเพื่อประโยชน์หรือความพอใจของตนเอง หลักการแสวงหารางวัล เป็นการจงใจที่ดีกว่าการถูกลงโทษ

2. ระดับจริยธรรมตามกฎเกณฑ์ (Conventional Morality) พัฒนาการระดับนี้บุคคลประพฤติตามความ คาดหวังของคน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น บุคคลจำดำรงจริยธรรมไว้ตามความคาดหวังของคนที่เป็นที่รัก เช่นบิดา มารดา ครอบครัว จะมีทัศนคติที่ดีในการดำรงจริยธรรมไว้ แบ่งเป็น

ขั้นที่ 3 ความคาดหวังและการยอมรับในสังคมสำหรับคนดี (Interpersonal Relationships) เป็นพฤติกรรมของคนดีตามมาตรฐานหรือความคาดหวังของผู้อื่น การกระทำเพื่อรักษาสัมพันธภาพที่ดี เป็นการแสดงพฤติกรรมเพื่อต้องการให้ผู้อื่น ชอบและยอมรับ การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ

ขั้นที่ 4 กฎและระเบียบ (Maintaining Social Order) ในขั้นนี้ถือว่าสังคมจะอยู่ได้ด้วยระเบียบร้อยต้องมีกฎข้อบังคับ กฎหมาย คนที่มีพฤติกรรมถูกต้องคือต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ เคารพกฎหมายเพื่อรักษาระเบียบของสังคม

3. ระดับเหนือกฎเกณฑ์ทางสังคม (Postconventional Morality) จริยธรรมระดับนี้มาจากวิจารณ์ญาณ ปราศจากอิทธิพลของผู้มีอำนาจเหนือกว่า หรือกฎเกณฑ์ของสังคม ซึ่งแบ่งจริยธรรมระดับนี้เป็น 2 ชั้นคือ

ขั้นที่ 5 สัญญาสังคมหรือหลักการทำตามสัญญา (Social Contract and Individual Rights) ในขั้นนี้เป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวม การไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น มีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามค่านิยม มาตรฐานของสังคม

ขั้นที่ 6 หลักการคุณธรรมสากล (Universal Principles) ขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้ายของการพัฒนาจริยธรรมของ Lawrence Kohlberg เป็นหลักการเพื่อนมนุษย์ธรรม จริยธรรม และความมีเหตุผล เป็นมโนธรรมของบุคคลโดยไม่ต้องใช้กฎหมาย หรือการตั้งกฎเกณฑ์ซึ่งทฤษฎีของ Kohlberg นำมาใช้ประยุกต์ในวิชาชีพพยาบาล โดยแบ่งระดับจริยธรรมได้เช่นเดียวกันเช่น พยาบาลระดับ1 พยายามปฏิบัติงานเพื่อหลีกเลี่ยงการลงโทษโดยทำตามคำสั่งของแพทย์หรือผู้บังคับบัญชาทุกอย่าง นอกเหนือจากนั้นไม่สนใจ เป็นต้น

2.2.2 ความสำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับความรู้สึกและชีวิตมนุษย์ ผู้มารับบริการมักคาดหวังว่าพยาบาลเป็นผู้ที่เปี่ยมคุณธรรม มีจริยธรรมในการประกอบอาชีพ เพราะถ้าพยาบาลทำงานโดยขาดคุณธรรมแล้วนั้นก็เป็นการทำหน้าที่ดูแลเฉพาะร่างกายของมนุษย์เท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการได้เลย จริยธรรมมีความสำคัญต่อพยาบาลตามความเห็นของ อภิวัธน์ ได้ให้ความคิดเห็นไว้คือ เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบในฐานะผู้นำด้านสุขภาพ หน้าที่หลักที่พึงกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ในสังคมคือการดูแลสุขภาพประชาชนครบทั้ง 4 มิติ ฉะนั้นพยาบาลควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในการรักษาสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อถือให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการตอบสนองสังคมในด้านการได้รับความเคารพนับถือจากสังคม เนื่องจากสังคมคาดหวังจากพยาบาลในการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่ง Ketefian (1989) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางจริยธรรมเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางจริยธรรม แบ่งเป็น 2 มิติ คือเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักวิชาชีพ และมิติที่สองเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์ ดังนั้นการที่จะสร้างความเชื่อถือ การรักษาชื่อเสียงได้แก่วิชาชีพนั้นต้องสร้างจากกลุ่มบุคคลและต้องใช้ระยะเวลา ทีมพยาบาลควรมีความยึดมั่น ถ่อมตนในการสร้างสมชื่อเสียงและให้ผู้รับบริการเชื่อถือเคารพต่อไป เป็นการตอบแทนสังคม พยาบาลต้องถือเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม จริยธรรมเสมือนเป็นรั้วป้องกันวิชาชีพ พยาบาลได้รับการปลูกฝังให้มีจริยธรรมนับตั้งแต่เริ่มเข้าเป็นนักเรียนพยาบาล จนก้าวเข้าสู่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลควรมีความตระหนักในการมีจริยธรรม ควรมีความรักในวิชาชีพ พยาบาลควรทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ใช้ปัญญาในการแสวงหาความรู้ และประพฤติปฏิบัติที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการให้มากที่สุด มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและอุทิศตนเพื่อวิชาชีพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่ทำกุศลให้กับสังคม การแสดงความปรารถนาดี การมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ จะส่งเสริมให้บุคคลผู้ที่มีความเบิกบานในจิตใจ การมีจริยธรรมจึงมีประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับ พยาบาลควรมีความยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพทั้งต่อตนเอง วิชาชีพตนเอง เพื่อนร่วมวิชาชีพ ต่อ

สังคม ประชาชนและที่สำคัญต่อประเทศชาติ การประพุดตามจรรยาบรรณเป็นหลักในการประพุดของพยาบาลเพื่อเป็นการรักษามาตรฐานของวิชาชีพต่อไป (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ 2547) จากความสำคัญดังกล่าว สภาการพยาบาลได้ประกาศเรื่องของการมีจริยธรรมของพยาบาลไว้ในเรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ (สภาการพยาบาล 2548) ไว้ในหมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and midwifery practice practice standard) ซึ่งได้กล่าวเรื่องจริยธรรมไว้ในมาตรฐานที่ 2 ว่าด้วยเรื่องการรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาวิชาชีพ

แนวคิดและความหมายการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีการพัฒนาการแพทย์และการพยาบาลมากขึ้น พยาบาลควรเป็นผู้รู้เพื่อมีองค์ความรู้ไว้ประกอบการตัดสินใจ ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานได้คุณภาพ เกิดความพึงพอใจผู้รับบริการแลองค์กร พยาบาลต้องใช้สติปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรอง การวิเคราะห์เหตุและผล การมีวิจารณญาณในการทำงาน เพื่อประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งการตัดสินใจคือการกระทำที่เกิดจากกระบวนการคิด ไตร่ตรอง โดยพิจารณาจากหลายๆแนวคิด แล้วมีการไปประเมินผล (ธัมม นามวงษ์ 2540) เป็นการเลือกเพื่อปฏิบัติตามแนวทางเลือกนั้นๆ (Swansburg & Swansburg, 1995) และเลือกการดำเนินการที่คิดว่าดีที่สุดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545) ซึ่งการตัดสินใจมีความสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพของการทำงานของพยาบาล จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตัดสินใจ คุณภาพของการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบในความสำเร็จ ยิ่งในภาวะปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆมีความก้าวหน้า เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน การตัดสินใจจึงต้องอาศัยหลักการและอาศัยข้อมูลต่างๆเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างมีระบบ จึงจะทำให้เกิดงานที่มีคุณภาพ

สรุปได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ดูแลชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลแต่ละคนจะมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการในการพัฒนาจริยธรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาการตัดสินใจที่ถูกต้อง

2.3 กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลต้องผ่านการตัดสินใจในการปฏิบัติงานเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งทางเลือกที่เลือกต้องอยู่ภายใต้การปฏิบัติได้จริง ซึ่งภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมที่ปรากฏอยู่นั้นมีผู้เสนอกระบวนการตัดสินใจไว้หลายท่าน ผู้วิจัยขอเสนอพอสังเขป คือ

กระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (1) ขั้นตอนการเข้าใจสถานการณ์ผู้ที่ต้องตัดสินใจต้องพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ต่างๆ มีการรวบรวมข้อมูล

เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เพื่อการเข้าใจปัญหานั้นๆ การคาดการณ์ล่วงหน้าโดยการประมวลข้อมูลทั้งหมด นำมาเชื่อมโยงทำให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ (2) ขั้นตอนการกำหนดปัญหาให้ถูกต้องชัดเจน ในการกำหนดปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพื่อนำไปสู่กระบวนการอื่นๆ ได้ ถ้ากำหนดปัญหาได้ถูกต้องจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องได้เร็วขึ้น และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง อุปสรรคที่พบในการกำหนดปัญหาคือแนวความคิดในการแก้ปัญหาของแต่ละคนไม่เหมือนกันทำให้เกิดความขัดแย้งในการแก้ปัญหา นำวิธีการแก้ปัญหามากำหนดเป็นปัญหาเสียเอง ทำให้ทางแก้ปัญหาน้อยลง และประการสุดท้ายคือ ไม่กำหนดปัญหาให้ชัดเจน เนื่องจากเวลาในการแก้ปัญหาจำกัด ทำให้ไม่ได้แก้ไขปัญหานั้นที่แท้จริง (3) การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ทำให้ช่วยในการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น วิธีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหามีด้วยกันหลายวิธี เช่น การระดมสมองของทุกคนในหน่วยงาน มีการรวบรวมปัญหาแล้วนำมาวิเคราะห์ที่ละปัญหา หรือการศึกษาจากกรณีศึกษาหรือเอกสาร ตำราต่างๆ ควรมีการมองปัญหาให้รอบด้าน โดยไม่ยึดติดกับแนวคิดเดิมๆ หรือมีอคติกับปัญหาหรือแนวคิดในการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการในการคิดหาสาเหตุปัญหาที่แท้จริง มี 2 แนวทางคือ การคิดนอกกรอบคือการหาสาเหตุหลายๆวิธี และการหาสาเหตุหลักๆแล้วค่อยหารายละเอียดว่าเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (4) การหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุแล้ว ต้องพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด โดยกำหนดเป็น 2 ขั้นตอน คือการคิดหาวิธีการแก้ปัญหา โดยหาจำนวนวิธีการแก้ปัญหา โดยใช้วิธีระดมสมอง โดยใช้เวลาในการประชุมร่วมกัน 30-60 นาที สามารถกำหนดแนวทางได้โดยการกระตุ้นให้ทุกคนออกความเห็น โดยให้ความสำคัญกับทุกความคิดและเชื่อมโยงออกมาเป็นความคิดใหม่ มีการคิดนอกกรอบและไม่วิจารณ์ความคิดของบุคคลอื่น และ การกำหนดกลุ่มวิธีแก้ปัญหาคือดีที่สุด โดยใช้แนวทางระดมสมองตามแนวทางที่กล่าวมาแล้ว (5) การเลือกวิธีการแก้ปัญหาคือดีที่สุด เมื่อได้กำหนดกลุ่มวิธีแก้ปัญหาคือดีที่สุด ต้องตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ปัญหา ซึ่งกำหนดทางเลือก 3 ทางเลือกคือ (1) เลือกทางใดทางหนึ่ง (2) หาวิธีใหม่ (3) ไม่เลือกวิธีใด ปล่อยตามสถานการณ์ ซึ่งการตัดสินใจเลือก ต้องคำนึงถึงผลดี ผลเสียและผลกระทบ เพราะมีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของเรื่องนั้น (6) การวางแผนและนำแผนไปปฏิบัติเป็นการกำหนดไว้เพื่อให้รู้ว่าใครจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และต้องใช้งบประมาณเท่าใด เพื่อให้มองเห็นภาพการดำเนินงานว่าใครจะได้ประโยชน์ เสียประโยชน์ มีบุคคลใดเกี่ยวข้อง และนำไปปฏิบัติ ที่สำคัญควรทำแผนฉุกเฉินไว้ด้วย และ (7) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติการดำเนินงานทุกประเภท ควรมีการประเมินผลหลังการทำงาน การตัดสินใจในเรื่องต่างๆก็เช่นเดียวกัน ควรมีการประเมินโดยประกอบด้วยการติดตามกระบวนการทำงาน การหาอุปสรรคในการทำงาน การประเมินการ

แก้ปัญหา การปรับปรุงการแก้ปัญหา และสุดท้ายคือการรายงานสรุปผลการแก้ปัญหานั้นๆ (สุดา รักไทย ธนิกานต์ มามะศิริ นานท์ 2542 อ้างถึงใน นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 218-229)

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นการรวบรวมปัญหา (2) การวินิจฉัยปัญหาเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (3) การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจเพื่อเปรียบเทียบผลดี ผลเสียในแต่ละทางเลือกนั้น (4) การตัดสินใจปฏิบัติ เป็นการเลือกแนวทางที่ดีที่สุด (5) การสรุปประเมินผลผลของการปฏิบัติ (ธัสมน นามวงษ์ 2540)

จากแนวคิดที่กล่าวมา ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการตัดสินใจ 5 ขั้นตอนของคุณธัสมน นามวงษ์ มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม เนื่องจากเป็นกระบวนการที่กระชับ สามารถทำให้เกิดการตัดสินใจได้ครอบคลุมกับการปฏิบัติงานจริง

