

9

อำนาจและความรู้กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต

Power and Knowledge with the Right to Refuse Treatment
at the Terminal Stage of Life

ร่มธง สินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร

Romthong Sinthuprasit and Apirat Kangsadanpor





อำนาจและความรู้ กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต²

Power and Knowledge with the Right to Refuse Treatment
at the Terminal Stage of Life

Received : April 20, 2019

Revised : May 21, 2019

Accepted : May 23, 2019

ร่มธง ลินธูประสิทธิ์³ และ อภิรัตน์ กังสดารพร⁴

Romthong Sinthuprasit and Apirat Kangsadanpor

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีที่มาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดในการใช้อำนาจและความรู้ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและเพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรง แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย พยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย รวมทั้งหมด 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาผลการวิจัยพบว่าสังคมไทยมีวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งไปสู่กระบวนการรักษาเพื่อยืดความตายออกไปให้นานที่สุด อำนาจและความรู้ในการรักษาได้จัดกระทำผ่านศาสตร์เฉพาะทาง และผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์มาเป็นเวลานาน ความเชี่ยวชาญดังกล่าวก่อให้เกิดความจำเป็นต่อการรักษา ซึ่งอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและนำไปสู่ความสูญเสียเปล่าทางการแพทย์ได้ ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านเห็นด้วยกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ แต่แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์มีข้อสงสัยต่อรายละเอียดบางคำในหนังสือแสดงเจตนา เช่น “ไม่รู้สึกร่างกายอย่างถาวร” ดังนั้นการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคองการให้นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องและการแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้เรื่องการเขียนหนังสือแสดงเจตนาจะช่วยให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

คำสำคัญ : อำนาจและความรู้; การปฏิเสธการรักษา; วาระสุดท้ายของชีวิต

¹อำนาจและความรู้ตามแนวคิดทางสังคมวิทยาของมิเชล ฟูโกต์ อันเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของแพทย์ จริยธรรมทางการแพทย์ และการรับรู้ของแพทย์ต่อสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

²บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “อำนาจและความรู้กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2560

³วิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต 111/123 หมู่ 23 หมู่บ้านชลลดา ถนนคำไฮ-หนองโคต ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทรฯ : 089-888-9852 E-mail : qoodoctor@gmail.com

⁴วิทยาลัยนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 อาคาร 3 ชั้น 1 ถ.พหลโยธิน 87 ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 โทรฯ : 063-995-2645

E-mail : apirat.k@rsu.ac.th

Abstract

This research article derived from a qualitative research. The objectives of this research were to 1) analyze the concept of using the doctors' power and knowledge in treating patients who were at the terminal stage of life, and 2) analyze the guidelines for treating patients who were at the terminal stage of life. The data for this research received from six key informants: an experienced physician, a physician, a nurse, a patient and a patient relative through in-depth interviews. The phenomenological data analysis was used for data analysis. The results found that the medical culture in Thailand aimed to extend the patient's life as long as possible. The power and knowledge of the physicians have been conducted through specialized medical fields and through medical social institutions for a long time. Such expertise makes patients succumb to treatments that may not be needed and lead to medical futility. All interviewees agreed with Section 12 of the National Health Act, B.E. 2550 that a person shall have the right to make a living will in writing to refuse the public health service which is provided merely to prolong his/her terminal stage of life or to make a living will to refuse the service as to cease the severe suffering from illness. But the physicians who were interviewed in this research were in doubt and needed the clarification about the details written in the living will, for example the definition of the words "permanent unconsciousness". Therefore, in terms of the development of a palliative care system, it provided the operational definitions of the related terms, and educated patients about the right to make a living will in writing which could be the guidelines for treating patients who were in the terminal stage of life.

Keywords : Power and Knowledge; Refuse Treatment; Terminal Stage of Life

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้แพทย์สามารถยืดระยะเวลาการเสียชีวิตของผู้ป่วยบางรายออกไปได้ แม้จะไม่มีทางรักษาผู้ป่วยรายนั้นให้กลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเดิม จึงทำให้เกิดข้อคิดเห็นว่าการยืดชีวิตผู้ป่วยเช่นนั้นเป็นการรักษาที่สูญเปล่า แทนที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบสุขอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นโดยใช้เหตุ จึงได้มีการเรียกร้องให้บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกไม่ให้มีการยืดชีวิตตนเองเมื่อเจ็บป่วยระยะสุดท้ายเพื่อยุติความทรมานและไม่เป็นการสร้างภาระแก่สมาชิกในครอบครัวสำหรับประเทศไทย ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (2553 : 6) มาตรา 12 ซึ่งอนุญาตให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาแล้วให้ถือว่าพ้นจากความรับผิดชอบ และต่อมาได้มีการประกาศกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 (2553 : 18-22) ซึ่งระบุรายละเอียดไว้ว่า "วาระสุดท้ายของชีวิต" หมายถึง ภาวะอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง รวมถึงมีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรซึ่งการปฏิบัติตามกฎกระทรวงไม่ถือว่าเป็นการทอดทิ้งผู้ป่วยที่พึ่งตนเองไม่ได้ เนื่องจากแพทย์ยังให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา

