

Special Article

การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในไอซียู

รศ.นพ. บุญส่ง พัจจนสุนทร

สาขาวิชาโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อนิจจัง วัฏฏะ สังขารา สังขารนั้นไม่เที่ยง มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย วายเวียนไปเช่นนี้ การเรียนรู้ระหว่างเป็น นิสิต-นักศึกษาและระหว่างการทำงานเป็นผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม ผ่านกระบวนการเรียนรู้เรื่องการเกิด การแก่ และการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี แต่กระบวนการเรียนรู้ใน ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความตายที่มีคำศัพท์จำเพาะเรียกว่า “มรณวิทยา” ซึ่งตรงกับคำศัพท์ในภาษาอังกฤษว่า “Thanatology” มีรากศัพท์มาจาก “thanatos” ในภาษา กรีก เป็นคำนาม หมายถึง การตาย ความตายในปัจจุบัน หลักสูตรแพทยศาสตร์และหลักสูตรของบุคลากรด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่มีกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็น รูปธรรมเกี่ยวกับการตายค่อนข้างจำกัด ทั้งที่เป็นเรื่องที่พบ บ่อยของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่ ปฏิบัติงานประจำในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่เราเรียก กันว่า ไอซียู (I.C.U. ย่อมาจาก Intensive Care Unit ซึ่งหมายถึงหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต)

เวชปฏิบัติในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

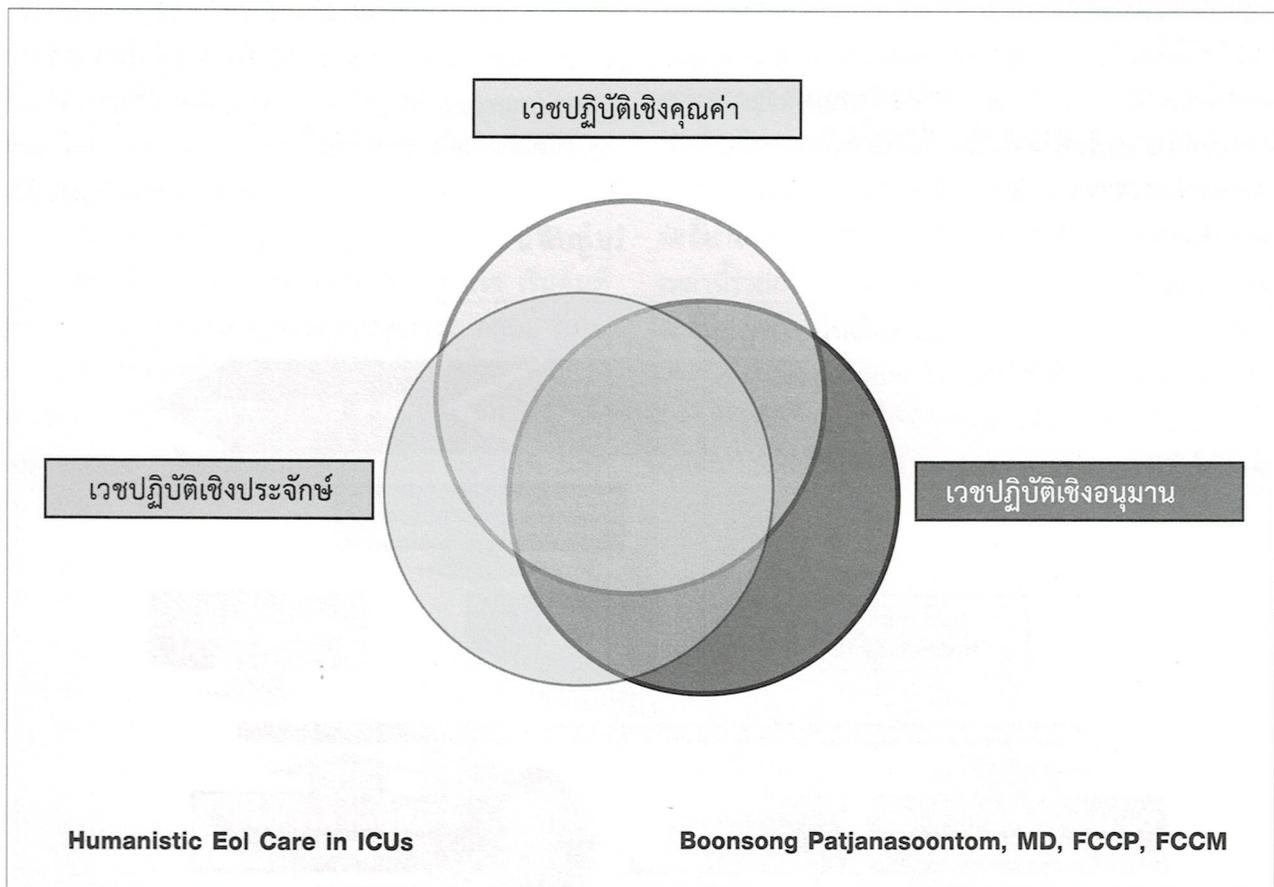
การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นทั้งศาสตร์และ ศิลป์ เพราะต้องใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพชั้นสูง เพื่อประมวลองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ เกี่ยวข้องกับพยาธิวิทยาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยที่เราเรียกว่า **เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ (evidence-based medicine)** นอกจากต้องมีความรู้ทางการแพทย์เป็นอย่างดีแล้ว แพทย์ยังต้องประเมินความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย และญาติรวมทั้งผู้ที่เคารพรักผู้ป่วย ประเมินความเชื่อ ทางศาสนาและวัฒนธรรมชุมชนที่หล่อหลอมผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ เราเรียกว่า **เวชปฏิบัติเชิงคุณค่า (value-based medicine)** ในกรณีที่ข้อมูลเชิงประจักษ์โดยตรงที่เกี่ยวข้อง กับโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ แพทย์อาจ

