

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้ได้มีศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1.1 ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1.2 การจำแนกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1.3 แนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ข้อบังคับสภาการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

2.3 สิทธิของผู้ป่วย และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

3. บทบาทหน้าที่พยาบาลกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1.1 ความหมายของของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

คำว่า จริยธรรม (Ethics) มาจากคำ กริยะ + ธรรมะ คำว่า กริยะ หมายถึง ความประพฤติ หรือกริยาที่ควรประพฤติปฏิบัติ ส่วนคำว่า ธรรมะ หมายถึง คุณความดี เมื่อนำสองคำมารวมเป็นคำว่า จริยธรรม หมายถึง ความประพฤติที่ดีงาม

ประเภทของจริยธรรม

การประพฤติดของคนมีได้หลายระดับแยกตามสภาพจิตใจและจะได้รับผลมากน้อยนั้นขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของบุคคลผู้นั้น บางคนอาจปฏิบัติได้ระดับสูงสุด แต่บางคนก็ปฏิบัติได้ตามระดับมาตรฐานขั้นต่ำที่มนุษย์ควรปฏิบัติเท่านั้น

จริยธรรม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ความรู้เชิงจริยธรรม หมายถึง ลักษณะของความรู้ที่บุคคลต่าง ๆ สามารถบอกได้ว่า ควรทำหรือบอกได้ว่า พฤติกรรมใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เช่น การที่เราทราบว่ามารยาทที่ดีนั้นเป็นอย่างไร หรือ รู้ว่าเราต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่อย่างไร เป็นต้นความรู้เชิงจริยธรรมนี้ ขึ้นอยู่กับอายุ ระดับการศึกษา และพัฒนาการทางสติปัญญาของคนด้วย

2. ทักษะเชิงจริยธรรม หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความชอบหรือไม่ชอบ ทำดีเป็นลักษณะทำถูกต้อง ทำชอบเป็นลักษณะทำถูกต้อง การตัดสินใจที่ดีความชอบโดยถือเอาเกณฑ์ของความถูกต้อง และความถูกต้องของบุคคลมาประเมินค่าจริยธรรม จึงเป็นทักษะเชิงจริยธรรม เช่น การที่เราไม่พอใจคนที่แย่งที่นั่งคนแก่บนรถเมล์ หรือ ไม่ช่วยคนที่ถือของพะรุงพะรัง

3. เหตุผลเชิงจริยธรรม หมายถึง การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลลงไป จะต้องประกอบด้วยเหตุผลอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะหน้านั้น และเหตุผลเชิงจริยธรรมของบุคคลเกิดจากประสบการณ์และสติปัญญาของบุคคลนั้น

4. พฤติกรรมเชิงจริยธรรม หมายถึง การที่คนแสดงถึงพฤติกรรมที่สังคมชื่นชมหรือดุด่า การกระทำที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบและก่านิยมในสังคมนั้น พฤติกรรมเชิงจริยธรรมซึ่งเป็นการกระทำที่สังคมเห็นชอบและสนับสนุนมีหลายประการ เช่น การช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยาก เป็นต้น

องค์ประกอบของจริยธรรม

กระทรวงศึกษาธิการได้สรุปองค์ประกอบของจริยธรรมไว้ดังนี้ คือ

1. ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความมานะพยายาม ไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย ทั้งยังมีความละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ผลการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่นั้นบรรลุสำเร็จตามความมุ่งหมาย โดยมีความพยายามที่จะปรับปรุง และแก้ปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดีขึ้น

2. ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสม และตรงต่อความเป็นจริง ประพฤติอย่างตรงไปตรงมาทั้งกาย วาจา ใจ ต่อตนเองและผู้อื่น

3. ความมีเหตุผล หมายถึง ความสามารถในการใช้ปัญญาในการประพฤติปฏิบัติ รู้จักไตร่ตรอง ไม่หลงงมงาย

4. ความกตัญญูกตเวที ความกตัญญู หมายถึง ความรู้สึกสำนึกในการอุปการคุณที่ผู้อื่นมีต่อเรา กตเวที หมายถึง การแสดงออกและการตอบแทนบุญคุณ ดังนั้น ความกตัญญูกตเวที จึงหมายถึง ความรู้บุญคุณและการตอบแทนต่อผู้อื่นและสิ่งที่มีบุญคุณ

5. การรักษาระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมการประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยาบรรณ ข้อบังคับ กฎหมาย และศีลธรรม ช่วยให้สังคมเป็นระเบียบเรียบร้อย และเกิดความสุขความเจริญในประเทศชาติ

6. ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว การให้ปันกับคนที่ควรให้ด้วยกำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังปัญญา รวมทั้งการรู้จักสละสิ่งอารมณ์ร้ายในตัวเอง

7. ความสามัคคี หมายถึง การที่ทุกคนมีความพร้อมเพรียงกันทั้งกายใจความคิด เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมมือกันกระทำการให้สำเร็จลุล่วงอย่างดี

8. การประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งทั้งหลายพอเหมาะพอควรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด ไม่ยอมให้มีส่วนเกินมากนัก

9. ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรงสอดคล้องกับความเป็นจริงและเหตุผล ไม่มีความลำเอียง

10. ความอดสาหัส หมายถึง ความพยายามอย่างเข้มแข็งเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน

11. ความเมตตากรุณา หมายถึง ความรักใคร่ปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุข ความสงสารที่จะช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์คารมภ์ กล่าวว่า จริยธรรมแห่งวิชาชีพ มรรยาท วิชาชีพ จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรมจริยศาสตร์ จริยศึกษา มีผู้กล่าวกันมากแต่จะหาคำตอบอธิบายที่ชัดเจนถึงความหมายที่แท้จริงนั้นยาก เพราะหลายท่านกล่าวไม่เหมือนกันทำให้สับสน ในที่นี้พยายามแยกคำอธิบายให้ชัดเจนโดยยึดถือพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 เป็นหลัก

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical decision making) หมายถึง กระบวนการใช้เหตุผลทางจริยธรรม ที่นำเอาการวิเคราะห์คุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ และแนวคิดทางจริยธรรมมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน (Catalano, J.T., 2000. and Fry, S.T., 1994. อ้างใน พจนานุกรม, 2545) แนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทางคลินิกและชีวิตของผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพ ข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งการประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2550 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และสิทธิของผู้ป่วย

1.2 การจำแนกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ลีวี่ สิริโล (2548) อรัญญา ชาลิตและคณะ (2545) และ Smeltzer et. al. (2008) ได้เสนอหลักการและแนวคิดต่างๆ ที่พยาบาลสามารถใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ว่า พยาบาลควรใช้ แนวคิดทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ทฤษฎี จริยศาสตร์ หลักจริยธรรม นโยบายสาธารณสุข นโยบายหน่วยงาน ภาวะสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมศาสนา กฎหมาย รวมทั้งคุณค่าและความเชื่อ โดยใช้ขั้นตอนในการตัดสินใจ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา เช่น ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ การพยากรณ์โรค ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อและ ศาสนาของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายและ เศรษฐกิจ

2. การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (identification of ethical dilemma) โดยตรวจสอบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องคืออะไรข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นคืออะไร

3. การกำหนดและการวิเคราะห์ทางเลือก (identification and analysis of alternatives) โดยค้นหาว่าทางเลือกมีอะไรบ้าง แล้วทำการวิเคราะห์ผลดี (advantages) และผลเสีย (disadvantages) ของแต่ละทางเลือกเหล่านั้น

4. การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (making the decision and implementation) โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ คำนึงถึง จริยศาสตร์ จริยธรรม คุณค่า ความเชื่อ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ กฎหมาย นโยบาย เลือกคำตอบที่ดีเพียงคำตอบเดียว

