

ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต (living will)

ของแพทย์โรงพยาบาลบรบือ

Attitudes of Borabue hospital's physicians Toward Living wills

พศิน ภูริธรรมโชติ¹Pasin Phurithummachot¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของแพทย์ต่อพินัยกรรมชีวิตและการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายคือแพทย์ทั้งหมดที่ทำงานในโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นดีกับการดูแลแบบ Palliative care และเห็นด้วยในการนำพินัยกรรมชีวิตในรูปแบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เห็นว่า การมีพินัยกรรมชีวิตจะช่วยทำให้การตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามต้องรอบริบทที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่า ควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายแล้ว น่าจะเป็นบริบทที่เหมาะสมที่สุด แต่มีประเด็นที่ต้องระวังคือ ความสับสนระหว่างพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order เพราะจากงานวิจัยพบว่า มีแพทย์ที่คิดว่า พินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order คือสิ่งเดียวกัน ในสัดส่วนที่มากถึง 27% ซึ่งหากมีการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้มากขึ้นในอนาคต ก็น่าจะเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมความเข้าใจให้บุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : พินัยกรรมชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง, ทัศนคติของแพทย์

Abstract

The purpose of this qualitative study was to explore the attitudes of physicians about the living wills and its benefit in the hospitalized. Thirteen physicians that working in Borabue hospital was the target group of this study, using in-depth interview and the data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that most of the physicians agree with Palliative care and using of documented living wills in hospitalized. Most of them believed that the living will would led to the end of life decision making easier. However, the most appropriate conditions to talk about writing the living wills was when the end stage of diseases was diagnosed. Some surveillance issues was the confusion of the physicians between DNR Order and living wills. This study revealed that 27% of the physicians misunderstood that living will was the same as DNR Order. The encouragement of the knowledge about living will would protect this problem in the future

Keywords : Living wills, Palliative care, Physician's attitudes

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เรียกว่า Palliative care หรือในภาษาไทยคือการดูแลแบบประคับประคอง กำลังได้รับความสนใจและมีการนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย¹ ดังจะเห็นได้จากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งทีม Palliative care เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

ผู้วิจัยได้มีโอกาสในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลมาได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งตั้งแต่เริ่มมีการก่อตั้งทีมมาซึ่งผู้วิจัยและทีมงานได้พบปัญหาอุปสรรคหลายอย่างประเด็นหนึ่งคือ ปัญหาเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต หรือ living will แบบลายลักษณ์อักษรสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่เคยมีการทำมาก่อน ทั้งนี้อาจเพราะเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย และแม้แต่ในวงการแพทย์เองก็ยังมีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย²

โดยที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการจัดเวทีอภิปรายหลายครั้ง โดยแพทย์ นักวิชาการ นักกฎหมาย เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร³⁻⁴ หรือที่เรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” เริ่มต้นจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ. 2550 ได้เปิดโอกาสให้บุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจในการตายของตนได้ ดังได้ระบุไว้ในมาตรา 12 ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

หลังจากนั้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรองรับสิทธิในการเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการจัดตั้งคณะทำงาน

จัดการประชุมวิชาการ ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อปรับปรุงร่างกฎกระทรวง จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อมาพัฒนาร่างแนวทางปฏิบัติหลายครั้ง (15 ครั้ง) จนสุดท้ายจึงมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายในที่สุดในวันที่ 20 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นมา⁵⁻⁶

อย่างไรก็ตามภายหลังจากใช้กฎหมายนี้แล้ว ก็ยังมีกระแสไม่เห็นด้วยถึงความเหมาะสมของกฎหมายดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น เวทีสัมมนาเรื่อง “เจตนาธรรมณ์ การขอให้สิทธิการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต : ผลกระทบต่อผู้ป่วยและแพทย์” ที่จัดขึ้นวันที่ 10 มิถุนายน 2554 ณ อาคารรัฐสภา ในมุมมองของแพทย์ก็แบ่งออกเป็นทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว ซึ่งจากการสัมมนาในครั้งนั้น ได้ข้อสรุปว่า ยังมีปัญหาในการปฏิบัติหลายขั้นตอนและอาจเป็นกฎกระทรวงที่ออกเกินกว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 น่าจะมีการทบทวนหรือแก้ไขโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแพทยสภาในโอกาสต่อไป และเห็นควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องส่งฟ้องศาลปกครองเพื่อเพิกถอนกฎกระทรวงนี้ แต่สุดท้ายแล้ว⁷ กฎหมายนี้ก็ยังมีผลบังคับใช้จนถึงปัจจุบันนี้

