

ประเด็นจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของเภสัชกร ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

สุชาดา เดชนำบัญชา¹, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

²ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประเด็นจริยธรรมที่เภสัชกรพบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ **วิธีการ:** การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งสัมภาษณ์เจาะลึกเภสัชกร 17 คนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างน้อย 3 ปี ถึงประเด็นจริยธรรมที่พบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ **ผลการวิจัย:** ผู้ให้ข้อมูล 16 จากทั้งหมด 17 คนไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องจริยธรรมหลังจบการศึกษา ประเด็นจริยธรรมที่เภสัชกรประสบแบ่งออกเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1. การจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ซึ่งเภสัชกรคิดว่าอาจไม่ใช่แผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย 2. ปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสและยาที่เกี่ยวข้องเพราะข้อจำกัดของการใช้สิทธิตามกฎหมาย หรือมีสิทธิแต่ไม่ครอบคลุมยาที่จำเป็น หรือถูกปฏิเสธการรักษา หรือการเข้าถึงลำบากเนื่องจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล 3. ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทั้งในเรื่องการใช้จ่ายและการมารับบริการ 4. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์หรือการมีบุตร 5. การรักษาความลับของผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ทราบสถานะภาพติดเชื้อของผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุคคลที่จะแต่งงานกับผู้ป่วย หรือผู้สัมผัสเลือดของผู้ป่วยด้วยความบังเอิญ และ 6. การบอกความจริงเรื่องโรคที่เป็นแก่ผู้ป่วยเด็กซึ่งเริ่มจะเบื่อการกินยาและไม่ร่วมมือในการรักษา **สรุป :** ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมที่เภสัชกรประสบในการศึกษานี้จะมีประโยชน์ต่อคณะเภสัชศาสตร์และผู้บริหารงานเภสัชกรรมระดับต่าง ๆ ในการผลการวิจัยเป็นพื้นฐานเพื่อจัดการอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรมของเภสัชกรในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำสำคัญ: ประเด็นจริยธรรม วิธีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เภสัชจริยศาสตร์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

รับต้นฉบับ: 2 มีค. 2553, รับลงตีพิมพ์: 25 มิย. 2553

ผู้ประสานงานบทความ: สุชาดา เดชนำบัญชา กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก อ.สุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส 96120

E-mail : jernjunk@hotmail.com

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-2552 มีจำนวน 368,560 ราย และมีผู้เสียชีวิตแล้ว 97,226 ราย (1) บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบกับปัญหาจริยธรรมได้ง่าย เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่สังคมยังกลัว รังเกียจ และมีลักษณะถูกตีตราจากสังคม (2) การสำรวจในพยาบาลชาวไทย 110 รายที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ทุกรายเคยประสบกับปัญหาทางจริยธรรมในการทำงาน โดยร้อยละ 18.18 กล่าวว่า ตนพบกับปัญหาจริยธรรมบ่อยครั้ง (3)

การศึกษาปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบในวิชาชีพพยาบาล (4-5) การศึกษาในวิชาชีพอื่น ๆ เช่น แพทย์ (6) มีน้อยมาก การทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาในเภสัชกรเลย (7) ประเด็นจริยธรรมที่พยาบาลประสบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 6 ประเด็น คือ 1) การหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย 2) ความลับเรื่องโรคของผู้ป่วยและหน้าที่ในการปกป้องผู้อื่นจากโรค เช่น การเปิดเผยเรื่องโรคต่อคู่สมรสของผู้ป่วย 3) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีส่วนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เช่น การตรวจเลือดโดยไม่บอกกล่าวก่อน 4) การดูแลผู้ป่วยโรคนี้ไม่เท่าเทียมกับโรคอื่น 5) การไม่ใส่ใจ/ทอดทิ้งผู้ป่วยโดยบุคลากรหรือญาติ และ 6) การที่ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์และพยาบาลไม่ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย (4-5)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในวิชาชีพอื่น ๆ ไม่อาจนำมาขยายผลใช้กับวิชาชีพเภสัชกรรมได้ เพราะลักษณะงานที่แตกต่าง เช่น แพทย์และพยาบาลเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วยมากกว่าเภสัชกร ทำให้พบปัญหาจริยธรรมบางอย่าง (เช่น การหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย) เกิดขึ้นมากกว่า นอกจากนี้ การศึกษาในวิชาชีพอื่นเกิดขึ้นมานานแล้วในอดีต การก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการรักษาบางประการในปัจจุบันทำให้ปัญหาจริยธรรมของโรคนี้เปลี่ยนแปลงไป เช่น การมียาที่มีประสิทธิภาพทำให้การติดเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนสภาพจากโรคที่รักษาไม่ได้ กลายเป็นโรคเรื้อรัง หรือการมียาสามารถป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทำให้การตรวจคัดกรองโรคเป็นที่ยอมรับมากขึ้น เพราะการทราบสถานะภาพติดเชื้อมีผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าในอดีต ปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับการตรวจเลือดจึงเปลี่ยนไป เช่น

รัฐบาลอังกฤษกำหนดให้การตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นการทดสอบตามปกติที่ต้องทำในสตรีที่ฝากครรภ์เหมือนการทดสอบอื่น ๆ ทั่วไป (8)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาจริยธรรมของเภสัชกรในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของเภสัชกร ผลการวิจัยมีความสำคัญ เพราะเมื่อเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม บุคลากรในทีมสุขภาพต้องตัดสินใจ ซึ่งโดยมากมักไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า ผลจากการตัดสินใจจะเป็นอย่างไร ในบางปัญหาไม่ว่าตัดสินใจอย่างไร ก็อาจมีข้อโต้แย้งได้ (9) จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายความสามารถในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมจะมีประโยชน์ต่อคณะเภสัชศาสตร์และผู้บริหารงานเภสัชกรรมระดับฝ่าย โรงพยาบาล หรือประเทศในการจัดการอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรมของเภสัชกรในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่การวิจัยนี้บ่งชี้

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว งานวิจัยมีกระบวนการรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเภสัชกร ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่น้อยกว่า 3 ปี ผู้ให้ข้อมูลทำงานในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 3 ขนาด คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยชื่อแรกเป็นเภสัชกรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้สัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลครั้งแรกเริ่มโดยการติดต่อกับเภสัชกรที่ผู้วิจัยคุ้นเคยและเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้เป็นผู้ให้ข้อมูลคนแรก หลังจากนั้น การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการแนะนำต่อ ๆ จากผู้ให้ข้อมูลคนแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจนกว่าจะได้คำตอบครบตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และได้ผลการวิจัยที่อิ่มตัว คือ ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนหลังสุดไม่ได้ให้มุมมองใหม่ที่ลึกซึ้งไปกว่าข้อมูลที่ได้อีกก่อนหน้านี้ ผลการวิจัยอิ่มตัวเมื่อผู้วิจัยได้