5. การประเมินผล (evaluation) โดยทำการสรุปว่า แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ แก้ไขได้เพราะอะไร แก้ไขไม่ได้เพราะอะไร ผลเป็นไปตามที่คาดไว้หรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามแผน ควรปรับแผนใหม่อย่างไร มีข้อเสนอแนะสะท้อนกลับ หรือไม่ อย่างไร เกิดประเด็นใหม่ขึ้นหรือไม่ เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการตัดสินใจครั้งนี้จะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการตัดสินใจในอนาคตอย่างไร

1.3 แนวทางการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

แนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพยังขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน โคลเบอร์กได้ทำการศึกษาพัฒนาการทางจริยธรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ของคนที่พัฒนาจริยธรรมในช่วงวัยต่างๆ (Kohlberg, 1976 อ้างใน มัญญา ว่องวิริยะ, 2540 และ อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนาชัย, 2545 :41-43) โคลเบอร์กสรุปว่าการกระทำของคนย่อมมีเหตุผล และการที่จะเลือกว่าดีหรือไม่ดี ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ขึ้นกับพัฒนาการทางจริยธรรมของคนๆนั้น โคลเบอร์กได้ใช้วิธีศึกษาแบบ Longitudinal study ในเด็กจำนวน 72 คนใน 6 ประเทศ เป็นเวลา 12 ปี โดยใช้คำถามปลายเปิดในการทำทดสอบทุก 3 ปี รวม 3 ครั้งในเด็กที่มีอายุ 10, 13, 16 ปี

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า การพัฒนาจริยธรรมในช่วงอายุต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับตาม 3 ช่วงอายุ ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 ช่วงอายุ 2-10 ปี มีการพัฒนาจริยธรรมในช่วงก่อนกฎเกณฑ์ทางสังคม จึงเรียกชื่อ ว่า ระดับจริยธรรมก่อนกฎเกณฑ์ทางสังคม (pre-conventional morality) การพัฒนาจริยธรรมระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้น คือ ขั้นที่หนึ่ง เด็กจะหลีกเลี่ยงการลงโทษ (punishment) มีการเชื่อฟัง (obedience) เพื่อให้ได้รางวัล โดยฟังคำสั่งจากผู้ที่อยู่เหนือกว่า เช่น ครู บิดา มารดา จะมีการคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคลอื่น หรือความพึงพอใจเป็นหลัก (heteronomous morality) ขั้นที่สอง เด็กจะหวังรางวัล สิ่งตอบแทนโดยตรง หรือผลประโยชน์ในทางแลกเปลี่ยน (instrumental purpose and exchange)

ระดับที่ 2 ช่วงอายุ 10-16 ปี มีการพัฒนาจริยธรรมโดยจะทำตามกฎเกณฑ์ของสังคม (conventional morality) มีการใช้เหตุผลในการกระทำหรือไม่กระทำ โดยคำนึงถึงความคาดหวัง หรือความต้องการของบุคคลในครอบครัวหรือสังคม แต่ถ้ามีความรู้สึกขัดแย้งจะใช้จุดยืนของสังคม มาพิจารณา การพัฒนาจริยธรรมระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นต่อจาก Pre-conventional morality คือ ขั้นที่ 3 พบในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี มักจะทำตามเพื่อนหรือกลุ่ม ขั้นที่ 4 จะทำตามบุคคลผู้มีอำนาจทางสังคม ข้อกำหนด กฎเกณฑ์ทางสังคมและกฎหมาย

ระดับที่ 3 ช่วงอายุอายุมากกว่า 16 ปี เรียกว่าระดับเหนือกฎเกณฑ์ (Post conventional morality) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นต่อจาก conventional morality คือ ขั้นที่ห้า จะมีการทำตามระเบียบสังคมโดยยึดสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อสังคม (social contract and utilitarian orientation) ให้คุณค่าของบุคคลอื่น พบในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ และขั้นที่หก จะยึดหลักการความยุติธรรม ระดับสากลเป็นจริยธรรม (universal ethical principle) โดยมีการใช้ความคิดใคร่ครวญ มีคุณธรรม ประจักษ์ใจที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล เช่น มีมนุษยธรรม มีความยุติธรรม มีการเคารพต่อคุณค่าของมนุษย์ กระทำความดีแบบมีการเจริญทางสติปัญญา

ฟราย (Fry, 1994) กล่าวถึงการแสดงออกของคนว่า สังเกตได้จากระดับของการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม และได้อธิบายความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของคนโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความไวเชิงจริยธรรม (moral sensitivity) และ ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (moral reasoning ability) อริยญา ชวลิตและคณะ (2545) ได้เสนอหลักการและแนวคิดต่างๆ ที่พยาบาลสามารถใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมว่า พยาบาลควรใช้ แนวคิดทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ทฤษฎี จริยศาสตร์ หลักจริยธรรม นโยบายสาธารณสุข นโยบายหน่วยงาน ภาวะสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมศาสนา กฎหมาย รวมทั้งคุณค่าและความเชื่อ มีญูภา ว่องวิระ (2541) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ได้แก่ ค่านิยมที่

แสดงออกในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจที่กระทำกับตนในปกครองของตนเอง แต่พยาบาลต้องเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วย การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและความสุขสบายเป็นพันธหน้าที่หลักของพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรวิชาชีพหลายสาขา ค่านิยมและหลักการที่เป็นพื้นฐานของกระบวนการตัดสินใจ เช่น หลักการที่ให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเอง หลักของความปลอดภัยและสุขสบายของผู้ป่วย และหลักของความยุติธรรม การประเมินความสามารถและความรอบรู้ของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเพียงใด ผู้ป่วยควรมีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการรักษา ก่อนการตัดสินใจ ประเมินการวัดความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ทารกหรือเด็กที่ยังเล็ก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว คนปัญญาอ่อน ผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยที่ชดด้วยเหตุผล ส่วนพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ความสมัครใจของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง บอกอัตราเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การยินยอมใดๆ ต้องมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) โดยไม่มีการบังคับ ไม่ให้ข้อมูลด้วยความถูกใจ ไม่ให้ข้อมูลในทางลบ และไม่ให้มีการตัดสินใจโดยไม่มีทางเลือก หรือไม่มีอำนาจต่อรอง สิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ สภาพของโรคและการพยากรณ์โรค (prognosis) กิจกรรมการรักษา พยาบาลควรให้ความคิดเห็นทางวิชาชีพ ซึ่งจะเป็ทางเลือกที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีกลวิธีที่จะทำให้บุคคลต่างๆ มีส่วนร่วมมากขึ้น โดยดำเนินการประสานงานด้านกิจกรรมทางการแพทย์ และอำนวยความสะดวกระหว่างผู้ป่วย บุคลากร และ ครอบครัวของผู้ป่วยการเลือกกรอบแนวคิดในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ขึ้นกับค่านิยมของพยาบาล สถานการณ์โดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว และลักษณะความรับผิดชอบของพยาบาล พยาบาลต้องไม่ใช่เหตุผลอย่างผิดหลัก เช่น เห็นว่าผู้ป่วยต้องการเหมือนที่ตนต้องการ หรือใช้อำนาจเชิงวิชาชีพในการข่มขู่ว่า เช่น หากไม่ทำตามที่พยาบาลบอก อาจเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องไม่ใช่อำนาจตัดสินใจโดยพลการ เช่น เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว จึงตัดสินใจแทนผู้ป่วย

สำหรับผู้บริหารทางพยาบาลย่อมมีโอกาสที่จะต้องตัดสินใจเชิงจริยธรรมเนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทในการตัดสินใจหรือวินิจฉัยสั่งการ (decision making) ในการตัดสินใจของผู้บริหารต้องอาศัยความรอบรู้ รอบคอบ และคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาเสมอ เพราะความผิดพลาดที่เกิดจากการตัดสินใจของผู้บริหารย่อมจะส่งผลกระทบต่อบุคลากร การตัดสินใจของผู้บริหารจึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งและแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการบริหารงาน

เพื่อให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องผู้บริหารจึงต้องมีหลักเกณฑ์ประกอบการตัดสินใจ ปัญหาที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องใช้จริยธรรมในการตัดสินใจ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ระดับบุคคล (Intrapersonal level)

บุคคลมักเกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ ในเหตุการณ์ต่างๆตั้งแต่ 2 เหตุการณ์ขึ้นไปเสมอ ตัวอย่าง เช่น การจัดสรรงบประมาณในหน่วยงานควรเป็นไปตามแผนเท่านั้นหรือควรคำนึงถึงความต้องการที่แท้จริง

2. ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal level)

บุคคลจะมีความแตกต่างกันไปในเชิงความคิด ความเชื่อ และอื่นๆ ตัวอย่าง เช่น หัวหน้าตึกกับพยาบาลประจำการมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการจัดตารางการปฏิบัติงาน

3. ระดับภายในองค์กร (Intraorganisation level)

เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและองค์กร ซึ่งบุคคลอาจพบว่าเป้าหมายและค่านิยม ต่างไปจากองค์กร ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ตรวจการไม่เห็นด้วยกับนโยบายของโรงพยาบาล

ที่จะต้องทำงานในเวลากลางคืนและวันหยุดราชการ

4. ระดับระหว่างองค์กร (Interorganisation level)

เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอื่นๆ ตัวอย่าง เช่น การที่พยาบาลต้องการคำตอบแทนและสวัสดิการให้เทียบเท่าองค์กรอื่น

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้บริหารทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสถานการณ์ มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ววิเคราะห์ พร้อมทั้งตรวจสอบสภาพแวดล้อมของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหา เพื่อให้ทราบแน่ชัดว่าปัญหาคืออะไร

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา อาจช่วยกันระดมสมอง ศึกษาจากเอกสารตำรา และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 หาวิธีแก้ปัญหาก็เป็นไปได้ อาจเริ่มจากการรวบรวมและบันทึกความคิดเห็นจากผู้อื่น ลองจินตนาการรอบข้าง

ขั้นตอนที่ 5 เลือกวิธีแก้ปัญหาคือดีที่สุด อาจเลือกจากวิธีที่ได้จากขั้นตอนที่ 4 หรือปล่อยให้เวลาผ่านไปโดยไม่ต้องทำอะไรเลย

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนและนำไปปฏิบัติ พิจารณาร่วมกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเวลาและกำหนดรายละเอียด

ขั้นตอนที่ 7 การติดตามและประเมินผล พร้อมวิเคราะห์อุปสรรคที่มี หาแนวทางปรับปรุงต่อไป แล้วเขียนบันทึกหรือรายงานไว้

อย่างไรก็ตามอาจมีอุปสรรคเกิดขึ้นในการตัดสินใจของผู้บริหารในขั้นตอนต่างๆได้ เช่น การขาดข้อมูล ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ การถูกครอบงำด้วยอิทธิพล และงบประมาณและเวลาที่มีจำกัด

จากการศึกษาของกรีนการ์ด (Greengard, 1990 อ้างใน อรรถาธิบาย เชาวติและคณะ, 2545) พบว่า ประเด็นจริยธรรมที่เกิดขึ้นบ่อยในที่ทำงานได้แก่ การปกปิดปฏิบัติการที่เกิดขึ้น การกล่าวเท็จเรื่อง การลาป่วย การหลอกลวงผู้รับบริการ การพูดเท็จกับผู้บังคับบัญชา การใช้ความคิดของผู้อื่นมาเป็นของตน การให้ของขวัญซึ่งอาจก่อให้เกิดความชอบพอหรือหวังผลตอบแทน การลักขโมย การทำให้สิ่งของเสียหาย การปกปิดข้อเท็จจริง การเปิดเผยความลับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยหรือองค์กร การมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสม การหลอกลวง ปลอมแปลงเอกสาร และการคุ้มครองผู้ป่วยจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ

Sullivan and Decker (1997 อ้างใน อรรถาธิบาย เชาวติและคณะ, 2545) กล่าวว่าประเด็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ได้แก่

1. การจัดสรรทรัพยากรบุคคล เช่น การจัดอัตราส่วนของพยาบาลกับบุคลากรระดับอื่น การที่จะดำเนินการหรือเป้าหมายให้เป็นไปตามกฎระเบียบที่วางไว้ การให้การดูแลในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะยาว การให้บริการตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

2. การเข้าถึงการดูแล เช่น การจัดหรือการลดการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยสุติกรรม จิตเวช ผู้ป่วยติดยา ผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ผู้เรื้อรัง ผู้หนีภัยสงคราม ผู้อพยพย้ายถิ่นหรือผู้ประสบภัย

3. การจัดทำและการรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแล ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับ ปัญหาในการควบคุมด้านต่างๆ เช่น การใช้ยาเสพติดโดยผู้ป่วยและบุคลากร การตรวจสอบหาข้อเท็จจริงต่างๆโดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย การพูดเท็จ การหลอกลวง และการขโมยของโดยผู้ป่วยหรือบุคลากร

วิภาดา คุณาวิฑิตกุล (2545 อ้างใน อรรถาธิบาย เชาวติและคณะ, 2545) รายงานว่า มี สองประเด็นที่มักทำให้เกิดความขัดแย้งเชิงจริยธรรมขึ้นเสมอ ได้แก่

1. ปัญหาเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ค่านิยมและความเชื่อ ประเด็นจริยธรรมภายในบุคคล / ระหว่างบุคคล สุขภาพกาย/จิต ของบุคคล การให้โอกาสการพัฒนาศักยภาพของบุคคล การมอบหมายงาน การจัดตารางการปฏิบัติงานในยามวิกาล และการปฏิบัติตามระเบียบวินัย

2. ปัญหาด้านทรัพยากรที่จำกัด เช่น การจัดงบประมาณให้แผนกต่างๆซึ่งมีความใกล้เคียงกันเพื่อสามารถให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ การสนับสนุนการจัดซื้ออุปกรณ์ อุปกรณ์การ

พยาบาลที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย การจัดซื้อคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่หน่วยงานตามลำดับก่อนหลัง

Yoder-Wise (1999 อ้างใน อรรถญา เชาวลิตและคณะ. 2545) ได้แนะนำให้ใช้หลักจริยธรรมและคุณธรรมพื้นฐาน (Ethical Principles) ในการจัดการประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง โดยแนะนำแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้บริหารทางการพยาบาลว่ามี 8 ประการ คือ

1. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy of self – determination) หมายถึง การมี Personal freedom and the right to choose ได้แก่ การมีอิสระในการเลือกหรือยอมรับ ความรับผิดชอบ และการมีทางเลือกในการบรรลุตามความคาดหวังขององค์กร หรือปฏิบัติตามกฎระเบียบตัวอย่าง การกระจายอำนาจ การปกครองร่วม การให้พยาบาลพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีอิสระแต่ถูกหลักการ

2. การทำดี (Beneficence of doing good) หมายถึง การมี The actions one takes should promote good เนื่องจากการทำดีจะบอกได้ไม่ง่ายนักเพราะการรับรู้ของบุคคลว่าทำดีจริงหรือไม่ มีความแตกต่างกัน ตัวอย่าง เช่น การประเมินการทำงานของบุคลากร เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมบุคลากร เช่น เพื่อให้โอกาสในการศึกษาต่อ และ/หรือสนับสนุนทางด้านทุนทรัพย์ การไม่ทำร้ายผู้อื่น เช่น การใช้หลักป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งป้องกันทั้งผู้ป่วยและบุคลากรไม่ให้ติดเชื้อได้

3. การไม่ทำร้ายผู้อื่น (No maleficence) ใช้หลักการ One should do no harm หมายถึง ไม่ทำลาย self-esteem and self-worth ของผู้ร่วมงาน ตัวอย่าง เช่น การชมเชยและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่บุคลากร