2.3.1 เกณฑ์วัดคุณภาพการตัดสินใจ

ลักษณะการตัดสินใจที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ อธิบายความเป็นมาขั้นตอนได้ทุกขั้นตอน คาดการณ์ผลที่จะตามมาได้ และควรมีการบันทึกรายงานเหตุการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจต่างๆ ไว้ เพื่อเป็นข้อมูล กันลืมเหตุการณ์ต่างๆ เก็บเป็นกรณีศึกษา และเพิ่มคุณค่าการตัดสินใจและทำให้ผู้ตัดสินใจใช้เหตุผลในการตัดสินใจมากขึ้น เนื่องจากผลของการแก้ปัญหาทุกปัญหาย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง กระบวนการแก้ปัญหาในการเลือกปฏิบัติควรมีการบันทึกและเก็บไว้ให้เป็นระบบ

2.3.2 หลักการสำคัญในการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีหลักการในการตัดสินใจดังนี้ การมีข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอ การพิจารณาสภาพแวดล้อมประกอบการตัดสินใจในขณะนั้น ปัญหาแต่ละเรื่องควรแยกจากกัน เพื่อให้สะดวกในกระบวนการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาด้วยความวิริยะ อุตสาหะ ไม่ท้อแท้ต่ออุปสรรค เพื่อให้ได้หนทางในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา ไม่เร่งด่วนในการแก้ปัญหา เพื่อการค้นพบปัญหาอย่างแท้จริงไม่ควรมีความกังวลในเรื่องอื่นๆ ระวังการแก้ปัญหาที่มีความมั่นคงในการแก้ปัญหา ไม่หวั่นไหวต่อการคัดค้าน การตัดสินใจควรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากที่สุดไม่ควรขัดต่อนโยบาย วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมของสังคม ควรวางแผนงานล่วงหน้าเสมอในยามคับขันไม่ควรตัดสินใจใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดสินใจที่ผิดพลาด รับฟังความคิดเห็นของแต่ละคนด้วย การตัดสินใจควรทำเฉพาะเรื่องที่สำคัญๆ มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจบางเรื่องให้กับผู้เกี่ยวข้อง

2.3.3 ประเภทของการตัดสินใจ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือการตัดสินใจด้วยคนเดียว มักเป็นกิจกรรมที่ไม่กระทบต่อคนจำนวนมาก มักใช้ในภาวะเร่งด่วน เพื่อความ

รวดเร็ว ผู้ตัดสินใจควรมีประสบการณ์สูง จึงจะประสบผลสำเร็จในการตัดสินใจ ซึ่งการปฏิบัติงานปกติของพยาบาลมักใช้การตัดสินใจประเภทนี้อยู่เสมอ และการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นตัวแทนขององค์กร การตัดสินใจประเภทนี้ใช้กับกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนจำนวนมาก หรือผลกระทบในวงกว้าง ซึ่งผลดีคือ การได้ข้อมูลที่หลากหลายจากกลุ่มบุคคล ได้ความร่วมมือ และการยอมรับจากกลุ่มบุคคลที่ของความคิดเห็น การได้ข้อมูลจากกลุ่มบุคคลทำให้มีการถกเถียงกัน ได้ความถูกต้องและความคิดสร้างสรรค์ และทำให้บุคคลมีการฝึกการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ส่วนผลเสียคือการใช้เวลามากเนื่องจากต้องอาศัยประสานความคิดเห็นของกลุ่ม อาจนำไปสู่การแตกแยกได้ ในแง่ความแตกต่างทางความคิด และอาจขาดคนรับผิดชอบเนื่องจากไม่กำหนดหน้าที่ที่เด่นชัด

2.3.4 เทคนิคในการตัดสินใจ มีหลายวิธี ซึ่งอาจนำมาผสมผสานเนื่องจากปัญหาบางอย่างใช้วิธีเดียวอาจไม่ได้ประสิทธิภาพ เทคนิคที่นิยมใช้กันมากได้แก่ การใช้สัญชาตญาณ (Intuition) เป็นการตัดสินใจในระยะเร่งด่วน โดยอาศัยความรู้สึของผู้ตัดสินใจ ยึดข้อเท็จจริง (Fact) การมีข้อมูลสนับสนุนทำให้การตัดสินใจนั้นน่าเชื่อถือ ยึดประสบการณ์ (Experience) เป็นการใช้อยุติปัญญาส่วนตัวในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่ใช้กับปัญหาที่เคยประสบมาแล้ว เป็นการตัดสินใจตามแนวการตัดสินใจเดิมใช้วิธีการวิจัย (Operations Research) เป็นการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลทางสถิติ เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานแต่ละวิธีการจำลองสถานการณ์ (Simulation) เป็นการเลียนแบบการตัดสินใจในผลสำเร็จครั้งก่อน วิธีการสร้างความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นการระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อเป็นการรวมความคิด วิธีนี้อาจจะเสียเวลา ค่าใช้จ่าย แต่คุ้มค่า เป็นวิธีที่ส่งผลถึงการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Participative Decision Making) ในการปฏิบัติจริงบางครั้งใช้การรีรอ (Delay Tactics) ในการประวิงเหตุการณ์ ทำให้เหตุการณ์คลี่คลายไปเอง ซึ่งบางครั้งเป็นเรื่องบังเอิญหรือการตัดสินใจพหุวิทยา (Decision Tree) เป็นการตัดสินใจจากการทำนายผลของการตัดสินใจแล้วนำมาเรียงลำดับ การตัดสินใจประเภทนี้จะช่วยเชื่อมโยงการกระทำที่เป็นไปได้ในแต่ละครั้งเหมือนกับต้นไม้ส่วนมอนติ คาร์โล (Monte Carlo) เป็นการตัดสินใจโดยใช้ความน่าจะเป็น เป็นการลองผิดลองถูก ทฤษฎีการเข้าคิว เป็นการจัดลำดับงานตามกำหนดตารางเวลา เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น ทฤษฎีเกม (Game) เป็นทฤษฎีที่ใช้เมื่อบริการมีปัญหาการแข่งขัน ผู้ตัดสินใจต้องมีประสบการณ์และข้อมูลเพียงพอในการแก้ปัญหาโดยตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและนำวิธีการทางคณิตศาสตร์มาช่วยแก้ปัญหา (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545)

2.3.5 องค์ประกอบของการตัดสินใจ ประกอบด้วย การตัดสินใจอาจเป็นบุคคลคนเดียวหรือเป็นกลุ่มบุคคล ซึ่งมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไปคือ ตัดสินใจคนเดียวมีความเป็นอิสระการตัดสินใจกลุ่มต้องปรับแนวคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อลดการขัดแย้ง ซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนคือ

ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่การงาน และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีการกำหนดเป้าหมายในการตัดสินใจให้ชัดเจน เพื่อดูโอกาสสำเร็จว่าง่ายหรือยากแนวทางในการแก้ปัญหาอาจมีหลายทางเลือก ควรมีข้อมูลไว้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อการตัดสินใจได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น การตัดสินใจที่อาจมีความเสี่ยงคือโอกาสที่เกิดอันตราย จะทำให้การตัดสินใจทำได้ยากขึ้นการตัดสินใจที่เกิดคุณค่า ถ้าตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียว การตัดสินใจก็จะง่ายขึ้น การพิจารณาด้วยบุคคลหลายคน มักจะยุ่งยากกว่าเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ต่อปัญหาที่ต่างกัน ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมในการตัดสินใจต้องคิดอย่างสร้างสรรค์ ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งในปัจจุบันและอนาคต (สมพร เฟื่องจันทร์ 2540 อ้างถึงในนิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545 : 229-230)

2.3.6 การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพของการตัดสินใจ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพการตัดสินใจอยู่ 2 ประการคือ คุณภาพของการตัดสินใจและการยอมรับการตัดสินใจซึ่งคุณภาพของการตัดสินใจ มีองค์ประกอบหลายด้านเช่น การมีข้อมูลที่มีสนับสนุนการตัดสินใจนั้นน่าเชื่อถือแค่ไหน ผู้ที่ตัดสินใจมีพฤติกรรม และค่านิยมอย่างไร สามารถรับรู้ปัญหาและมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร เกณฑ์ในการวัดคุณภาพต้องตอบคำถามในทุกขั้นตอนการตัดสินใจได้ การตัดสินใจต้องมีมาตรฐาน มีข้อมูลประกอบเป็นลายลักษณ์อักษร มีกระบวนการตัดสินใจด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการประกันคุณภาพของการตัดสินใจนั้นๆ ในองค์ประกอบสุดท้ายคือต้องมีการประเมินผลลัพธ์ของการตัดสินใจทุกครั้ง เพราะการตัดสินใจที่มีคุณภาพจะต้องให้ประโยชน์มากกว่าเสียผลประโยชน์ส่วนการยอมรับการตัดสินใจ ในการตัดสินใจที่มีคุณภาพ ต้องได้รับการยอมรับจากกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้นๆด้วย

2.3.7 ปัญหาและอุปสรรคในการตัดสินใจ ประกอบด้วย การขาดข้อมูลที่เพียงพอสำหรับผู้ตัดสินใจ ในคุณลักษณะของผู้ตัดสินใจที่ขาดประสบการณ์ หรือมีความระมัดระวังในการตัดสินใจมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง การคาดการณ์ที่ไม่ถูกต้อง และการมีปัจจัยแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเช่นงบประมาณ เวลาจำกัด และการถูกอิทธิพลครอบงำ ล้วนเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจทั้งสิ้นปัญหาเกิดขึ้นเสมอในการทำงาน พยาบาลทำงานภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาต่างๆต้องอาศัยการตัดสินใจที่มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลของการตัดสินใจที่มีประสิทธิผล การแก้ปัญหาควรมีความเข้าใจว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรเสียก่อน จึงจะสามารถไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาได้ หลักสำคัญในการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาต่างๆในหน่วยงาน พยาบาลต้องตัดสินใจการแก้ปัญหาโดยพิจารณาปัญหานั้นๆว่ามีความสำคัญมากน้อยเพียงใด โดยการประเมินปัญหา มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ พยาบาลที่เป็นผู้บริหารควรตระหนักถึงผลของการตัดสินใจว่าอาจไม่ได้ผลดีทั้งหมด ฉะนั้นควรพิจารณาการส่งผลของการตัดสินใจแต่ละครั้งให้ดีที่สุด

2.3.8 การตัดสินใจในองค์การพยาบาล มี 3 ด้านคือ (1) การตัดสินใจในงานด้านปฏิบัติการพยาบาลถือว่าการตัดสินใจในระดับต่ำสุด ซึ่งถือเป็นการตัดสินใจที่ง่าย รวดเร็ว เนื่องจากการตัดสินใจในการปฏิบัติงานประจำ โดยบุคคลคนเดียว ซึ่งการตัดสินใจอยู่ภายใต้ขอบเขตการศึกษาที่พยาบาลได้ศึกษามา แต่ในบางครั้งพยาบาลไม่กล้าตัดสินใจภายใต้ขอบเขตของตน ผู้บริหารต้องนำมาพิจารณาว่าจากสาเหตุใดที่ทำให้พยาบาลไม่กล้าตัดสินใจในงานหน้าที่ของตน ต้องอาศัยแพทย์ หัวหน้าหน่วยงานในการตัดสินใจให้ มีปัจจัยด้านใดเช่น การขาดความรู้ ประสบการณ์ ไม่มีสถานการณ์ในประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาได้ฝึกการแก้ไขหรือการขาดความมั่นใจ การขาดโอกาส ซึ่งการตัดสินใจที่ดีมีประสิทธิภาพนั้นเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝน เพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เป็นเลิศ การแก้ปัญหาพยาบาลไม่กล้าตัดสินใจ จะต้องเริ่มตั้งแต่ นักศึกษาพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลวิชาชีพที่มีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพทำให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพ ซึ่งการที่จะสามารถตัดสินใจได้ต้องมีความรอบรู้ในวิชาชีพ เช่นคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล บทบัญญัติทางกฎหมายวิชาชีพพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในงานปฏิบัติการพยาบาล

1) **บุคคล** ในการตัดสินใจในงานพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลได้แก่ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติรวมทั้งบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความเชื่อ ค่านิยม รวมทั้งประเพณีที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ พยาบาลต้องมีการเตรียมพร้อมที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ โดยมีการเตรียมพยาบาลเช่น การมีทัศนคติที่ดีต่อการแก้ปัญหา การชวนขวนขวายหาความรู้ใหม่เพิ่มเติม เป็นต้น

2) **สถานที่** ซึ่งได้แก่โรงพยาบาล หน่วยงานต่างๆ ซึ่งพยาบาลต้องศึกษากฎระเบียบ และนโยบายต่างๆเพื่อเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยในการตัดสินใจ หัวหน้าหน่วยงานควรมีหน้าที่ในการให้พยาบาลได้ฝึกและอบรมการตัดสินใจ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545)

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในปัจจุบันมีการกล่าวถึงและได้รับการอภิปรายมากขึ้น ในสิทธิการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับตนเองในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งทำให้เป็นที่ถกเถียงในวงการสาธารณสุขในฐานะผู้ให้การรักษาพยาบาล ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในกฎหมายดังกล่าว ในฐานะพยาบาลคงไม่สามารถละทิ้งใน

การพยาบาลแม่ผู้ป่วยจะแจ้งความจำนงในกฎหมายดังกล่าวแล้ว ยังคงให้การพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุข แต่ขอนำมากล่าวเพื่อให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนา

ประเด็นที่น่าสนใจในกฎหมายนี้ซึ่งคือกฎหมายมาตรา 12 ก็คือการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ด้วยแนวคิดนี้ก่อให้เกิดคำว่า Living will หรือหนังสือเจตนาในการรักษาพยาบาล หรือ พินัยกรรมชีวิต

2.4.1 ความหมายของหนังสือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

หนังสือสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ในแต่ละประเทศใช้คำแตกต่างกันแต่มีความหมายเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศอังกฤษ ใช้คำว่า Advance decisions ประเทศอเมริกาใช้คำว่า Health care advance directive ประเทศสิงคโปร์ใช้คำว่า Advance medical directive แม้จะใช้คำอย่างไร แต่ก็ยังคงความหมายคือ เป็นเอกสารทางกฎหมายที่บุคคลทำขึ้นเพื่อแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดความตาย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงได้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ได้ถือว่าเป็นการเร่งความตาย และใช้เป็นแนวทางให้กับแพทย์ โดยไม่ใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ยังคงมีการดูแลแบบประคับประคอง คือมีการบรรเทาความเจ็บปวด และให้ได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส 2552)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในความคิดเห็นของวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2553) ได้กล่าวถึงการปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ดังนี้ ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ นิกาย Jehovah's Witness เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ปฏิเสธการรักษาโดยการใช้เลือดเนื่องจากขัดกับหลักกับศาสนา ซึ่งในประเทศไทยมีผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายดังกล่าวอยู่เป็นพันๆคน เพื่อไม่ให้ขัดกับจริยธรรมของแพทย์ในไทยจึงมีการทำหนังสือหรือไปที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หาแนวทางปฏิบัติได้คือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงถึงชีวิต สามารถทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ แต่ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงถึงชีวิต การทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ให้ถือว่าแพทย์อาจมีความผิดตามมาตรา 374 อีกทั้งเป็นการฝ่าฝืนจริยธรรมด้วย แต่ในสหรัฐอเมริกา ศาลให้ยอมรับการตัดสินใจสิทธิส่วนบุคคลนั้น แต่ให้เฉพาะในผู้ใหญ่เท่านั้น ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็ก บิดามารดาไม่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาแทนบุตร และถ้าแพทย์ไม่ปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ อาจเป็นความผิดทางแพ่งฐานละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีก้าวหน้าทันสมัย มีเครื่องช่วยชีวิตมนุษย์ แต่จำนวนไม่น้อยไม่สามารถอยู่ในสภาพปกติได้ อยู่ในสภาพที่เรียกว่า Persistent Vegetative State หรือมีชีวิตแบบพืชหรือผักถาวร บางคนถือว่าเป็นการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงมีปัญหาทางจริยธรรมเกิดขึ้นว่าบุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาโดยใช้เครื่องพยุงชีวิตเพื่อนำไปสู่การตายอย่างสงบ มีการฟ้องร้องเรียกร้องสิทธิที่จะตายมากขึ้น ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ในอเมริกามีการออกกฎหมายดังกล่าวในมลรัฐ

ต่างๆ เรียกว่า Living Will หรือ the Right to die Laws หรือ Natural Death Act ในกฎหมายดังกล่าวยังกำหนดตัวแทนเรียกว่า Health Care Proxy ให้สามารถทำการแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งในปี ค.ศ.1991 เรียกกฎหมายฉบับนี้ว่า The Patient Self-Determination Act กฎหมายนี้ยังครอบคลุมให้บุคลากรด้านการแพทย์ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชนให้ทราบสิทธิที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยหนังสือเรียกว่า Advance Directive กลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป เช่นประเทศฝรั่งเศส เบลเยียมและอื่นๆ ได้พัฒนากฎหมายการปฏิเสธการรักษามากขึ้นเช่นกันสำหรับมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ที่บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง ” กฎหมายที่กำหนดนี้จุดประสงค์เช่นเดียวกับกฎหมายต่างประเทศ แม้จะพัฒนาหลังอเมริกาไม่น้อยกว่า 30 ปีและหลังยุโรปเกือบ 20 ปีซึ่งสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้เพื่อคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งหลาย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2552: 123-141)

2.4.2 ตัวอย่าง Living Will ในต่างประเทศและประเทศไทย

1) ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ประเทศหนึ่ง ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวจีน มีวัฒนธรรมใกล้เคียงกับคนไทย กฎหมายชื่อ Advance Medical Directive Act (1996) เป็นกฎหมายที่อนุญาตให้คนสิงคโปร์สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ป่วยจะต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์ และเป็นความสมัครใจของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ และมีสติสัมปชัญญะ ต้องมีการกรอกแบบฟอร์มโดยมีพยานอย่างน้อย 2 คน พยานคนหนึ่งต้องเป็นแพทย์ พยานอีกคนหนึ่งต้องเป็นผู้มีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ ทหลังจากนั้นต้องมีการส่งเอกสารนี้ไปให้นายทะเบียนที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อบันทึกข้อมูล

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถรับแบบฟอร์มจากสถานพยาบาลทั่วไป โดยต้องทำกับแพทย์ มีการเสียค่าธรรมเนียมเล็กน้อย กรณีที่แพทย์บางคนไม่เห็นด้วยกับหนังสือ AMD จะต้องไปแจ้งความจำนงกับนายทะเบียนเพื่อปฏิเสธการเป็นพยานได้ หลังจากหนังสือ AMD ได้รับความเห็นชอบแล้ว ผู้ทำหนังสือจะได้รับแจ้งว่ามีผลตามกฎหมาย

ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับหนังสือ AMD แพทย์ต้องเคารพเจตนาของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดในเรื่องดังกล่าว ผู้ป่วยจึงควรแจ้งให้สมาชิกใน

ครอบครัวได้ทราบความประสงค์ของตนเอง เมื่อผู้ทำหนังสือป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล โดยปกติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักไม่ถามว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือไว้หรือไม่เนื่องจากถือว่าเป็นความลับของผู้ป่วย จนกว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงจะมีการตรวจสอบไปที่สำนักงานจดทะเบียน (กระทรวง สาธารณสุขประเทศสิงคโปร์ 2011)

2) ประเทศอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษมีสาเหตุการตายส่วนใหญ่คือโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคความจำเสื่อม ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล เดิมอังกฤษยังไม่มีกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดวิธีการรักษาล่วงหน้าเรียกว่า Advance directives หรือ living will ต่อมา มีกฎหมายชื่อ Mental Capacity Act 2005 ซึ่งมีผลบังคับในอังกฤษและแคว้นเวลส์เมื่อพ.ศ. 2550 มีกำหนดไว้ว่าผู้ทำหนังสือต้องมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ มีความสามารถตามกฎหมาย ทำหนังสือด้วยความสมัครใจไม่ถูกบังคับ ผู้ที่จะเป็นพยานอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจก็ได้ แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ทำตามเจตนาของผู้ป่วยให้ถือว่ามีความผิดอาญาฟ้องร้องค่าเสียหาย และถูกดำเนินคดีทางอาญา (WWW.direct.gov.uk/en/Governmentcitizensandrights/Death/Preparation/DG_100296, Retrieve 7/22/2011)