สัมภาษณ์เภสัชกรประจำโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 10, 4 และ 3 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีอยู่ 3 รายที่จัดเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เนื่องจาก เป็นเภสัชกรที่มีชื่อเสียงในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบทบาทเป็นวิทยากร/ผู้ให้คำปรึกษา หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้วแทนแพทย์ในคลินิกรับยาต่อเนื่อง หรือทำงานร่วมกับแพทย์อย่างใกล้ชิดในการปรับสูตรยาให้กับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2551 ถึงเดือน กรกฎาคม 2552 รวมระยะเวลา 9 เดือน การสัมภาษณ์เริ่มโดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการสัมภาษณ์ รวมทั้งการเก็บรักษาข้อมูล และขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเทปด้วยวาจา ผู้วิจัยสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ดังนี้ “ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ท่านเคยประสบกับเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดและยากในการตัดสินใจ” “ท่านมีวิธีการในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างไร” “ท่านได้ปรึกษาหรือตัดสินใจร่วมกับบุคคลอื่นหรือไม่ อย่างไร” “ท่านใช้เหตุผลหรือหลักการใดบ้างในการตัดสินใจดังกล่าว” “ภายหลังการตัดสินใจดังกล่าว เกิดผลกระทบต่องานของผู้ป่วย/ญาติ บุคคลอื่น หน่วยงานหรือไม่ อย่างไร” และ “ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ท่านเคยประสบกับปัญหาจริยธรรมบ้างหรือไม่ อย่างไร”

การสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 นาที ทั้งนี้จนกว่าจะไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มจากเดิม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้สังเกตสถานที่ การทำงานของเภสัชกร และบันทึกตลอดจนเอกสารเกี่ยวกับกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า และเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการบอกเล่าด้วย ภายหลังจากการสัมภาษณ์สิ้นสุดในแต่ละวัน ผู้วิจัยถอดข้อความเสียงเป็นคำบรรยายแบบคำต่อคำ และอ่านเพื่อทำความเข้าใจหลาย ๆ รอบ ค้นหาประเด็นที่ต้องการศึกษา และสรุปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ก่อนจะเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปด้วยวิธีการเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของ Miles และ Huberman (10) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การจัดระเบียบข้อมูล ได้แก่การถอดเทปสัมภาษณ์ การเขียนบันทึก

สิ่งที่สังเกตพบและสรุปข้อมูลในทันทีหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง หลังจากนั้นอ่านข้อความหลาย ๆ รอบให้เข้าใจ และเลือกข้อความที่บ่งบอกประเด็นจริยธรรมที่เภสัชกรประสบ รวมทั้งการตัดสินใจในประเด็นดังกล่าว ในการวิจัยนี้ ปัญหาจริยธรรมคือประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (การตัดสินใจที่มีหลายทางเลือกที่ขัดกัน และแต่ละทางเลือกอยู่บนหลักการทางจริยธรรมที่ต่างกัน) และประเด็นที่ก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจริยธรรม (moral distress) (11) ผู้วิจัยกำหนดรหัสแทนความหมายแก่ข้อความที่เลือกได้ โดยผู้วิจัยทั้งสองให้รหัสกับข้อมูลจากตัวอย่างห้ารายอย่างเป็นอิสระต่อกัน หลังการให้รหัสในตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยทั้งสองอภิปรายความแตกต่างของรหัสที่ให้ก่อนที่จะให้รหัสข้อมูลในตัวอย่างรายถัดไป หลังจากทั้งคู่วิจัยทั้งสองมีความเห็นตรงกัน ผู้วิจัยชื่อแรกเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลจากตัวอย่างคนอื่น ๆ ที่เหลือ ส่วนขั้นตอนที่ 2 การแสดงข้อมูล คือการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ตามรหัสที่ให้ในขั้นตอนแรก ขั้นตอนที่ 3 การสรุป/การตีความ ผู้วิจัยหาข้อสรุปโดยมองหาแบบแผนที่ปรากฏในข้อมูล และมองหาความแตกต่าง-ความเหมือนของข้อมูลในส่วนต่าง ๆ หลังจากนั้นนำข้อสรุปมาตีความ ผู้วิจัยส่งข้อสรุปที่ได้ไปยังผู้ให้ข้อมูลห้าท่านตรวจสอบความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นเภสัชกรจำนวน 17 คน เป็นเพศหญิง 14 คน มีอายุระหว่าง 30-42 ปี มีสถานภาพโสด 14 คน นับถือศาสนาพุทธ 13 คน และศาสนาอิสลาม 4 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี (13 คน) และมีการศึกษาระดับปริญญาโท 4 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 10 คน โรงพยาบาลทั่วไป 4 คน และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 3 คน ผู้ให้ข้อมูลทำงานในตำแหน่งเภสัชกรในช่วง 6-19 ปี ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นเวลา 3-10 ปี จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลคือ 10-200 รายในโรงพยาบาลชุมชน และ 200-1,700 คนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด บทบาทของเภสัชกรในโรงพยาบาลทั้งสามระดับไม่แตกต่างกันนัก โดยบทบาทหลักคือ การจ่ายยา สั่งซื้อยาจากผู้ผลิต เบิกยาจากระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคล/กลุ่ม เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการรักษา ตลอดจนติดตามและวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ เภสัชกรบางท่านยังมีหน้าที่เพิ่มเติมคือการตรวจเยี่ยม

บ้านผู้ป่วยเฉพาะผู้ที่มีปัญหา การนิเทศงานดูแลผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลชุมชน การร่วมทำงานในคณะกรรมการการใช้ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล เป็นต้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมด (16 คน) กล่าวว่า ไม่เคยเข้าร่วมประชุมหรืออบรมสัมมนาเกี่ยวกับจริยธรรมเลยหลังจบการศึกษา

ประเด็นขัดแย้ง-การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของเภสัชกร

การศึกษานี้พบ ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 6 ประเด็นดังแสดงในตารางที่ 1 ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งพบ คือ การจ่ายยาซึ่งเภสัชกรคิดว่าไม่ใช่แผนการรักษาที่ดีที่สุด การเข้าถึงยาต้านไวรัส และความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การศึกษานี้พบว่า ประเภทของปัญหาจริยธรรมที่เภสัชกรประสบไม่ได้ขึ้นกับขนาดโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ประสบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพศหรือศาสนาของผู้ให้ข้อมูล เช่น ปัญหาการเข้าถึงยาพบทั้งในโรงพยาบาลทั้งสามขนาด เป็นต้น แต่ปัญหาจริยธรรมที่เภสัชกรประสบขึ้นกับความต้องการและลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เภสัชกรดูแลมากกว่า เช่น การที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์ตามกฎหมายในการเข้าถึงยา ฯลฯ ดังที่จะกล่าวในหัวข้อต่อไป

1. การจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ซึ่งเภสัชกรคิดว่าอาจไม่ใช่แผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

ประเด็นจริยธรรมนี้เกิดจากความขัดแย้งระหว่างหน้าที่ของเภสัชกรที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดกับการเคารพอำนาจการตัดสินใจของแพทย์ การสัมภาษณ์พบว่าปัญหาเกิดจากความเห็นไม่สอดคล้องของเภสัชกรและแพทย์ในเรื่องการเริ่มให้/ชะลอการให้ยาต้านไวรัส การเปลี่ยน/ชะลอการเปลี่ยนไปใช้ยาสำหรับเชื้อที่ดื้อยา การปรับแผนการรักษาเมื่อพบอาการข้างเคียงจากยาหรืออันตรกิริยาต่อกันของยา ขนาด-ความถี่-ปริมาณยาที่ควรจ่าย ปัญหาที่เกิดสะท้อนความจริงที่ว่า วิชาชีพทางการแพทย์ไม่ใช่วิทยาศาสตร์โดยทั้งหมด แต่เป็น“การประกอบโรคศิลปะ” ซึ่งใช้การตัดสินใจส่วนบุคคลประกอบการรักษา ดังนั้นจึงพบเห็นได้บ่อยว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นที่ไม่ตรงกัน เนื่องจากสิ่งที่ให้ความสำคัญมีความต่างกัน เช่น