4. ความยุติธรรม (Justice or treating people fairly) ใช้หลักการ Treating all persons equally and fairly หมายถึง การดูแลเอาใจใส่และให้ความเท่าเทียมกันในการปฏิบัติใดๆ ไม่เลือกที่รักมักที่ชังคนใดคนหนึ่ง มักใช้ในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด ทำให้ผู้บริหารจำเป็นต้องจัดสรรอย่างยุติธรรม ตัวอย่าง เช่น การพิจารณาเลื่อนขั้น หรือเลื่อนตำแหน่งของบุคลากรตามงบประมาณ

5. การบอกความจริง (Veracity or telling the truth) ใช้หลักการ Telling the truth and incorporates the concepts that individuals should always tell the truth หมายถึง ต้องบอกความจริงแก่บุคลากรตัวอย่าง เช่น การบอกเหตุผลในการส่งพยาบาลไปช่วยแผนกอื่น การอนุมัติวันลาพักผ่อน การแจ้งผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในส่วนที่ดี และส่วนที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง

6. ความซื่อสัตย์หรือรักษาสัญญา (Fidelity or keeping promise) ใช้หลักการ Keeping one's promises or commitments ผู้บริหารควรยึดถือเรื่องความซื่อสัตย์เป็นสำคัญ และไม่ควรละเลย

หรือ เพิกเฉยต่อคำสัญญาที่ให้แก่มุลากร ตัวอย่าง เช่น การสนับสนุนโครงการตามที่ได้รับอนุมัติตามที่ได้ระบุในแผน

7. ปกครองแบบพ่อกับลูก (Paternalism) ใช้หลักการ Positive and negative manners ตัวอย่าง เช่น การให้ข้อมูลแก่มุลากรเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจหรือการวางแผนพัฒนาตนเองของมุลากร

8. การเคารพผู้อื่น (Respect for others)

ใช้หลักการ Acknowledge the right of individuals ตัวอย่าง เช่น การเคารพในความคิดเห็นและการตัดสินใจของมุลากร และการรักษาความลับ

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลทุกวัยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือแพทย์ลงความเห็นว่าหมดทางรักษา หรือบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองกำลังจะตาย หรืออยู่ในระยะสุดท้ายสุดท้ายของชีวิต (สิริบุญ พจนศรีธนากุล และ สุพิชชา ทองประสิทธิ์.2550) ตัวอย่างของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุอย่างร้ายแรง เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีหัวใจวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีทางรักษาให้หาย ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องระยะสุดท้าย (อุบล. 2544)

องค์การอนามัยโลก (2002) ได้ให้คำนิยามในการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลเพื่อเข้าถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาด้านการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมาน ด้วยวิถีทางของการค้นหาและประเมินปัญหาค้นแต่เริ่มต้น และให้การบำบัดรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆ อาทิ ปัญหาด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

โดยสรุปการดูแลระยะสุดท้าย หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงเวลาก่อนการป่วยไข้ของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นโรคอะไร ลูกหลานคนใด หรือความต้องการ ถึงการรักษารูปแบบอื่น การดูแลรักษา

แบบประทับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วยหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย

ประเด็นจริยธรรมและข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของชีวิต ตัวอย่างประเด็นจริยธรรมที่มักพบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มักเกิดขึ้น เช่น การกู้ฟื้นคืนชีพ (resuscitation) และ การไม่ช่วยกู้ฟื้นคืนชีพ (do not resuscitation, DNR หรือ NR) การช่วยให้ชีวิตสั้นลง หรือการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (assisted dying, assisted suicide) หรือ เมตตามรณะ (euthanasia, mercy killing) หรือ การดูแลให้ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ ตายอย่างสงบ (peaceful death) การจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอย่างจำกัด (rationing) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ยังต้องทราบเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมและข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่อาจพบ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการรับรู้การตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติว่า ควรจะทำอะไรเมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลต้องทราบบทบาทของตนและหลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเมตตามรณะ โดยสามารถอธิบายความหมายและการแบ่งประเภทของเมตตามรณะ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมและคุณธรรมพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเข้าใจถึงกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการตัดสินใจเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ โดยใช้พฤติกรรมเชิงจริยธรรม เหตุผลเชิงศีลธรรมและสำนึกรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ ประกอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

2.2 จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ข้อบังคับสภาการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

2.2.1 จรรยาบรรณวิชาชีพ

องค์กรวิชาชีพพยาบาลในแต่ละประเทศ มีบทบาทในการกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศนั้นๆ เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา, 2553)

1. พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัด ในเรื่อง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคม ในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพ อนามัยและความปลอดภัย ถูกกระทำการที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด

4. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความรอบคอบถี่ถ้วน ใช้ข้อมูลสมรรถนะและคุณสมบัติอื่นๆ เป็นหลักในการขอคำปรึกษาหารือ ขอมอบรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึง การมอบหมาย กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติ

7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ

8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง

10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการปกป้อง คุ้มครอง สังคม จากการเสนอข้อมูลเท็จ และดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ

11. พยาบาลพึงร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่นๆ ในสังคมเพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม

สำหรับประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลได้ปฏิบัติ และเพื่อเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อประชาชน สังคมและประเทศชาติ วิชาชีพ ผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และตนเองไว้ดังนี้

1) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

1. ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึง เชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล

3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน

4. พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย

5. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

6. พึ่งป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

2) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมและประเทศชาติ

1. พึ่งประกอบกิจแห่งวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายอันยังประโยชน์แก่สาธารณชน
2. พึ่งรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในการริเริ่ม สนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสันติสุข

และยกระดับคุณภาพชีวิต

3. พึ่งอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมประจำชาติ
4. พึ่งประกอบวิชาชีพโดยมุ่งส่งเสริมความมั่นคงของชาติ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์

3) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อวิชาชีพ

1. พึ่งตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
2. พัฒนาคำแนะนำและวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
3. พึ่งศรัทธาสนับสนุนและให้ความร่วมมือในกิจกรรมแห่งวิชาชีพ
4. พึ่งสร้างและธำรงไว้ซึ่งอิทธิอันชอบธรรม ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
5. พึ่งเผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ปรากฏแก่สังคม

4) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น

1. ให้เกียรติ เคารพในสิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
2. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ
3. พึ่งรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
4. ยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และชักนำไปประพฤติปฏิบัติในทางที่ถูกที่ควร
5. พึ่งอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม
6. ละเว้นการส่งเสริมหรือปกป้องผู้ประพฤติดี เพื่อผลประโยชน์แห่งตนหรือผู้กระทำการนั้นๆ

5) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อตนเอง

1. ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพ โดยถูกต้องตามกฎหมาย
2. ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
3. ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว
4. ใฝ่รู้พัฒนาแนวคิดให้กว้าง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง

5. ประกอบกิจแห่งวิชาชีพด้วยความเต็มใจ และเต็มกำลังความสามารถ
6. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีสติ รอบรู้ เชื้อมั่นและมีวิจารณญาณอันรอบคอบ

2.2.2 ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษายาธรรมชาติแห่งการประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2550

เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้พยาบาลวิชาชีพใช้อำนาจเชิงวิชาชีพในทางที่ไม่สมควร ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ญาติของผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และวิชาชีพ สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยจึงได้ระบุนขอบเขตอำนาจหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพไว้ให้ชัดเจนโดยประกาศข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษายาธรรมชาติแห่งการประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2550 (สภาการพยาบาล, 2553) มีเนื้อหาดังนี้

1. ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบ

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550

2. ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

3. ให้ยกเลิก

3.1 ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษายาธรรมชาติแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ.2530

3.2 ให้ยกเลิกข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษายาธรรมชาติแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง
ครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2534

