บทความวิจัย

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

Ethical Decision Making of Nurses Working in Emergency Department of Regional Hospitals, Southern Thailand

ธิดาจิต มณีวัต[1*]
Thidajit Maneewat[1*]

[1]*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี*
[1]*Registered Nurse, Surat Thani Hospital, Surat Thani, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: thidajit.m@gmail.com*
**Corresponding author: thidajit.m@gmail.com*
Received 20 October 2021 • Revised 24 June 2022 • Accepted 8 April 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน* ***วิธีการ:*** *การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้าเป็นพยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า 1 ปี จำนวน 136 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 4 สถานการณ์ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าความสอดคล้องจากการวัดซ้ำ เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยาย* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่า ร้อยละ 56.60 รายงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 58.10 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 76.50 ประสานงานกับแผนกประกันสุขภาพเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ ร้อยละ 32.40 อธิบายให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เมื่อต้องยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ* ***สรุป:*** *วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักแนวคิดจริยธรรมสิทธิผู้ป่วย การทำเพื่อประโยชน์สูงสุด และการบอกความจริง*

คำสำคัญ: การตัดสินใจเชิงจริยธรรม; พยาบาล; แผนกฉุกเฉิน

Abstract

Objectives: *To study the ethical decision-making of nurses in the situation at emergency department.* ***Methods:*** *This study is descriptive research. The sample was selected based on a purposive sampling. The inclusion criteria were set for recruitment of the sample composed of 136 nurses working in an emergency department for no less than one years. Data collection employed by Demographic data and Ethical decision-making of nurses in four situations. The ethical decision-making questionnaire was examined for content*

validity by three experts (CVI = .90) and the reliability percent of agreement was .87. The data were analyzed by using descriptive statistics. ***Results****: The findings showed that 56.60% reported physicians to provide information about patients' needs when patient refused treatment, 58.10% explained in a way patients could understand and confirming that patients had received their medication in the outpatient department when non-urgent patients want to receive emergency services, 76.50% involved coordinating with the health insurance department when patient needs urgent surgery, but there is no health insurance, 32.40% explained to the patients' caregiver/relative that patients had died when do not resuscitate (DNR).* ***Conclusion****: The ethical decision making of samples were used the principle and concept of ethics; patient rights beneficence and truth telling.*

Keywords: ethical decision-making; nurses; emergency department

ความสำคัญของปัญหา

การจัดบริการทางการแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์มุ่งเน้นการรักษาที่รวดเร็ว ในผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน และบาดเจ็บฉุกเฉิน ลดความทุกข์ทรมาน การสูญเสียอวัยวะ และการสูญเสียการทำงานของอวัยวะสำคัญ เพื่อรักษาชีวิต และเป็นจุดเริ่มต้นให้บริการรับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มอายุที่มีความเจ็บป่วยที่เกิดจากการบาดเจ็บ (trauma) และไม่ใช่การบาดเจ็บ (non-trauma) ลักษณะการจัดบริการรักษาพยาบาล ในภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา และมีความสำคัญเนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน ประเมินระดับความรุนแรง วินิจฉัยการพยาบาล ประสานงาน ส่งผู้ป่วยตามพื้นที่ให้บริการ รายงานแพทย์ เตรียมทำหัตถการได้ทันเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามถึงชีวิต

สภาพแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินมีปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก (over-crowded) และปัญหาการเข้าถึงบริการติดขัด (access block) ล่าช้า ที่แผนกฉุกเฉินนั้น สภาพแวดล้อมแตกต่างจากหอผู้ป่วย และหน่วยบริการผู้ป่วยนอกซึ่งมีความท้าทายทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้บริบทสภาพแวดล้อมในแผนกฉุกเฉิน[1]

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า สถานการณ์ในแผนกฉุกเฉินก็มีปัญหาความแออัด ทำให้ระยะเวลารอคอยนาน ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยไม่รอพบแพทย์ ปฏิเสธการรักษา อาจทำให้เกิดอัตราภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตสูง[2] ปัญหาความแออัดในแผนกฉุกเฉินส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น การรักษาล่าช้า ความพึงพอใจต่อการจัดบริการลดลง เพิ่มอัตราการตาย ในด้านการพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การพยาบาลไม่ได้คุณภาพ[3] จึงก่อให้เกิดประเด็นด้านจริยธรรมการพยาบาลฉุกเฉิน

