

จริยธรรมแห่งวิชามะเร็งวิทยา

พระเมตตา นุโท ภิกขุ*

นรินทร์ วรวิทย์** นันทนา สิริทรัพย์***

Bhikkhu M, Voravud N, Sirisup N. Medical ethics in oncology for Thailand. Chula Med J 1998 Jun;42(6): 461-86

Medical ethics is a practical discipline that contributes to patient care by focusing on the central importance of patient preferences and choices within the doctor-patient relationship, and on the fundamental moral obligations of physicians. Basic concepts of medical ethics consist of respect of persons, autonomy, efficiency, burden/beneficence, and non-paternalism.

There is a gradual shift in oncology care from paternalism toward a more patient-centered practice of medicine (patient autonomy model). Attitudes of telling the truth to cancer patients vary among different nations without an universal standard. Nevertheless, the concept of voluntary informed consent is the central foundation of modern medical ethics and must be obtained before providing diagnostic tests or treatment. Substituting decision making is only restricted for incompetence patients.

End-of-life issues and do-not-resuscitate orders may be one of the most important ethical responsibilities of the clinical oncologist. Withholding and withdrawing treatment is clinically, ethically, and legally acceptable in appropriate cancer patients. Euthanasia and assisted suicide for terminally ill patients with cancer are generally not acceptable in oncology practice. On the contrary, palliative care and hospice are designed to promote the comfort of the end-stage cancer patients and are medically and ethically acceptable. Ethical issues should also be applied to other cancer management including the practice of alternative cancer treatment.

* ที่ปรึกษาพิเศษ ในเลขานุการใหญ่ สมัชชาศาสนาและสันติแห่งโลก วัดราชโอรสาราม กรุงเทพมหานคร

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

In Thailand, there are laws for ethical consideration of physician's practice in general but not specific to oncology care. To achieve a standard of care, medical ethics should always be included in oncology practice and clinical trials.

Key words : *Medical ethics, Oncology Thailand.*

Reprint request : Voravud N, Department of Medicine, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand.

Received for publication. April 5, 1998.

วิวัฒนาการทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างมากมากระหว่าง 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้แพทย์ในยุคปัจจุบันมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเจ็บป่วยที่เคยเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานที่แสนสาหัส หรือต้องทำให้ผู้ป่วย เมื่อร้อยปีที่แล้วต้องเสียชีวิตหรือ ทูพพลภาพ กลับกลายเป็นโรคที่รักษาหายได้จากการเยียวยาไม่นานนักหรือ แพทย์สมัยใหม่สามารถใช้เครื่องมือที่มีความแม่นยำสูง หรือมีความสามารถที่จะหยุดยั้งหรือชะลอการลุกลามของโรคภัยไข้เจ็บได้มากกว่าทุกยุคทุกสมัยที่ผ่านมา แต่ในขณะเดียวกัน เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเหล่านี้ กลับสร้างปัญหาที่สำคัญอย่างมากในการตัดสินใจทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นกว่าทุกยุคทุกสมัยที่ผ่านมา จนบ่อยครั้งทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจทางการแพทย์ว่าเมื่อใดจะหยุดการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเสีย

ขณะเดียวกัน ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมนุษย์อย่างรวดเร็ว อันสืบเนื่องมาจากความนิยมในการปกครองในระบอบประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน ระบบการค้าเสรี การประกันชีวิตและสุขภาพและการป้องกันผู้บริโภค ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากอีกด้วย

สำหรับในประเทศไทย ค่านิยมของพระพุทธศาสนาได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจในชีวิตประจำวันของประชาชนอย่างมาก ค่านิยมเหล่านี้มีทั้งที่สนับสนุนและค้านกับแนวคิดทางจริยธรรมของสังคมโลกยุคโลกาภิวัตน์ ในปัจจุบันแพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 ซึ่งจะมีผลในเชิงปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยไปในอีกลักษณะหนึ่ง

ในการตัดสินใจทางการแพทย์ในปัจจุบันแพทย์

จำเป็นต้องทราบแนวคิดและค่านิยมต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อประยุกต์ให้เหมาะสมแก่กาลเทศะ ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษามาตรฐานการแพทย์ในประเทศไทยแล้ว ยังเป็นการสนับสนุนให้สังคมไทยมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นอีกด้วย

ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง

การวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า ทศคนคิดและเวชปฏิบัติของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ในระยะเวลาไม่กี่สิบปีที่ผ่านมา โดยในปี ค.ศ. 1961 Oken รายงานผลการสัมภาษณ์แพทย์ในนครชิคาโก 219 คน ว่าแพทย์จำนวนถึง 90% ประสงค์ที่จะไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง นอกจากนั้นยังพบความหลากหลายในวิธีการดูแลผู้ป่วย แต่มีจุดประสงค์ที่ตรงกันเพียงอย่างเดียว คือ การรักษาความหวังของผู้ป่วยเอาไว้ โดยแพทย์ที่ถูกสัมภาษณ์ทุกรายจะเน้นถึงจุดนี้และพยายามรักษาความหวังของผู้ป่วยเอาไว้⁽¹⁷⁾

การวิจัยเดียวกันนี้ได้ทำซ้ำอีก 18 ปีต่อมา ที่โรงพยาบาลในนครชิคาโก และพบว่าในปี ค.ศ. 1979 ทศคนคิดและเวชปฏิบัติของแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างมาก คือ ร้อยละ 97 ของแพทย์พอใจที่จะบอกการวินิจฉัยโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

ความเจริญก้าวหน้าที่เกิดขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1961 และ 1979 ในการรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การรักษาสมัยใหม่ เช่น รังสีรักษา (radiotherapy) เคมีบำบัด (chemotherapy) และการผ่าตัดมีการพัฒนาขึ้นมาก จนทำให้แพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้มากกว่าเดิม เมื่อแพทย์ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง แพทย์ก็สามารถให้ความหวังกับผู้ป่วยมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันแพทย์ก็ต้องดำรงไว้ซึ่งความซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วยด้วย

การเปลี่ยนแปลงนี้มิใช่เกิดขึ้นเฉพาะแพทย์ฝ่ายเดียว ความคาดหวังของผู้ป่วยจากแพทย์ก็มีการเปลี่ยน

แปลงอย่างมากในด้านทัศนคติจากรูปแบบเดิมซึ่งแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจกำหนดเลือกวิธีการรักษา (paternalism) แบบคุณหมอรู้ดี (คนเดียว) พัฒนาเป็นรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเอง

โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาสภาผู้แทนราษฎรได้ผ่านกฎหมายแห่งการแจ้งความจำนงในการรักษา (informed consent) กำหนดให้แพทย์เปิดเผยผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่

สิ่งที่กล่าวมาแล้วทั้งหลายเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบและวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคกับผู้ป่วยมะเร็งในการแพทย์แผนปัจจุบัน

ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยทางการแพทย์ ในประเทศในทวีปยุโรปกลับแสดงให้เห็นว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ในการบอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์ในยุโรปภาคใต้และตะวันออกมักจะหลีกเลี่ยงการบอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าแพทย์ในยุโรปตอนเหนือ⁽¹⁹⁾ ผลการวิจัยในประเทศอื่น นอกนั้นพบว่าแพทย์ชาวญี่ปุ่นชอบที่จะปกปิดผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากกว่าแพทย์ชาวอเมริกัน⁽²⁰⁾

ความแตกต่างดังกล่าวแสดงถึงความไม่เหมาะสมวัฒนธรรมและจริยธรรมของผู้ป่วยในการประยุกต์ใช้มาตรฐานจริยธรรมของอเมริกาในประเทศอื่นและโดยไม่จำแยกเชื้อชาติ⁽²¹⁾ ผลเสียที่ไม่สามารถจะละเลยได้เมื่อเกิดความแตกต่างทางทัศนคติ และประเพณีนิยมของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในวัฒนธรรมของอเมริกาในการบอกความจริงต่อผู้ป่วยมะเร็งจากปี ค.ศ. 1961 ถึง 1979 แสดงให้เห็นว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งอย่างตรงไปตรงมาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ และมีความจำเพาะต่อสังคม และกฎหมายของคนอเมริกันมากกว่าที่จะใช้เป็นมาตรฐานทั่ว ๆ ในประเทศอื่น ๆ

สำหรับในประเทศไทย แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่

นิยมบอกความจริงอย่างตรงไปตรงมากับผู้ป่วย แต่มักจะปรึกษาหารือกับญาติในครอบครัวที่ใกล้ชิดก่อนที่จะตัดสินใจวางแผนการรักษา และบ่อยครั้งที่ญาติพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วยจะเป็นผู้รับทราบความจริงจากแพทย์โดยผู้ป่วยเป็นผู้รับทราบความจริงเป็นคนสุดท้าย หรือถูกปกปิดจากญาติพี่น้องทุกคนไม่ให้ทราบว่าผู้ป่วยด้วยโรคอะไรจนกระทั่งเสียชีวิต และในหลายกรณีญาติพี่น้องของผู้ป่วยกลับเป็นผู้ร้องขอต่อแพทย์ไม่ให้บอกความจริงเหล่านี้แก่ผู้ป่วยเองเสียด้วยซ้ำ