3) ประเทศไทย

กฎหมายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทย ซึ่งควรทำความเข้าใจความหมายของข้อความในมาตรา 12 คือ “หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่าหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลที่ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”

“วาระสุดท้ายของชีวิต ” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรค ที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทางวิชาชีพเห็นว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน และให้รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย

เมื่อมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับความหมายของคำต่างๆระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการจะทำให้มีความชัดเจนในการทำตามประสงค์ของผู้รับบริการ ไม่เกิดการฟ้องร้องกันขึ้น ซึ่งหนังสือแสดงเจตนาควรระบุชื่อสกุล อายุ บัตรประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วันเดือนปี ที่ทำหนังสือ พยาน ระบุเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการ ผู้ทำการแทน และสุดท้ายคือลายมือชื่อผู้ทำหนังสือ กรณีทำหลายฉบับให้ถือฉบับสุดท้ายเป็นสำคัญ การจะทำหนังสือสามารถทำได้ทุกที่ แต่

ในรายละเอียดของหนังสือควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพราะเป็นผู้รู้รายละเอียดของผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้ป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2548) ผู้ป่วยหรือผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาต้องแสดงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ให้บริการตรวจสอบความถูกต้องแล้วเก็บรักษาเพื่อดำเนินการได้ถูกต้อง และทบทวนกับผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หรือทบทวนกับผู้ดำเนินการแทนถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ต้องให้ผู้ป่วยพ้นสภาพตั้งครรภ์ก่อนจึงสามารถใช้มาตรา 12 ได้ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส 2550: 133-141)

แนวคิดทางกฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการตายดี มีกฎหมายเกี่ยวข้องกับ ความตายแตกต่างจากกฎหมายการรณฆฆาตที่มีในประเทศเนเธอร์แลนด์หรือรัฐ Oregon ในอเมริกา ซึ่งเป็นการผิดศีลธรรมเนื่องจากเป็นกฎหมายที่เร่งการตายของผู้ป่วย ซึ่งจะไม่น่ามากล่าวในที่นี้ ในทางการแพทย์การตายคือการไม่หายใจ หัวใจหยุดเต้น และไม่รู้สีกตัว การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ตายดี คือได้มีการวางแผนร่วมกัน เป็นการวางแผนล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือผู้ป่วยต้องเข้าใจคุณค่าและความปรารถนาที่แท้จริงของตนเองก่อน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติและผู้ให้บริการ โดยให้มีความเข้าใจตรงกันในข้อความ ปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก แนวทางในการร่วมกันวางแผนการรักษา ล่วงหน้า โดยคำนึงถึง (1) ผู้ป่วยที่เหมาะสม ได้แก่ผู้ป่วยหมดหวัง ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยทาง สมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่เรื่อยๆ 2) ผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถ (3) การประเมินความสามารถใน การตัดสินใจ ควรประเมินผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร (4) เวลาที่ เหมาะสมในการเริ่มต้น ควรมีการพูดคุยก่อนเกิดปัญหาวิกฤต (5) ผู้เริ่มการคุยในเรื่องนี้ พิจารณา จากความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่มีต่อผู้ป่วย (6) ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญ ควรมีทักษะการฟังด้วย เพื่อการแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้ป่วย (7) ประเด็นที่พูดคุยกัน ขึ้นกับผู้ป่วย ควรจะถามผู้ป่วยถึง ตัวแทนผู้ป่วยด้วย เพื่อการตัดสินใจแทน และ (8) กรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจในการพูดเรื่อง ความตายจะทำอย่างไร โดยเฉพาะในสังคมตะวันออก การพูดเรื่องความตายไม่ค่อยมีใครอยากเอ่ย ถึง ควรมีการให้กำลังใจและมีการให้สติว่าวันหนึ่งผู้ป่วยก็ต้องมีการเตรียมตัวสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต ซึ่งการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการร่วมกันวางแผนการ รักษาเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยกลไกการสื่อสาร เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันใน การ รักษา เพื่อคู่เป้าหมายเดียวกันคือการรักษาที่เหมาะสมในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (พรเลิศ นิต้า 2552: 144-153)

กระบวนการในการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอนคือ (1) กระบวนการติดตามคุณค่าและความปรารถนาในตัวผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในตนเองก่อน มุมมองการเปลี่ยนแปลงจะมีการปรับเปลี่ยนได้เสมอ ซึ่งพยาบาลควรมีความเข้าใจในกระบวนการเหล่านี้ของผู้ป่วย (2) การสื่อสารความปรารถนานั้นสู่คนใกล้ชิด อาจใช้ในหลายลักษณะเช่นการสื่อสารด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นอาจมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติแทบทั้งสิ้น

การนำการร่วมกันวางแผนสู่การปฏิบัติต้องคำนึงหลายเรื่องได้แก่ (1) ผู้ป่วยต้องมีความเหมาะสม ได้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ (2) ผู้ป่วยที่ดูเหมือนไร้ความสามารถ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำและเลือน ลุกหลานไม่ควรตัดสินใจว่าไม่สามารถบอกอะไรได้ (3) การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ควรมีการประเมินเป็นเรื่อยๆ (4) ควรมีการพูดคุยปัญหาต่างๆก่อนมีภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย

การร่วมการวางแผนถือเป็นการผสมผสานในการดูแลทางการแพทย์ให้เข้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อหาความหมายในการดูแลร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร (แนวทางการใช้สิทธิในการตายดี สืบค้นวันที่ 8/2/2011 จาก

<http://www.thailiving.in.th/index.php?mo=3&art=282824>)

สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การเชื่อมโยงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พยาบาลมีกระบวนการตัดสินใจ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ

2.5 การประเมินความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล นิยมใช้

2.5.1 เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยการสร้างคำถามในสิ่งที่ต้องการวัดความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล คะแนนที่ได้สามารถจำแนกระดับความสามารถด้วยผลของคะแนน (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ 2539)

2.5.2 การวัดแบบอื่น โดยมีโครงสร้างการวัดเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) โดยใช้สถานการณ์จำลองปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย (ได้แนวคิดมาจากแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจที่พัฒนาโดย Ketefian) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งในแต่ละสถานการณ์ของแบบวัด มีกิจกรรมพยาบาล 6-7 ข้อกำหนดกิจกรรมให้เลือก 2 อย่างคือ การเลือกปฏิบัติและไม่เลือกปฏิบัติ ภายใต้เงื่อนไขการเลือกกิจกรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและการเลือกตามประสบการณ์ (เพ็ญ ศรี รักสละ 2539)