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินบ่อยครั้งต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรม และเป็นความท้าทายในการปฏิบัติการพยาบาล[4] เนื่องด้วยการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินของทีมแพทย์ และพยาบาลพบว่ามีความเป็นอิสระในการทำงาน แต่มีความเครียดในระดับสูง และภาระงานมาก[5] การตัดสินใจเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลฉุกเฉิน ในบางสถานการณ์เป็นความร่วมมือที่ผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยคำนึงถึงหลักฐานองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ เช่นเดียวกับค่านิยมและความชอบของผู้ป่วยที่นำมาร่วมเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยเช่นกัน

การรับรู้และค้นหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลตัดสินใจได้บนพื้นฐานของจริยธรรม[6] ด้วยสถานการณ์ที่หลากหลายในแผนกฉุกเฉินทำให้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นพลวัตและลดลงอย่างรวดเร็วขึ้นกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ขณะนั้น ปัจจัยการเกิดปัญหาจริยธรรมในการรักษาพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน เกิดจากความคาดหวังบริการทางการแพทย์จากผู้ป่วย/ญาติ มีความคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาตามสภาวะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปเป้าหมายการรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องให้การรักษาโรคที่รวดเร็วในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยเฉียบพลันเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางกาย ลดการสูญเสียการทำหน้าที่

และรักษาชีวิต โดยการช่วยฟื้นคืนชีพ ตัวอย่างการเกิดปัญหาจริยธรรม เช่น การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อประโยชน์แต่ในบางครั้งอาจขัดกับศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ความเป็นอิสระของผู้ป่วยในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษากับหน้าที่ความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเป็นต้น[7] การวิจัยครั้งนี้จะใช้ตัวอย่างสถานการณ์ 4 สถานการณ์ และได้นำมาปรับให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทแผนกฉุกเฉินในประเทศไทย ดังต่อไปนี้คือ 1) จะทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา 2) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน 3) ผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่าตัดด่วนแต่ไร้สิทธิประกันสุขภาพ และ 4) ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ[8,9]

หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (principles of medical ethics) ที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติขณะปฏิบัติการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (autonomy) การกระทำเพื่อประโยชน์สูงสุด (beneficence) การป้องกันอันตรายหรือผลเสียหาย (non-maleficence) ความยุติธรรม (justice) ในการรักษาพยาบาล และการบอกความจริง (truth telling)[10] ร่วมกับการประเมินอาการทางคลินิก เช่น ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากการได้รับการรักษา หน่วยงานสนับสนุนในระบบบริการสุขภาพ เช่น แผนกประกันสุขภาพ หน่วยงานรับการรักษาเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้ต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ[9] ประเด็นจริยธรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์รวมทั้งมีความวิตกกังวลต่อผลกระทบที่ตามมาในภายหลังหากมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมขึ้นกับบริบทสถานการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้น และระดับของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมีวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์เป็นอย่างไร

2. ในแต่ละสถานการณ์ใช้หลักการ/เหตุผลใดที่สำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับวิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ ดังต่อไปนี้

1. หลักจริยธรรมทางการแพทย์ที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (autonomy) การป้องกันอันตรายหรือผลเสียหาย (nonmaleficence) การกระทำเพื่อประโยชน์สูงสุด (beneficence) ความยุติธรรม (justice) การบอกความจริง (truth telling) ความซื่อสัตย์ (fidelity) ในการรักษาพยาบาล[10]

2. หลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจลงมือปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (advocacy) ความรับผิดชอบ (accountability) การประสานงาน (coordination)[11]