“แพทย์สั่งเปลี่ยนสูตรยา (ให้ไปใช้สูตรดื้อยา) แต่เราต้องการให้คงยาสูตรเดิมไว้ก่อน เพื่อเก็บทางเลือกในการ

ตารางที่ 1. ประเด็นจริยธรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของเภสัชกร (N=17)

ประเด็นจริยธรรม	จำนวนผู้ประสบกับประเด็นดังกล่าว
1. การจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ซึ่งเภสัชกรคิดว่าอาจไม่ใช่แผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย	8
2. การเข้าถึงยาต้านไวรัสและยาที่เกี่ยวข้อง	8
3. ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	8
4. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์	4
5. ความลับของผู้ป่วย	4
6. การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย	2

รักษาเมื่อผู้ป่วยดื้อยาสูตรเดิมแล้ว เช่น เดิมผู้ป่วยใช้ยาสูตร Zidovudine-Lamivudine-Efavirenz ต่อมา แพทย์สั่งเปลี่ยนจากยา Zidovudine เป็น Tenofovir ทั้งที่ผู้ป่วยมี CD4 ดี ประมาณ 400 กว่า, viral load น้อยกว่า 50 copy และไม่มีอาการซีด ระบบเลือดก็ปกติดี ซึ่งเราก็มองว่าผู้ป่วยน่าจะยังคงใช้ยาสูตรเดิมได้ เพราะไม่ได้มีปัญหาดื้อยาอะไร เราจึงปรึกษาแพทย์ ท่านบอกว่าไม่อยากให้ใช้ยา Zidovudine นาน ๆ เดียวจะเกิด mitochondria toxicity แต่ตอนนี้ผู้ป่วยก็ไม่ได้มีอาการนั้นเลย ”

เภสัชกรที่ประสบปัญหานี้ใช้ “กระบวนการเจรจา” แก้ไขปัญหาโดยร่วมมือกับแพทย์หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ การตรวจหาระดับยาในเลือดเพื่อพิสูจน์การเกิดอันตรกิริยาต่อกันของยา หรือการตรวจระดับไวรัสและการดื้อยาของเชื้อ กรณีที่ไม่อาจหาข้อมูลได้ หรือการหาข้อมูลมีความลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง หรือต้องใช้เวลานาน เภสัชกรจะจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ โดยอาจเหตุผลว่า “อำนาจการตัดสินใจสุดท้ายอยู่ที่แพทย์” หรือ “เราต้องให้เกียรติแพทย์” อย่างไรก็ตาม เภสัชกรมักใช้วิธีการต่าง ๆ ลดผลเสียที่อาจจะเกิดจากคำสั่งการรักษาดังกล่าวต่อผู้ป่วยและตนเอง เช่น จดบันทึกเป็นหลักฐานว่าได้ปรึกษากับแพทย์แล้ว ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่านำไปใช้ในการเจรจาครั้งใหม่ (เช่น ตรวจสอบการใช้ยาตามสั่ง เพื่อตัดสินใจว่าการที่

ยาไม่ได้ผลนั้น เกิดจากการไม่ใช้ยาตามสั่งหรือยาไม่ได้ผล) และแนะนำผู้ป่วยถึงข้อควรระวังและการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่ได้รับ นอกจากนี้ ในบางครั้ง เกสซอร์ต้อง “หาเหตุผลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ” ด้วย

2. การเข้าถึงยาต้านไวรัสและยาที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นจริยธรรมเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสรวมทั้งยาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่นยาป้องกันและรักษาอาการติดเชื้อแทรกซ้อน (ต่อไปนี้จะเรียกรวมว่ายาด้านไวรัส) มีหลายลักษณะ ได้แก่ 2.1 การเข้าถึงไม่ถึงยาเพราะข้อกำหนดของสิทธิตามกฎหมาย 2.2 การเข้าถึงไม่ถึงยาต้านไวรัสเพราะถูกปฏิเสธการรักษา 2.3 การเข้าถึงไม่ถึงยาบางตัวซึ่งจำเป็น และ 2.4 การเข้าถึงยามีความลำบาก ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิตามกฎหมาย

2.1 การเข้าถึงไม่ถึงยาต้านไวรัสเพราะข้อกำหนดของสิทธิ

ปัญหาทางจริยธรรมเรื่องการเข้าถึงยาโดยมากเกิดเนื่องจาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยาตามหลักการแพทย์ แต่ไม่มีสิทธิได้รับยาฟรีตามกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ที่วางไว้เพื่อความเป็นธรรม การที่ยาดังกล่าวมีราคาแพงมาก อุปสรรคทางการเงินจึงเป็นกำแพงขวางกั้นสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงยา 4 ประเภท คือสิทธิจากระบบราชการและรัฐวิสาหกิจ สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสิทธิตามโครงการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเอดส์โดยโอกาสทางสังคม หรือ NAPHA extension ซึ่งได้รับงบประมาณจากกองทุนโลกต้านโรคเอดส์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาแก่ผู้ไม่มีสิทธิตามกฎหมายอื่น ๆ เช่น คนไทยรอพิสูจน์สิทธิ หรือพลัดถิ่น แรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และ กลุ่มผู้ป่วยด้วยสาเหตุต่าง ๆ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ฯลฯ

แม้ดูเหมือนว่า สิทธิทั้งสี่ครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่มในประเทศ แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นว่า ในทางปฏิบัติ ยังเกิดปัญหาการเข้าถึงยาอยู่ เพราะการใช้สิทธิรับยาฟรีตามกฎหมายประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หากมิใช่กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องรับบริการจากโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียนไว้เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณแก่โรงพยาบาล

ซึ่งเป็นแบบหมาจ่ารายหัวตามจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลนั้น ๆ การใช้สิทธินอกเขตจึงก่อให้เกิดปัญหาการเข้าถึงยา ดังกรณีของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ที่รับบริการนอกเขตจังหวัดของตนด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัยไปจังหวัดอื่น หรือเดินทางไปจังหวัดอื่นและยาหมดลง สตรีที่ไม่ได้เป็นโรคแต่ถูกประทุษร้ายทางเพศขณะเดินทางไปนอกจังหวัดของตน ซึ่งในการมาตรวจครั้งแรกไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ แต่ในการมาตรวจครั้งที่สอง แพทย์ท่านใหม่ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าจะต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันโรค แต่ไม่ถือเป็นกรณีฉุกเฉินเพราะเป็นการมาตรวจครั้งที่สองแล้ว ทำให้สตรีคนดังกล่าวไม่อาจใช้สิทธิบัตรทองนอกจังหวัดของตนเพื่อรับยาต้านไวรัสฟรีได้ (ยามีราคาประมาณ 5,000 บาท) หรือในกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