จะต้องใช้การอนุมานจากผลการรักษาในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วย ดูจากผลการตอบสนองทางห้องปฏิบัติการ ผลการศึกษาในเชิงทดลองและ/หรือผลการศึกษาในสัตว์ทดลอง แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ที่เราเรียกว่า **เวชปฏิบัติเชิงอนุมาน (inference-based medicine)**

การบริหารผู้ป่วยในไอซียูนับเป็นกรณีตัวอย่างที่เห็นได้ชัดที่ทีมแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องใช้เวชปฏิบัติทั้งสามแนวทางข้างต้น ผสมผสานอย่างสมดุลเพื่อให้ผลการรักษาออกมาดีเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงสุด มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการเจ็บป่วยและผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาสอดคล้องกับที่ตัวผู้ป่วยเองและญาติต้องการความสัมพันธ์ระหว่างเวชปฏิบัติทั้งสามแนวทางในไอซียูตามแผนภูมิใน **รูปที่ 1**

มรณวิทย์กับการบริหารผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตในไอซียู ในภาพรวมแล้วอาจมีตั้งแต่ (๑) การพยายามดูแลรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรวมถึงสิ่งบ่งชี้การมีชีวิตได้แก่สัญญาณชีพให้คงอยู่ได้นานที่สุด (๒) การรักษาพยาธิสภาพที่พอรักษาได้ร่วมกับการรักษาประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (๓) ให้เฉพาะการรักษาแบบประคับประคองและลดความทุกข์ทรมาน (supportive and palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่มุ่งเน้นการรักษาตัวโรคที่เคยรักษามาแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา (๔) การละเว้นการรักษาพยุงชีพที่ผู้ป่วยระบุไว้ว่าไม่ต้องการ



รูปที่ 1 : องค์ประกอบและความสัมพันธ์ของเวชปฏิบัติทั้งสามแนวทางในไอซียู

ปราณินาตหรือการุณยนาต กับ มรณวิทยา

ปราณินาตหรือการุณยนาต (euthanasia) หมายถึงการทำให้ตายด้วยความเมตตา (mercy killing) “ปราณินาต” เป็นศัพท์ทางแพทยศาสตร์ “การุณยนาต” เป็นศัพท์ทางนิติศาสตร์ มีความหมายว่า การตายอย่างเป็นสุข หมายถึง การทำให้บุคคลตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวกหรือสงบหรือการงดเว้นการช่วยเหลือหรือรักษาพยาบาลโดยปล่อยให้ตายอย่างสงบตามธรรมชาติของโรค “การุณยนาต” มีการจำแนกประเภทหลายแบบได้แก่