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 5 แห่ง (210 ราย)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan[12] กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ .5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 136 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ เป็นพยาบาลปฏิบัติการที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมากกว่า 1 ปี เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ถูกกักตัวจากการติดเชื้อ COVID-19 ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่าง 136 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการพยาบาล สภาการพยาบาล เอกสารรับรองเลขที่ TNMC-IRB 14/2019.1212 ได้รับการรับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2562 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่เข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์จากการทำวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูลหากมีข้อสงสัยสามารถซักถามติดต่อตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อความก้าวหน้าในอาชีพ การสรุป การนำเสนอผลการวิจัยหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และภายหลังผลการวิจัยได้เผยแพร่แล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน โดยประสานงานโดยตรงกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้างานแผนกฉุกเฉิน เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2563 ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเอง หรือผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มงานการพยาบาลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแจกเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์วิธีการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัย และลงนามในใบยินยอม

3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมแบบสอบถาม/และส่งกลับแบบสอบถาม โดยเตรียมซองเปล่าติดแสตมป์จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัยเพื่อส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมด 136 ชุด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การอบรมเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเข้าร่วมประชุม หรืออบรมจริยธรรมทางการพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยจากฐานข้อมูลในต่างประเทศ ดังนี้คือ

สถานการณ์ที่ 1: จะทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

สถานการณ์ที่ 2: ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน

สถานการณ์ที่ 3: ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ

สถานการณ์ที่ 4: ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีข้อคำตอบจำนวน 7 ข้อ (ให้เลือกตอบ 1 ข้อ) คำถามข้อที่ 2 หลักการ/เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีข้อคำตอบจำนวน 7 ข้อ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ข้อคำตอบที่ 7 ทั้งคำถามข้อที่ 1,2 เป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุคำตอบที่นอกจาก 6 ข้อคำตอบที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ในประเด็นสำคัญที่ศึกษาโดยอาจารย์ผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหา เพื่อให้มีความชัดเจน และครอบคลุม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI = .90) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาแล้ว มาหาความเที่ยง (reliability) กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำการทดสอบ 2 ครั้งในระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้จากการวัด 2 ครั้งมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าได้ค่าความสอดคล้องจากการวัดซ้ำ (percent of agreement) เท่ากับ .87

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) วิธีการ/เหตุผล/หลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ โดยใช้สถิติแบบบรรยาย (descriptive statistic) ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.90 มีอายุระหว่าง 31-40 ร้อยละ 41.91 อายุเฉลี่ย 36 ปี (M = 35.65, SD = 8.32) ได้รับการอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ร้อยละ 24.30 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเฉลี่ย 11 ปี (SD = 8.12) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยเข้าประชุมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 65.44 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 136)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	22.10
หญิง	106	77.90
อายุ (ปี)		
≤ 30	42	3.90
31-40	57	41.90
41-50	27	19.90
51-60	10	7.30
อายุเฉลี่ย (M = 35.65, SD = 8.32)		
เคยอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน)		
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	33	24.30
การพยาบาลศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	7	5.10
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ	3	2.20
การจัดการระบบผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉิน	8	5.90
อื่น ๆ	2	1.50
ไม่เคยอบรม	83	61.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน (ปี)		
< 5	32	23.50
6-10	57	42.00
11-15	12	8.80
16-20	21	15.40
> 20	14	10.30
ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย (M = 11.33, SD = 8.12)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประชุม หรืออบรมจริยธรรมทางการพยาบาล		
ไม่เคย	89	65.44
เคย	47	34.56

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ พบว่า สถานการณ์ที่ 1 ร้อยละ 56.60 รายงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา สถานการณ์ที่ 2 ร้อยละ 58.10 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน สถานการณ์ที่ 3 ร้อยละ 76.50 ประสานงานกับแผนกประกันสุขภาพเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ สถานการณ์ที่ 4 ร้อยละ 32.40 อธิบายให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเมื่อต้องยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ (N = 136)

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1: จะทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา		
- รายงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย	77	56.60
สถานการณ์ที่ 2: ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน		
- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก	79	58.10
สถานการณ์ที่ 3: ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ		
- ประสานงานกับแผนกประกันสุขภาพเพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วย	104	76.50
สถานการณ์ที่ 4: ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ		
- อธิบายให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว	44	32.40