“ผู้ป่วยจิตเวชรับยาต้านไวรัสจากจังหวัดอื่น ได้มาอาศัยอยู่กับญาติในจังหวัดนี้ ต่อมาผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ญาติจึงได้นำตัวมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ จากการตรวจของจิตแพทย์พบว่า จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวช....., โรงพยาบาลจิตเวชไม่มียาด้านไวรัส เราจึงต้องจ่ายยาต้านไวรัสไปให้ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิ UC (บัตรทอง) นอกเขต จำเป็นต้องชำระเงิน แต่ปัญหาคือผู้ป่วยไม่มีเงินจ่าย เราควรจะทำอย่างไรดี”

ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมบางส่วนก็มีปัญหาการเข้าถึงยาในลักษณะที่คล้ายกัน ดังเช่น กรณีที่ผู้ป่วยลาออกจากงาน และย้ายกลับภูมิลำเนา แต่ตามหลักเกณฑ์แล้ว สิทธิการรักษายังผูกติดกับโรงพยาบาลประกันสังคมหลักต่อไปอีก 6 เดือน อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยจะใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องชำระค่ายาเอง หากรักษาตัวในโรงพยาบาลใกล้บ้านซึ่งมิใช่เป็นโรงพยาบาลประกันสังคมหลัก

จากการสัมภาษณ์ไม่พบว่าข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีปัญหาการเข้าถึงยาอันเนื่องจากข้อกำหนดในเรื่องสิทธิตามกฎหมาย กลุ่มข้าราชการสามารถได้ยาฟรีได้จากสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีโครงการเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ ซึ่งทำให้ข้าราชการไม่ต้องสำรองจ่ายเงินค่ายาไปก่อน จึงไม่มีอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงยา

เมื่อประสบกับปัญหาจริยธรรมในเรื่องการเข้าไม่ถึง ยา ผู้ให้ข้อมูลมักยึดหลักความกรุณา โดยกล่าวว่า สงสารผู้ป่วยที่ไม่มีเงินหรือรายได้ ทำให้ซื้อยาไม่ได้ หรือไม่สามารรถเดินทางกลับไปรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้ กลัวว่าผู้ป่วยจะขาดยาและเกิดการดื้อยา บางส่วนกล่าวว่า กลัวปัญหาการฟ้องร้องที่อาจมีตามมา สิ่งทีเภสัชกรทั้งหมดทำคือปรึกษากับทีมดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงิน โดยให้ยาต้านไวรัส (อาจเป็นยาของหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ) โดยไม่คิดค่า ใช้จ่ายใด ๆ กับผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยจ่ายเฉพาะยาป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาส แต่เภสัชกรได้พยายามลดผลเสียจากการฝ่าฝืนกฎระเบียบของตนโดยให้ความช่วยเหลือข้างต้นเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น ให้ยาฟรีไม่เกิน 2 เดือนหรือเพียงพอที่ผู้ป่วยจะเดินทางกลับไปรักษาในแหล่งที่ตนมีสิทธิ และเร่งให้ผู้ป่วยแก้ไขสิทธิรักษาให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ดังเช่น

“ให้เขารับไปติดต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นประกันสังคมหลัก ในระหว่างนั้นประมาณ 2 เดือน เราให้ยาของผู้ป่วยสิทธิ UC (บัตรทอง) ไปก่อน ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ได้พูดคุยทำความเข้าใจกับทีมดูแลผู้ป่วย เขาก็เห็นด้วยและได้ให้ความสนับสนุนกับผู้ป่วย เช่น ไม่มีค่าธรรมเนียมจะออกค่ารถให้ ถ้าไม่มีคนพาไปโรงพยาบาลที่เป็นประกันสังคมหลัก ก็จะมีกลุ่มแกนนำพาไปส่ง”

2.2 การเข้าไม่ถึงยาต้านไวรัสเพราะถูกปฏิเสธการรักษา

ปัญหาการเข้าไม่ถึงยามักเกิดจากข้อกำหนดของสิทธิตามกฎหมาย แต่บางครั้งก็เกิดจากการปฏิเสธการรักษาของบุคลากรเนื่องจากมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ การปฏิเสธการรักษาเกิดแม้บุคลากรทางการแพทย์จะทราบว่าเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น ในกรณีของชายคนหนึ่งที่อยู่อาศัยใกล้กับโรงพยาบาล เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ HIV จึงสั่นหวั่นกับชีวิต กินเหล้าเมา และพยายามข่มขืนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ต่อมา ชายคนดังกล่าวถูกลงโทษตามกฎหมาย เมื่อพ้นโทษ เขามาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดิม ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ทางผู้บริหารและเจ้าหน้าที่...ไม่สบายใจที่จะรับรักษาผู้ป่วยรายนี้ จึงคุยกับผู้ป่วยให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่โรงพยาบาลศูนย์ไม่รับผู้ป่วย เขามองว่าไม่ใช่เป็น

เหตุผลที่จะส่งตัวมารักษา ทางโรงพยาบาลจึงให้ผู้ป่วยย้ายทะเบียนบ้านไปเพื่อรักษาที่นั่น แต่เขาหาที่อยู่ไม่ได้..... ทำให้ระหว่างดำเนินการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าไปเกือบ 1 ปี ซึ่งจริง ๆ แล้ว เราไม่มีปัญหาที่จะรับการรักษาเขา แต่เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิงเขาจะไม่ยอมรับและไม่อยากให้การรักษา.....เขาได้خذใช้โทษครบตามกำหนดแล้ว เราก็กังสารถเพราะเขามอบอกว่า ความผิดครั้งเดียวตัดสินเขาเหมือนโทษประหารเลยหรือ ปลอ่ยให้เขาตายไม่รักษา”

ผู้ให้ข้อมูลแก้ปัญหาพร้อมกับทีมผู้รักษาโดยให้เพื่อนของผู้ป่วยรับรองความประพฤติของผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยเวลามารับยา โดยไม่ปล่อยให้ยู่ตามลำพังกับพยาบาลที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่อื่นในคลินิก ทำให้ทุกฝ่ายยอมรับและให้การรักษาผู้ป่วย ตัวอย่างของการปฏิเสธการรักษาในกรณีอื่น ยังเห็นได้จากคำสัมภาษณ์ดังนี้

“ผู้ป่วยต่างตัวโดยปกติสามารถใช้จ่ายของโครงการ NAPHA Extension ได้.....[แต่] เราจะไม่เอาเข้าโครงการ (NAPHA Extension) เลย เพราะผู้ป่วยต่างตัวมักจะเป็นพวกใช้แรงงาน ย้ายถิ่นฐานบ่อย และมักจะใช้บริการพวกหญิงขายบริการ ถ้าเขากินยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง จะทำให้หญิงขายบริการติดเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรก อีก 5 ปีข้างหน้าเราจะมีผู้ป่วยรายใหม่ติดเชื้อดื้อยามากขึ้น นอกจากนี้โครงการได้งบประมาณจากกองทุนโลกประมาณ 5 ปี แต่หลังจากนี้ก็ยังไม่มีความแน่นอนว่าจะได้รับการสนับสนุนต่อ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะไม่ได้รับยาต่อ ส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ และอาจจะไปแพร่เชื้อดื้อยาให้คนอื่นต่อไป”

การตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลรายนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของทัศนคติในแง่ลบกับตัวผู้ป่วย และแนวคิดแบบอรรถประโยชน์นิยม นั่นคือ การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคตที่อาจมีผลกระทบในวงกว้างนั้นมีน้ำหนักมากกว่าการช่วยผู้ป่วยต่างตัวเฉพาะราย

2.3 การเข้าไม่ถึงยาบางตัวซึ่งจำเป็น

การเข้าไม่ถึงยาบางตัวซึ่งจำเป็นเกิดจาก สิทธิของผู้ป่วยไม่ครอบคลุมยาที่จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้ (เช่น เพื่อลดอาการข้างเคียง) หรือการเปลี่ยนประเภทสิทธิของผู้ป่วยทำให้มีบางช่วงที่สิทธิว่างลง จึงต้องใช้สิทธิ NAPHA extension

ซึ่งครอบคลุมยาไม่กึ่งสูตรและไม่ครอบคลุมยาต้านไวรัสทุกตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่แต่เดิม

“ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้ยา Didanosine เพื่อไม่ให้แก้มตอบ แต่ไม่สามารถใช้ได้ เนื่องจากยานี้ ไม่ได้อยู่ในบัญชีรายการยา...ของผู้ป่วยโครงการประกันสังคม ซึ่งคิดว่า เป็นปัญหาจริยธรรมระดับชาติ”

2.4 การเข้าถึงยาที่มีความยากลำบาก

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิเข้าถึงยาอย่างครบถ้วน แต่บางครั้ง ข้อกำหนดของโรงพยาบาลมีผลทำให้การเข้าถึงยาอย่างเพียงพอมีความยากลำบาก เช่น ข้อกำหนดในเรื่องปริมาณยาที่จ่ายต้องไม่เกินหนึ่งเดือน ทำให้ผู้ป่วยชาวประมงที่ต้องออกเรือนานกว่าหนึ่งเดือนขาดยา หรือผู้ป่วยที่พำนักห่างไกลจากโรงพยาบาลมาก จนการเดินทางมาโรงพยาบาลทุกเดือนเป็นอุปสรรค นอกจากนี้ ข้อกำหนดเรื่องการไม่ชดเชยยากี้ทำให้ผู้ป่วยบางคนที่ทำหาย (เช่น ผู้ที่ถูกขโมยกระเป๋า) เกิดการขาดยาเนื่องจากไม่มีเงินซื้อยาจากแหล่งอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชนได้ นอกจากนี้ มาตรการบางอย่างทำให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยมีความยากลำบาก เพื่อเป็นวิธีการในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย แต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาจริยธรรมดังข้อมูลต่อไปนี้

“ผู้ป่วยกำลังตั้งครุภักุคนที่ 3 โดยที่เขารู้ผลเลือดของตัวเองตั้งแต่แรก ลูกของเขาทั้ง 3 คนนี้ต่างพ่อกันทั้งหมด แสดงว่าเขาได้แพร่เชื้อไปให้คนอื่นหลายคน....ถือว่า ผู้ป่วยทำให้ถูกต้อง ภายหลังจากคลอดลูกแล้ว ผู้ป่วยถูกลงโทษโดยการตัดออกจากโครงการ (NAPHA) แต่ไม่ได้ตัดทางเลือกผู้ป่วย เพราะเราจะเขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาที่อื่น ทั้งนี้เพราะทำผิดสัญญาที่ได้ตกลงกับเภสัชกรตั้งแต่อ่อนเข้าโครงการว่าจะไม่แพร่เชื้อให้คนอื่น การที่ผู้ป่วยทำให้คนอื่นหนึ่งติดเชื้อ HIV โดยไปหลอกลวงเขา เปรียบเสมือนการฆ่าคนนั้น เพราะฉะนั้นหน้าที่ของเราคือตัดวงจรโดยการเอาออกจากโครงการ ถึงแม้จะผิดหลักจรรยาบรรณ แต่ถ้าไม่ลงโทษเลยจะส่งผลให้มีคนที่ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่เหลือในระบบปฏิบัติตาม”

3. ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นประเด็นจริยธรรม เพราะเป็นความขัดแย้งระหว่างการเคารพ

เอกสิทธิ์หรือการตัดสินใจของผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล กับหน้าที่ของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยที่รักษาไม่ต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดการดื้อยาของเชื้อได้ง่าย เภสัชกรจึงมักต้องชี้แจงว่าควรปรึกษาแพทย์ให้หยุดยาด้านไวรัสหรือไม่ในผู้ที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง

จากการสัมภาษณ์ พบความไม่ร่วมมือในลักษณะต่อไปนี้ ผู้ป่วยไม่ใส่ใจใช้ยาด้านไวรัสตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง (และมาด้วยอาการเมาทุกครั้ง) ผู้ดูแลไม่ใส่ใจให้ยาแก่เด็กที่ติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาโดยสิ้นเชิงเพราะหมดอาลัยตายอยากในชีวิต ผู้ป่วยไม่มาตรวจเลือดและรับยาตามนัด เพราะขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากพ่อที่ยังไม่รู้ว่าคุณติดเชื้อ และคอยดูตัวผู้ป่วยไป “เล่นยา” เมื่อหายตัวจากบ้าน ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยออกมาพบแพทย์ หรือผู้ป่วยบางส่วนไม่ยอมมารับยาหรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกพิเศษที่จัดขึ้น เพราะกลัวว่าความลับเรื่องโรคของตนจะถูกเปิดเผย เนื่องจากพยายาลหรือที่ผู้ทำงานในคลินิกดังกล่าวเป็นคนที่ผู้ป่วยรู้จักหรือเป็นญาติ หรือมีชาวบ้านในหมู่บ้านเดียวกันมารับยาในคลินิกเดียวกัน

ผู้ให้ข้อมูลพยายามแก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหาในกรณีที่สาเหตุเกิดจากการไม่ใส่ใจเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนเภสัชกรคิดว่าอาจเกิดการดื้อยาได้ ผู้ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยมารับยาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้เห็นถึงความยุ่งยากเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้น ก็เปลี่ยนเป็นนัดรับยา 2 สัปดาห์/ครั้ง และเดือนละครั้งตามลำดับ ในบางราย เภสัชกรส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือให้ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้น เพื่อปรับพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนในผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและกำลังใจในการดำรงชีวิตนั้น พบว่า พยายาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับผู้ที่ต้องการปกปิดความลับของตนเองนั้น เภสัชกรได้ยึดหลักเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยโดยปรับบริการให้แก่ผู้ป่วยรายนั้น ๆ เป็นพิเศษ เช่น ให้มารับยาในวันอื่น ๆ หรือยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยไม่ร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกโรคเอดส์

4. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางส่วนจึงต้องการมีบุตรเพื่อให้ชีวิตของตน “สมบูรณ์เหมือนคนทั่วไป” ความต้องการดัง