หมวด 1 บททั่วไป

4. ในข้อบังคับนี้

“การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จำเป็นต้อง
ดำเนินการช่วยเหลือและการดูแลรักษาทันที และให้หมายความรวมถึงการปฐมพยาบาล การปฏิบัติ
และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต โดยเริ่มตั้งแต่จุดเกิดเหตุ หรือจุดแรกพบผู้ป่วย
จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์

“การเจ็บป่วยวิกฤต” หมายความว่า การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงถึงขั้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตหรือพิการได้

หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาล

ส่วนที่ 1 การพยาบาล

5. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ให้กระทำการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนตามแผนการพยาบาลในกรณีที่เป็นปัญหาย่อยยาก ซับซ้อน หรือเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือวิกฤต จะทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้ จะต้องกระทำร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

6. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะที่แพทย์ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาผู้ป่วยดังกล่าวห้ามมิให้ยา หรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ ทางช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง

7. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะที่แพทย์ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาผู้ป่วยดังกล่าวให้อยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

7.1 ห้ามมิให้ยา หรือสารละลายทางช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง

7.2 ห้ามมิให้ยาหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ เฉพาะที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนดส่วนที่ 2 การทำหัตถการ

8. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง กระทำการพยาบาลโดยการทำหัตถการตามขอบเขตที่กำหนดดังนี้

8.1 การทำแผล การดัดงัดบาดแผล การเย็บแผล การตัดไหม การผ่าฝีในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย การถอดเล็บ และการจี้นูดหรือจี้นาปลา

8.2 การผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายออก โดยพิจารณาถึงความรู้สึกทางผิวหนัง

8.3 การล้างตา

9. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง กระทำการพยาบาลโดยการทำหัตถการต่อไปนี้ จะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนดและได้รับใบรับรองจากสภาการพยาบาล

9.1 การใส่และถอดห่วง (intrauterine device)

9.2 การฝังและถอดยาคุมกำเนิด (nor plant)

9.3 การผ่าตัดตาปลา

9.4 การแกะก้อนใต้ผิวหนัง บริเวณที่ไม่เป็นอันตราย

9.5 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี visual inspection using acetic acid)

9.6 การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น (cryotherapy)

ส่วนที่ 3 การรักษาโรคเบื้องต้น

10. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ให้กระทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคได้จะต้องได้รับการศึกษาอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด และต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ตามประกาศของสภาการพยาบาล

11. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาเวชปฏิบัติชุมชน กระทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ และต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามประกาศของสภาการพยาบาล

12. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตาม ข้อ 10. และข้อ 11. ต้องกระทำการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคของสภาการพยาบาล โดยเคร่งครัด จะต้องทำการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคโดย

12.1 ตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค ตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยเคร่งครัด

12.2 ให้ผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เมื่อปรากฏ ตรวจพบ หรือ เห็นว่าอาการไม่บรรเทา อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเป็น โรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ หรือมีเหตุอันควรอื่น ๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์การบำบัดรักษาหรือ เวชภัณฑ์ เป็นต้น

13. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ตามข้อ 12. ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาให้ยาได้ตามคู่มือการใช้ยาที่สภาการพยาบาลกำหนด

14. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ตามข้อ 12. จะให้ภูมิคุ้มกันโรค ต้องปฏิบัติตามแนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

15. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ตามข้อ 12. จะต้องบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ อาการ และการเจ็บป่วยโรค การให้การรักษาโรค หรือการให้การบริการตามความเป็นจริง ตามแบบของสถานพยาบาล และต้องเก็บบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน

หมวด 3 การประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์

16. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสอง จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะที่แพทย์ ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาผู้ป่วย ห้ามมิให้ยา หรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ ทางช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง

17. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสอง จะทำการผดุงครรภ์ได้แต่เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติ และคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก

18. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จะให้ยาผู้ป่วยได้เฉพาะที่แพทย์ ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้ระบุไว้ในแผนการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเป็นการปฐมพยาบาล ทั้งนี้ การให้ยาผู้ป่วยดังกล่าวให้อยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

18.1 ห้ามมิให้ยา หรือสารละลายทางช่องรอบเยื่อไขสันหลัง หรือช่องไขสันหลัง

18.2 ห้ามมิให้ยาหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ เฉพาะที่สถานพยาบาลประกาศกำหนด

19. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จะทำการผดุงครรภ์ได้แต่เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติ และคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก ในรายที่มีครรภ์ผิดปกติหรือคลอดผิดปกติ ถ้าไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำการคลอดได้ภายในเวลาอันสมควร และเห็นประจักษ์ว่าถ้าปล่อยให้จะเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกก็ให้ทำคลอดในรายเช่นนั้นได้แต่ห้ามมิให้ใช้เข็มสูงหรือทำผ่าตัดในการทำคลอดหรือให้ยารัดมดลูกก่อนคลอดหรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศในการทำคลอดในรายที่รกค้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้ทำคลอดครกด้วยวิธี ดึงรั้งสายสะดือ ถ้ารกไม่คลอดให้ส่งต่อทันที ในรายที่มีการตกเลือดหลังคลอดถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้รักษาอาการตกเลือดเบื้องต้นตามความจำเป็น และส่งต่อทันที

20. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งชั้นหนึ่งและชั้นสอง จะต้องใช้ยาทำลายและป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตา หรือป้ายตาทารกเมื่อคลอดแล้วทันที

21. ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งชั้นหนึ่งและชั้นสอง จะต้องบันทึกการรับฝากครรภ์และการทำคลอดทุกรายในสมุดบันทึกการผดุงครรภ์ตามแบบของสภาการพยาบาล และต้องรักษาสุดนั้นไว้เป็นหลักฐานการบันทึกการรับฝากครรภ์และการทำคลอดตามวรรคหนึ่งของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย จะใช้สมุดบันทึกของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทยก็ได้ และต้องรักษาสุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน

2.2.3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

อ้างอิงพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์ให้สภาการพยาบาลส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพและการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุด ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (<http://www.tnc.or.th/law/page-6.html>) พยาบาลและผดุงครรภ์จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชา

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของ ผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการการดูแล ผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการ การดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ/หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้อย่างเหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน ะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลว่าบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ทั้งหน่วยงานซึ่งอาจประเมินได้จากองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ
2. ผู้รับบริการได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ
3. ความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ
5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ

2.3 สิทธิของผู้ป่วย และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

2.3.1 สิทธิของผู้ป่วย

สิทธิของผู้ป่วยนับเป็นสิทธิมนุษยชนที่มีหลักสำคัญและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล สภากาชาดแห่งประเทศไทย (<http://www.tnc.or.th/law/page-5.html> เข้าถึงเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2555) อธิบายถึงสิทธิของผู้ป่วยว่า “บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการ ต่าง ๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วย ถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ” หลายๆ ประเทศได้นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย สำหรับประเทศไทย ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 28 กล่าวว่า บุคคลย่อมอย่างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น ๆ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยด้านต่างๆ ประกอบด้วย

1. สิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์
2. สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน
3. สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้
4. สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว
5. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย
6. สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และ
7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ

ผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์สภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม หันตแพทย์สภา และคณะกรรมการ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

2.3.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

ความ มุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องกา รุณขมาต (Mercy Killing) ไม่ใช่กรณีเร่งการตายที่เป็น Active Euthanasia แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ

โดยที่มาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มิได้กำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนา การออกกฎกระทรวงจึงต้องกำหนดให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในพระราชบัญญัตินี้ คือกำหนดได้ เฉพาะเกี่ยวกับรายละเอียดในขั้นตอนดำเนินการ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความชัดเจนในถ้อยคำ ของมาตรา 12 ในกฎกระทรวงจึงเริ่มด้วยการขยายความถ้อยคำหรือข้อความในมาตรา 12 ดังนี้