ในสังคมของคนไทยนั้น อิทธิพลของญาติพี่น้องของผู้ป่วยในการรักษานั้นมีมากกว่าในสังคมอเมริกาและประเทศในยุโรปอย่างมาก ทำให้การประยุกต์หลักการเคารพในการกำหนดชะตากรรมของผู้ป่วยตามคำฟังโดยปราศจากความเห็นชอบหรือความร่วมมือของญาติพี่น้องจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก

จึงเป็นส่วนหนึ่งของมารยาททางวิชาชีพ ก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจ บอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือญาติ แพทย์จำเป็นต้องทราบข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัวของผู้ป่วยเสียก่อน เพื่อให้ทราบถึงบุคลิกและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว โดยสอบถามกับผู้ป่วยเองถึงญาติสนิทที่สามารถตัดสินใจหรือเป็นที่ปรึกษาในการให้การรักษากับแพทย์ได้ ตลอดจนลำดับความสำคัญและความสามารถในการใช้วิจารณญาณของคนใกล้ชิดและของญาติพี่น้องในครอบครัว และบ่อยครั้งที่ปรากฏว่าญาติที่สนิท อาจไม่ใช่ผู้ที่สามารถตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยได้ ในกรณีเช่นนี้จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและคณะของญาติพี่น้องว่า ผู้ใดเหมาะสมที่จะเป็นผู้แทนของผู้ป่วยใน การตัดสินใจในการรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะมาถึง

การแจ้งความจำนงในการรับการรักษา (informed consent)

การแจ้งความจำนงในการรับการรักษา คือการแสดงความประสงค์และการยอมรับการตรวจรักษาทางการ

แพทย์ของผู้ป่วยหลังจากการเปิดเผยและอธิบายถึงวิธีการที่จะใช้ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยง รวมทั้งการเปิดเผยถึงวิธีการแบบอื่นในการตรวจรักษา อันตรายและประโยชน์ที่จะได้รับ การแจ้งความจำนงในการรับการรักษา (informed consent)

หลักการของการสมัครใจรักษาผู้ป่วยเป็นพื้นฐานของวิชาจริยธรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ แพทย์ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนที่จะตรวจวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยปกติมีสิทธิที่จะสมัครใจรับหรือปฏิเสธการตรวจหรือการรักษาที่แพทย์แนะนำ สิทธินี้ขึ้นกับหลักการทางจริยธรรมของการเคารพในอธิปไตยของผู้ป่วย (patient autonomy) และหลักทางนิติศาสตร์ ประกอบด้วยสิทธิของผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงรังสีรักษา การผ่าตัด การกู้ชีวิตด้วยการผายปอดและปั๊มหัวใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การล้างไต การให้ยาปฏิชีวนะ รวมไปถึงการให้สารอาหาร และน้ำเกลือ ถึงแม้ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก็ตาม

การแจ้งความจำนงในการรับการรักษาเป็นกระบวนการของความร่วมมืออันดีงามระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา การเซ็นชื่อของผู้ป่วยในแบบฟอร์มแจ้งความจำนงการรักษาของผู้ป่วยอาจจำเป็นที่จะแสดงว่า ขบวนการแจ้งความจำนงการรักษาของผู้ป่วยเกิดขึ้นจริงแต่ยังไม่เพียงพอ ถ้าผู้มีสมรรถภาพในการตัดสินใจ (competent) แพทย์จะตกลงเรื่องการแจ้งความจำนงการรักษากับผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีสมรรถภาพในการตัดสินใจ ก็ไม่อาจให้รับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษาได้ของตนเองได้ แพทย์จะตกลงเรื่องการแจ้งความจำนงการรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจแทน

ประสิทธิภาพของความชำนาญในการติดต่อมีความจำเป็นต่อกระบวนการ การแจ้งความจำนงในการรักษาแพทย์ควรใช้เวลาเพียงพอให้แน่ใจว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และมีเวลาถาม

ตอบคำถามของผู้ป่วย สำหรับหน้าที่ของการรับการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. อธิปไตยในตนเอง (autonomy) และสามารถในการตัดสินใจที่สมเหตุสมผล (rational decision making)
2. ปกป้องผู้ป่วย และผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัย
3. หลีกเลี่ยงเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง
4. สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ในการทดสอบการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย
5. ช่วยเพื่อรักษาความจริง