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่มีระบบดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ที่พัฒนาแล้ว มีการใช้พินัยกรรมชีวิต (living will) อย่างแพร่หลาย เพราะพินัยกรรมชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานด้าน Palliative care จึงมีแนวคิดที่จะนำพินัยกรรมชีวิต (living will) ในรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือในประเทศไทยเรียกกันว่า “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” มาปรับใช้ในโรงพยาบาลบริบอ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้ living will ในโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เพราะผู้วิจัยต้องการทราบว่า ในบริบทของการแพทย์ของประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ทักษะคติของแพทย์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นอย่างไร ผู้วิจัยควรหรือไม่ที่จะนำรูปแบบของพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ในโรงพยาบาล รวมถึงแพทย์จะตอบสนองต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของ

ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งงานวิจัยนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางที่ทีม Palliative care ของผู้วิจัยควรจะทำต่อไป และอาจเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามุมมองและทัศนคติของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบริบทต่อการทำพินัยกรรมชีวิต
2. เพื่อเป็นแนวทางในการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. เพื่อศึกษาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้พินัยกรรมชีวิตในเวชปฏิบัติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) นี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบริบท ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 7 คน และแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 13 ราย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานและประเด็นที่สัมภาษณ์ 7 ประเด็น คือ

1. แนวคิดต่อการดูแลแบบประคับประคอง
2. ความรู้ความเข้าใจและแนวคิดของแพทย์ต่อพินัยกรรมชีวิต
3. การตอบสนองต่อพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย
4. ความสัมพันธ์ของแพทย์ระหว่างพินัยกรรมชีวิต กับ DNR Order
5. ความรู้สึกถึงประโยชน์และคุณค่าของพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรของแพทย์
6. ระยะเวลาและเงื่อนไขที่เหมาะสมต่อการทำพินัยกรรมชีวิต
7. ประเด็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ และข้อกังวลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

จากนั้นนำทั้ง 7 ประเด็นนี้ มาคิดข้อคำถามเพื่อเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ และส่งปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิว่าแนวคำถามสมควรหรือไม่ ต้องปรับปรุงแก้ไขอะไรบ้างเมื่อได้แบบสัมภาษณ์แล้ว จึงนัดเวลากลุ่มเป้าหมาย และนำข้อมูลต่างๆ ให้ประกอบไว้ก่อนการสัมภาษณ์ ได้แก่

- แบบการสัมภาษณ์เชิงลึก
 - ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - คำชี้แจงงานวิจัย
 - ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิตและอธิบายคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง
 - ใบขออนุญาตฉบับที่กการสัมภาษณ์และบันทึกเทปคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : นำแนวทางการสัมภาษณ์ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง : ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลบริบท ซึ่งกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการขออนุญาตใช้เทปบันทึกขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นแบบแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ได้เต็มที่ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการลบและทำลายข้อมูลจากเทปบันทึกเมื่อสรุปรายงานการวิจัยแล้ว

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะส่งใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายพร้อมแนบคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวคำถามที่จะสัมภาษณ์ (คำถามปลายเปิด) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปคิดพิจารณาก่อนและนัดเวลาเพื่อทำการสัมภาษณ์ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 1 ท่านใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที มีการขออนุญาตฉบับที่ภาคสนาม (Field note) และบันทึกเทป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์ความเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ตามวิธีของโคไลซี (Colaizzi, 1978) มีขั้นตอนดังนี้

- 1) อ่านคำบรรยายของข้อมูลทั้งหมดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งหมด
- 2) ตัดทอนข้อความ ให้เหลือ ประโยคที่สำคัญ ๆ
- 3) นำข้อความ หรือประโยคที่กำหนดความหมายมากำหนดความหมาย
- 4) นำข้อความมาจัดเป็นหมวดหมู่ และรวมเป็น

หัวข้อ ตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลเดิมอีก พร้อมกับ ตรวจสอบความอิมของข้อมูล

5) อธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดครบถ้วน โดยเขียนให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืนระหว่างประโยคความหมาย และหัวข้อต่าง ๆ

6) นำคำอธิบายปรากฏการณ์มานำเสนอและสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นผลการศึกษา

7) ตรวจสอบความตรงโดยนำผลสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบว่าเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริง

ผลการศึกษา

จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 13 คน ตอบรับการสัมภาษณ์ 11 คน คิดเป็น 84.6% คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 6 คน และแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 26 - 43 ปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 3 คน กลุ่มอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 7 คน และกลุ่มอายุเกิน 40 ปี จำนวน 1 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32 ปี จบหลักสูตรแพทยศาสตร์ (6 ปี) ตั้งแต่ 2 ปี - 20 ปี เฉลี่ยจบหลักสูตรแพทยศาสตร์เท่ากับ 7.5 ปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า ประเด็นแนวคิดต่อการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์จำนวน 11 คน เห็นด้วยกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และหากตนเองป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เลือกที่จะรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 10 คน เหตุผลตรงกันคือ เพราะไม่อยากทุกข์ทรมานจากการยืดชีวิต มี 1 คน เลือกที่จะใส่ท่อช่วยหายใจหากจำเป็น แต่ไม่ขอทำ CPR

ประเด็นความรู้ความเข้าใจและแนวคิดของแพทย์ต่อ พินัยกรรมชีวิต ส่วนใหญ่แพทย์ไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิต มาก่อน จำนวน 7 คน มีจำนวน 4 คน ที่รู้จักก่อนแล้ว (1 คน รู้จักจาก internet และสิ่งพิมพ์ 1 คน เคยเข้ารับการประชุมวิชาการเรื่อง Palliative care จำนวน 2 ราย รู้จากอาจารย์แพทย์ ตอนศึกษาต่อ) และแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำ พินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร จำนวน 10 คน ด้วยเหตุผลหลักๆ 2 อย่างคือ เพื่อป้องกันการร้องเรียน, เพื่อ ยืนยันเจตจำนงของผู้ป่วยกับญาติได้เมื่อผู้ป่วยหมดสติ จำนวน 1 คน ที่เห็นด้วยบางส่วน

ประเด็นการตอบสนองต่อพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย แพทย์ จำนวน 9 คน เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแสดง พินัยกรรมชีวิตทางวาจาของผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการ ของญาติ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีอธิบายให้ญาติเข้าใจก่อน ถึง ความต้องการที่ไม่อยากยืดชีวิตของผู้ป่วย แต่ทั้งหมดเลือก ที่จะทำตามที่ญาติร้องขอในที่สุด แพทย์ จำนวน 10 คน จะ ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยหากผู้ป่วยยื่นหลักฐาน ให้ แต่หากเกิดกรณีญาติที่ตามมาทีหลัง ไม่เห็นด้วยกับ พินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 9 คน เลือกที่จะทำตาม ความต้องการของญาติ 1 คน ที่จะเรียกนิติกรโรงพยาบาล มาคุย ส่วนแพทย์อีก 1 คน เลือกที่จะปฏิบัติตามพินัยกรรม ชีวิต หากญาติเห็นด้วย

ประเด็นความสับสนของแพทย์ระหว่างพินัยกรรม ชีวิต กับ DNR Order แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบความแตกต่าง ที่แน่ชัดระหว่างพินัยกรรมชีวิต กับ DNR Order มีแพทย์ 1 คนเท่านั้นที่ทราบความแตกต่างชัดเจนและจากการจำลอง เหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ดังในแบบสัมภาษณ์ พบว่า แพทย์ จำนวน 3 คน เข้าใจว่าพินัยกรรมชีวิตกับ DNR คือ สิ่งเดียวกัน ส่วนแพทย์ จำนวน 8 คน สามารถแยกความ แตกต่างระหว่างพินัยกรรมชีวิตและ DNR Order ได้

ประเด็นความรู้สึกถึงประโยชน์และคุณค่าของ พินัยกรรม ชีวิตแบบลายลักษณ์อักษรของแพทย์ แพทย์ จำนวน 9 คน เห็นว่าการมีพินัยกรรมชีวิตจะช่วยให้การ ตัดสินใจในการรักษาเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงได้ง่ายขึ้น มี 2 คน ที่เห็นว่าไม่ช่วยให้ตัดสินใจง่ายขึ้น เพราะสุดท้ายก็ต้อง ขึ้นกับญาติเป็นคนตัดสินใจอยู่ดีอย่างไรก็ตาม แพทย์ทั้งหมด เห็นด้วยที่ทางโรงพยาบาลบรือ จะมีการนำพินัยกรรม แบบลายลักษณ์อักษรมาใช้ และแพทย์ทั้งหมด เห็นด้วย ที่จะเสนอให้ผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตหากมีการนำมาใช้ ในโรงพยาบาล

