

วิสัยทัศน์กับการการุณยฆาต : ความเหมือนที่แตกต่าง

วารทิพย์ ทองเดช*, นุสบา คล้ายมุข*, พงศธราร วิจิตเวชไพศาล**

*งานการพยาบาลผ่าตัดและเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

**ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

Anesthesia and Euthanasia : Congruence but Difference

Varathip Thongdech*, Busaba Klaimuk*, Phongthara Vichitvejpaisal**

*Division of Operating Nursing and Equipment Sterilization, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700 Thailand

**Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700 Thailand

แม้เทคโนโลยียุคดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ และการแพทย์เฉพาะเจาะจง จะสามารถช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น แต่มนุษย์ก็ยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดจากโรคร้ายไข้เจ็บอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จะมีวิธีทางใดใหม่ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านความทุกข์ลำเค็ญนี้ภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุด และพร้อมที่จะจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

เพราะมนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจดำรงชีวิตของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี การการุณยฆาตจึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติอย่างสมเกียรติ บนพื้นฐานที่สอดคล้องกับจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ บริบทของกฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณีทางสังคม และหลักธรรมคำสอนทางศาสนา

ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับเรื่องการการุณยฆาต เพราะถือว่าเข้าข่ายมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ยกเว้นเป็นการดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ความจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการถูกเหนี่ยวรั้งด้วยยาหรือเครื่องมือทางการแพทย์ใดๆ

ความรู้ทางวิสัญญีวิทยาในการทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก การระงับปวด และการหย่อนกล้ามเนื้อ นับเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลจากไปอย่างสงบ โดยยาระงับความรู้สึกจะออกฤทธิ์กดระบบประสาท ทำให้หลับสนิท ร่างกายผ่อนคลายและปราศจากการรับรู้ ตามด้วยการ

Though digital technology, artificial intelligence and precision medicine can prolong human life. Man is still inevitable to face the suffering and agonizing pain from the diseases. Is there any solution to manage this anguish with peaceful mind and pass through it in a very short period of time?

Since man has rights to handle his life with pride and dignity. As a result, Euthanasia is so delicate that patients are deserved to treat with respect. This manipulation is based on the professional etiquettes, contexts of law, social culture and beliefs as well as religious doctrines.

Yet, Thailand has not approved law and legislation on Euthanasia, as it is legally liable for intentionally killing others according to the penal code. However, if patients have Advance Directives for naturally passive death. They will no longer be supported by any terrific medicines or equipments under the supervision of board-certified physicians.

The knowledge in anesthesia regarding unconsciousness, analgesia and muscle relaxation lets a person pass away in peace. Anesthetics slow down the central nervous system to deep coma, followed by the failure of respiratory and cardiovascular system.

Keywords: Euthanasia, Advance Directives; Anesthesia

Correspondence to: Phongthara Vichitvejpaisal, M.D., Ph.D., E-mail: phongthara@gmail.com

Received 27 Aug 2019, Revised 21 Oct 2019, Accepted 22 Oct 2019

ล้มเหลวของระบบการหายใจตลอดจน ระบบหัวใจและ
การไหลเวียนโลหิต

คำสำคัญ: การการุณยฆาต, การแสดงเจตนาล่วงหน้า,
วิสัยทัศน์วิทยา

วิสัยทัศน์สาร 2563; 46(3): 181-5. • Thai J Anesthesiol 2020; 46(3): 181-5.

แม้เราจะก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัลและมนุษย์มีอายุยืนยาว
มากขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้วก็ตาม แต่การ แพทย์เฉพาะ
เจาะจงที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในวิชาเภสัชพันธุศาสตร์โดยการ
เรียบเรียงรูปแบบคุณลักษณะของยีนที่มีความจำเพาะต่อการ
รักษา¹ ก็ยังไม่สามารถรับประกันการมีอายุที่ยืนยาวของ
มนุษย์ได้ ความทุกข์เวทนา จากโรคภัยไข้เจ็บและช่วง
บั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยังคงเป็นเรื่องที่
มนุษย์ต้องเผชิญอยู่อย่าง หลีกเลี่ยงไม่ได้