ส่วนประกอบของการรับการรักษาที่เกี่ยวข้องในขบวนการที่ผู้ป่วยจะรับการรักษาประกอบด้วย วิจารณ์ญาณของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (competency) การเปิดเผยข้อมูลความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ ความสมัครใจ (voluntariness) และการมอบหมายฉันทานุมัติ (authorization)

1. วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจ (competence)

หมายถึง ความสามารถที่ผู้ป่วยที่จะเข้าใจถึงข้อมูลและผลลัพธ์จากการตัดสินใจหรือไม่ตัดสินใจรักษา ผู้ป่วยอาจสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้ในบางราย แต่ไม่ใช่ทุกรายของชีวิตตนเอง ตัวอย่างเช่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำธุรกิจของครอบครัวได้ แต่อาจมีความสามารถเพียงพอที่จะกล่าวว่า ต้องการให้ทำอะไรกับร่างกายของตน เช่น การรักษาแบบไหนที่ต้องการหรือไม่ต้องการ

การประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าแพทย์จะพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถหรือไม่มีความสามารถในการพิจารณาว่าแพทย์จะติดตามความปรารถนาของผู้ป่วยในการรักษาหรือไม่ก็ตาม การตัดสินใจเพื่อทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยในการรักษาขึ้นกับหลักการทางจริยธรรมของความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การตัดสินใจที่จะไม่ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ขึ้นกับหลักการทางจริยธรรมของประโยชน์ของ

ผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (beneficence)

อาจแบ่งมาตรฐานทั่วไปของความสามารถในการใช้วิจารณญาณรับการรักษา (competence) ของผู้ป่วย เป็น 3 แบบ ดังนี้

1. วิจารณญาณของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยเหตุผล (rational reasons)
2. วิจารณญาณที่จะได้ผลลัพธ์ที่มีเหตุผลผ่านการตัดสินใจ
3. วิจารณญาณในการตัดสินใจทั้งหมด

ผู้ป่วยมะเร็งจะมีภาวะหลายอย่างเกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการตัดสินใจรักษาเสียไป เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง มะเร็งกระจายเข้าสมอง หรือ ติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือเกิดถาวรก็ได้ การประเมินที่แม่นยำที่สุดถึงความไว้ใจวิจารณญาณของผู้ป่วยในการตัดสินใจ คือโดยแพทย์และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่รู้จักผู้ป่วยดี โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยยังปกติอยู่ คำถามต่าง ๆ ที่แพทย์อาจพยายามถามเพื่อประเมินถึงความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งในการตัดสินใจรักษาหรือไม่ ได้แก่

1. ปัญหาที่สำคัญที่สุดทางการแพทย์ของผู้ป่วยในขณะนี้คืออะไร?
2. การตรวจ หรือการรักษาวิธีใดเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วย?
3. ประโยชน์ ที่ ผู้ป่วย จะ ได้ รับจากการตรวจ หรือการรักษาวิธีต่าง ๆ มีอะไรบ้าง?
4. การตรวจ หรือการรักษาเหล่านั้นมีความเสี่ยงอะไรบ้าง?
5. เพราะเหตุใดท่านต้องการหรือไม่ต้องการรับการตรวจหรือการรักษา?

หากแพทย์รู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการประเมินผล วิจารณญาณ ในการวินิจฉัยของผู้ป่วย ควรปรึกษาศึกษาแพทย์ ทัศนคติของโรงพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม หรือ

ศาล อาจมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการดำเนินการรักษาต่อไป

เมื่อต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการยอมรับการรักษา โดยยาเคมีบำบัด มีมาตรฐาน 3 อย่าง ที่ผู้ป่วยควรมีวิจารณญาณ (competence) ที่จะตัดสินใจประกอบด้วย

1. การตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธยาเคมีบำบัด และให้เหตุผลที่เลือกวิธีนั้น
2. เข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. เข้าใจถึงจุดประสงค์ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่า ในบางครั้งความพยายามที่จะบอกว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการใช้วิจารณญาณของตนเองว่ายอมรับการรักษาหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาที่แพทย์เสนอให้ ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจมีผู้ป่วยบางรายที่มีความลำบากในการที่จะบอกว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจเลือกการรักษาหรือไม่ เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องที่จะบอกว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะตัดสินใจยอมรับการรักษา เพียงเนื่องจากผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับวิธีการตรวจหรือรักษาที่แพทย์แนะนำ และจำเป็นที่ต้องยอมรับการตัดสินใจทางเลือกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการยอมรับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งในบางครั้งอาจจะไม่ถูกต้องก็ตาม