ประเด็นระยะเวลาและเงื่อนไขที่เหมาะสมต่อการทำ พินัยกรรมชีวิต แพทย์ จำนวน 8 คน มีความตั้งใจจะเขียน พินัยกรรมชีวิตของตนเอง โดยจะเขียนหากตนเองป่วย เป็นโรคระยะสุดท้าย จำนวน 7 คน และอีก 1 คน จะเขียน เมื่อรู้ตัวว่าอีก 3 เดือนจะตาย

มีแพทย์ 2 คนที่จะไม่เขียนพินัยกรรมชีวิตของตนเอง และอีก 1 คน ยังไม่คิด รอให้ป่วยระยะสุดท้ายก่อน

สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าควรพูดคุยเรื่องการทำ พินัยกรรมชีวิต ได้แก่

1. ผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายต่างๆ โดยเฉพาะ มะเร็งระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยสูงอายุ
3. ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง
4. ผู้ป่วยไร้ญาติ

ระยะเวลาที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมที่จะพูดคุยเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต ล้วนเห็นตรงกันคือ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายแล้ว

และประเด็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ และข้อกังวลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แพทย์ จำนวน 10 คน เห็นว่าการไม่ช่วยยืดชีวิตตามความต้องการในพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยไม่ขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ แต่มีแพทย์ 1 คน ที่เห็นว่าอาจขัดต่อจริยธรรมได้

แพทย์ จำนวน 9 คน เห็นว่าการปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต ไม่เข้าข่าย การุณยฆาต ประเภท Passive Euthanasia ส่วนอีก 2 คน ขอไม่แสดงความคิดเห็น

ประเด็นเรื่องการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่สิ้นหวังแล้ว แพทย์ จำนวน 7 คน เห็นว่าสามารถทำได้ ไม่ผิดจริยธรรม ถ้าญาติต้องการก็สามารถทำได้ มี 1 คน เห็นว่าสามารถถอดท่อได้ถ้าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตเอาไว้ก่อนแล้ว อีก 3 คน เห็นว่า ไม่สมควรถอด โดยให้เหตุผลคือ

ประเด็นอื่นๆที่แพทย์กังวลเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมี 4 เรื่อง คือ

1. เรื่องการเปลี่ยนแปลงความเห็นตามพยานและญาติ ในเวลาที่ต่างกันจะทำให้ living will เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา
2. ระวังเรื่องการปลอมเอกสารเพื่อหวังมรดก ประกันชีวิตต่างๆ
3. บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยได้เขียน living will เอาไว้แล้ว
4. ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจ living will

การอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับและเห็นด้วยกับหลักการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้ในโรงพยาบาล ตามบริบทที่เหมาะสมคือ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย และในผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีแพทย์ในสัดส่วนที่มากที่ไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน แต่เมื่อได้ศึกษาข้อมูล

ประกอบแล้ว แพทย์ส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยในหลักการของพินัยกรรมชีวิต แสดงให้เห็นว่าควรที่จะมีการเผยแพร่เรื่องนี้ให้มากขึ้น ทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนด้วย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่ พร้อมทั้งจะตอบสนองต่อความต้องการในพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย แต่ประเด็นที่สำคัญคือ ญาติ จะเป็นคนตัดสินใจคนสุดท้ายซึ่งงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแพทย์เลือกที่จะทำตามความต้องการของญาติมากกว่าพินัยกรรมชีวิต หากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะตัดสินใจได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้วก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยนี้จะแตกต่างกับของต่างประเทศเพราะส่วนใหญ่จะถือเอาพินัยกรรมชีวิตเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้พินัยกรรมชีวิตในเวชปฏิบัติปัจจุบันนี้ยังน้อยมาก จึงเป็นเรื่องที่ควรระวัง หากมีการนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพูดคุยทำความเข้าใจกับทั้งผู้ป่วยและญาติให้ดี น่าจะสามารถช่วยลดปัญหาที่อาจตามมาได้