กล่าวเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างการเคารพเอกลิทธิในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ชน กับหน้าที่ของเภสัชกรในการปกป้องผู้เกี่ยวข้อง เช่น คู่สมรสของผู้ป่วย (ที่อาจติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ตาม) ตัวผู้ป่วยเอง และเด็กที่จะเกิดมา ให้ปลอดภัยจากโรค ตัวเภสัชกรเองมีแนวโน้มที่ไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตาม ในท้ายที่สุด ผู้ให้ข้อมูลเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และเห็นว่า ผู้ป่วยไม่ควร “แอบตั้งครรภ์” แต่ควรมาปรึกษาก่อนเสมอ เพราะเภสัชกรต้องตรวจสอบสูตรยาที่ผู้ป่วยใช้ว่า มีผลต่อทารกในครรภ์หรือไม่ รวมถึงดูแลให้มารดาได้รับยาสูตรที่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

5. ความลับของผู้ป่วย

ปัญหาจริยธรรมในเรื่องความลับผู้ป่วยมักเกิดเมื่อการปกปิดความลับของผู้ป่วยซึ่งถือว่า เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี และเป็นข้อบัญญัติในจรรยาบรรณวิชาชีพนั้นขัดกับหน้าที่ของเภสัชกรในการปกป้องผู้อื่นไม่ให้ติดเชื้อจากผู้ป่วย กรณีดังกล่าวเกิดเมื่อผู้ป่วยบอกเภสัชกรว่า กำลังจะแต่งงานกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ หรือเมื่อคู่สมรส คู่นอน หรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยไม่ทราบสถานะภาพติดเชื้อของผู้ป่วย หรือเมื่อคู่สมรสสงสัยและพยายามสอบถามเภสัชกรว่า ภรรยาของตนทานยาอะไรอยู่ หรือเมื่อมีผู้สัมผัสกับเลือดของผู้ป่วย ดังกรณีตัวอย่างดังนี้

“....สถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์คนหนึ่งโดนฟันในหมู่บ้าน ก็มีชาวบ้านและทหารหลายคนมาช่วยเช็ดเลือด ห้ามเลือด ปัญหาคือ คนที่ไปช่วยผู้ป่วยไม่รู้ว่า ตัวเองเสี่ยงต่อโรคเอดส์ หนึ่งในนั้นเป็นแม่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลท่านหนึ่งซึ่งเขาทราบว่า ผู้ป่วยเป็นเอดส์ จึงพาแม่และเพื่อนสนิทของแม่มาตรวจเลือด และมาปรึกษาเราว่าควรทำอย่างไรดีเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ๆ..... เพราะถ้าแจ้งว่าคนที่คุณไปช่วยเป็นเอดส์นะ ก็จะมีปัญหาจริยธรรมเพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วย ไม่ควรเปิดเผย แต่อีกแง่หนึ่งสำหรับคนที่ไปช่วยผู้ป่วยเขาก็มีสิทธิที่จะรับรู้ความเสี่ยงนี้ แล้วเราควรทำอย่างไรดีจึงจะไม่กระทบทั้งสองฝ่าย.... สำหรับกลุ่มทหารที่来帮助ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพราะไม่รู้ว่าใคร เราปรึกษาแพทย์ว่าควรทำอย่างไรดี แพทย์บอกว่าเป็นสิทธิของคนที่ไปช่วยควรได้รับการป้องกัน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แต่ในขณะนี้ทางโรงพยาบาลก็ยังไม่ได้นำเนินการแต่อย่างใด”

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า กรณีที่คู่สมรส คู่นอน หรือผู้ที่กำลังจะแต่งงานกับผู้ป่วยไม่ทราบเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วย เภสัชกรจะไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยอ้างเหตุผลเรื่องสิทธิส่วนบุคคล แต่จะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเองในการเปิดเผย เภสัชกรจะพยายามอธิบายข้อดีของการเปิดเผย เช่น ช่วยให้ได้ไม่ต้องแอบกินยา ทำให้รักษาได้อย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง สามารถป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้ติดเชื้อหรือให้ความร่วมมือในการคุมกำเนิด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายใช้กระบวนการกลุ่มโดยให้ผู้ที่เคยมีปัญหาขึ้นมาให้คำปรึกษากับผู้ป่วย การแก้ปัญหานี้มักอาศัยความช่วยเหลือของพยาบาลที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ กรณีที่เภสัชกรถูกรบเร้ามาก ๆ จากบุคคลอื่น (เช่น ภรรยาของผู้ป่วย) ให้เปิดเผยภาวะโรคของผู้ป่วย เภสัชกรมักให้บุคคลดังกล่าวสอบถามจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเอง

ปัญหาจริยธรรมในเรื่องนี้ยังเกิดในกรณีที่เภสัชกรไม่อาจจัดบริการให้ดีที่สุดเพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น บางครั้งที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก (โรคทั่วไป) มีจำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอกับการบริการ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมาช่วยจ่ายยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในที่เดียวกัน แทนที่จะบริการในคลินิกเฉพาะแยกออกมา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลัวว่าคนอื่น ๆ จะรู้ความลับ และเภสัชกรเองก็ไม่สามารถให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

6. การบอกความจริงเรื่องโรคแก่ผู้ป่วย

ปัญหาเรื่องการบอกความจริงที่พบในการวิจัยนี้เกิดกับผู้ป่วยเด็กสองราย (10 ขวบและ 15 ขวบ) ที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร ปัญหาจริยธรรมเกิดจากการที่เภสัชกรลืงเลว่า เด็กมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่ในการรับกับความจริง แต่การรับรู้เรื่องโรคมีความจำเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการกินยา และเริ่มเบื่อการกินยา หากไม่รีบแก้ปัญหาก็จะสร้างปัญหาใหม่คือ เชื้อดื้อยาได้ ผู้ให้ข้อมูลยึดติดกับปัญหานี้ และกล่าวว่า “...เป็นปัญหาที่ติดติดเหมือนกัน เพราะนึกว่าถ้าเป็นลูกของเรา เราก็คงไม่กล้าบอกเหมือนกัน” ผู้ให้ข้อมูลแก้ปัญหาโดยอธิบายเหตุผลให้แม่ของเด็กเข้าใจว่า ทำไมต้องบอกความจริงให้เด็ก

ทราบ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้คำปรึกษาในประเด็นนี้

การอภิปรายและสรุปผล

ผู้ให้ข้อมูล 16 คนจากทั้งหมด 17 คน ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมภายหลังจบการศึกษา แสดงว่าวิธีการจัดการปัญหาจริยธรรมของเภสัชกรเกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/บุคลากรอื่น ๆ จากข้อมูลเห็นได้ชัดว่า การแก้ไขปัญหาจริยธรรมมักทำร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ หรือผู้ป่วย เช่น การเจรจาระหว่างแพทย์และเภสัชกรในเรื่องแผนการรักษา การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาจริยธรรม เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยบอกความจริงเรื่องโรคของตนต่อผู้สมรส หรือให้แม่บอกความจริงเรื่องโรคต่อผู้ป่วยที่เป็นบุตร เป็นต้น