แต่ปัจจุบันพบว่าคนไทยเพียงส่วนน้อยที่มีความเข้าใจเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา กิตติพงษ์ อรุณพัฒน์พงศ์ (2560) ได้กล่าวถึงการทำความเข้าใจต่อพินัยกรรมชีวิตไว้ว่า มีคนไทยไม่ถึงร้อยละ 1 ที่เข้าใจเรื่องนี้ กลุ่มที่ทำความเข้าใจเรื่องนี้ได้ยากที่สุด คือ ญาติและแพทย์ ตามลำดับ ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนเรื่องความคิด ส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปล่อยวางได้บ้างแล้ว พอให้ความรู้ไปจึงเปิดรับได้โดยง่าย นอกจากนี้ ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์ (2559 : 96) ได้ให้ข้อมูลเรื่องการสำรวจการรับรู้และความเข้าใจ



ของแพทย์จำนวน 101 ตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วประเทศที่มีต่อเจตนาธรรมณ์ของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 74.3 ยังคงรับรู้น้อยหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อย เมื่อเทียบกับร้อยละ 3.8 ที่มีระดับการรับรู้มากในเรื่องนี้

จากประเด็นที่ได้นำเสนอข้างต้นเป็นที่น่าสนใจว่า ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีสภาวะทางกายหรือมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองนั้น ได้เกิดมุมมองที่เปรียบเทียบในด้านทั้งสองของเหรียญเดียวกัน ด้านหนึ่งคือ อำนาจและความรู้ของแพทย์ที่ครอบงำแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยมีองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่มีรูปแบบเฉพาะทางมีเจตจำนงเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีชีวิตรอดด้วยการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่วนอีกด้านหนึ่งคือ สิทธิของผู้ป่วยที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลต่อตนเองเมื่อตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัญหาที่เป็นข้อท้าทายคือ การรักษาของแพทย์สามารถดำเนินการได้มากเพียงใดและอย่างไร ท่ามกลางความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย อีกทั้งข้อท้าทายดังกล่าวจะกระทบต่อจริยธรรมที่มีต่อชีวิตมนุษย์และจรรยาบรรณทางการแพทย์อย่างไร นอกจากนี้ยังมีคำถามเกิดขึ้นว่า การรับรู้ต่อสิทธิของผู้ป่วยที่จะสามารถจัดการกับระดับของการรักษาพยาบาลต่อตนเองนั้นในสังคมปัจจุบันมีมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะไม่กระทบต่ออีกด้านของเหรียญ นั่นคือ จรรยาบรรณและความปรารถนาดีของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้อำนาจและความรู้ตามแนวคิดทางสังคมวิทยาของ มิเชล ฟูโกต์ อันเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของแพทย์ จริยธรรมทางการแพทย์ และการรับรู้ของแพทย์ต่อสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อศึกษาแนวทางและการจัดการที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

อำนาจและความรู้

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault : พ.ศ. 2469-2527) ได้เสนอความคิดหลายประเด็นที่ทะลายนามเชื่อและทฤษฎีทางสังคมที่ยึดถือกันมาแต่เดิม หนึ่งในการวิเคราะห์ที่สำคัญของฟูโกต์คือ การวิเคราะห์รูปลักษณ์หรือเรือนร่างของความรู้ในความสัมพันธ์กับอำนาจ ฟูโกต์มีมุมมองว่าอำนาจคือพลังควบคุมบังคับอันหยั่งรากลึกอยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคม อำนาจเป็นตัวสร้างความรู้และสัมพันธ์กับร่างกาย ในขณะเดียวกัน ความรู้ก็เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับอำนาจเพราะความรู้ทำให้มีอำนาจ แล้วรอบความรู้ของแต่ละยุคสมัยก็ทำให้เกิดวาทกรรม (discourse) ขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นศาสตร์ที่มีความเฉพาะทาง มีแนวทางการรักษา เครื่องมือ และวัสดุภัณฑ์ทางการแพทย์มากมาย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ จึงอาจมีการให้การรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ สภาวะการณ์เช่นนี้ในหลักของการวิเคราะห์อำนาจและความรู้ ชุดที่จัดกระทำโดยความรู้ทางด้านการแพทย์ในฐานะวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เป็นการดูแลตามแนวทางการแพทย์ที่จัดกระทำผ่านศาสตร์เฉพาะทาง ความรู้เช่นนี้มีไม่เพียงเกิด หากแต่ผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์มาเป็นเวลานาน ความเชี่ยวชาญเช่นนี้ก่อให้เกิดความจำนนต่อความรู้ที่ผ่านสถาบันทางสังคมซึ่งตอกย้ำให้ความรู้ทางด้านการแพทย์ยิ่งแข็งแกร่งมากขึ้น อีกทั้งความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นความรู้ที่อยู่ในการรักษาตามศาสตร์กระแสหลัก แม้ในระยะหลังจะเริ่มมีแนวทางอื่นเข้ามาใช้ในการดูแลรักษา แต่ก็ยังต้องอิงอยู่กับแนวคิดความรู้จากสถาบันทางสังคมทางการแพทย์