ก. การจำแนกตามวิธีการที่เสียชีวิต แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- (๑) การุณยนาตเชิงรุก (active euthanasia) หรือการุณยนาตโดยเร่งให้ตาย (positive euthanasia) คือ การุณยนาตที่กระทำการโดยให้สารหรือวัตถุหรือกระทำการอันใดที่เร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ได้แก่ การที่แพทย์ดำเนินการด้วยตัวเองทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (mercy killing) ดังในกรณีของ Dr. Jack Kevorkian ที่ดำเนินการด้วยตัวเองหรือให้การช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานเสียชีวิตหลายรายในประเทศสหรัฐอเมริกา จนได้รับฉายาว่า “Dr. Death” เพราะเป็นแนวทางที่ผิดกฎหมายของประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ผิดหลักศาสนา^[2] และผิดต่อจริยธรรมวิชาชีพ

การุณยนาตเชิงรุกนี้รวมถึง “แพทยานุเคราะห์นาต (physician-assisted suicide)” คือการที่แพทย์สนับสนุน ให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย

จากการสำรวจแนวคิดของแพทย์ส่วนใหญ่ทั้งจากประเทศในซีกโลกตะวันตกและซีกโลกตะวันออกยังไม่ยอมรับปราณินาตเชิงรุกและแพทยานุเคราะห์นาตและมีความเห็นว่าการยุติหรือลดถอนการรักษาพยาบาลที่ได้เริ่มไปแล้ว เช่น การยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดอยู่ใน การุณยนาตเชิงรุก ด้วยเช่นกัน

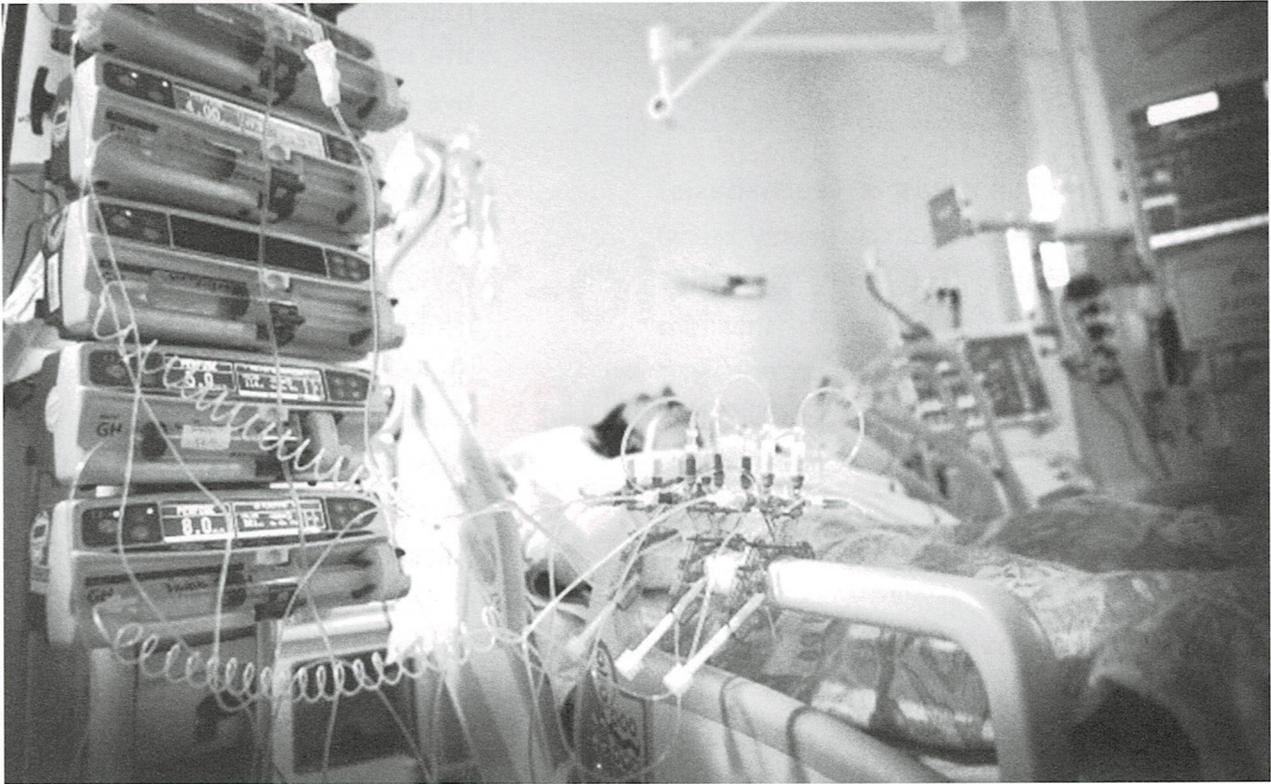
- (๒) การุณยนาตเชิงรับ (passive euthanasia) หรือ การุณยนาตโดยตัดการรักษา (negative euthanasia) คือ การุณยนาตที่ปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบ โดยไม่ให้การรักษายุ่งชีพให้เพียงการดูแลรักษาทั่วไปเพื่อลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปเองจากตัวโรคพื้นฐานของผู้ป่วยเอง การุณยนาตเชิงรับเป็นสิ่งที่วงการแพทย์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับรวมถึงมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๐ และเห็นว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้ายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและการมีชีวิตที่ยืดยาวขึ้นจากการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากและนานขึ้นมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกินกว่าจะยอมรับได้