2. การเปิดเผยข้อมูล (Disclosure of Information)

การแพทย์ของผู้ป่วยและเกี่ยวกับวิธีการตรวจและรักษา กุญแจสำคัญสำหรับการเปิดเผยข้อมูลประกอบด้วย ความเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจหรือการรักษารวม ทั้งการตรวจหรือการรักษาวิธีอื่นนอกแบบๆ ที่มีเหตุผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่พบบ่อยจากการตรวจหรือการรักษา และผลแทรกซ้อนที่อันตราย และถึงแม้ว่าอาจพบไม่บ่อยก็ตาม ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจรับการรักษาหรือการตรวจหรือการรักษาของผู้ป่วย ถึงแม้ว่ามาตรฐานของการเปิดเผยข้อมูลจะแตกต่างกันในแต่ละ

กรณี

แพทย์ควรเปิดเผยข้อมูลทั้งหมดให้กับผู้ป่วยที่มีเหตุผล และมีความสามารถในการตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการตรวจหรือการรักษา ตัวอย่างเช่น ความเสี่ยงของการคลื่นไส้เกิดจากยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดแตกต่างกัน พังผืดในปอดอาจเกิดจากยา bleomycin เป็นต้น

ยิ่งไปกว่านั้นแพทย์มีความจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ และความเสี่ยงต่ออันตรายจากวิธีการตรวจหรือรักษาอื่นๆ ที่แพทย์เห็นว่าอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ความเสี่ยงจากการเกิดภาวะปลายประสาทเสื่อม (peripheral neuropathy) จากยาเคมีบำบัด vincristine ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอาศัยสัมผัสของประสาทปลายนิ้วในการยังชีพ เช่น เป็นนักไวโอลิน หากผลการแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทำให้ทำงานเดิมต่อไปไม่ได้อีก การดูแลรักษาผู้ป่วยก็ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบด้วย เช่น ในรายที่การคือต่อยาเคมีบำบัดมาตรฐานที่ให้อาจเสนอวิธีการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)

ข้อควรระวังในการเปิดเผยความจริง

ก่อนที่แพทย์จะเปิดเผยความจริงแก่ผู้ป่วยหรือญาติ พึงระวังอคติที่อาจเกิดขึ้นได้จากการอธิบายข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติ อคติที่เกิดขึ้นนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งฝ่ายของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหลาย อันเป็นผลมาจากการได้รับการศึกษาอบรม โดยที่แพทย์ทั้งหลายถูกฝึกให้มองปัญหาทางโรคร้ายไข้เจ็บของมนุษย์เป็นปรกติ และมีมุมมองที่เห็นร่างกายมนุษย์ในลักษณะแยกส่วน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรในสายอาชีพอื่นแล้วจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าแพทย์เป็นผู้ค่อนข้างมองโลกในแง่ร้าย ในขณะที่ตัวแพทย์เองมีความรู้สึกปรกติธรรมดาต่อโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้น

ขณะเดียวกัน ญาติของผู้ป่วยอาจมีอคติในแง่ดีและแง่ร้ายกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อการ

รักษามีผลข้างเคียงปรากฏขึ้น ทำให้ญาติใกล้ชิดเกิดความรู้สึกว่า “ผู้ป่วยมีชีวิตที่ไม่ควรอยู่” หรือ “ทุกข์ทรมาน” เกินกว่าที่ น่าจะอยู่เป็นคนต่อไป

แนวทางการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมคือ การให้ข้อมูลในลักษณะมุมมองของผู้ป่วยในลักษณะ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” (ซึ่งหมายถึงแพทย์ต้องได้รับข้อมูลทางพื้นฐานของสังคมการศึกษาและวุฒิภาวะทางจิตใจ รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่ครอบคลุมของผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ประกอบอยู่เสียก่อน) สนับสนุนให้เกิดความหวังและการมองโลกในแง่ดีแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเสมอต้นเสมอปลาย

ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป็นต้นว่าสถิติการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยนั้น หากผู้ป่วยไม่มีพื้นฐานทางการศึกษา และวุฒิภาวะทางจิตใจสูงเพียงพอ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้เกินกว่าเหตุ แพทย์จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วย (และญาติ) ทราบถึง “หลักการของความไม่แน่นอน” เสียก่อน เพื่อรักษาความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วยอยู่เสมอ