นอกจากนี้ จากคำสัมภาษณ์จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การตัดสินใจแก้ปัญหาของเภสัชกรมักอิงเหตุผลทางคลินิกและหลักทางจริยศาสตร์ (แม้ผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้กล่าวโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางจริยศาสตร์ก็ตาม) แต่เหตุผลทางกฎหมายถูกหยิบยกมาอ้างอิงน้อยมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่วิชากรกฎหมายและจริยธรรมของคณะเภสัชศาสตร์มักเน้นในเรื่องกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง สิทธิบัตรยา ฯลฯ) และจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพทั่วไป เช่น การแขวนป้าย จรรยาบรรณการส่งเสริมการขาย เป็นต้น นั่นคือ แม้ว่าวิชาชีพเภสัชกรรมได้ปรับบทบาทของตนจากการเน้นที่ผลิตภัณฑ์ไปยังการเน้นทางผู้ป่วยอย่างมากแล้ว แต่เนื้อหาการสอนเรื่องกฎหมายและจริยธรรมยังคงเน้นในเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพเช่นเดิม ลักษณะเช่นนี้ควรได้รับการปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่เภสัชกรในอนาคต

การศึกษานี้พบ ประเด็นจริยธรรม 6 กลุ่มในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประเภทของปัญหาไม่ได้ขึ้นกับขนาดโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพศหรือศาสนาของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาที่พบบ่อยมีดังนี้

1) ปัญหาการจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ซึ่งเภสัชกรคิดว่าอาจไม่ใช่วิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เกิดเมื่อแพทย์และเภสัชกรตัดสินใจโดยไม่ให้ความสำคัญกับประเด็นที่ต่างกัน เช่น ในผู้ป่วยบางราย แพทย์อาจให้ความสำคัญเรื่องอาการ

ข้างเคียง ส่วนเภสัชกรให้ความสำคัญกับการดื้อยา ทั้งหมดนี้สะท้อนลักษณะการประกอบโรคศิลปะที่ต้องใช้วิจารณญาณส่วนบุคคลทางวิชาชีพ แม้ว่าจะมีแนวทางการรักษากำหนดไว้แล้วก็ตาม เภสัชกรแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อเจรจากับแพทย์ผู้ตัดสินใจ แต่การตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นอยู่กับแพทย์

2) ปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสและยาที่เกี่ยวข้องมีทั้ง การเข้าไม่ถึงยาต้านไวรัสเลยเพราะข้อกำหนดของสิทธิหรือการปฏิเสธการรักษา การเข้าไม่ถึงยาบางตัวซึ่งจำเป็นและการเข้าถึงยาที่มีความลำบาก ข้อกำหนดเรื่องการห้ามใช้สิทธินอกเขตตามกฎหมายประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยาต้านไวรัส ขณะที่กลุ่มสิทธิข้าราชการนั้น ไม่พบปัญหาดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลมักแก้ปัญหาพร้อมกับทีมรักษาโดยยึดหลักความกรุณา คือยอมละเมิดกฎเกณฑ์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจ่ายเงินเองน้อยที่สุดหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น นำยาจากที่ได้จากสิทธิประกันสุขภาพอื่นมาใช้ แต่ก็ได้พยายามลดความเสียหายต่อระบบให้น้อยที่สุด เช่น ให้ยาตัวที่โรงพยาบาลไม่มีปัญหาการขาดยา การให้ยาฟรีเฉพาะระยะสั้น ๆ และเร่งการแก้ไขสิทธิให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ผู้ป่วยบางส่วนแม้มีสิทธิเข้าถึงยา แต่ถูกปฏิเสธการรักษา เพราะทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การไม่ให้ยาแก่ผู้ป่วยต่างตัวที่อาจใช้ยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง และอาจก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิเข้าถึงยาอย่างครบถ้วน แต่บางครั้ง ข้อกำหนดของโรงพยาบาลมีผลทำให้การเข้าถึงยาอย่างเพียงพอมีความยากลำบาก เช่น ข้อกำหนดเรื่องปริมาณยาที่จะได้รับต่อครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับยาบ่อย กว่าที่ผู้ป่วยบางรายจะทำได้ หรือการทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาลำบากเพื่อประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ร่วมมือกับการรักษาให้มากขึ้น

3) ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการใช้ยาหรือมารับบริการตามนัดจัดเป็นปัญหาจริยธรรมที่พบประเภทหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลพยายามแก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหา เช่น ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ใจใช้ยาเกิดความลำบาก โดยต้องมารับยาบ่อยครั้งขึ้นเป็นการชั่วคราวจนกว่าจะปรับพฤติกรรมสำเร็จ การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ขาดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค ตลอดจนการจัดบริการรับยาให้ผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลัวความ

ลับของตนจะถูกเปิดเผย

4) ปัญหาสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เกิดเมื่อผู้ป่วยต้องการมีบุตร เกสซกรรมมีแนวโน้มที่ไม่สนับสนุนความคิดดังกล่าว แต่ก็เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย และร่วมมือกับบุคลากรอื่น ๆ ในการดูแลความปลอดภัยของมารดาที่อุ้มครรภ์และทารกในครรภ์

5) ปัญหาเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยเกิดเมื่อคู่สมรสหรือผู้สัมผัสกับเลือดของผู้ป่วยไม่ทราบสถานะภาพการติดเชื้อของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลมักทำงานร่วมมือกับบุคลากรอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องโรคต่อคู่สมรสเอง

6) ปัญหาการบอกความจริงเรื่องโรคแก่ผู้ป่วยเด็กนั้น ผู้ให้ข้อมูลแก้ปัญหาโดยอธิบายเหตุผลให้แม่ของเด็กเข้าใจว่า ทำไมต้องบอกความจริงให้เด็กทราบ และให้แม่เป็นผู้แจ้งต่อเด็กเอง โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาในประเด็นนี้

ปัญหาที่เกสซกรรมพบมีลักษณะที่ต่างจากปัญหาที่วิชาชีพพยาบาลพบ (4,5) เนื่องด้วยลักษณะงานที่แตกต่าง เช่น พยาบาลบางส่วนหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย เพราะกลัวการติดโรคจากกระบวนการรักษาผู้ป่วย (เช่นการเจาะเลือด ทำแผล ฯลฯ) (5) แต่เกสซกรรมในการศึกษานี้ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องความกลัวในโรคของผู้ป่วยหรือความต้องการหลีกเลี่ยงผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะลักษณะงานของเกสซกรรมไม่ได้ทำให้เสี่ยงต่อการติดโรค หรือผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเลือกทำหน้าที่ในการดูแลตัวอย่างกลุ่มนี้ จึงไม่เกิดความต้องการหลีกเลี่ยงหรือกลัวผู้ป่วย หรืออาจเกิดจากการที่ทัศนคติต่อโรคนี้ได้เปลี่ยนไป การศึกษาในปัจจุบันจึงไม่พบปัญหานี้

ในเกสซกรรมยังไม่พบปัญหาการตรวจเลือดผู้ป่วยหาเชื้อโดยไม่แจ้งผู้ป่วย หรือการรักษาในหอผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะขั้นตอนการวินิจฉัยและการตัดสินใจรักษาในหอผู้ป่วยไม่ได้สัมพันธ์กับงานของเกสซกรรมมากนัก ส่วนปัญหาการให้การรักษาที่ไม่เท่าเทียมกับโรคอื่น หรือการปฏิเสธผู้ป่วยของพยาบาลเกิดจากทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย (4,5) แต่ในเกสซกรรม ปัญหาดังกล่าวเกิดจากทัศนคติเชิงลบร่วมกับการชั่งข้อดีและข้อเสียของการรักษา หรือข้อกำหนดตามกฎหมาย เช่น การให้ยาแก่ผู้มีแนวโน้มจะไม่ร่วมมือในการรักษาจะก่อเชื้อดื้อยา เกสซกรรมจึงตัดสินใจปฏิเสธการรักษา ส่วนปัญหาที่เกสซกรรมและพยาบาลพบ