2.5.3 การใช้แบบแสดงเอ็มอีคิว (MEQ = The Modified Eassy Questions) เป็นแบบทดสอบที่เป็นลักษณะการนำเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ และมีการแทรกคำถามเป็นระยะๆ โดยคำตอบต้องมีพื้นฐานการปฏิบัติงานจริง ซึ่งต้องนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 4 ขั้นตอนมาใช้ (ทองสุข คำธนะ 2538) ซึ่งการใช้แบบทดสอบ MEQ ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบเลือกตอบ เป็นคำถามปลายเปิด พยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยต้องตัดสินใจตอบคำถามภายในเวลาที่กำหนด ไม่สามารถทำข้อสอบที่ทำผ่านมาแล้ว ซึ่งสามารถทำให้วัดความรู้ ทักษะและเจตคติได้

3. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.1 ความหมาย และความสำคัญของโปรแกรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3.1.1 ความหมาย

โปรแกรม หมายถึงรายการของการกระทำ เช่น เรามักจะวางแผนกิจกรรมในวันหยุด ซึ่งถือว่าการวางแผนโปรแกรม (<http://Kenessar.exteen.com>) ซึ่งในการ วิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดกระทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งถือว่าการจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดย กระบวนการในการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้สถานการณ์จำลองในห้องอบรมโดยเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลต้องตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมาตรา 12 ซึ่งเป็นสิทธิในการรักษาเพื่อการตายดี การฝึกอบรมให้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ (สิทธิศักดิ์ พุกภัยปีติกุล 2542) ซึ่งการฝึกให้พยาบาลมีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสามารถตัดสินใจในการทำงานได้ด้วยตนเองซึ่งจากการศึกษาของเรดแมนและฟราย (Redman& Fry, 1998)พบว่าพยาบาลในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใช้วิธีการปรับตัวในสถานการณ์ที่ขัดแย้งโดยการยอมรับ หรือปฏิบัติตามการตัดสินใจโดยบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ปฏิเสธการเข้าร่วมการแก้ปัญหา และการหนีออกจากปัญหา ในประเทศไทยพบว่า การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลไม่เหมาะสม (วัฒนาวรรณ บุญฤกษ์ 2544)

3.1.2 ความสำคัญ

พยาบาลที่ได้รับการฝึกประสบการณ์จำลอง โดยใช้สถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญในการทำงานจะทำให้ได้ประโยชน์กับพยาบาลในสถานการณ์จริง ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลสูงขึ้น (ศิริมา ทองดี 2549)

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) มี 7 แนวทางคือ (1) การทำบรรยากาศการเรียนรู้ให้สะดวกสบาย เหมาะสมกับผู้เรียน (2) การวางแผนร่วมกับผู้เรียน (3) การเรียนรู้ถึงความต้องการที่แท้จริง (4) การเรียนรู้ที่กำหนด วัตถุประสงค์ (5) การออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสม (6) การช่วยเหลือในการวางแผนและ (7) การประเมินผลการเรียนรู้ ผู้เรียนมีความก้าวหน้าของตนเอง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาทักษะของผู้เรียน Adult learning ขึ้นกับความเชื่อ (assumptions) 5 ประการคือ (1) ผู้ใหญ่มีความเป็นอิสระในตนเอง สามารถกำกับตนเองได้ (2) ผู้ใหญ่เป็นผู้มีทรัพยากรการเรียนรู้อยู่แล้วคือเป็นผู้มี ประสบการณ์ (3) ผู้ใหญ่ให้คุณค่าต่อการเรียนรู้เนื่องจากสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (4) ผู้ใหญ่ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้โดยการใช้ปัญหาเป็นศูนย์กลางมากกว่าการเรียนรู้โดยการท่องจำ และ (5) แรงจูงใจในการเรียนมาจากภายในมากกว่าภายนอก (ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์ 2547: 8-9)

ข้อคำนึงในการสอนผู้ใหญ่ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้คือการพร้อมในด้านเวลา เนื่องจากผู้เรียนเป็นผู้ที่มีภาระหน้าที่ด้านการงานอาชีพ ฉะนั้นการให้ความรู้ควรพิจารณาความพร้อมด้านเวลาด้วย สถานที่ ควรสะดวก สบาย มีความเป็นส่วนตัวให้กับผู้เรียน กิจกรรมการเรียนการสอน เนื้อหาควรมีความเหมาะสม อาจสอนเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล สื่อการเรียนการสอน ควรเหมาะสมกับวัย เช่นตัวอักษรชัดเจน น้ำเสียงผู้สอนเหมาะสม ความเหมาะสมด้านสติปัญญาของผู้เรียน ไม่ควรเน้นสาระเนื้อหาการเรียนด้วยความจำ ควรเป็นสาระที่นำไปสู่การปฏิบัติได้โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทำให้ผู้เรียนจำได้แม่นยำขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้สอนกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้เรียน พยายามหลีกเลี่ยงการตำหนิ การทำโทษและการบังคับผู้สอนควรคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล การพัฒนาการเรียนที่แตกต่างกัน การเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนโดยสัมพันธภาพที่ดีงาม การแสดงความเป็นมิตรของผู้สอน การเตรียมตัวให้พร้อมของผู้สอน เพื่อประสิทธิภาพของการเรียนการสอน โดยให้ครอบคลุมในเรื่อง (1) เนื้อหาของเรื่องที่เรียนต้องเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้เรียนต้องการ (2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียน ผู้สอน (3) มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ผู้สอนควรพูดและอธิบายให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหา และมีทักษะการฟังขณะสอนควรให้คำแนะนำและประเมินด้วยผู้เรียนสับสนหรือไม่ (4) ทักษะในการประเมิน ควรประเมินตั้งแต่ความต้องการของผู้เรียนเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการสอน ควรใช้การสังเกตร่วมด้วย (5) ทักษะการสอน ควรใช้แรงเสริมทางบวกให้กับผู้เรียน เนื้อหาที่เตรียมต้องไม่ซับซ้อน ควรมีเทคนิคการสอนโดยมีการทบทวนเป็นระยะๆ (ศิริมา ทองดี 2549)

กล่าวโดยสรุปการสอนในผู้ใหญ่ควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผู้สอน มีการร่วมแสดงความคิดเห็น การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ จะช่วยพัฒนาการเรียนการสอนได้ดี ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถเป็นแนวทางให้กับผู้วิจัยในการทำโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เรียนรู้ที่เป็นกลุ่มทำงานแล้ว การให้โปรแกรมจะประสบผลสำเร็จต้องอาศัยแนวทางดังกล่าวด้วย