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554 : 32-33) ได้ให้รายละเอียดไว้ว่า ปัจจุบันทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าหมายถึง วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดครบถ้วนทั้งทางด้านกาย ใจ ปัญญา และสังคม การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช่ว่าการใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยืดความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่

เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยืดชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำในกรณีเดียวกันนั้นคือ เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เช่น ต้องการรอใครบางคนให้กลับมาพบกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของคนในครอบครัว เป็นต้น

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

กฎหมายฉบับนี้ได้รับรู้ไว้ว่าการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในเวลาต่อมา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558 : 8-12) ได้ให้รายละเอียดไว้ว่า มีการฟ้องศาลปกครองสูงสุดเพื่อขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 ผลสรุปว่าวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษายกฟ้อง เนื่องจากกฎกระทรวงไม่ได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ หมายถึง การปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลงโดยไม่ได้รับการรักษา หรือการใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิต แต่กฎกระทรวงกำหนดการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตายอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อมิให้ยื้อความตายอย่างสิ้นหวัง หรือทำให้ผู้ยื่นต้องทรมานจากการเจ็บป่วยดังนั้น แพทย์ที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาจึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา

จริยธรรมทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

Doyle and Woodruff (2013) ได้อธิบายถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์ว่ามีอยู่ 4 ประการ ได้แก่ หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence) คือ การดูแลรักษาด้วยสิ่งที่เป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดี และคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เสมอ หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) คือ การลดความเสี่ยงหรืออันตรายต่าง ๆ จากการรักษาหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy) คือ การยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งถือเป็นการยินยอมเจตนาของผู้ป่วยโดยปราศจากอคติของผู้ทำการรักษา และหลักความยุติธรรม (justice) คือ การให้บริการเพื่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและตามความจำเป็น ในประเด็นนี้ พรเลิศ ฉัตรแก้ว (2554 : 172-173) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การยินยอมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตไม่ถือว่าเป็นความผิดตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ เนื่องจากแพทย์ยังคงดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติ ไม่ควรไปเร่งหรือยืดการตาย แตกต่างจากการตั้งใจปล่อยหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรอันถือเป็นการุณยฆาต ซึ่งเป็นเรื่องผิดจริยธรรมตามประกาศของแพทย์สมาคมโลก และผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สังคมแพทยานูวัตร์ และความสูญเสียเปล่าทางการแพทย์

ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ (2559 : 86-103) ได้นำเสนอข้อมูลว่า ระบบสุขภาพและการแพทย์ของไทยช่วยให้คนบรรเทาทุกข์จากสุขภาพอันเป็นผลจากเจ็บป่วย จนกลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในการมุ่งเน้นการรักษาทางกาย และเป็นการรักษาที่ให้คุณค่ากับการยืดชีวิต สามารถเรียกกระบวนการแพทย์เช่นนี้ได้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์สมัยใหม่ (modern medicine) ระบบการแพทย์จึงมีคุณค่ามากต่อชีวิตมนุษย์จนพัฒนาเป็นวัฒนธรรมพึ่งพิงระบบการแพทย์ ทำให้สังคมไทยถูกจัดให้เป็นสังคมแพทยานูวัตร์ (medicalised society) ในความหมายที่ระบบการแพทย์นั้นมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยา เทคโนโลยี และโรงพยาบาลที่ทันสมัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ได้ช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพื่อเอาชนะโรคให้ได้มากที่สุดและนานที่สุด ซึ่งอาจเรียกได้ว่าการแพทย์แบบมุ่งรักษาให้หายจากโรค (curative mode of medicine) ด้วยความคุ้นชินดังกล่าวผู้ป่วยจึงถูกนำไปสู่การสร้างความคิดหวังที่เกินจริงต่อระบบสุขภาพแบบมุ่งรักษาให้หายจากโรค จน



ท้ายที่สุดอาจนำไปสู่ความสูญเสียค่าทางการแพทย์ (medical futility) ในกรณีของการใช้ยาเกินจำเป็น หรือการยืดความตายให้ยาวนานออกไปโดยสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างไรก็ตามฉันหนา หมอกเจอร์ฟงส์ (2559 : 76-84) ได้ให้ข้อมูลไว้ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง โดยทั่วไปผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น การยอมรับความตายเป็นสิ่งที่ยาก การนิยามว่าการรักษาใดเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์หรือเป็นความสูญเสียค่าทางการแพทย์ก็เป็นสิ่งที่ยากเช่นกัน เพราะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย เช่น ความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายภาวะของโรคเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การรักษานั้นมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลือจะดีหรือไม่ การพยากรณ์โรคนั้นดีหรือไม่ ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต สภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติความพร้อมและการยอมรับในการเผชิญหน้ากับความตายของทั้งผู้ป่วยและญาติ ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษา เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องลำดับแรก เรื่อง มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดย สฤชต์ กิ่งแสง (2557) ศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยจากเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง 15 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีความเห็นทางบวกในการยอมรับต่อการปล่อยให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเสียชีวิตอย่างสงบ โดยให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานจากความเจ็บปวด และสามารถช่วยประหยัดทรัพยากรให้ไปใช้กับผู้ป่วยอื่นได้ สำหรับแพทย์มีท่าทีในทางลบต่อการยอมรับ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำเมื่อผู้ป่วยสมัครใจหรือไม่รู้สึกตัว เนื่องจากอาจมีความผิดทางอาญฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย และเป็นการผิดศีลธรรมไม่สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพ สำหรับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย นักกฎหมายส่วนใหญ่ยอมรับที่จะให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในกรณีที่ทำให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้แพทย์ให้อาหารทางสายยาง ไม่ให้แพทย์รักษาโรคแทรกซ้อน และให้แพทย์ยุติการรักษา แต่ยังคงให้ยาบรรเทาปวดในปริมาณที่สามารถลดความปวดได้ แม้ว่าอาจทำให้ผู้ป่วยตายในเวลาต่อมาก็ตาม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องลำดับถัดไปเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายโดย นภัส คำนวน (2558) ศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยจากเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ผลการวิจัยพบว่า เมื่อบุคคลใช้สิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ และประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไปไม่ได้ยกเว้นความ ทำให้แพทย์บางคนไม่กล้าเสี่ยงที่จะยุติการรักษาผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรืออยู่ในภาวะสมองตายแล้วก็ตาม แต่แพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า หากผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้หรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง การยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ขัดต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