เหมือนกัน คือ การรักษาความลับผู้ป่วยและความไม่ร่วมมือในการรักษา

ลักษณะของปัญหาที่ต่างกันระหว่างวิชาชีพพยาบาลเกิดจากเวลาในการทำวิจัย งานวิจัยในวิชาชีพพยาบาลของประเทศไทยทำในปี พ.ศ. 2539 แต่การศึกษานี้ทำในปี พ.ศ. 2552 การเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ผ่านมาในเรื่องเทคโนโลยีการรักษา (เช่น ยา) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (เช่น การประชาสัมพันธ์ไม่ให้รังเกียจผู้ป่วย) และการมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมยาต้านไวรัส ทำให้ธรรมชาติของปัญหาจริยธรรมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่น ทำให้โรคเอดส์กลายเป็นโรคเรื้อรัง และความเกลียดและกลัวโรคโดยสังคมลดน้อยลงมาก

วิธีการแก้ไขปัญหของเกสซกรรมโดยมาก มักใช้ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพแบบไม่เป็นทางการ หรือเป็นแบบเฉพาะกิจ บางครั้งครอบครัวผู้ป่วยก็มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาจริยธรรมที่พบ ดังนั้น ในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือพบปัญหาจริยธรรมบ่อย อาจจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการรักษา (care ethics committee) ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพเพื่อให้คำแนะนำแก่บุคลากรที่ประสบปัญหาดังกล่าว ทำให้บุคลากรมีที่พึ่งพาเมื่อประสบปัญหาจริยธรรม และไม่เกิดความรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมมากเกินไป ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจมอบหมายหน้าที่ดังกล่าวแก่คณะกรรมการสหวิชาชีพที่มีอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สัมภาษณ์เกสซกรรมในโรงพยาบาลของรัฐทางภาคใต้เท่านั้น ในอนาคตควรมีการศึกษาปัญหาจริยธรรมที่เกสซกรรมในโรงพยาบาลเอกชนและเกสซกรรมในภาคอื่น ๆ พบ ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลเอกชนโดยมากเป็นธุรกิจที่มุ่งหากำไร จึงมีวัตถุประสงค์ที่ต่างจากโรงพยาบาลของรัฐ ปัญหาที่พบก็อาจมีความแตกต่าง ความแตกต่างกันของวัฒนธรรมในแต่ละภาคก็อาจกระทบต่อธรรมชาติของปัญหาจริยธรรม

โรงพยาบาลควรจัดให้มีการฝึกประสบการณ์/ทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมขณะปฏิบัติงาน เช่น จัดให้มีการเยี่ยมตรวจทางด้านจริยธรรม (ethics rounds) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับเกสซกรรมในการฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อใช้กับสถานการณ์ที่อาจจะต้องเผชิญในอนาคตได้ หัวหน้าฝ่ายหรือกลุ่มงานเกสซกรรมควรส่งเสริม และสนับสนุนให้เกสซกรรมได้มีโอกาส

เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ในเรื่อง ประเด็นจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้คณะเภสัชศาสตร์ควรเพิ่มเนื้อหาการสอนด้านจริยธรรมทางคลินิกเพื่อให้ นักศึกษามีความรู้และได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากขึ้น

การศึกษาในอนาคตควรมุ่งค้นหาว่า เภสัชกรมีทักษะการตัดสินใจทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ มากน้อยเพียงใด หรือปัจจัยใดมีผลต่อทักษะดังกล่าว นอกจากนี้ ยังควรมีการศึกษาปัญหาจริยธรรมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ หรือปัญหาในเภสัชกรสาขาอื่น ๆ เช่น เภสัชกรชุมชน เภสัชกรการตลาด เภสัชกรสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น เพราะมีข้อมูลน้อยมากทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถของเภสัชกรในเรื่องนี้

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย ทั้งผู้ให้ข้อมูล ผู้ประสานงานในขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดจนคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณทุกฝ่าย ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553. หน้า 89-94.
2. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์:การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
3. พจนา วิภามาศ. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
4. อรัญญา เชาวลิต, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์:

พันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2539; 16:14-22.

5. Chaowalit A. Development and psychometric evaluation of the Ethical Issues Scale (ELS) for HIV/AIDS patient care in Thailand [dissertation]. Boston: Boston College School of Nursing; 1997.
6. Moatti JP, Souvilleavb M, Obadia Y, Morinaa M, Sebbahd R, Gambye T, et al. Ethical dilemmas in care for HIV infection among French general practitioners. Health Policy 1995; 31:197-210.
7. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The Scope of pharmacy ethics—an evaluation of the international research literature, 1990–2002. Soc Sci Med 2004; 58: 2383–96.
8. NHS Executive. Reducing mother to baby transmission of HIV (HSC 1999/183). London: Department of Health, 1999.
9. Powell SK. Case management: A practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott; 2000.
10. Mile MB, Huberman A.M. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
11. Lerkiatbundit S, Borry P. Moral distress part I: critical literature review on definition, magnitude, antecedents and consequences. Thai Journal of Pharmacy Practice 2009;1: 3-11.

Ethical Decision Making among Pharmacists Providing Care for HIV/AIDS Patients

Suchada Detnambancha¹, Sanguan Lerkiatbundit²

¹Department of Pharmacy, Sungaigolok Hospital, Narathiwat

²Department of Pharmacy Administration, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To investigate the ethical dilemmas faced by pharmacists on the provision of care for HIV/AIDS patients.

Methods: The study was qualitative research employing in depth interviewing to collect the ethical dilemmas in the provision of care for these patients, from 17 pharmacists with at least 3 years of experiences with the patients. **Results:**

Sixteen informants from the total of 17 had never attended any training on ethics in pharmacy practice after graduation. The ethical issues faced by pharmacists on the provision of care for HIV/AIDS patients can be categorized into 6 domains namely; 1. dispensing of the treatment prescribed by the physician which the pharmacists consider not the best option for the patients, 2.inaccessibility to antiviral drugs and related medication because of the restrictive requirement of health plan, no coverage for some needed medications, being rejected for treatment, or rules set by the hospitals as barriers to medication, 3 nonadherence among patients and caregivers in medication taking and care receiving, 4. reproductive rights or the decision to have a child, 5. the protection of patient's confidentiality from the others who were not unaware of patient's infection such as partners, the person who was going to marry the patient or the others who accidentally contacted with patient's blood, 6. telling the truth about the disease to minor patients who were bored with medication taking and noncompliant. **Conclusion:** The findings on the ethical issues faced by the pharmacists identified in this study is useful for faculty of pharmacy and pharmacy directors at various levels as a foundation to develop materials for training the pharmacists' ethical decision making skills on the provision of care for HIV/AIDS patients.

Key words: ethical dilemmas, ethical decision making, pharmacy ethics, HIV/AIDS patients