หนังสือแสดงเจตนา หมายความว่า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลผู้ทำหนังสือ แสดงเจตนาที่ไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ ชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจจะ แสดงเจตนาด้วยตนเองได้ โดยวิธีสื่อสารตามปกติ และให้หมายความรวมถึงเอกสารทาง อิเล็กทรอนิกส์ที่บุคคลสามารถแสดงเจตนาได้

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ ทรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า วิธีการทางการแพทย์หรือวิธีการอื่นใด ที่ผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรมคัดสินใจนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อวัตถุประสงค์จะยืดการตายออกไป โดย ไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นไปจากความตาย หรือพ้นจากการทรมานโดยสิ้นเชิงได้ โดยรวมถึงการช่วยการหายใจ การให้ยาเพิ่มหรือลดความดัน โลหิตและชีพจรชั่วคราว การถ่ายเลือด การล้างไต และวิธีการอื่นทำนองเดียวกัน แต่ไม่รวมถึงการให้ยาหรือวิธีการใดที่จะระงับความ เจ็บปวดเฉพาะคราว

วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการ บาดเจ็บหรือโรค ที่ไม่อาจจะรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทาง วิชาชีพ เห็นว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน และให้ รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย โดยที่ความหมายของ วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่ารวมถึง ภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย ดังเช่นกรณีที่มีกรเรียกกันว่า อยู่ในสภาพ เจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา ก็ยังมีชีวิตอยู่แต่ไม่สามารถรับรู้อะไรได้ ในกฎกระทรวงที่ยกกว้าง ขึ้นนี้ จึงได้ขยายความคำว่า สภาพผักถาวร (persistent vegetative state – PVS) ด้วยดังนี้

สภาพผักถาวร หมายความว่า ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางวิชาการ แพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างยาวนานและถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึง การรับรู้ได้ จะมีก็เพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

นอกจากนี้ ยังได้ขยายความหมายของข้อความที่ว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ด้วย โดยให้มี ความหมายดังนี้

การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกาย ทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการต่างๆ ที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานดังกล่าวลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น หรือหายจากการบาดเจ็บหรือโรคนั้นได้ เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทาง พันธุกรรม เป็นต้น

เมื่อได้ขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ให้เกิดความชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ในข้อ 2 ของร่างกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนี้

2.1 เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนา มีความชัดเจนที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาควรมีข้อมูลให้สามารถสื่อความหมายได้ ดังนี้

ก. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (เช่น ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้)

ข. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

ค. ชื่อพยานและคุณสมบัติของพยานที่รับรองสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (ถ้ามีใบรับรองแพทย์ก็ให้แนบไว้กับหนังสือแสดงเจตนาด้วย)

ง. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ และกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการไปก่อนหน้าแล้ว ก็ให้ระบุข้อความว่า ให้ระงับการให้บริการนั้นได้

จ. กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มิได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง ให้ระบุชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วย

ฉ. ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ลายมือชื่อของพยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

2.2 หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด ที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความไว้วางใจ ซึ่งต้องเป็นผู้มีความสามารถสมบูรณ์ตามกฎหมายไว้ด้วยก็ได้ เพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา รวมทั้งกรณีที่หนังสือแสดงเจตนาระบุให้บุคคลดังกล่าว เป็นผู้ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาใดๆ แทนตนก็ได้ บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องแสดงการยอมรับ โดยต้องลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไว้ด้วย

2.3 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอดเวลา ในกรณีมีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำครั้งสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

2.4 หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรูายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิตที่บ้าน ความปรารถนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ ซึ่งหมายรวมถึงการ สวดมนต์ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ สถานพยาบาลควรให้ความร่วมมือตามความเหมาะสม

สำหรับวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น ในข้อ 3 ของร่างกฎกระทรวงได้ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ดังนี้

ข้อ 3 หลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา มีดังต่อไปนี้

3.1 ผู้เก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ใดไว้ เมื่อผู้แสดงเจตนาได้รับการรักษาตัวใน สถานพยาบาลใด ให้แสดงหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย หรือข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องต่อ เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สาธารณสุขของสถานพยาบาลนั้นโดยไม่ชักช้า และให้ผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขนำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนของ ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้รายงานให้ผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นได้ทราบ

กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและมีได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา เมื่อ ผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ให้ส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาให้แก่ผู้ป่วย

3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย ทำความเข้าใจโดยอธิบายภาวะและความเป็นไปของ โรคของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งขอคำยินยอมการปฏิเสธบริการสาธารณสุขตามหนังสือแสดง เจตนาดังกล่าว รวมทั้งอธิบายถึงวิธีปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา นั้นให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ชัดแจ้ง

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะรับรู้ สื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยดำเนินการตามหนังสือ แสดงเจตนา

3.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ และผู้ป่วยมี ความประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานพยาบาล ก็ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ให้ความสะดวกตามสมควร ดังนี้

ก. อำนวยความสะดวกในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย โดยอาจจัดเตรียม แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาที่สถานพยาบาลจัดทำขึ้น

ข. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาตามข้อ 2

3.4 กรณีที่มีปัญหาการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา หรือการตีความหนังสือแสดง เจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย ควรปรึกษาร่วมกับบุคคลใกล้ชิด

ตามข้อ 2.2 หรือญาติผู้ป่วย เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาต่อไป โดยควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.5 ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้หนังสือแสดงเจตนามีผลก็ต่อเมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

อนึ่ง แม้ในร่างกฎกระทรวงจะได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการต่างๆ ไว้แล้ว แต่ก็ยังไม่อาจจะเขียนให้ครอบคลุมปัญหาในทางปฏิบัติได้ทั้งหมด อีกทั้งปัญหาในภาคปฏิบัติบางกรณี อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ในข้อ 4 ของร่างกฎกระทรวงจึงได้กำหนดว่า

ข้อ 4 สถานพยาบาลอาจกำหนดแนวปฏิบัติหรือระเบียบภายใน เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้สะดวกตามกฎหมายฉบับนี้ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การประกาศกฎกระทรวงในครั้งนี้ เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) เท่านั้น มิได้กำหนดในเรื่องของแบบหนังสือแสดงเจตนา เพราะกฎกระทรวงจะเขียนเกินกว่าความมุ่งหมายที่พระราชบัญญัตินี้ให้อำนาจไว้

2.3.3 แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปณณญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ค.ศ. 1981 (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ. 2005) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรมว่า เป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (Gooddeath) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (Futile treatment)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้ยืนยันเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ในมาตรา 4 มาตรา 28 และ มาตรา 32 วรรคหนึ่ง และสิทธิในการตัดสินใจของตนเองเรื่องการรักษาพยาบาล ถือเป็นเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

คำแนะนำเบื้องต้น

1) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไม่ใช่การทำการุณฆาต (Mercy killing) แต่อย่างใด

2) มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน

3) ผู้ที่ควรทำหนังสือนี้เป็นลำดับต้น ๆ น่าจะได้แก่ ผู้ที่ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทกับการดำเนินชีวิตของตน ที่ประสงค์จะให้การเสียชีวิตของตนมีลักษณะเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ตามแนวทางศาสนาที่ตนนับถือ หรือตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ไม่ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุขแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

4) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจทำหนังสือนี้ ในกรณีของผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance careplanning) ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ แต่อย่างไรก็ดี การพูดคุยและปรึกษาระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งอันเกิดมาจากการรับบริการสาธารณสุข

5) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง โดยโรงพยาบาลต่างๆสามารถไปออกแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพิ่มเติมได้ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนากฎกระทรวง ข้อ 1 ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไปโดยที่กฎกระทรวงประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 22 ตุลาคม 2553 ดังนั้นกฎกระทรวง จะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นไป