ตอบได้ 1 ข้อ

หลักการ/เหตุผลสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ พบว่า

สถานการณ์ที่ 1: ร้อยละ 50.70 สิทธิของผู้ป่วยและการทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ร้อยละ 44.90 การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

สถานการณ์ที่ 2: ร้อยละ 60.30 ความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงาน ร้อยละ 33.80 สิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 33.10 การป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเจ้าหน้าที่ เมื่อผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน

สถานการณ์ที่ 3: ร้อยละ 83.10 การทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ร้อยละ 67.60 สิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 54.40 การป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ

สถานการณ์ที่ 4: ร้อยละ 64.70 ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ร้อยละ 49.30 การรักษาสัมพันธภาพ/ป้องกันความขัดแย้งกับแพทย์ ร้อยละ 30.90 การทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย เมื่อต้องยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหลักการ/เหตุผลสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ (N = 136)

หลักการ/เหตุผลสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1: จะทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา		
- สิทธิของผู้ป่วย	69	50.70
- การทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย	69	50.70
- การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	61	44.90
สถานการณ์ที่ 2: ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน		
- ความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงาน	82	60.30
- สิทธิผู้ป่วย	46	33.80
- การป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเจ้าหน้าที่	45	33.10
สถานการณ์ที่ 3: ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ		
- การทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย	113	83.10
- สิทธิของผู้ป่วย	92	67.60
- การป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย	74	54.40
สถานการณ์ที่ 4: ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ		
- ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ	88	64.70
- การรักษาสัมพันธภาพ/ป้องกันความขัดแย้งกับแพทย์	67	49.30
- การทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย	42	30.90

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.44) ไม่ได้รับการประชุม/อบรมจริยธรรมทางการพยาบาลซึ่งมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ขึ้นกับความรู้ และทักษะของพยาบาล หากพยาบาลมีความรู้ และทักษะทางจริยธรรมไม่เพียงพอจะทำให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอบรมจริยธรรมพยาบาลสามารถแสดงความคิดเห็น และอธิบายกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ รวมทั้งพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกด้านความรู้พื้นฐานทางจริยธรรม และระดับความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม[13] แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินของพยาบาลไม่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเฉลี่ย 11 ปี (SD = 8.12) แต่พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม[14] นอกจากนี้การที่พยาบาลได้รับการอบรมจริยธรรมยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมที่เพิ่มขึ้นของพยาบาล และมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

สถานการณ์ที่ 1 วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.60 รายงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

จากสถานการณ์ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี ญาตินำส่งแผนกฉุกเฉิน เวลา 19.30 น. ให้ประวัติว่าดื่มสุราแล้วทะเลาะชกต่อยกับเพื่อน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ยาวประมาณ 10 เซนติเมตร มีเลือดออก ปิดก๊อซห้ามเลือดไว้ ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน พยาบาลได้ประเมินระดับความรู้สึกตัวทางคลินิกของผู้ป่วย โดยใช้วิธีประเมิน Glasgow coma scale (GCS) ได้ 14 คะแนน E4V4M6 พูดเป็นประโยค แต่สับสนบางครั้ง สัญญาณชีพปกติ เนื่องจากในช่วงเวลา 18.00-21.00 น. ที่แผนกฉุกเฉินมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ฉุกเฉินเร่งด่วน รวมทั้งหมด 45 ราย แพทย์ พยาบาล มีความจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ก่อนเป็นอันดับแรก ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนต้องรอคอยรับการรักษานานถึง 2 ชั่วโมง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย

ปฏิเสธการรักษาไม่รอพบแพทย์ ขอกลับบ้าน

ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนปฏิเสธการรักษา พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย คำนึงถึงผู้ป่วยที่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ คือ GCS เท่ากับ 15 คะแนน มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ ยกเว้นผู้ป่วยมึนเมาดื่มสุรา เสพแอลกอฮอล์ สารเสพติด กลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา และการตัดสินใจปฏิเสธการรักษานั้นเป็นความเสี่ยงอันตราย มากกว่าประโยชน์ผู้ป่วยได้รับ[16]