- (๓) การุณยนาตเชิงรุกแบบสงบ (non-aggressive active euthanasia) คือ การุณยนาตที่กระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย เช่น การหยุดให้สารน้ำและอาหาร ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังถกเถียงกันในหลายประเทศ ทั้งประเด็นทางกฎหมาย จริยธรรม ศาสนา และมนุษยธรรม ดังกรณีของ Mrs. Terri Schiavo ที่เกิดขึ้นในเมือง Tampa Bay รัฐฟลอริดาประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต้องพิจารณากันทั้งศาลของเมือง รัฐและประเทศ รวมถึงการพิจารณาในรัฐสภากันอย่างยืดเยื้อยาวนานกว่า 5 ปีกว่าก่อนที่จะสามารถถอดสายให้อาหารและน้ำและผู้ป่วยเสียชีวิตในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา

ข. การจำแนกตามความตั้งใจของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

- (๑) การุณยนาตโดยเจตจำนง (voluntary euthanasia) ยังแบ่งย่อยออกเป็น

๑.๑ การุณยนาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (direct voluntary euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยเลือกปลงชีวิตตนเอง เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพจัดยาแก้ปวดหรือยานอนหลับให้ในปริมาณที่มากหรือยาอันอาจมีพิษ



หรือผลข้างเคียงเป็นพิษไว้ใกล้ผู้ป่วย ผู้ป่วย
เลือกตัดสินใจหยิบยาเกินขนาดและหรือ
ยาในระดับเป็นพิษกินเองจนเสียชีวิต

๑.๒ การุณยฆาตโดยเจตจำนงแต่
โดยอ้อม (indirect voluntary euthanasia)
คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าถ้า
ไม่มีโอกาสรอดก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข
กระทำการุณยฆาตต่อตนเองเสีย โดยแสดง
เจตจำนงเป็น หนังสือล่วงหน้าหรือพินัยกรรม
ชีวิตไว้

(๒) การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม
(indirect involuntary euthanasia) เป็น
การุณยฆาตที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่
ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสงเคราะห์
ให้เพราะความสงสาร ดังกรณีที่เกิดขึ้นใน
โรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย
เรื้อรังของเมื่องนิวยอร์ก ในประเทศสหรัฐ
อเมริกา ระหว่างที่พายุเฮอริเคน Katrina
พัดเข้าฝั่ง พนังกั้นแม่น้ำมิสซิสซิปปีพังทลาย
น้ำทลัดเข้าท่วมเมืองและเกิดน้ำท่วมสถาน
พยาบาลอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนหนึ่ง
ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ทันและพบว่า

เสียชีวิต ผลการตรวจชันสูตรศพพบว่า สาเหตุ
การเสียชีวิตเกิดจากได้ยาเกินขนาด ซึ่งอนุมาน
ได้ว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องบางคนเป็นผู้กระทำ
การการุณยฆาต แต่เป็นการกระทำที่ผิด
กฎหมาย มีแพทย์ 1 คนกับพยาบาล 2 คน
ถูกดำเนินคดีทางอาญาในฐานะฆ่าคนตายโดย
เจตนา

ตายอย่างไรเรียกว่า ตายดี (Euthanasia)

การตายดี (euthanasia) หมายถึงการที่ผู้ป่วย
เสียชีวิตโดยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด การทำให้
ผู้ป่วยตายดี (euthanasia) มีการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
การทำการุณยฆาต (active euthanasia) และการปล่อยให้
เสียชีวิตโดยไม่ให้การรักษา (passive euthanasia)
เส้นแบ่งระหว่างการุณยฆาตเชิงรุก (active euthanasia)
และการปล่อยให้ตายหรือการุณยฆาตเชิงรับ (passive
euthanasia) มีการนำเสนอความเชื่อและความเห็นทั้งใน
บทความทางการแพทย์และบทความทางสังคมศาสตร์อย่าง
หลากหลาย มีทั้งที่เห็นตรงกันและเห็นต่างในบางประเด็น
ที่เห็นตรงกันคือ การที่แพทย์ลงมือกระทำการให้