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ (Inevitably progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้มีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจช่วยให้บรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายอย่างมีอาจเลี่ยงได้ภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือนแล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้เอง แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ ต้องพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่า สภาพผักถาวร (Persistent/ permanent vegetative state – PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีวิตไว้ การที่จะใช้ชีวิตอยู่แบบนั้นเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไป ทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นการระดมญาติ

การทราบจากการเจ็บป่วย หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงานความเจ็บป่วยจัดเป็นอาการผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ความเจ็บป่วยจึงเป็นความรู้สึกร่วมตัวของแต่ละบุคคล ควรยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยจริงถ้าผู้นั้นระบุว่าอาการที่มีคือความเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องนี้จะต้องคำนึงถึงสภาพและประสงฆ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นกรณีๆ ไปด้วย

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลคำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงานผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพตามที่รัฐมนตรีกำหนด

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ-นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุข้อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำ หนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

(1) คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 นี้ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์อายุ 18 ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ มีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

(2) การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่างๆ รอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา และสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้หรือไม่ โดยการพิจารณา

เหล่านี้ควรใช้วิจารณญาณของผู้ประเมินตลอดจนคำนึงถึงข้อจำกัดและสภาพแวดล้อมในเวลานั้นเป็นสำคัญ แต่หากผู้เขียนยังมีสภาพอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ก็อาจนัดให้มาทำหนังสือในภายหลังได้ หรืออาจปรึกษาจิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

(3) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอธิบายแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ ผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรอธิบายแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและความเป็นไปของโรคที่เป็นจริงในขณะนั้นให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำหนังสือ ไม่ควรปกปิดข้อมูลเพราะการปกปิดมักจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี หากเป็นความต้องการของญาติที่จะปกปิดข้อมูลแล้ว แพทย์ควรที่จะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิดและหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนทักษะเรื่อง “การแจ้งข่าวร้าย” (breaking bad news) แก่ผู้ป่วยและญาติ

(4) เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวหนังสือแสดงเจตนาจึงควรมีข้อมูลตามที่ระบุไว้ตามกฎหมายกระทรวง ข้อ 3 ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัว

ประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่อยู่

หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการติดต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

(Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนที่ใช้ในการดูแลของตนเอง และหากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใดเมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหา

ที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จนอาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

3) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่บื้อชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตามก็ดีผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด, การใช้เคมีบำบัด, การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ, การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น, การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤต เมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว, การถ่ายเลือด, การล้างไต เป็นต้น

4) การทำหนังสือแสดงเจตนา ทำได้ 2 วิธีการคือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสามารถพูดคุยนได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้ และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ(หรือนิ้วมืออื่น)ของผู้แสดงเจตนา ในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน

5) การระบุชื่อผู้ใกล้ชิด ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อผู้ใกล้ชิด(เช่น สมาชิกในครอบครัวญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือหรือไว้วางใจ)ซึ่งตามกฎหมายเรียกว่า “ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา” ไว้เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือร่วมปรึกษาหารือและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในขณะที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ

6) คำแนะนำการลงนามเป็นพยานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกฎหมายไม่ได้ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ลงนามเป็นพยานในหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตามก็ดีแพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี(Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาที่ตนเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาหรือละทิ้งเพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้

ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควรคำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงานแม้ว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่เพื่อความรอบคอบในการทำหนังสือ ควรขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ฉะนั้นการทำหนังสือที่สถานบริการสาธารณสุขจึงมีประโยชน์ กล่าวคือผู้ทำหนังสือสามารถขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รักษาหรือเคยให้การรักษาดูแล ถือเป็นการวางแผนการรักษาล่วงหน้าร่วมกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ควรอำนวยความสะดวกตามสมควร กล่าวคือ ดำเนินการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป แต่ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขไม่ควรชี้นำหรือเร่งรัดการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดการเข้าใจผิดว่าจะละทิ้งผู้ป่วยเพราะไม่อาจรักษาโรคได้แล้วสถานบริการสาธารณสุขควรที่จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การจัดป้ายนิเทศ การทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจหนังสือแสดงเจตนาเข้ามาปรึกษาหารือหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา

ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาด่วนในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำล่าสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับคำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

1) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาด่วนในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรขอคำแนะนำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษายาวนาน ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

2) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการจดบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยหรือเวชปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ควรจดบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน ในกรณีพยาบาลควรจดบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse Note)

3) การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวง ข้อ 3 หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยาบาลหรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ

4) คำแนะนำในการจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา

1) การเก็บหนังสือแสดงเจตนาลงในเวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารเจตนาของผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขด้วยกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติและมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สพพ.)

2) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนาแล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

3) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่น ให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเพิ่มอีก 1 ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้นั้นเข้ารับการรักษาต่อไป

4) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือนั้นไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนา ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียนการยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

2) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือนั้นเคยจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไป หรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะให้บุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้น และควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนาต้องไปแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาให้ตรงกับที่แก้ไขใหม่ด้วยกรณีที่หนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำล่าสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

3) หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกการแก้ไขหรือยกเลิกนั้นลงในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ด้วย

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต
ใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าว

ทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวคำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ข้อ 6 (1) และ (2)

การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อบุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสืออาจขอระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นการชั่วคราวหรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเลย หรืออาจยืนยันให้ดำเนินการตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาก็ได้

2) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในอนาคต ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรย้ำว่าได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่ยังให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมานถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้และผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ปัญหาการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา และการป้องกันและแก้ไขข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะติดต่อสื่อสารได้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา

ควรปรึกษาหารือกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาปรึกษาหารือกับผู้ทำหน้าที่ยอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อไว้ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ทำหน้าที่ยอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปรึกษาหารือกับญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ หากไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างฝ่ายผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญสถานบริการสาธารณสุขอาจพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนั้นคณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์การระงับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาระหว่างการตั้งครรภ์กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาะงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราวจนกว่าผู้นั้นจะพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์เพื่อคุ้มครองชีวิตในครรภ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

1) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีเหตุฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยมีเหตุฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างทันทีทันใดตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพแต่เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ระยะหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษาคควรเคารพเจตนารมณ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยควรแจ้งให้ผู้ทำหน้าที่ยอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน หรือบุคคลที่มีชื่อปรากฏในหนังสือแสดงเจตนาทราบแล้วดำเนินการตามหนังสือ โดยในการดำเนินการนั้นให้พิจารณาหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองควบคู่กันไปด้วย

2) การพิจารณายุติการให้การรักษาที่ได้ดำเนินการไปแล้วกรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้าน

สาธารณสุขทราบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษา ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพิจารณายุติการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (Withdraw) แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการปฏิบัตินี้มาพิจารณาปรับใช้ได้ โดยควรพิจารณาปัจจัยประกอบต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยในระยะยาว ความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ ภาระค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย ฯลฯ เป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ต้องไม่ถือเอาผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นตัวตัดสิน

3) การส่งตัวผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ทำหนังสือแสดงเจตนากลับบ้านในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะบอกความต้องการที่จะกลับบ้านไว้ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตที่บ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรประสานงานให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความเห็นเพื่อใช้ประกอบการขอใบมรณะบัตรตามความเหมาะสม

4) ผลทางกฎหมายต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปฏิบัติตามความประสงค์ที่แสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนา ไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญาแต่อย่างใด ทั้งนี้เนื่องจากกฎหมายต้องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเกิดความสบายใจ ไม่ต้องกังวลว่าจะมีความผิดเมื่อได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้วในทางกลับกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ยินยอมปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่แจ้งให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดทราบถึงเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา แต่อย่างไรก็ตามผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาควรแนะนำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขท่านอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