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยวิธีการสื่อสารรายงานข้อมูลอาการทางคลินิกร่วมกับบอกความต้องการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ให้ได้รับการประเมิน ตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ป้องกันอันตราย ความเสี่ยงที่อาจคุกคามต่อชีวิต ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาขอกลับบ้าน เป็นการกระทำเพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล (best interest) ในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน หลักจริยธรรมการทำประโยชน์ จะถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้ทันท่วงที ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.90 ใช้เหตุผลนี้ประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

แม้ว่าเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน แต่ทว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.70 ใช้หลักการที่สำคัญมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ สิทธิของผู้ป่วย จึงยอมให้ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเองโดยอิสระ ผู้ป่วยจึงมีสิทธิปฏิเสธการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระได้หลังจากแพทย์ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น[17] ถ้าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องจึงยอมรับการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ 2 วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 58.10 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน

จากสถานการณ์ตัวอย่าง “ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรัง (DM with CKD) เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน เพราะไม่ได้มาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ยารับประทานเหลืออยู่ 2 วัน” สถานการณ์ดังกล่าวพบบ่อยในห้องฉุกเฉินช่วงเวรบ่าย ไม่เข้าเกณฑ์ตามประเภทผู้ป่วยที่เข้าบริการในแผนกฉุกเฉิน แม้ว่าจะขัดกับหลักสิทธิของผู้ป่วยที่มีสิทธิที่จะเข้ารับการรักษา และหลักการให้ความยุติธรรม (justice) ในการรักษาพยาบาล[10] แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลได้กระทำตามกฎของหน้าที่ที่พึงกระทำ เป็นการกระทำตามความมุ่งมั่นในหน้าที่[11] สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมักกล่าวถึงความเร่งด่วนและความรุนแรงของอาการว่าเป็นสาเหตุหลักในการเลือกเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเร่งด่วนและความรุนแรง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากประสบการณ์ ความรู้ การฝึกอบรม และทักษะทางวิชาชีพ ซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เป็นสาเหตุความไม่พึงพอใจต่อการส่งมอบบริการสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในแผนกฉุกเฉิน[18]

วิธีการตัดสินใจดังกล่าว เป็นการปฏิบัติตามนโยบายแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ได้จัดทำขึ้นตามระบบบริการสุขภาพแผนกฉุกเฉิน

ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH”ED Triage อยู่ในประเภทผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non urgent) ระดับ 5 สีขาว ตามนโยบายระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเด็นห้องฉุกเฉินคุณภาพ เป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ห้องฉุกเฉินคุณคุณภาพ ร้อยละ 80 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 ลดลงร้อยละ 10 โดยเปิดห้องตรวจนอกเวลาราชการ ห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ ห้องตรวจ SMC ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาเฉพาะทาง (definitive care) ผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับระเบียบและกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นสำคัญ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำเป็นการกระทำตามความมุ่งมั่นในหน้าที่ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล จึงสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60) ให้เหตุผลที่สำคัญว่าเป็นความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้นโยบายที่กำหนด[14]

อย่างไรก็ตามแม้ว่าตามเกณฑ์การคัดแยก (triage) อยู่ในระดับ 5 แต่ทว่าผู้ป่วยก็ไม่ได้ยอมรับในการจัดบริการตามระเบียบของหน่วยงาน ยังคงยืนยันที่จะเข้ารับบริการบ่อยครั้งที่เกิดสถานการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินใน

โรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นจึงสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.80 ใช้หลักการสิทธิของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมองว่าควรให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน แม้ว่าระยะเวลารอคอยพบแพทย์นานขึ้น เป็นการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วย เป็นจิตสำนึกความรับผิดชอบที่พยาบาลต้องคำนึงถึง มีความตั้งใจที่ลงมือกระทำ เป็นการทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมุ่งมั่นตั้งใจกระทำสิ่งที่เชื่อว่าถูกต้องในสถานการณ์นั้น ๆ[19]

นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.10 เกือบเท่ากับประเด็นสิทธิผู้ป่วย ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกกลัวว่ามีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย ประเมินว่าเป็นสถานการณ์อันตราย จากข้อมูลสนับสนุนกรณีสถานการณ์ตัวอย่างที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า