ผู้ป่วยเสียชีวิตแม้ว่าจะกระทำด้วยเมตตา (mercy killing) และการที่แพทย์ช่วยเหลือแนะนำการกระทำหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นที่เรียกว่า แพทย์อนุเคราะห์ฆาต (physician-assisted suicide) ถือว่าเป็นการกระทำ การุณฆาตเชิงรุก (active euthanasia) ซึ่งเป็นเรื่อง ที่ผิดกฎหมายบ้านเมืองเกือบทุกประเทศในโลก ผิดหลัก ศาสนาทุกศาสนา^[2] และผิดจริยธรรมวิชาชีพ^[3]

การปล่อยให้เสียชีวิตโดยไม่ทำการรักษาพยุงชีพ (withholding life support) ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะ สุดท้ายป่วยด้วยโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ที่ผู้ป่วย ระบุด้วยตัวเองหรือแจ้งแพทย์ไว้ว่าไม่ต้องการการรักษา พยุงชีพ ถือเป็นกรกระทำกรุณฆาตเชิงรับ (passive euthanasia) ที่แพทย์ส่วนใหญ่ทั่วโลกยอมรับ^[4]

การถอดถอนหรือยุติการรักษาพยุงชีพที่ได้ดำเนินการ ไปแล้ว (withdrawal life support) มุมมองของ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศส่วนใหญ่ทั้งใน ประเทศตะวันตกและตะวันออก^[5-7] มีความเห็นว่าเป็น การเร่งกระบวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย การสำรวจความเห็น ของแพทย์ส่วนใหญ่มองว่าการถอดถอนการรักษา พยุงชีพที่ได้เริ่มไปแล้วขัดต่อคำปฏิญาณฮิปโปเครติส (hippocrates oath) ซึ่งคัดมาให้ดูบางตอนดังนี้

.....I will use my power to help the sick to the best of my ability and judgment, I will abstain from harming and wrong-doing any man by it.

.....I will not give a fatal drug to anyone if I am asked, nor will I suggest any such thing....

.....Whenever I go into the house, I will go to help the sick, and never with the intention of doing harm or injury.....

ปัจจุบันนี้มีเพียง 4 ประเทศทั่วโลกคือ เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยียมและลักเซมเบิร์ก ที่มีกฎหมาย รองรับการถอดถอน/การยุติการรักษาพยุงชีพที่ได้เริ่มไป แล้วและการุณฆาตเชิงรุก ในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐส่วนใหญ่ถือว่าการุณฆาตเชิงรุกเข้าข่ายการกระทำผิด ทางอาญามีเพียงรัฐโอเรกอน รัฐวอชิงตันและรัฐมอนทานา 3 รัฐเท่านั้นที่มีการประกาศใช้ Death with Dignity Act การยุติการรักษาพยุงชีพและการุณฆาตเชิงรุกสามารถ ทำได้โดยจำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์เจ้าของ ใช้และแพทย์ที่ปรึกษาเห็นพ้องว่าผู้ป่วยอยู่อย่างทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้และผู้ป่วยต้องผ่าน