3.3 การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โปรแกรมเป็นการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรา 12 สิทธิการตายดี การมีจริยธรรมทางการแพทย์และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Lawrence Kohlberg (1976) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของ Jean Watson (1985) โดยใช้วิธีการบรรยาย การระดมสมองให้ผู้ร่วมวิจัยได้ฝึกสถานการณ์จำลอง โดยสถานการณ์เป็นประเด็นขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ชีวิตและความตาย การพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง ตัดสินใจเลือก เพื่อใช้เป็นการวัดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการใช้แบบทดสอบวัดการตัดสินใจทางจริยธรรมเชิงผลลัพธ์ ซึ่งได้แนวคิดจาก เคเตเฟียน (Ketefian, 1999) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญในการปฏิบัติงาน ซึ่งเคเตเฟียนสำรวจสถานการณ์ไว้ มีสถานการณ์เกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งมีกิจกรรมพยาบาลซึ่งเป็นทางเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างสถานการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 12 ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งนักศึกษาพยาบาลของชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยผลการทดลองพบว่ากลุ่มหลังทดลองมีความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กานดา รักษาติและคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนโดยคัดเลือกแบบเจาะจง กรอบแนวคิดทฤษฎีประยุกต์ขั้นตอนของโคโลซี่ ผลการวิจัยสรุปว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการทำงานมี 7 ลักษณะคือ (1) ต้องการช่วยเหลือแต่อยู่นอกเหนืออำนาจ (2) ยึดชีวิตหรือยึดความทรนทาน (3) อยากทำหน้าที่แทนคนไข้แต่อยากคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (4) ไม่รู้จะบอกอย่างไร จึงจะเกิดผลดีกับทุกฝ่าย (5) จำเป็นต้องทำตามเพราะด้อยอำนาจ (6) ใครควรตัดสินใจและ (7) พันธะหน้าที่ต่อวิชาชีพกับหน้าที่ต่อตนเอง โดยพยาบาลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวใน 3 ลักษณะคืออึดอัด ขัดใจ ไร้อิสระ เบื่อหน่าย ให้อใจในการทำงานและโคตรเดียวที่ต้องแก้ปัญหาลำพังคนเดียว

วัฒนาวรรณ บุญคุณะ (2544) ได้ทำการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือจำนวน 364 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพทุกสถานการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

สรวงสุดา ชลัมพฐ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย 15 แห่งๆ ได้กลุ่มตัวอย่าง 185 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามหลักวิชาชีพและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รสสุคนธ์ ชื่นตา (2546) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้กลุ่มตัวอย่าง 165 คนจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าอายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคือค่านิยมส่วนบุคคล ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร จรรยาบรรณวิชาชีพ บรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร

ศิริมา ทองดี (2549) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองต่ำกว่าหลังทดลอง

สิตารัตน์ สมัครสมาน (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยคือผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตค่อนข้างสูง การต้องการด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความเอื้ออาทร กำลังใจ ต้องการทำบุญตามแนวทางของศาสนา มีความเชื่อเรื่องผลบุญ ส่วนในด้านความหวังมีความเชื่อเรื่องคุณงามความดีช่วยให้การกุศล และจากไปอย่างสงบ

วรางคณา ตาเตียว (2552) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลคือ 1) การทำงานโดยยึดหลักความถูกต้องดีงาม ตามหลักเหตุผล โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ 2) การทำงานโดยยึดหลักความเป็นธรรม ไม่อคติลำเอียงและ 3) การทำงานโดยยึดหลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ส่วนประสบการณ์การบริหารจัดการเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบ 2 ประเด็นหลักคือการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมในการบริหารคนคือบริหารโดยหลักความยุติธรรมและความเสมอภาค บริหารโดยใช้หลักความรัก ความเมตตาและบริหารโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม ประเด็นการบริหารจัดการเชิงจริยธรรมในการบริหารการปฏิบัติการพยาบาลคือบริหารโดยยึดประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย บริหารโดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและคุณภาพการดูแล บริหารโดยยึดหลักซื่อสัตย์สุจริต บริหารโดยใช้ความรอบคอบ บริหารโดยยึดหลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้และบริหารโดยนึกถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก

จากการศึกษาประเด็นขัดแย้งจริยธรรมในประเทศสามารถสรุปได้ว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลเมื่อเผชิญกับประเด็นความขัดแย้งเป็นไปตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน (ศิริมา ทองดี 2549; สรวงสุดา ชลัมพุช 2549) แต่การตัดสินใจเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้ง ยังไม่มีแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ถูกต้อง (กานดา รักษาดี 2545) พยาบาลวิชาชีพรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำงานภายใต้ความจำกัดความรู้ การขาดที่ปรึกษา การขาดทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วรางคณา ตาเตียว 2552) ปัจจัยส่วนบุคคลจะไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วัฒนาวรรณ บุญคุณะ 2544, รสสุคนธ์ ชื่นตา 2546) ในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลน่าจะใช้วิธีการศึกษา (รัชสมัน นามวงษ์ 2540) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความต้องการความเอื้ออาทรจากพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ลิดารัตน์ สมัครสมาน 2550)

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Wurzbach (1999) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์การทำงานในหอวิกฤต จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 20 คน พบว่าพฤติกรรมจริยธรรมเกิดจากประสบการณ์การทำงาน

Fritzsche (2000) ได้ศึกษาบรรยาการจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยกลุ่มตัวอย่างคือพนักงานเขียนภาพของบริษัทเทคโนโลยีของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 20 คน พบผลศึกษาพบว่าบรรยาการสององค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

Raines (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม รูปแบบการแก้ปัญหา และความเครียดในการตัดสินใจแก้ปัญหาเชิงจริยธรรมของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลของหน่วยรังสีรักษา 229 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม Moral Reasoning Questionnaire และเครื่องมือวัดการแก้ปัญหาชื่อ Way Interventory และ Ethics Stress Scales ผลการวิจัยพบว่าสิ่งที่มีผลกับระดับความเครียดคือความรู้สึกกดดัน การขาดอำนาจในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาที่มีรูปแบบการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม

จากการทบทวนวิจัยต่างประเทศ พบว่า บุคคลมีพฤติกรรมจริยธรรมเกิดจากประสบการณ์การทำงาน (Wurzbach ,1999) ภายใต้การทำงานที่มีบรรยาการสององค์การ ที่ดี จะทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Fritzsche, 2000 ; Raines, 2000)

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าประสบการณ์การทำงานที่ต่างกันมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน คือต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้พบว่าทักษะการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกิดจากการได้เรียนรู้จากการเรียนการสอน จากกรณีศึกษา การได้แบบอย่าง การปฏิสัมพันธ์กัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานยังขาดทักษะในการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดจากกรอบการวิจัยมาเป็นแนวทางในการฝึกทักษะให้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อได้มีการเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มขึ้นในสถานการณ์จำลอง