หากเชื่อมโยงทฤษฎีในส่วนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องเข้ากับทฤษฎีในส่วนของจริยธรรมทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะพบว่างานวิจัยนี้วางอยู่บนมาตรการทางกฎหมายในบทบัญญัติมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีความขัดแย้งต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เนื่องจากมีการกำหนดรายละเอียดไว้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่นำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันสั้นอยู่แล้ว โดยจากทฤษฎีในส่วนของ การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะเห็นได้ว่า แพทย์ไม่ได้ปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยไม่ได้รับการรักษา ไม่มีการใช้ยาหรืออุปกรณ์เพื่อยืดชีวิตโดยตรง จึงถือว่าไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา แต่จากข้อมูลปัจจุบันกลับพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังรังเกียจและเข้าใจเจตนาของมาตรา 12 นี้ในระดับที่น้อยอยู่เมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีในส่วนของอำนาจและความรู้จึงมีแนวคิดว่า อาจจะมีอำนาจและความรู้อันมีผลต่อวิถีคิดของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและแพทย์ผู้รักษางานวิจัยนี้จึงวางอยู่บนกรอบแนวคิดที่จะแสวงหารูปแบบของอำนาจและความรู้นั้น รวมถึงแสวงหาความเกี่ยวข้องของสถาบันทางสังคมที่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการให้โอกาสในการตัดสินใจของผู้ป่วย

ด้วยกรอบแนวคิดการวิจัยดังกล่าว จะทำให้ทราบถึงการมาบรรจบกันของการจัดการที่เหมาะสมระหว่างการรักษาพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

งานวิจัยนี้พยายามเสนอให้เห็นภาพอย่างตรงไปตรงมาถึงวิธีคิดผ่านประวัติศาสตร์จำลองของการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การคลี่คลายให้เห็นอำนาจและความรู้ที่ครอบงำแนวทางการรักษาผู้ป่วยเช่นนี้ จะทำให้เข้าใจวิธีคิดจากศาสตร์เฉพาะทางของแพทย์ผู้รักษา ทั้งยังสะท้อนให้เห็นว่า อำนาจและความรู้ที่ครอบงำจากการสมยอมและการยอมรับอย่างสนิทใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยนั้นสามารถเป็นไปได้อย่างไรทั้งในแง่การต่อต้านและการตอบรับ งานวิจัยเรื่องนี้จึงวางกรอบแนวคิดโดยไม่ได้ปักหลักยืนอยู่ในมุมมองใดเพียงด้านเดียว เช่น มุมมองทางกฎหมายว่าแพทย์มีความผิดหรือไม่ผิด ถ้าผิดจะเข้าเกณฑ์มาตรากฎหมายใด เนื่องจากการวิจัยที่มองจากมุมมองใดเพียงด้านเดียวนั้น แม้จะได้คำตอบของคำถามการวิจัยแต่ก็อาจละเลยบางส่วนของวิธีคิดที่ฝังรากอยู่ในปัญหาทั้งปวง

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้หลักการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลหลักอันก่อให้เกิดทฤษฎีได้ โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) มีดังต่อไปนี้

1) แพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรง 2 คน เป็นแพทย์ผู้มีหน้าที่หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี ได้แก่ แพทย์รังสีรักษา 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการฉายแสง และอายุรแพทย์มะเร็งวิทยา 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ในแผนกอายุรกรรม

2) แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย 1 คน เป็นวิสัญญีแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตน้อยกว่าแพทย์ในกลุ่มที่หนึ่ง

3) พยาบาล 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง

4) ญาติผู้ป่วย 1 คน เป็นญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตคนอื่นด้วย