การต่อสู้กับพยาธิสภาพที่รุนแรง ทั้งโรคเรื้อรังและโรคที่
หมดหนทางรักษา ซึ่งอาจยืดเยื้อเป็นเวลานาน นับปี เป็นสิ่งที่
นำความลำบากยากเย็นไม่เพียงเฉพาะตัวผู้ป่วยและบรรดา
เครือญาติ ในเรื่องเงินทองค่าใช้จ่าย จำนวนมหาศาลเท่านั้น
ยังเป็นสิ่งที่รุมเร้าภาวะจิตใจของทีมแพทย์ที่มพยาบาล
ผู้ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดอีกด้วย ในสถานการณ์
ที่ท้อแท้และสิ้นหวังเช่นนี้ ทุกคนล้วนมีจิตปรารถนาและ
ความมุ่งมั่นเดียวกันที่จะให้ผู้ป่วยผ่านความทุกข์ลำเค็ญนี้
ภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุดและพร้อมที่จะจากโลกนี้ไปอย่าง
สงบ²

ความปวด

ความปวด นับเป็นความทุกข์ทรมานที่อยู่คู่กับมนุษย์
เรื่อยมาตั้งแต่เริ่มลี้มตาโลก จนถึงวาระสุดท้ายที่ต้องเผชิญ
กับความตาย โรคภัยหลายชนิดก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อ
เซลล์และเนื้อเยื่อ อันนำมาซึ่งความปวดที่ ส่งผลต่อการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางกาย (maladaptive behavior)
และภาวะเครียดทางด้านจิตใจได้ อย่างรุนแรง^{2,3}

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและ
จิตใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไป มีการใช้ ยาสำหรับ
ความปวดที่มีระดับความรุนแรงต่างๆ กัน ซึ่งอาจควบคู่ไปกับ
การใช้ยาสงบประสาท การให้ยาระงับ ความรู้สึกเฉพาะส่วน
(regional anesthesia) ตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึก
ทั่วร่างกายหรือการดมยาสลบ (general anesthesia) ซึ่ง
เทคนิคในการบริหารยาในกลุ่มต่างๆ ดังกล่าวนี้อยู่ จำเป็นต้อง
อยู่ในมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อคอยเฝ้าระวังภาวะ
แทรกซ้อนที่อาจส่งผลซ้ำเติมให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการทรมานหนักลง⁴

การให้ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีนและยาสงบประสาท
มีฤทธิ์กดการหายใจผู้ป่วยและทำให้ปฏิกิริยา ความไวในการ
ตอบสนองของร่างกาย (reflex) ลดลงโดยเฉพาะในทางเดิน
หายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อ การสำลักน้ำย่อยหรือ
เศษอาหารลงปอดเพิ่มขึ้น การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น
การบริหารยาทางช่อง เนื้อเยื่อหลังสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ
ปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกในกระดูกสันหลัง หรือการให้ยาสลบ
สำหรับ ผู้ป่วยที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ล้วน
ต้องการความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางวิสัยทัศน์วิทยาอย่าง
ลึกซึ้ง⁵

ปัจจุบัน แนวคิดในการให้ผู้ป่วยจากโลกนี้ไปอย่างสงบ
เป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและเป็นข้อถกเถียง กันถึงสิทธิ
ของมนุษย์ในการเลือกที่จะตัดสินใจกับวาระสุดท้ายของ
ตนเอง โดยเลือกวิธีการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี เพื่อให้ผู้ที่ยัง
มีชีวิตอยู่เบื้องหลัง มีความรู้สึกหมดภาระหน้าที่ความ
รับผิดชอบหรือสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักน้อย ที่สุด ทั้งนี้ จำเป็น
ต้องตั้งมั่นอยู่บนพื้นฐานแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับ
ขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของ สังคมและหลักธรรม
คำสอนทางศาสนา⁶

การการุณยฆาต⁶⁻¹⁰

ความคิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกอย่าง
รวดเร็วและเสียชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากการ
เจ็บปวด เป็นที่มาของคำว่า 'การการุณยฆาต (Euthanasia)'
แต่การการุณยฆาตกลายเป็นประเด็น ที่ล่อแหลมต่อ
จรรยาบรรณทางการแพทย์และด้านกฎหมายมานานหลาย
ทศวรรษ ในประเทศที่นับถือศาสนา คริสต์นิกายโรมันคาทอลิก
นิกายออร์ทอดอกซ์และศาสนาอิสลาม ต่างพากันออกมาต่อต้าน
อย่างชัดเจน แต่ใน บางประเทศก็มีกฎหมายรับรองให้
ทำได้อย่างถูกต้อง โดยมีการแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับการ
การการุณยฆาต ในบริบทที่แตกต่างกันดังนี้