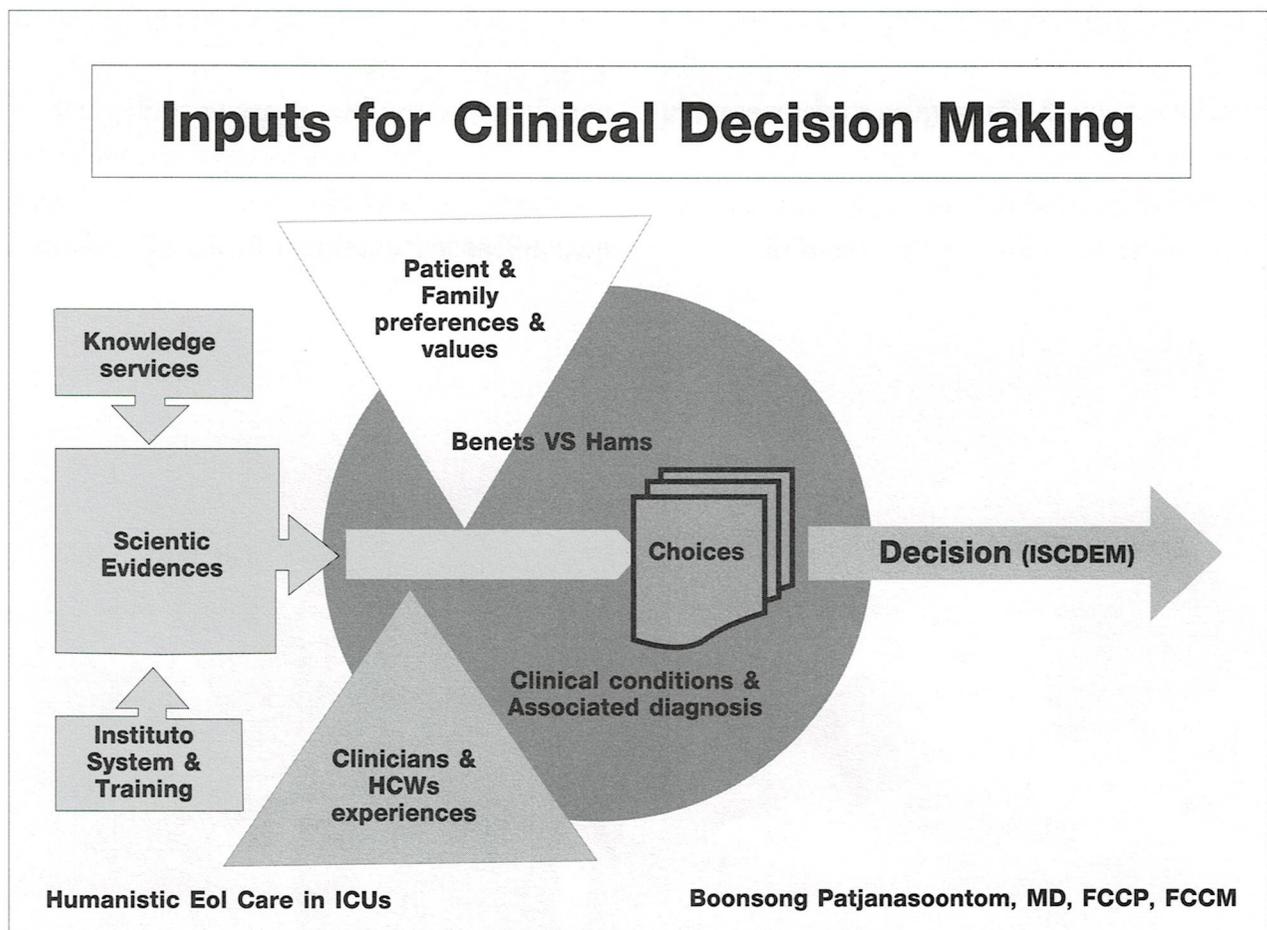


การประเมินจากคณะจิตแพทย์และ/หรือนักจิตวิทยาแล้วว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยทางจิตและไม่มีภาวะซึมเศร้าแล้วเท่านั้น

องค์ประกอบพื้นฐาน การตัดสินใจทางคลินิก

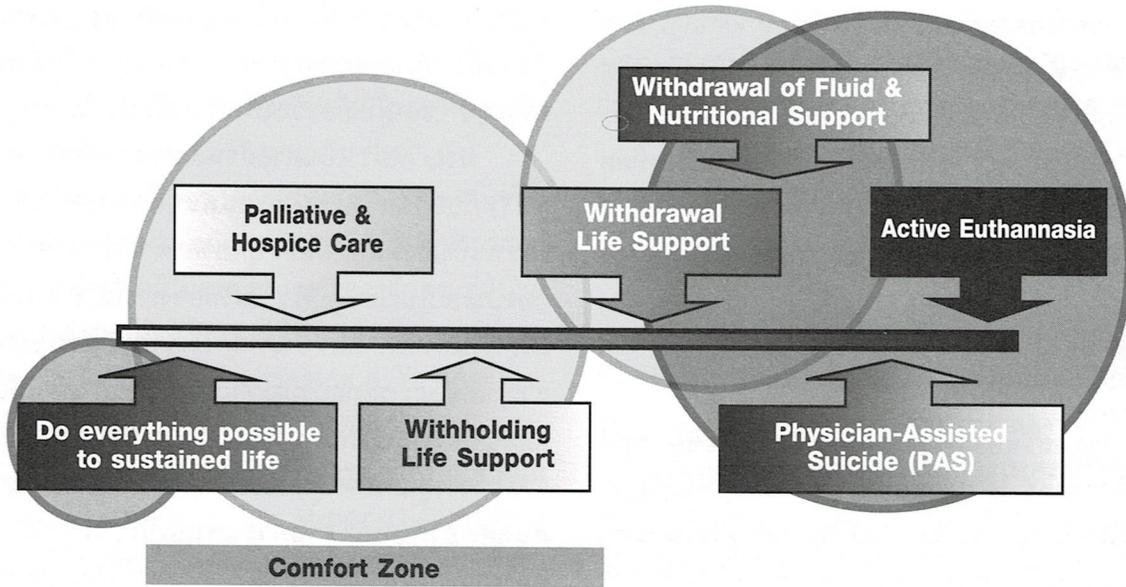
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู นับเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ต้องใช้การประเมินทั้ง 3 องค์ประกอบ ทั้งเวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ เวชปฏิบัติเชิงคุณค่าและเวชปฏิบัติเชิงอนุमान เพื่อหาแนวทางที่มีความสมดุลและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์และหรือข้อมูลจากการอนุमानและตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ โดยแนวปฏิบัตินี้เรา