5) ผู้ป่วย 1 คน เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาสุดท้ายของโรคไตเรื้อรัง และสูญเสียความสามารถในการมองเห็น เคยปฏิเสธการรักษาตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนา ได้แก่ ปฏิเสธการกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการฟอกไต ปฏิเสธการใส่สายให้อาหารเข้าไปในกระเพาะอาหาร และปฏิเสธการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด (ขณะสัมภาษณ์อาการเป็นปกติแล้ว)

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 6 คน ซึ่งได้ทำแบบสัมภาษณ์แยกออกเป็น 5 แบบ ตามประเภทของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ความคิดเห็นเกี่ยวกับอำนาจและความรู้ที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายต่อชีวิต ส่วนที่สอง ความเข้าใจและการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ ที่พักของผู้เข้าร่วมวิจัยและร้านกาแฟ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 30-60 นาที ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยการสัมภาษณ์รวมทุกคนแล้วไม่เกิน 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัยนี้ จะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเน้นศึกษาลักษณะของปรากฏการณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและวิเคราะห์ประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เป็นการหาความหมายจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

อำนาจ และความรู้ที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า มีความแตกต่างในองค์ความรู้อย่างชัดเจนระหว่างในช่วงก่อนและหลังการเรียนเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง มีการใช้แบบประเมินเพื่อให้เป็นเครื่องมือสำหรับพิจารณาสถานะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ช่วยพยากรณ์โรคและช่วยติดตามการรักษา แม้จะยอมรับว่าปัจจุบันมีการแพทย์ทางเลือกแต่ก็ให้ความสำคัญต่อการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอันดับแรก สภาวะการณ์เช่นนี้ในหลักของการวิเคราะห์อำนาจและความรู้ ชุดที่จัดกระทำโดยความรู้ทางการแพทย์ในฐานะวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เป็นการดูแลในแนวทางการแพทย์ที่จัดกระทำผ่านศาสตร์เฉพาะทาง ซึ่งความรู้เช่นนี้มีใช้เพียงเกิด หากแต่ผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์มาเป็นเวลานาน นอกจากนี้ การที่แพทย์ให้สัมภาษณ์ว่าต้องประเมินผู้ป่วยก่อนว่าเป็นกลุ่มที่รักษาให้หายได้ (curable) หรือไม่ โดยใช้องค์ความรู้และศาสตร์การแพทย์เฉพาะทางที่ตนเองมี เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและให้ความสำคัญต่อการรักษาอย่างถึงที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยหาย แนวทางการรักษาที่ถูกจัดกระทำผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์ไทยมาเป็นเวลานานเช่นนี้ทำให้สังคมไทยถูกจัดให้เป็นสังคมแพทยานูวัตร์ในความหมายที่ระบบการแพทย์นั้นมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยา เทคโนโลยี และโรงพยาบาลที่ทันสมัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ได้ช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ ผ่านร่างกายที่มีฐานะเป็นเพียงสิ่งที่ถูกให้การรักษา และสถาบันทางสังคมทางการแพทย์ได้ผูกขาดการกำหนดชะตาชีวิตมนุษย์จนวาระสุดท้าย ส่งผลให้เกิดการให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อยืดอายุและยืดความตายออกไปให้นานที่สุด นำไปสู่การมีวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งไปสู่กระบวนการรักษาอย่างสุดความสามารถ ซึ่งอาจเรียกว่าการแพทย์แบบมุ่งรักษาให้หายจากโรค การที่แพทย์เป็นผู้มีบทบาทนำในกระบวนการรักษาเช่นนี้ หากมองในเชิงอำนาจก็นำไปสู่การตัดสินใจและการกำหนดแนวทางการรักษาจะพบว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นเจ้าของร่างกายและเป็นผู้รับผลจากการรักษากลับมีบทบาทน้อยและเป็นบทบาทของการเป็นผู้ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงมีลักษณะที่ขาดสมดุล

ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่ายินยอมปฏิบัติตามการรักษาที่แพทย์แนะนำ ในช่วงแรกที่ได้ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็จะขอลองรักษาเต็มที่ก่อน แม้โอกาสหายมีเพียงร้อยละ 1 ก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับระบบสุขภาพของไทย ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนมีทัศนคติที่จะฝากผีฝากไข้กับแพทย์และโรงพยาบาลอย่างเหนียวแน่นไม่ว่าจะป่วยมากหรือป่วยน้อย นั่นเป็นเพราะความเชื่อมั่นและความเชื่อใจที่คนไทยมีต่อระบบสุขภาพของประเทศ ความแข็งแรงของระบบการแพทย์ในภาพรวมส่งผลให้กลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในการมุ่งเน้นการรักษาทางกาย และเป็นการรักษาที่ให้คุณค่ากับการยืดชีวิต สามารถเรียกระบบการแพทย์เช่นนี้ได้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์สมัยใหม่สถาบันทางสังคมทางการแพทย์จึงมีคุณค่ามากต่อชีวิตมนุษย์จนพัฒนาเป็นวัฒนธรรมพึ่งพิงระบบการแพทย์ ผู้ป่วยถูกนำไปสู่การสร้างความคิดหวังที่เกินจริงต่อระบบสุขภาพแบบมุ่งรักษาให้หายจากโรค ต่อแพทย์ และต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง จนท้ายที่สุดอาจนำไปสู่ความสูญเปล่าทางการแพทย์ในกรณีของการใช้ยาเกินจำเป็น หรือการยืดความตายให้ยาวนานออกไปโดยสร้างความทุกข์ทรมานแก่ตัวผู้ป่วยเอง มีหน้าซ้ำ การรักษาที่ได้รับนั้นอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยก็เป็นได้ เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า มีกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเลือกรับการรักษาเพียงบางอย่างแต่กลับได้รับการรักษาที่ตนเองไม่ต้องการ ซึ่งพบได้บ่อยในกรณีที่ญาติเป็นผู้ขอให้แพทย์รักษา โดยเฉพาะญาติที่ไม่ได้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด

ญาติผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่า เห็นผู้ป่วยถูกใส่สายให้อาหารผ่านทางรูจมูก (nasogastric tube feeding) ทั้งๆ ที่ไม่ต้องการ เนื่องจากเกิดความเจ็บปวดเวลาถูกใส่ เมื่อผู้ป่วยพยายามจะดึงสายให้อาหารออกกลับต้องถูกพันธนาการมือไว้กับเสาเตียงด้วยความจำนนเพียงเพื่อไม่ให้ดึงสายให้อาหารนี้ จะเห็นได้ว่า การรักษาในแนวทางการแพทย์ที่จัดกระทำผ่านศาสตร์เฉพาะทาง และผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์มาเป็นเวลานานนั้น ความเชี่ยวชาญดังกล่าวก่อให้เกิดความจำนนต่อความรู้ที่ผ่านสถาบันทางสังคม และความจำนนต่อความรู้ที่ผ่านสถาบันทางสังคมเช่นนี้จะยิ่งตอกย้ำให้องค์ความรู้ทางการแพทย์แข็งแกร่งมากขึ้น ชุดอำนาจและความรู้ที่ครอบงำจากการสมยอมและการยอมรับอย่างสนิทใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จึงดำเนินไปด้วยการต่อต้าน และการตอบรับในเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม แพทย์และพยาบาลผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่ากรให้อาหารผ่านสายให้อาหารทั้งๆ ที่ผู้ป่วยนั้นไม่ต้องการใส่เนื่องจากความทรมาน ถือว่าไม่สอดคล้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และยังมีความเห็น

ว่าการทุ่มเทอย่างสุดความสามารถเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยนั้นไม่สามารถใช้ได้ทุกกรณี ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการรักษา แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ที่แพทย์และพยาบาลเห็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และถูกยื้อชีวิตโดยปราศจากคุณภาพชีวิต ทำให้มีการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จนกลายมาเป็นหน่วยงานหรือฝ่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในที่สุด ส่งผลให้เกิดเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองที่ค่อย ๆ เข้มแข็งขึ้น

อำนาจและความรู้ในมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล

ในงานวิจัยนี้สามารถพิจารณาได้ว่า อำนาจเป็นลักษณะภายในที่มีอยู่แล้วของความสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้ในวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ทำให้เกิดแนวคิดการวางระเบียบอย่างชอบธรรมต่อผู้ที่อยู่ในสังคม และพยายามที่จะค้นหาเครื่องหมายของสิ่งต่างๆ เช่น โรค เพื่อให้สามารถเกิดการเยียวยาและการทำให้กลับสู่หน้าที่ตามปกติ อำนาจยังถูกทำให้เข้มแข็งขึ้นและถูกทำให้ประสานกันจากสถาบันทั้งหลาย โดยสถาบันเหล่านี้เป็นสถานที่อันมีการอ้างความรู้ของสาขาวิชาต่าง ๆ ในกรณีนี้องค์ความรู้ทางการแพทย์จัดเป็นสถาบันทางสังคมที่ใช้อำนาจและความรู้จัดการต่อผู้ป่วย ส่วนสถาบันทางกฎหมายก็เป็นสถาบันทางสังคมที่มีอำนาจ และความรู้ต่อการจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเช่นกัน อย่างไรก็ตาม มีความท้าทายและช่องว่างที่ปรากฏอยู่ในวาทกรรมการแสดงเจตนาของผู้ป่วยตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งระบุให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยื้อการตายในวาระสุดท้ายของตน โดยสร้างทั้งเสียงคัดค้านและเสียงสนับสนุนที่นำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมทั้งในและนอกวงการสาธารณสุข ระบบการแพทย์แบบเก่าที่ฝังรากเป็นวัฒนธรรมสุขภาพถูกท้าทายด้วยแนวคิดใหม่ที่ว่า เมื่อบุคคลเป็นเจ้าของร่างกาย บุคคลจึงควรมีสิทธิในการกำหนดว่าตนเองจะต้องการหรือไม่ต้องการสิ่งใดเมื่อต้องเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแพทย์ต้องให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจต่อเจตนาของของผู้ป่วย

ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเห็นด้วย และยอมรับต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยและคิดว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ญาติผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสิ่งที่ดีมากที่สุดต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อญาติ ญาติจะได้เตรียมใจ และเตรียมการ ทั้งยังแจ้งว่าจะเขียนหนังสือแสดงเจตนาของตนเองด้วยความเต็มใจ ส่วนพยาบาลผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ควรมีการทำความเข้าใจให้ชัดเจนระหว่างแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยกับกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองว่า การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วยและไม่ได้เป็นการขัดขวางการรักษาหลัก นอกจากนี้ แพทย์และพยาบาลผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนได้ยืนยันว่า หากอยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับรายละเอียดในหนังสือแสดงเจตนา จะยังคงยอมรับและยินยอมปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น แม้ญาติผู้ป่วยจะมีความประสงค์ไม่ตรงกับเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ป่วยเขียนไว้ อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ยกตัวอย่างกรณีที่เป็นข้อกังขาและนำมาซึ่งคำถามต่อรายละเอียดในหนังสือแสดงเจตนา ดังต่อไปนี้

1) ผู้เขียนหนังสือแสดงเจตนาได้ระบุว่าถ้า “ไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย” ซึ่งหมายความว่าข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลยและมี “โอกาสน้อยมาก” ที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต แล้วต่อมาเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอาการไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย และเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกแต่เลือดออกไม่มาก ซึ่งหากรักษาถูกวิธีก็จะทำให้อาการดีขึ้นมากได้ แต่เมื่อแพทย์ท่านแรกที่ได้ตรวจเห็นว่าผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอ และไม่ได้ส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัดรักษา เพียงแค่ดูแลรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น เหตุการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้หรือไม่คำว่าโอกาสน้อยมากนี้หมายถึงเท่าใด ประมาณก็เปอร์เซ็นต์จึงจะเรียกว่าโอกาสน้อยมากได้ คำที่ปรากฏอยู่ในหนังสือแสดงเจตนาเหล่านี้ได้มีการกำหนดนิยามปฏิบัติการ (operational definition) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันแล้วหรือไม่

2) ผู้เขียนหนังสือแสดงเจตนาเป็นโรคติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองร่วมกับเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) ต่อมาผู้ป่วยซึมลงจนไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย ซึ่งในหนังสือแสดงเจตนาระบุไว้แล้วว่า จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่รับยาปฏิชีวนะ ทำให้เสียโอกาสในการรักษาผู้ป่วย ทั้งที่โรคเหล่านี้สามารถรักษาจนอาการดีขึ้นมากได้จากการได้รับยาปฏิชีวนะ เหตุการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้หรือไม่



3) ผู้เขียนหนังสือแสดงเจตนาเป็นโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม แต่ก่อนมะเร็งในปอดขนาดไม่ใหญ่ หากรักษาอย่างถูกวิธีแล้วการพยากรณ์โรคระบุว่าอาจมีชีวิตต่อได้อีกประมาณ 9 เดือน ต่อมาผู้ป่วยเป็นโรคปอดติดเชื้อแล้วมีอาการหอบ โดยในหนังสือแสดงเจตนาระบุไว้แล้วว่าจะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งในทางการแพทย์นั้นผู้ป่วยไม่ได้หอบจากมะเร็งลามไปที่ปอดแต่หอบจากภาวะปอดบวม หากใส่ท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะ และให้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยก็จะมีอาการดีขึ้นได้ เหตุการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้หรือไม่

แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีสภาวะทางกายหรือมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองนั้น ได้เกิดมุมมองที่เปรียบเสมือนด้านทั้งสองของเหรียญเดียวกัน ด้านหนึ่งคือ การรักษาของแพทย์ซึ่งมีองค์ความรู้ชุดหนึ่งและเป็นความรู้ที่มีรูปแบบเฉพาะทาง โดยมีเจตจำนงเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีชีวิตรอดด้วยการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่วนอีกด้านหนึ่งคือ สิทธิของผู้ป่วยที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลต่อตนเองเมื่อตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ในสถานการณ์เช่นนี้ การดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลด้วยการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อรองรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วย ถือว่าเป็นทางออกที่เปรียบเสมือนการมาบรรจบกันระหว่างด้านทั้งสองของเหรียญ ในปัจจุบันการรองรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ถูกขับเคลื่อนไปพร้อม ๆ กับการยกระดับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ด้วยหลักการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทำให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ พยาบาล รวมไปถึงชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง ทั้งยังเป็นการเปิดพื้นที่และโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานช่วยกันค้นหาและเดินไปสู่สิ่งที่เป็นความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย ผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างทุกฝ่ายในลักษณะต่าง ๆ การสื่อสารจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการพัฒนาความสัมพันธ์อันดีระหว่างทุกฝ่าย