การจำแนกตามเจตนา⁶

1. บุคคลนั้นเกิดอาการเจ็บป่วยอย่างสาหัส หรืออาจได้
รับทุกขเวทนาจากความเจ็บป่วย เป็นเหตุให้ สามารถแสดง
เจตนาให้บุคคลอื่นกระทำการการุณยฆาตแก่ตนได้ซึ่งในการนี้จะ
เรียกว่า 'การการุณยฆาตด้วยสมัครใจ' (Voluntary Euthanasia)

2. หากเป็นกรณีที่ไม่บุคคลดังกล่าวไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาได้ เช่น มีผู้แทนโดยชอบธรรม ซึ่ง หมายถึง ทายาทโดยธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้อภิบาล ตามกฎหมายไปจนถึงศาล อาจพิจารณาใช้อำนาจตัดสินใจให้กระทำการุณยฆาตแก่บุคคลนั้นแทนได้ การนี้จะเรียกว่า ‘การุณยฆาตโดยไม่เจตนา’ หรือ ‘การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจ’ (Involuntary Euthanasia)

การจำแนกตามวิธีการปฏิบัติ⁶

1. ‘การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia)’ คือ การกระทำโดยการงดการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งวิธี นี้ได้รับการยอมรับมากที่สุดและเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันในสถานพยาบาลหลายแห่ง

2. ‘การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)’ คือ การกระทำโดยการให้สารหรือวัตถุใดๆ ที่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เช่น การประหารชีวิตนักโทษ

3. ‘การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia)’ คือ การกระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยในการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย

การจำแนกอื่นๆ⁷

จากข้อมูลในพจนานุกรมกฎหมายของ เฮนรี แคมป์เบล แบล็ก (Henry Campbell Black's Law Dictionary) ยังได้จำแนกการการุณยฆาตไว้คล้ายคลึงกับสองประเภทที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น คือ

1. ‘การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Negative Euthanasia)’ คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข บันทึกลงในข้อมูลการรักษาว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ต้องให้การ รักษาอีกต่อไปและไม่ต้องช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้ายอีก

2. ‘การุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Positive Euthanasia)’ แบ่งออกเป็น 3 ประเภทย่อย ได้แก่

‘การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia)’ คือ การที่ผู้ป่วย เลือกที่จะปลงชีวิตตนเอง อาทิ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข จัดยาในปริมาณที่เกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิต หรือวางยาที่เป็นพิษไว้ใกล้ๆ ตัวผู้ป่วย เพื่อให้ตัดสินใจหยิบกินเอง

‘การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia)’ คือ การที่ผู้ป่วย ตัดสินใจเอาไวล่วงหน้าแล้วว่า หากหมดหนทางรักษา ก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำการุณยฆาตแก่ตน โดยอาจจะแสดงความจำนงเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรมชีวิตเอาไว้ก็ได้

‘การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia)’ คือ การที่ ผู้ป่วย ไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข สงเคราะห์ให้เพราะความสงสาร

มาตรการทางสังคมกับการการุณยฆาต⁸⁻¹⁰

ในวงการแพทย์ การการุณยฆาตถือเป็นเรื่องที่ย้อนไหวต่อความชอบธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จิตสำนึกและกฎหมาย เหตุเพราะยังเป็นการยากที่จะทำให้ทุกฝ่ายมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยต้องการให้กระทำการุณยฆาตแก่ตนเองจริงๆ โดยไม่มีประโยชน์อื่นใดแอบแฝง เช่น มรดก หรือ เงินประกันชีวิตทางแพทยสมาคมโลกจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติเรื่องนี้ในชื่อ