ประเด็นที่ต้องระวังอีกอย่างคือ ความสับสนระหว่างพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order^{๑๑} เหมือนกับกรณีที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาที่ถึงแม้จะมีการใช้พินัยกรรมชีวิตมายาวนาน และแพร่หลายมากกว่าประเทศไทย แต่แพทย์ก็ยังคงคิดว่าพินัยกรรมชีวิตกับ DNR Order คือสิ่งเดียวกัน จนทำให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงระยะสุดท้ายของโรค ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จนอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้น หรือเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควรจะเป็นได้ ซึ่งจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ยังมีความสับสนในเรื่องนี้ โดยคิดว่ามีลักษณะเหมือนกัน ในอัตราส่วนที่มากพอสมควร (3 คน จาก 11 คน หรือคิดเป็น 27%) ซึ่งหากมีการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้มากขึ้นในอนาคต ก็น่าจะเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมความเข้าใจให้บุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

ประเด็นสุดท้ายคือเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดจริยธรรมและไม่ถือว่าเป็นการุณยฆาตเพราะถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแพทย์มีเจตนาที่จะรักษาด้วยวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดส่วนประเด็นเรื่องการถอดท่อในผู้ป่วยที่สิ้นหวังแล้วนั้น ก็ยังมีความเห็นที่แตกต่างกัน ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมองว่า สามารถทำได้ไม่ผิด

จริยธรรม หากญาติของผู้ป่วยร้องขอ แต่ก็มีแพทย์บางส่วนที่มองว่า เรื่องนี้ถึงแม้ไม่ผิดกฎหมาย แต่อาจจะขัดต่อหลักศีลธรรมหรือไม่...อย่างไรก็ตาม หากมีการใช้พินัยกรรมชีวิตมากขึ้น น่าจะช่วยลดอัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องอาศัย เครื่องช่วยหายใจที่จะทำให้แพทย์พยาบาลต้องลำบากใจเรื่องการจะตัดสินใจถอดท่อหรือไม่ถอดท่อได้อย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีไม่มาก ทำให้ข้อมูลในการอ้างอิงน้อยและแม้แต่แพทย์เองยังไม่ทราบรายละเอียดของพินัยกรรมชีวิตมากนัก จึงพอจะคาดเดาได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นก็ยังไม่ทราบรายละเอียดในเรื่องนี้มากนัก รวมทั้งประชาชนด้วยการเผยแพร่ข้อมูลให้มากขึ้นน่าจะช่วยให้อัตราการใช้พินัยกรรมชีวิตมีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกๆ ท่าน ได้แก่ พี่น้องๆ พี่ๆ น้องๆ แพทย์โรงพยาบาลบรบือทุกๆ ท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ขอขอบคุณนายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือที่ช่วยตอบคำถามและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนแล้วเสร็จ รวมทั้งนายแพทย์คมศักดิ์ จั้วรัตน์กุล สูติแพทย์และประธานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลบรบือ และท่านอาจารย์ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ช่วยตรวจทานงานวิจัยและคอยให้คำแนะนำจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิสภา. “สรุปประเด็นการสัมมนา เรื่อง เจตนากรรมณการขอใช้สิทธิการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต : ผลกระทบต่อผู้ป่วยและแพทย์.” 2554. URL : <http://www.senate.go.th/committee2551/committee/files/committee48/112.pdf>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
2. เบญจมาศ วงศ์มนีวรรณ. “Living will.” 2554. URL : <http://www.gotoknow.org/posts/448763>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
3. ไทยรัฐออนไลน์. “แพทยสภาเตรียมฟ้องศาลปกครอง เพิกถอนสิทธิการตาย.” 2554. URL : <http://www.thairath.co.th/content/edu/182965>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
4. มณฑล ศรียศชาติ และ สายพิน หัตถิรัตน์. “การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต.” 2554. URL : http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_monton.pdf. (ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2556).
5. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
6. นันทน อินทนนท์. “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ.” 2554. URL : http://meded.kku.ac.th/medednew/b_a_/12_07_49_3.pdf. (ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2556).
7. ไทยโพสต์. “แพทย์รุมถล่มกฎหมายขอใช้สิทธิ์ตาย.” 2554. URL : <http://www.thaipost.net/node/39991>. (ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556).
8. Antonios D. Katsetos, Ferdinando L. Mirarchi, “A Living Will Misinterpreted as a DNR Order: Confusion Compromises Patient Care.” The Journal of Emergency Medicine. 2011 Jun; 40(6) : 629-632.
9. American Family Physician. “Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders.” 2010. URL : <http://www.aafp.org/aafp/2000/1001/p1683.html>. (ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2556).