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพิจารณา คือ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advanced care plan) โดยแพทย์จะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรคและความเสี่ยงต่าง ๆ ส่วนการตัดสินใจเป็นอำนาจและสิทธิของผู้ป่วย ทั้งยังมีครอบครัวและผู้ใกล้ชิดช่วยให้อุปสรรคสามารถบริหารจัดการจนทำให้ความประสงค์ของตนลุล่วงได้ แพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรงและพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ “สมุดเบาใจ” ซึ่งเป็นสมุดพินัยกรรมชีวิตขนาดเล็กที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาของตนเองในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะได้ว่า อนุญาตให้แพทย์กระทำการรักษาต่อร่างกายของตนได้มากน้อยเพียงใดเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งยังเป็นการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าอีกประการหนึ่งด้วย นอกจากนี้ สังคมไทยกำลังจะเข้าสู่ความเป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายภายใต้ข้อจำกัดเชิงสังคมที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ เช่น อัตราการหย่าร้างที่เพิ่มสูงขึ้น การไม่มีบุตร การอยู่ตัวคนเดียว ดังนั้นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของการดูแลรักษาแบบประคับประคองและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความสำคัญ ซึ่งควรพัฒนาขึ้นจากเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมของความเป็นสมัยใหม่ด้วย เพราะผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายในอนาคตอาจต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคมากกว่าปราศจากโรคตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สังคมไทยมีวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งไปสู่กระบวนการรักษาเพื่อยืดอายุและยืดความตายออกไปให้นานที่สุด อำนาจและความรู้ในการรักษาได้จัดกระทำผ่านศาสตร์เฉพาะทางและผ่านสถาบันทางสังคมทางการแพทย์มาเป็นเวลานาน ความเชี่ยวชาญดังกล่าวก่อให้เกิดความจำเป็นต่อการรักษา ซึ่งอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและนำไปสู่ความสูญเปล่าทางการแพทย์ได้ ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเห็นด้วยกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทาง และการจัดการที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมี ดังต่อไปนี้

1) ควรพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนระหว่างแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยกับกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองว่า การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วยและไม่ได้เป็นการขัดขวางการรักษาหลักควรส่งเสริมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยผลักดันแนวทางสร้างศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะเวลาล่าสุดท้ายก่อนเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้มากขึ้นเพื่อรองรับการตายดี มีการวางแผนแนวทางของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไว้ว่า เป็นการดูแลต่อเนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ต้องดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อพบรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ไตวาย ตับวาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง

2) ควรให้นิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องในหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเกิดความเข้าใจตรงกันช่วยสร้างมาตรฐานที่เป็นกรอบแนวทางเดียวกันและสามารถปรับใช้ให้คนไข้ได้รับประโยชน์มากที่สุด เห็นได้จากคำว่า “ไม่รู้สึกร่างกายอย่างถาวร” ซึ่งในหนังสือแสดงเจตนาหมายความว่า “ไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวมีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบ โดยควรระบุให้ชัดเจนว่า “ไม่รู้สึกร่างกายอย่างถาวร” นี้เกิดจากโรคหรือภาวะใดบ้าง หากเป็นโรคหรือภาวะที่มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ เช่น โรคติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก จะนับรวมด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ ควรระบุให้ชัดเจนว่า “โอกาสน้อยมาก” นี้หมายถึงเท่าใดประมาณกี่เปอร์เซ็นต์จึงจะเรียกว่าโอกาสน้อยมากได้

3) ควรแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้และความเข้าใจ เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้โดยเฉพาะการเขียนลงในสมุดเบาใจซึ่งเป็นสมุดพินัยกรรมชีวิตที่ช่วยให้คุณบุคคลสามารถแสดงเจตนาของตนเองได้ว่า อนุญาตให้แพทย์กระทำการรักษาต่อร่างกายของตนได้มากน้อยเพียงใดเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการแสดงสิทธิของบุคคลไว้ล่วงหน้าในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ทั้งยังเป็น การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าอีกประการหนึ่งด้วยการเขียนหนังสือแสดงเจตนาจะช่วยให้เกิดการตายดี ลดความขัดแย้งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- กฎกระทรวง. (2553). กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. (7 พฤศจิกายน 2560) สืบค้นจาก http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/022_livingwill.pdf.
- กิตติพงษ์ อรุณีพัฒน์พงศ์, สัมภาษณ์, 3 กันยายน 2560
- กิตติพงษ์ อรุณีพัฒน์พงศ์. (2560). ออกแบบความตายสร้าง “พินัยกรรมชีวิต” เพื่อความสุขสุดท้าย. (3 กันยายน 2560) สืบค้นจาก <https://www.matichon.co.th/news/650989>.
- ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์. (2559). ความสูญเปล่าทางการแพทย์ (Medical Futility). กรุงเทพฯ : สามดีพรีนติ้งอีควิปเมนต์.
- นภัส คำนวน. (2558). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. (7 พฤศจิกายน 2560) สืบค้นจาก https://www.nationalhealthor.th/sites/default/files/upload_files/hpp_act_e-book58_08_07_453.pdf.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2554). Advance care planning and living will. กรุงเทพฯ : ทีคิวพี.
- ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2559). “ไม่ยากที่ให้อุทิศใจที่รับ”. กรุงเทพฯ : สามดีพรีนติ้งอีควิปเมนต์.
- สฤกษ์ กิ่งแสง. (2557). มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย ปทุมธานี, 6(2), 164-174.



- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ : ทีคิวพี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดสิทธิการตายอย่างธรรมชาติ กรณีฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ : สามดีพรีนติ้งอีควิปเมนท์.
- Doyle, D. & Woodruff, R. (2013). *The Iahpc Manual Of Palliative Care*. (March 23, 2018) Retrieved from <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>.