‘ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการการุณยฆาต (World Medical Association Declaration on Euthanasia)’ โดยที่ความตอนหนึ่งระบุว่า ‘การกระทำ โดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วยถึงแม้การกระทำนั้นจะเป็นการทำตามคำร้องของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม ยกเว้นเป็นการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ ชีวิต ซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ’⁹

ที่สำคัญ ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับเรื่องการการุณยฆาต มีเพียงมาตรา 12 ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะท้ายปฏิเสธการรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์เท่านั้น การกระทำที่ถือเป็นการเร่งความตายและเข้าข่ายมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 ที่บัญญัติว่า ‘ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุก ตลอดชีวิตหรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี’ และหากเป็นการกระทำที่มีการไตร่ตรองไว้ก่อน ก็จะได้รับ โทษหนักขึ้นตามมาตรา 289 ดังนั้น หากแพทย์ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา เช่น การฉีดยา การให้กินยา เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แม้ว่าจะทำลงไปเพราะความสงสาร ก็ยังถือว่ามีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น¹⁰

อย่างไรก็ตาม กฎหมายการการุณยฆาตมีอยู่ในประเทศแถบตะวันตกมากกว่า 20 ปี สำหรับไทยมีเพียงมาตรา 12 ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งแตกต่างกัน นักวิชาการในประเทศไทย เห็นว่ากฎหมายการุณยฆาตยังไม่ใช้ความสำคัญเร่งด่วนในเวลานี้ แต่ในอนาคตคงเป็นสิ่งที่สังคมต้องถกเถียงกันต่อไป ซึ่งประเทศที่ออกกฎหมายการุณยฆาตมักมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ มีความเชื่อทางศาสนาน้อย และมีประชาชนมีความเป็นปัจเจกสูง กฎหมายการุณยฆาตยังไม่ใช้กฎหมายที่มีความสำคัญในขณะนี้สำหรับประเทศไทย แต่ควรส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างแพร่หลายก่อน เพราะความสามารถใน

การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมความปวดจากสิ่งชักนำต่างๆ รวมทั้งความเครียด ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางชีวเคมี พยาธิสรีรวิทยา ภาวะจิตใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของร่างกายตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเจ็บปวด โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ใช้ความชำนาญหรือเทคนิคพิเศษในการบริหารการระงับปวด หรือยาสงบประสาท ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่แพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยทุเลาจากความทุกข์ทรมาน ไม่ได้เพื่อการจบชีวิต จึงไม่ใช่การการุณยฆาตและไม่ถือว่าการกระทำนี้เป็นความผิด^{9,10}

ทั้งนี้ น่าจะสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ผู้ป่วยสามารถทำ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living Will หรือ Advance directives) หรือ พินัยกรรมชีวิต เพื่อเป็นการรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self-determination) โดยมีความประสงค์ที่ต้องการการดูแลรักษาที่ไม่เจ็บปวด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน เป็นการให้สิทธิแก่บุคคลแสดงเจตนารมณ์ว่าจะไม่ขอรับการรักษาใดๆ หรือต้องการการรักษายาบาลอย่างไร เมื่อตนเองอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ แล้ว เช่น ไม่ต้องการให้กระตุ้นหัวใจกลับมาเต้นใหม่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ไต หัวใจและอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้ เป็นต้น จากบุคลากรผู้มีความเชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถโดยตรง และต้องการความตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ ที่จะยืดชีวิตไว้^{7,8}

โดยสรุป ตามนัยในพระราชบัญญัติมาตรา 12 ประกอบกับประเทศไทยมีการสนับสนุนพัฒนาการ ขยายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) เพิ่มขึ้นชัดเจนเป็นลำดับ¹⁰ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตจนวินาทีสุดท้ายและจากไปตามธรรมชาติ ซึ่งเรื่องนี้มีความแตกต่างจากการการุณยฆาตโดยสิ้นเชิง^{9,11} ปัจจุบันในทางการแพทย์มีแพทย์ผู้ดูแลเฉพาะทางด้านนี้ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care, และทีมสหสาขาที่ดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแพทย์ผู้ช่วย, Palliative care nurse ส่วนแพทย์ในสาขาอื่นๆ มักเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชปฏิบัติหรือแพทย์ทางเวชบำบัดวิกฤตซึ่งเป็นเจ้าของไข้โดยตรง รวมทั้งวิสัยทัศน์แพทย์อาจมีหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาให้ความเห็นที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางวิชาการเท่านั้น¹²