3. บทบาทหน้าที่พยาบาลกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่เกิด จนกระทั่งเสียชีวิต ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเปลี่ยนแปลงในวงการสุขภาพ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทาง การแพทย์สู่ประชาชน ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น รวมถึงการออกกฎหมายประกันสังคมและ ประกันสุขภาพแห่งชาติค่านิยมและทัศนคติในการดำเนินชีวิตของของบุคคลความคาดหวังของ สังคมและประชาชนมีมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายต่อการใคร่ครวญและ ตัดสินใจนั้นคือปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงและต้อง เผชิญทุกขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน สังคมมักคาดหวังใน วิชาชีพพยาบาลไว้สูง จนมีผู้เปรียบพยาบาลเหมือน “นางฟ้าชุดขาว” เป็นผู้ที่ยึดมั่นต่อจรรยาบรรณ วิชาชีพ ให้การช่วยเหลือปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชนโดยไม่คำนึงถึง เชื้อชาติศาสนาและสถานภาพของบุคคล ดังนั้นในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจาก พยาบาลจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานแล้วยังต้องมีจริยธรรมที่สูงด้วย

หน้าที่ทางด้านจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน โดยการแสวงหาช่องทางแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมสำหรับ ผู้ใช้บริการเฉพาะรายในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการประเมิน ความเสี่ยง ประโยชน์ของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocate) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย โดยรักษาสมดุลระหว่างระบบ งบประมาณและเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลใน ระดับหน่วยงานและหรือระดับองค์กร มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้าน จริยธรรมทางการพยาบาล

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแบ่งออกได้ 3 บทบาท คือ

1. บทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner) โดยพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มี มนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้รับฟังที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้แสดงความรู้สึกนึกคิด มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทุกรายเหมือนกัน ไม่แสดงความเบื่อหน่าย ทอดทิ้ง หรือแสดงกิริยาหมัดหวังในตัวผู้ป่วย

2. บทบาทในการประสานงาน (Collaborative) พยาบาลจะต้องเป็นสื่อกลางของผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย กับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ เพื่อร่วมมือในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

3. บทบาทในการให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลจะต้องเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปรับตัว และกล้าเผชิญความจริงในการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและพฤติกรรมจริยธรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเลย แต่มีการในการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ศึกษาในลักษณะของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับหรือเขตต่างๆ

วัฒนวรรณ นุญญา (2544) ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า พยาบาลมีการตัดสินใจตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพทุกสถานการณ์ สมพร อยู่ดี (2545) ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในภาคใต้ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าร้อยละ 55 ประสพสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และร้อยละ 50 มีอุปสรรคเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเนื่องจาก ไม่มีที่ปรึกษาด้านจริยธรรม ขาดอำนาจในการตัดสินใจ ขาดเอกสารคู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติ และขาดประสบการณ์ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

สรวงสุตา ชลัมพูช (2546) ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน พบว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลตามหลักวิชาชีพและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์มีความแตกต่างกัน ยกเว้นในสถานการณ์ระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการชันสูตรศพ

ครุณี ดันติเจริญวิวัฒน์ อรัญญา เชาวลิต และวันดี สุทธิรังสี (2550) ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเคารพสิทธิผู้ป่วยกับการกระทำ หรือการดูแลที่เป็นประโยชน์ พบว่าพยาบาลมีการตัดสินใจแก้ไขประเด็นขัดแย้งหลากหลายวิธี และส่วนใหญ่ตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแต่อาจพบเหตุผลที่แตกต่างกัน พงณา วิภามาส (2544) ศึกษา

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลา พบว่า พยาบาลใช้หลักการในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 3 รูปแบบ คือ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง และ เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง

จากการทบทวนเอกสารดังกล่าว และการที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญและสนใจศึกษาวิจัยในหัวข้อดังกล่าว โดยศึกษาครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ (age) ระดับการศึกษา (level of education) ประสบการณ์การทำงานทางคลินิก (clinical experience) ประเภทของสถานการพยาบาล (type of hospital) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (training) และการที่โรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Clinical Nursing Practice Guidelines, CNPG) โดยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในด้านพฤติกรรมเชิงศีลธรรม (moral behavior) เหตุผลเชิงศีลธรรม (moral reasoning) และสำนึกรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ (professional accountability)

การแสดงออกถึงพฤติกรรมเชิงศีลธรรมของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หาย หรืออยู่ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมของพยาบาลมาจากความเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย 5 ระยะของผู้ป่วย (มานิต และจำลอง, 2542)

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว ผู้ป่วยอาจต้องการคำยืนยันจากแพทย์หลายคน พยายามหลีกเลี่ยงความจริง พยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างตรงไปตรงมา และพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยากรณ์โรคอย่างถูกต้อง พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ เป็นผู้รับฟังที่ดี ความเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายจึงมีส่วนต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมเชิงศีลธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ระยะโกรธ ผู้ป่วยรู้สึกโกรธที่ตนเองป่วยเป็นโรคร้าย โกรธแพทย์ที่ให้การวินิจฉัยว่าตนเองป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หาย อาจโกรธญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ พยาบาลควรยอมรับพฤติกรรมและให้อภัยผู้ป่วยในคำพูด หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสม และควรเปิดโอกาสให้ญาติหรือเพื่อนสนิทได้อยู่กับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยในการปรับใจเพื่อยอมรับความจริง

3. ระยะต่อรอง ผู้ป่วยอาจบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อยืระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ต่อไป พยาบาลควรเข้าใจในพฤติกรรมนี้และไม่ควรถือว่าเป็นความเชื่อที่เหลวไหล ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาเป็นระยะๆ ให้การชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาและหาวิธีแก้ไขอย่างมีเหตุผล

4. ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะท้อแท้เมื่อเห็นว่าตนเองมีอาการทรุดลง น้ำหนักลด ซึมเศร้า มีความเจ็บปวดมาก อาจสูญเสียทั้งภาพลักษณ์ ตำแหน่งและหน้าที่การงาน พยาบาลควรดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะผู้ป่วยอาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย อาจให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา แสดงความเห็นใจโดยการสัมผัส การรับฟังอย่างจริงใจ

5. ระยะยอมรับ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวอยู่คนเดียวและยอมรับได้ว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทมีโอกาสอยู่กับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรเปิดโอกาสให้ผู้ได้กระทำตามความต้องการของตน เช่น การทำพิธีกรรม ช่วยดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีมากที่สุด

การมีเหตุผลเชิงศีลธรรมของพยาบาลจะทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างเหมาะสม ได้แก่ การเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยในการชีวิตหรือยุติการรักษา การที่ผู้ป่วยวางแผนหรือเตรียมการล่วงหน้า (advanced directive) ในการรักษา หรือการทำพิธีกรรมชีวิต (living will) การที่ผู้ป่วยสามารถมอบหมายให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนตน (durable medical power of attorney/ proxy) นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องมีสำนึกรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ (professional accountability) โดยให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างดีที่สุดโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ การเคารพสิทธิของผู้ป่วย และการรักษาเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย

5. กรอบแนวความคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาระดับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และใช้กรอบแนวคิดต่อไปนี้เพื่อประกอบในการวิจัยเพื่อหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

1. พยาบาลวิชาชีพเป็นการปฏิบัติงานทางคลินิกและเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ พยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ ข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งการประกอบวิชาชีพ พ.ศ. 2550 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ และสิทธิของผู้ป่วย

2. มีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ และทำให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจกับงาน และความบอ้ยในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

3. องค์ประกอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้านตามการศึกษาของ Kim, Sanghee (2009) ได้แก่ พฤติกรรมเชิงศีลธรรม (moral behavior) เหตุผลเชิงศีลธรรม (moral reasoning) และทำนี่กรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ (professional accountability)