เมื่ออธิบายผู้ป่วยมะเร็งถึงแผนการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงและประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา รวมทั้งวิธีการรักษาอย่างอื่นที่ใช้ได้ในผู้ป่วยนั้น ๆ แพทย์บางท่านอาจบอกถึงความเสี่ยงบางอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยเมื่อได้รับทราบข้อมูลของการตรวจหรือการรักษาแล้ว ควรให้ออกาสผู้ป่วยให้สอบถามเพิ่มเติมถ้ายังสงสัยและไม่เข้าใจมาตรฐานของการเปิดเผยข้อมูลการตรวจหรือการรักษาต่อผู้ป่วยมี 3 ประการดังต่อไปนี้

1. เวชปฏิบัติวิชาชีพมาตรฐาน (Professional Practice Standard)

ขึ้นกับความคิดของแพทย์ว่าข้อมูลใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีปัญหาหลายอย่างของมาตรฐานนี้ ประกอบด้วยความจริงที่ว่าอาจจะเป็น การกำหนดการตรวจหรือรักษาโดยแพทย์ แบบคุณหมอรูตี (paternalistic) และไม่ตรงกับหลักการเคารพในอธิปไตย และความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ในการเลือกการตรวจหรือการรักษาของผู้ป่วย

2. มาตรฐานเหตุผลส่วนบุคคล (Reasonable Person Standard)

ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยสมมติตามเหตุผล ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ นั่งอยู่ต่อหน้าแพทย์ผู้รักษาโดยตรง ที่จะต้องที่ทราบ ความต้องการการแจ้งการตัดสินใจที่มีเหตุผล

3. มาตรฐานผู้ป่วย (Subjective Standard)

เป็นการรวมสถานะการณ์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทราบขึ้นกับความต้องการ ทางกายและอารมณ์

4. การประนีประนอม (Compromise)

ระหว่างมาตรฐานเหตุผลส่วนบุคคล (reasonable person standard) และมาตรฐานผู้ป่วยเป็นข้อเสนอของการ แก้ปัญหาที่ดีที่สุด แพทย์มักไม่มีเวลาที่จะตรวจสอบรายละเอียดประวัติทางจิตวิทยาของผู้ป่วย ดังนั้นการประนีประนอม สำหรับมาตรฐานบุคคลจึงทำได้ลำบาก อย่างไรก็ตาม แพทย์อาจให้ข้อมูลบุคคลตามเหตุผลที่ต้องการทราบและ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยถามคำถามเพิ่มเติม ควรตอบคำถามตาม ความจริงและเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยสับสน

3. การเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ (Comprehension of Information Disclosed)

เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของขบวนการแจ้งความ จ्ञานในการรักษาของผู้ป่วย บางครั้งอาจจะลำบากที่จะ ประเมินระดับความเข้าใจของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยอย่างน้อยควร บอกได้ ถึงความเสี่ยงและประโยชน์จากการรักษา และ ทราบถึงวิธีการรักษาอย่างอื่นที่มี

4. ความสมัครใจ (Voluntariness)

หมายถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจ อย่างอิสระ โดยไม่ตกอยู่ใต้อิทธิพลใด ๆ ในความเป็นจริง แล้วไม่มีการตัดสินใจใด ๆ ที่เป็นความสมัครใจของผู้ป่วย อย่างสมบูรณ์ หลักการนี้ต้องอาศัยแพทย์ที่ไม่ฉวยโอกาส

บังคับให้ผู้ป่วยรับการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ มักจะเป็น การยากที่จะทราบว่ามีโอกาสจะให้ข้อมูลการศึกษา หรือการ ศึกษาแก่ผู้ป่วยในทางปฏิบัติไม่มีวิธีมาตรฐานที่จะวัดความ สมัครใจของผู้ป่วย บางกรณีแพทย์ต้องพบและคุยกับผู้ป่วย เป็นการส่วนตัว เพื่อพิจารณาถึงความต้องการที่แท้จริงของ ผู้ป่วย

ความสมัครใจต้องอาศัยข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับ ทางเลือกต่างๆ ที่มีตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับการ รักษาแบบ ก เท่านั้นและไม่มีเกี่ยวกับการรักษาแบบ ข การตัดสินใจยอมรับการรักษาแบบ ก ไม่ถือว่าเป็นความ สมัครใจ และถ้าการเลือกวิธีการตรวจหรือการรักษาของผู้ ป่วยเกิดจากแพทย์ให้รับการรักษาแบบ ก มากกว่าแบบ ข ถือว่าไม่ใช่ความสมัครใจของผู้ป่วย