วิสัยทัศน์กับการการุณยฆาต

โดยทั่วไป ยา อุปกรณ์หรือเทคนิคที่เป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานทางวิชาชีพวิสัญญีวิทยา สามารถแบ่งออกได้ เป็นหมวดดังนี้คือ การทำให้หมดความรู้สึก (anesthesia) การระงับปวด (analgesia) การหย่อนกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) และการลดความไวต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (areflexia)^{4,5,12}

การการุณยฆาต มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบภายในระยะเวลาอันสั้น จะเน้น การบริหารยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกและตามด้วยการทำงานล้มเหลวของระบบการ หายใจและการไหลเวียนโลหิต¹³

การทำให้หมดความรู้สึก นิยมใช้ยาในกลุ่ม barbiturates ได้แก่ Sodium thiopental หรือ ใช้ยาฉีด เข้าหลอดเลือดดำอื่นๆ ได้แก่ Propofol, กลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam หรือ Midazolam

การระงับปวด นิยมใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl

ยาหย่อนกล้ามเนื้อ นิยมใช้ยาในกลุ่ม Non-depolarizing muscle relaxant เช่น Pancuronium

ส่วนการลดความไวต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ขึ้นอยู่กับขนาดของยาในกลุ่มที่ทำให้ผู้ป่วย หมดความรู้สึกเป็นหลัก ซึ่งไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในกรณีนี้

ประเทศไทยขณะนี้การุณยฆาตยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย เรามีมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เราให้สิทธิประชาชนสามารถปฏิเสธการรักษาซึ่งไม่ได้ประโยชน์ แต่ถูกจำกัดไว้เฉพาะในระยะสุดท้าย แล้วก็ยังสามารถรับการรักษาแบบประคับประคอง แต่ไม่ให้แรงให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพราะฉะนั้นกฎหมายไทยยังปฏิเสธการการุณยฆาต และการรักษาแบบประคับประคองนั่นเองที่มีวิสัยทัศน์เป็นผู้ช่วยในเรื่องการระงับปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้พ้นจากการเจ็บปวดทุกข์ทรมานเพราะวิสัยทัศน์มีความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวมาแล้ว

ในต่างประเทศที่กำหนดว่าการการุณยฆาตเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 5 รัฐ (โอเรกอน วอชิงตัน มอนทานา เวอร์มอนต์ และแคลิฟอร์เนีย) ประเทศโคลัมเบีย ประเทศอินเดีย ประเทศแคนาดา ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเบลเยียม ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศญี่ปุ่น จะใช้ยากลุ่มดังกล่าวบริหารทางหลอดเลือดดำหรือให้รับประทานใน ขนาดสูง เพื่อออกฤทธิ์กดระบบประสาท ทำให้หลับสนิท ร่างกายผ่อนคลายจิตใจสงบ กล้ามเนื้อหายใจและกล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานในที่สุด^{14,15}

ในสหรัฐอเมริกา เป็นการการุณยฆาตในรูปแบบเชิงรับ ภายใต้ข้อบังคับ Death with Dignity (DWD) โดยแพทย์จะต้องเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมปรึกษาร่วมกับ คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลถึง เหตุผลและความจำเป็นล่วงหน้าเป็นเวลา 10 วัน หากมีการคัดค้าน ก็สามารถยื่นคำร้องต่อศาลให้ขยายเวลา ออกไป นอกเหนือจากนี้ แพทย์มีสิทธิยุติการใช้ยาและเครื่องช่วยชีวิตได้¹⁴

ในสวิตเซอร์แลนด์ มีหน่วยงานเปิดชื่อ Dignitas Clinic ที่ประชาชนสามารถยื่นขอทำการุณยฆาตได้ โดยต้องสมัครเป็นสมาชิกผู้มีสติสัมปชัญญะอย่างครบถ้วน พร้อมส่งบันทึกเรื่องราวชีวิตของตนเอง จดหมาย รับรองจากครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาลที่ระบุว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างแน่นอน หรือมีความเจ็บปวดจากภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาได้ โดยตนเองยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี อย่างน้อยที่สุดคือ สามารถกินยาได้ด้วยตัวเอง ก่อนดำเนินเรื่องภายใต้การช่วยเหลือของแพทย์ (physician-assisted suicide, PAS)¹⁶