> *“ถ้าไปตรวจห้องประกันสังคมผู้ป่วยมาก ถ้าไม่อยากรอนานแพทย์ก็ส่งมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินอีก เจอแบบนี้หลายครั้งแล้วในขณะเดียวกันลูกชายผู้ป่วยก็แสดงสีหน้าไม่พอใจแววตาแข็งกร้าว และยืนยันที่จะพบแพทย์เพื่อรับยาที่ห้องฉุกเฉินเท่านั้น”*

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจึงกลัวการถูกทำร้ายดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า การตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อความปลอดภัยของตัวเอง ซึ่งเป็นสิทธิของพยาบาลที่จะปกป้องตนเองที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรืออาจเกิดกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่รอพบแพทย์ในแผนกฉุกเฉินด้วย การคำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมการทำประโยชน์ เป็นการปกป้องอันตรายหรือสิ่งเลวร้ายที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้พบว่า พยาบาลและแพทย์ที่จบใหม่ในแผนกฉุกเฉินถูกผู้ป่วยทำร้ายด้วยคำพูด ร้อยละ 67 และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 17 ($p < .05$)[20]

สถานการณ์ที่ 3: วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 76.50 ประสานงานกับแผนกประกันสุขภาพเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่าตัดด่วนแต่ไม่มีประกันสุขภาพ

จากสถานการณ์ตัวอย่างผู้ป่วยไม่มีสิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรข้าราชการอื่น ๆ ดังนั้นจึงต้องใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่กล่าวว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิรักษาพยาบาลพื้นฐานกับ “บัตรทอง” หรือ “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ดังนั้นวิธีการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นการแสดงบทบาทผู้ประสานงานกับแผนกประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับสิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นการประสานงานโดยการพูดคุย ปรึกษาร่วมกันเพื่อหาช่องทางที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะส่งผู้ป่วยเข้าผ่าตัดด่วนจากแผนกฉุกเฉิน เป็นวิธีการตัดสินใจที่โดยยึดประโยชน์ผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม ในเรื่องการทำในสิ่งที่ดี และมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตราย รูปแบบการกระทำดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่นเป็นสำคัญ[10,11] และกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 83.10 ใช้หลักการการทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การกระทำตามหลักการนี้ หมายถึง การช่วยบุคคลอื่นให้ได้รับประโยชน์ตามที่ควรได้รับด้วยการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วย (advocacy) เป็นการปกป้องสิทธิมนุษชนขั้นพื้นฐานแทนผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถปกป้องตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.60 ใช้หลักสิทธิผู้ป่วย จึงได้ตัดสินใจกระทำเพื่อปกป้องผลประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติและกระทำในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ ทำให้ผลประโยชน์ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และยังแสดงถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่ระหว่างพยาบาลและหน่วยงานสนับสนุนด้านสุขภาพ[21] และร้อยละ 54.40 ใช้หลักการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยการกระทำของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์ตามที่สมควรจะได้รับ ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมีหน้าที่ ลดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด การสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายปกป้องชีวิตผู้ป่วยเพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีสำหรับผู้ป่วย[8]

สถานการณ์ที่ 4: วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 32.40) อธิบายให้ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างได้ใช้หลักจริยธรรมการบอกความจริง (truth telling) หมายถึง การให้ข้อมูลที่เป็นจริงและไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น ในสถานการณ์นี้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ญาติ/ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นจริง เข้าใจง่ายและจำเป็นสำหรับการตัดสินใจของญาติ/ผู้ดูแล และไม่ควรถูกหลอกในทางปฏิบัติการให้ข้อมูลที่เป็นจริงจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและผู้อื่น[22] และเป็นการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์[10] ดังนั้นพยาบาลจะไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแล

ด้วยการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงจะทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองแสดงถึงการพิทักษ์คุณค่าความเป็นมนุษย์ที่จะอยู่อย่างอิสระ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นจริง และไม่ถูกควบคุมบังคับ (paternalism) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และยังแสดงให้เห็นถึงการเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล ที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ให้มีการตัดสินใจและวางแผนการรักษาร่วมกัน ช่วยเสริมสร้างให้การตัดสินใจนั้นถูกต้องเกี่ยวกับช่วยฟื้นคืนชีพ[23,24] นอกจากนี้ยังเป็นการพิทักษ์สิทธิการให้ข้อมูลอาการทางคลินิกของผู้ป่วยแก่ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจและสนับสนุนการตัดสินใจ[25]

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 64.70 ใช้เหตุผลความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ การกระทำดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างเป็นการแสดงออกถึง หน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับปฏิบัติการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลให้ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นการแสดงออกถึงภาวะผู้นำทางคลินิกด้วยการทำหน้าที่รับผิดชอบต่อหน่วยงานด้วยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่กำหนดไว้ว่าจะยุติช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อทีมการรักษาได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเวลา 30 นาที แล้วยังไม่มีสัญญาณชีพ จึงเป็นเหตุผลการกระทำสนับสนุนวิธีการตัดสินใจที่เชิงจริยธรรมที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการพยาบาล[26] ด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์แก่ญาติ/ผู้ดูแล จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.30 ให้เหตุผลสำคัญว่าเป็นการรักษาสัมพันธภาพ/ป้องกันความขัดแย้งกับแพทย์ โดยให้ความสำคัญกับทีมบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ เนื่องจากการตัดสินใจ และการประเมินในสถานการณ์ฉุกเฉินมีความซับซ้อนจึงส่งผลให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมกับบุคลากรทางแพทย์บ่อยครั้ง[22]

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.90 ใช้หลักการทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หรือหลักจริยธรรมการทำประโยชน์ (beneficence) ซึ่งต้องนำมาใช้ร่วมกับการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย มีการทบทวนบนพื้นฐานของประโยชน์และความเสี่ยง ความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลว่าความต้องนั้นมีประโยชน์กับผู้ป่วยหรือไม่ จากสถานการณ์ตัวอย่าง แพทย์และพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพได้ประเมินอาการแล้วว่า ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพมา 1 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มีสัญญาณชีพ แม้ว่าญาติ/ผู้ดูแลต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพต่อในผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ได้ผลสำหรับผู้ป่วย (medical futility)[27]

ในกรณีสถานการณ์นี้แพทย์และพยาบาลไม่จำเป็นต้องทำตามความต้องการของญาติ/ผู้ดูแล แต่ต้องอธิบายให้ญาติ/ผู้ดูแลทราบเหตุผลกับสภาพอาการการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย และเหตุผลตามความเป็นจริง ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (evidence based practice) ประกอบเพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจในสถานการณ์นั้น ๆ[28]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้เท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทยได้

สรุป

วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉิน 4 สถานการณ์ คือ การรายงานแพทย์ การบอกความจริง การประสานงานแผนกประกันสุขภาพ และการปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงาน โดยใช้หลักการสิทธิผู้ป่วย การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย และเหตุผลสำคัญ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยงาน คุณภาพการพยาบาล หน้าที่ความรับผิดชอบ และการรักษาสัมพันธภาพ/ป้องกันความขัดแย้งกับแพทย์

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

ผลการศึกษา นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกรณีสถานการณ์ ณ แผนกฉุกเฉินสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉินโดยคณะกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้นิพนธ์เป็นผู้เขียนบทความวิจัยทั้งหมดสัดส่วน ร้อยละ 100