เป็นการหาข้อสรุปแนวทางการรักษาที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นพ้องกันเรียกว่าเป็นการค้นหา “พื้นที่แห่งความสุข (comfort zone)” ร่วมกันในผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่หรือทั้งหมด ทั้งฝ่ายผู้ป่วย ญาติและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพที่ร่วมให้การดูแลรักษาและผู้สนับสนุนจัดหาทรัพยากรสุขภาพพึงพอใจ ข้อสรุปที่ได้นับเป็นทางสายกลางของเวชปฏิบัติที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งสามกลุ่มยอมรับได้ เราอาจเรียกว่า **มัชฌิมาปฏิบัติ** การที่แพทย์จะเลือกแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการหรือผู้ป่วย ญาติ องค์กรหรือกลุ่มบุคคลที่จัดการทรัพยากรสุขภาพจะบังคับให้แพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพทำในสิ่งที่ผิดต่อจริยธรรมวิชาชีพหรือผิดต่อมโนธรรมส่วนบุคคลจึงไม่อยู่ในพื้นที่แห่งความสุข



รูปที่ 3 : องค์ประกอบของการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้การดูแลรักษา

Spectrums of End-of-Life Care



Humanistic Eol Care in ICUs

Boonsong Patjanasontom, MD, FCCP, FCCM

รูปที่ 4 : พื้นที่แห่งความสุขในการบริหารผู้ป่วยในไอซียู

พื้นที่แห่งความสุข ในการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายจริง ๆ แล้ว “พื้นที่แห่งความสุข” หรือบริเวณที่มีความทุกข์น้อยที่สุดอยู่ตรงไหน ขึ้นอยู่กับโรคพื้นฐานของผู้ป่วย ระยะของโรค การตอบสนองต่อการรักษา คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ^[8] ประมวลรวมกันกำหนดเป็น กระบวนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้การยอมรับ

พื้นที่แห่งความสุขหรือบริเวณที่มีความทุกข์น้อยที่สุดเป็นการตัดสินใจร่วมกันไม่สุดโต่งด้านใดด้านหนึ่ง **ไม่ใช่** การบอกตามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเพียงคนเดียว ดังตัวอย่างในคำประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขฯ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ มาตรา 12 ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข “ในกรณี que ข้างเจ้าตกลอยในสภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่า

เป็นวาระสุดท้ายของข้าพเจ้า ...” เพราะถ้าสิ่งที่ผู้ป่วยระบุไว้นั้นผู้ประกอบวิชาชีพมีความเห็นไม่สอดคล้อง การปฏิบัติตามสิ่งผู้ป่วยร้องขอนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมคิดว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อจริยธรรมวิชาชีพหรือผิดกฎหมาย บ้านเมือง คงไม่ถึงว่าเป็นพื้นที่แห่งความสุข^[9] ไม่ใช่ **มัชฌิมาปฏิบัติ** ของเวชปฏิบัติในไอซียู

การพยายามยืดหรือต่อสัญญาณชีพในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านการรักษาเต็มที่แล้วไม่ตอบสนอง และผู้ป่วยอยู่อย่างทุกข์ทรมานให้อยู่ต่อนานที่สุดเท่าที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ทำได้ แพทย์ส่วนใหญ่คงเห็นพ้องกันว่า เป็นเรื่องไม่เหมาะสมเพราะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานขึ้น การไม่ให้การรักษาพยุงชีพที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ (withholding life support) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจริง ๆ เป็นสิ่งที่แพทย์ไทยและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำนวนมากได้ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของเวชปฏิบัติมาตั้งแต่ก่อนมีพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐^[10]