สรุป

การช่วยให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์เวทนาจากโรคภัยไข้เจ็บ และมะเร็งในระยะสุดท้าย เพื่อจากโลกนี้ไป อย่างสงบ อาจไม่ใช่สิ่งที่ยากเย็นเกินไปนักในสังคมยุคดิจิทัล ที่ความรู้ และนวัตกรรมทางการแพทย์ก้าวหน้าไป อย่างรวดเร็ว แต่เพราะมนุษย์ยังคงมีสิทธิในการตัดสินใจดำรงชีวิตของตน อย่างมีศักดิ์ศรี ‘การการุณยฆาต’ จึง เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนควรให้เกียรติในคุณค่าของความเป็นคนบนพื้นฐานแนวทาง ปฏิบัติที่สอดคล้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ บริบทของกฎหมาย ขนบธรรมเนียม ประเพณีอันดีงามของ สังคมและหลักธรรมคำสอนทางศาสนา

เอกสารอ้างอิง

1. สุดตา ปรักโกดม, สัณชัย ฉายโชติเจริญ, พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. “ปัญญาประดิษฐ์” มิตรหรือศัตรู. วิสัณณูสาร 2562; (45)1:34-8.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557.
3. อัมพล จินดาวัฒน์ บรรณาธิการ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข; กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). 2552.
4. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; มาตรฐานการระงับความรู้สึกฉบับที่ 4/2558.

5. การุณพันธ์ สุรพงศ์. ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี. ใน: ปวีณา บุญบุรพงศ์, อรุณช เกี่ยวข้อง, เทวรักษ์ วีระวัฒนกันนท์, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาขั้นต้น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. หน้า 210-227.
6. ชูติกาญจน์ หุทัย. การุณยฆาต สิทธิการตาย และการพยาบาลในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต วารสารกองการพยาบาล. 2554;(38)2: 34-40.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. [ออนไลน์]. [สืบค้นวันที่ 22 กรกฎาคม 2562]. จาก: <https://kbphpp.nation-alhealth.or.th/handle/123456789/2559>.
8. สิทธิในวาระสุดท้าย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. [สืบค้นวันที่ 22 กรกฎาคม 2562]. จาก: <http://www.thaivingwill.in.th/index.php?mo=3&art=282535>
9. แสง บุญเฉลิมวิภาส.สาระสำคัญของ Living will ตามกฎกระทรวง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12. [เอกสารประกอบการบรรยาย] ในการประชุม “Palliative care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12; วันที่ 6 พฤษภาคม 2554; ณ ห้องประชุมราชนครินทร์ อาคารนครินทร์ ชั้น 4 สมากรพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
10. วิริยา โพธิ์วาง-ยุส.การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง; กรณีศึกษาผู้ป่วยระดับ ประคองโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ ไพรบวร์ก สหพันธ์รัฐเยอรมนี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4: 345-60.
11. อมรา สุนทรธาดา, หทัยรัตน์ ลือเสียงดัง. วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย. [ออนไลน์]. [สืบค้นวันที่ 20 กรกฎาคม 2562]. จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article14.htm>.
12. อากาศ พัฒนเรืองไธ บรรณาธิการ. List disease of Palliative care and Functional unit. [ออนไลน์]. [สืบค้นวันที่ 20 กรกฎาคม 2562]. จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>.
13. พิชยา ไวทยะวิญญู. สรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีวิทยา. ใน : อังภา ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฏิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน; 2556.หน้า 15-26.
14. Bailey FA, Harman SM. Palliative care: the last hours and days of life. Up To Date (2015). [Internet]. [Retrieved Jul 06, 2019]. Available from <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life>.
15. World Health Organization. Palliative Care 2015. [Internet]. [Retrieved Jun 26, 2019]. Available from [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/\(Footnotes\)](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/(Footnotes)).
16. Dignitas (Swiss non-profit organization); Wikipedia.[Internet]. [Retrieved Jun 26, 2019]. Available from [https://en.wikipedia.org/wiki/Dignitas_\(Swiss_non-profit_organisation\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Dignitas_(Swiss_non-profit_organisation)).