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยยืนยันไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของผลงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมทางการพยาบาลแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์จริยธรรมทางการพยาบาลแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Hess EP, Grudzen CR, Thomson R, et al. Shared decision-making in the emergency department: Respecting patients' autonomy when seconds count. Acad Emerg Med. 2015; 22(7): 856-64. doi: 10.1111/acem.12703.
2. McClelland M. Ethics: Harm in the emergency department -ethical drivers for change. OJIN. 2015; 20(2): 14. doi: 10.3912/OJIN.Vol20No02EthCol01.
3. Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: A literature review. Adv Emerg Nurs J. 2011; 33(1): 39-54. doi: 10.1097/TME.0b013e318207e86a.
4. Langeland K, Sørlie V. Ethical challenges in nursing emergency practice. J Clin Nurs. 2011; 20(13-14): 2064-70. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x.
5. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. Emerg Med Australas. 2016; 28(1): 7-26. doi: 10.1111/1742-6723.12522.
6. Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A, et al. Barriers to ethical decision-making for pre-hospital care professionals. Journal of Nursing Ethics. 2020; 27(2): 407-18. doi: org/10.1177/0969733019848044.
7. Jimenez-Herrera MF, Axelesson C. Some ethical conflicts in emergency care. Nurs Ethics. 2015; 22(5): 548-60. doi: 10.1177/0969733014549880.
8. Dancour EE. Ethical issues in the ED. The Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) [Internet]. 2021. [cited 2021 Feb 14]. Available from: http://www.saem.org/about-saem/academies-interest-groups-affiliates2/
9. Course Case Studies. Ethical decision making [Internet]. 2022 [cited 2022 May 6]. Available from: https://www.netce.com/casestudies.php?courseid=1939
10. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. Med Princ Pract. 2021; 30: 17-28. doi: 10.1159/000509119.
11. Ogungbenro FA. Ethical considerations in emergency setting [Internet]. 2021 [cited 2022 May 6]. Available from: https://media.tghn.org/medialibrary/2021/07/2.Ethical_Considerations_in_the_ER.pdf
12. Rathachatranon W. Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. kupsrj. 2019; 6(1): 27-58. Thai.
13. Özlem M, Korhan EA, Çağatay STN C, et al. The Effect of ethics education programme on the nurses' level of ethical decision making: A phenomenology study. International Journal of Medical Science and Clinical Invention. 2019; 6(5): 4474-80. doi: 10.18535/ijmsci/v6i5.09.
14. Rizala S, Baltaci N. Ethical decision-making levels of nurses and it's affecting factors. Int J Caring Sci. 2020; 3(1): 42-52.
15. Blount CD. Influences on ethical decision-making by nurses employed in federal health care facilities [dissertation]. USA: Walden University; 2020. 135 p.
16. Benjamin D. Pirotte BD, Benson S. Refuse of care [Internet]. 2021. [cited 2022 June 14]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560886/
17. Ung-Praphan W. The World Medical Association Declaration on the rights of the patient [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 14]; 10: 922-4. Available from: https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7166.
18. Toloo G-S, Aitken P, Crilly J, et al. Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016; 24(126): 2-8. doi: 10.1186/s13049-016-0316-2.
19. Comfort Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JP K. Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. Nursing Open. 2019; 6(3): 1124-32. doi: 10.1002/nop2.307.
20. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, et al. Perception of workplace violence in the emergency department. J Emerg Trauma Shock. 2019; 12(3): 179-84. doi: 10.4103/JETS.JETS_81_18.
21. Rubio-Navarro A, Garcia-Capilla D, Torralba-Madrid MJ, et al. Decision-making in an emergency department: A nursing accountability model. Nursing Ethics. 2019; 1-35. doi: https://doi.org/10.1177/0969733019851542.
22. Volpe N. Reversing the stop signs to proactive nursing care in DNR patients [master's minor thesis]. USA: Rhode Island College; 2015. 37 p.
23. Spyros D, Mentzelopoulos SD, Anne-Marie Slowther AM, et al. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med. 2018; 44: 703-16. doi: https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0.
24. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. Malays J Med Sci. 2018; 25(3): 135-9. doi: 10.21315/mjms2018.25.3.14.
25. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: A qualitative study. J Med Ethics Hist Med. 2016; 9(5): 1-8.
26. Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, et al. Framework of nurses' responsibilities for quality healthcare Exploration of content validity. Collegian. 2020; 27(2): 150-63. doi: https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.007.

27. Fallahi M, Mahdavikian S, Abdi A, et al. Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). Multidiscip Respir Med. 2018; 13(20): 1-7. doi: http://doi.org/10.1186/s40248-018-0133-8.

28. Aacharya RP, Maharjan RK. Ethical analysis of medical futility in cardiopulmonary resuscitation. J Clinical Res Bioeth. 2014; 5(3): 182-5. doi: http://dx.doi.org/10.4172/2155-9627.1000182.