ประเด็นการยุติการรักษาที่ได้เริ่มไปแล้ว (withdrawal life support) ยังเป็นประเด็นที่ขัดต่อมโนสำนึกของประชาชนทั่วไป แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นว่าขัดต่อจริยธรรมวิชาชีพ แม้ว่าอาจมีแพทย์

บางส่วนมีความเห็นว่าผลลัพธ์สุดท้ายไม่แตกต่างจากการไม่เริ่มให้การรักษายุงชีพก็ตาม เพียงแต่เสียชีวิตคนละเวลาเท่านั้น^[11]

การฆ่าให้ตายด้วยเมตตา (mercy killing) และการที่แพทย์ช่วยเหลือในการกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (physician-assisted suicide) ถือเป็นกรทำการุณฆาตเชิงรุก (active euthanasia) ซึ่งเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายบ้านเมือง ผิดหลักศาสนาทุกศาสนา ผิดต่อจริยธรรมวิชาชีพและมโนสำนึกของบุคคลทั่วไป

บทสรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูแพทย์ต้องใช้ทั้งศาสตร์ (ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์และเวชศาสตร์เชิงอนุมาน) และศิลป์ (ผลงานเวชศาสตร์เชิงคุณค่า) ในกระบวนการวางแผนและให้การดูแลรักษา การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจแนวทางดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ช่วยทำให้กระบวนการดูแลรักษาสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการนับเป็นแนวทางที่ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างทีมแพทย์และญาติ สามารถบรรลุสู่ทางเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เรียกว่า “พื้นที่แห่งความสุข” ของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดหรือส่วนใหญ่

มรณวิทยา เป็นศาสตร์หลักสาขาที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขาต้องประสบในเวชปฏิบัติ มรณวิทยา ควรได้รับการบรรจุไว้ในสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาและในการฝึกอบรมระดับหลังปริญญา เพื่อให้แพทย์และบุคลากรสุขภาพสามารถเข้าใจกระบวนการดูแลรักษา และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับหลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ถูกต้องตามจริยธรรมวิชาชีพ มโนธรรมส่วนบุคคล ศาสนา วัฒนธรรมชุมชนและกฎหมายบ้านเมือง



เอกสารอ้างอิง

1. Camhi, S.L., et al., Deciding in the dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med*, 2009. 37(3): p. 919-25.
2. Ankeny, R.A., et al., Religious perspectives on withdrawal of treatment from patients with multiple organ failure. *Med J Aust*, 2005. 183(11-12): p. 616-21.
3. News. Assisted suicide, euthanasia, mercy killing. *Ann Oncol*, 2002. 13(6): p. 811-2.
4. Azoulay, E., et al., End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med*, 2009. 35(4): p. 623-30.
5. Cook, D., et al., Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*, 2003. 349(12): p. 1123-32.
6. Aita, K. and I. Kai, Physicians' psychosocial barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care: A qualitative study in Japan. *Soc Sci Med*. 70(4): p. 616-22.
7. Collins, N., et al., End-of-life care in the intensive care unit: the Irish Ethicus data. *Crit Care Resusc*, 2006. 8(4): p. 315-20.
8. Counsell, C. and P. Guin, Exploring family needs during withdrawal of life support in critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2002. 14(2): p. 187-91, ix.
9. Baron, C.H., Why withdrawal of life-support for PVS patients is not a family decision. *Law Med Health Care*, 1991. 19(1-2): p. 73-5.
10. Bito, S. and A. Asai, Attitudes and behaviors of Japanese physicians concerning withholding and withdrawal of life-sustaining treatment for end-of-life patients: results from an Internet survey. *BMC Med Ethics*, 2007. 8: p. 7.
11. Beck, S., A. van de Loo, and S. Reiter-Theil, A "little bit illegal"? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. *Med Health Care Philos*, 2008. 11(1): p. 7-16.
12. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
13. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓
14. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓
15. <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/Statues.pdf>
16. http://www.healthlaw.nl/wtlovhz_eng.pdf
17. <http://www.admd.be/Legislation.html>
18. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>
19. <http://www.doh.wa.gov/dwda>
20. <http://www.wnd.com/2005/03/29516; the whole Terri Schiavo story.>
21. <http://www.bookrags.com/biography/jack-kevkorian-cri/>
22. <http://www.nytimes.com/2009/08/30/magazine/30doctors.html>