5. การมอบอำนาจอนุมัติ (Authorization)

หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ทำการ ตรวจหรือรักษาบางอย่าง หรือเกี่ยวข้องกับการรักษาตาม งานวิจัย ซึ่งมีการลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนที่เป็นทาง การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

การตัดสินใจทดแทน (Substituting Decision Making)

เมื่อการตัดสินใจทางคลินิกทำไม่ได้เนื่องจากผู้ ป่วยไม่อยู่ในสภาวะปกติที่จะตัดสินใจได้แพทย์มักจะขอ ทราบการตัดสินใจรับการรักษาหรือรักษาจากญาติ หรือ เพื่อนของผู้ป่วย ในระหว่าง 20 ปีที่ผ่านมา กฎหมายหรือ หมายศาลในประเทศสหรัฐอเมริกาสนับสนุนให้ทดแทน การตัดสินใจของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเองไม่ได้ เช่น อยู่ในอาการ หมดสติ มีสิทธิที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการตรวจและการ รักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ปกติ

การตัดสินใจทดแทนโดยทั่วไปอาศัยคำถามหลัก สองข้อ คือ คำถามข้อแรกใครจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ คือการกำหนด ผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ (surrogate) และข้อที่ สองการตัดสินใจใช้หลักการใด เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า

การตัดสินใจแทนผู้ป่วยควรใกล้เคียงกับการตัดสินใจของผู้ป่วยมากที่สุด

ผู้ที่เหมาะที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยมากที่สุดควรเป็นผู้ที่ได้รับการเลือกโดยผู้ป่วยให้ตัดสินใจแทน แต่ถ้าไม่มีอาจต้องใช้ผู้ปกครองที่ศาลจัดให้ ภรรยา บุตร ผู้ปกครองที่น้อง ญาติ หรือเพื่อนใกล้ชิด ในบางกรณีอาจอาศัยเจ้าหน้าที่ช่วยในการตัดสินใจแทนถ้าหากคนตัดสินใจให้กับผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นไม่ได้

มาตรฐานวิธีการตัดสินใจแทนผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ

1. ความปรารถนาของผู้ป่วยครั้งก่อน บางครั้งมาจากการพูดของผู้ป่วยเอง หรืออาศัยการติดต่อพูดคุยกับคนใกล้ชิด
2. คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย มีประโยชน์น้อยกว่าข้อแรก แต่อาจนำมาใช้ช่วยในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
3. ประโยชน์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วยคาดคะเนประโยชน์และภาระที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย และมักใช้มากในผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่

ปัญหาของการแจ้งความจำเป็นในการรักษาของผู้ป่วยมีดังนี้

1. มาตรฐานการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วย (Standard of Disclosure) : ผู้ป่วยพึงได้รับข้อมูลทั้งหมด เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ผลดี/ผลเสีย และอาการแทรกซ้อนอันจะเป็นผลจาก การรักษาแบบต่าง ๆ ฯลฯ
2. การของคเว้นการใช้สิทธิของผู้ป่วย (Abdicating Patient's Rights) สามารถเกิดขึ้นได้ในบางโอกาส เช่น ผู้ป่วยอาจขอให้แพทย์เป็นตัดสินใจแทนตนเองด้วยความสมัครใจเป็นต้น
3. ความห่างจากการเสี่ยง (Remote Risks) การเสี่ยงที่เกิดจากการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยขึ้นกับความรุนแรงของความเสียหาย เช่น ความตาย เปรียบเทียบกับผลร้าย

และโอกาสเกิดมากน้อยแค่ไหน เช่น 1:100,000 หรือ 1:1,000 ถ้าความเสี่ยงรุนแรง เช่น ความตาย อาจต้องบอกผู้ป่วยทั้งที่โอกาส เกิดน้อยเพียงแค่ 1:10,000

การปฏิเสธการรักษา (Refusal of Treatment)

การปฏิเสธการรักษา ประกอบด้วย ส่วนต่างๆ คล้ายคลึงกับการยอมรับการตรวจ ได้แก่ การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบด้วยวิจารณญาณของผู้ป่วย (competent) ความสมัครใจของผู้ป่วย (voluntariness) และการมอบฉันทานุมัติ เป็นลายลักษณ์อักษร (authorized) ผู้ป่วยผู้มีวิจารณญาณสามารถปฏิเสธการรักษาของแพทย์ได้ทุกขณะ อาจด้วยเหตุผลส่วนตัวประการใดประการหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะไม่แจ้งเหตุผลส่วนตัวนั้นแก่แพทย์ผู้รับผิดชอบ

หลักของการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาประกอบด้วย

1. เคารพในอธิปไตยของผู้ป่วย (Patient Autonomy) เป็นหัวใจของการสนทนาเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาโดยผู้ป่วย
2. หลีกเลี่ยงไม่ทำอันตรายผู้ป่วย (Non-maleficence)

มีความสำคัญเท่าเทียมกันไม่ว่าผู้ป่วยจะมีวิจารณญาณที่ปกติ (Competent) หรือไม่ก็ตามในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา

การปฏิเสธการรักษาโดยผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติด้วยการเคารพจากแพทย์ ถ้าการเลือกไม่รักษานั้นไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในเด็ก ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการคุย ถกเถียงเกี่ยวกับการรักษาเพื่อให้ทราบว่าทำไมผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับรักษา ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจหลักการรักษาถูกต้อง ควรที่แพทย์จะแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโรคของผู้ป่วยรักษาได้ หรือหายขาดได้ด้วย การรักษา แพทย์จำเป็นต้องฟัง

เหตุผลของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา บางครั้งอาจต้องตกลง
ระยะเวลาเฉพาะระหว่างที่ลองการรักษาและวัดผลใหม่

การตอบสนองของแพทย์ต่อการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

แพทย์ผู้รักษาอาจมีการตอบสนองต่อการปฏิเสธ
การรักษาของผู้ป่วย หลายประการดังต่อไปนี้⁽¹¹⁾

1. ความกระวนกระวายใจ (Frustration)

การตอบสนองแบบนี้เป็นที่เข้าใจถ้าแพทย์เชื่อว่า
ผู้ป่วยสามารถได้รับประโยชน์จากการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิเสธ
อย่างไรก็ตามอธิปไตยของผู้ป่วย (autonomy) เป็นสิ่งที่มีค่า
ควรให้ความเคารพเสมอ ผู้ป่วยที่สติสัมปชัญญะปกติควรได้
รับสิทธิให้ตัดสินใจด้วยตัวเอง

2. แพทย์ตัดสินใจ ลัทธิคุณหมอรู้ดี (Paternalism)

แพทย์อาจพยายามเอาชนะการปฏิเสธการรักษา
ของผู้ป่วย แต่พฤติกรรมนี้ไม่ควรเป็นที่ยอมรับถ้าผู้ป่วย
ตัดสินใจเลือกที่จะไม่รักษาในขณะที่มีสติสัมปชัญญะปกติ

3. การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา (Changing Physicians)

ถ้าแพทย์มีความรู้สึกที่ต่อต้านต่อการตัดสินใจ
ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย อาจแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยน
แพทย์ที่รักษาได้ แพทย์ไม่ควรที่จะทอดทิ้งผู้ป่วย ถ้าแพทย์
เป็นห่วงที่ผู้ป่วยตัดสินใจผิดพลาด อาจปรึกษานักจริยธรรม
(ethicist) ถ้ามีในสถาบันที่รักษา หรือจากคณะกรรมการ
จริยธรรม

การตัดสินใจเมื่อชีวิตสิ้นสุด (End-of-Life Decisions)

ในระยะของการสิ้นสุดของชีวิตผู้ป่วย ไม่มี
ความแตกต่างจากเวลาอื่น ๆ ของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และ
ผู้ป่วย ผู้ป่วยควรทราบว่าจะไร้อำนาจเกิดขึ้นในการดำเนิน
ของโรค เพื่อที่จะได้เตรียมตัวเอาไว้ก่อน อย่างไรก็ตามควร
ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้
สึกแย่ง หรือทำลายความหวังของผู้ป่วย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance-Care Planning)

คือกระบวนการของการคิดต่อสื่อสารระหว่าง
ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวของผู้ป่วย และผู้
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลระยะสุดท้าย
ของชีวิต ซึ่งควรพิจารณาให้เหมาะสมโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วย
ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง⁽²³⁾ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
รวมถึงการให้ advance directive โดยผู้ป่วยขณะที่ยังรู้ตัว
ดี⁽²⁴⁻²⁵⁾ และเข้าใจขั้นตอนของแผนการรักษาที่วางไว้ล่วงหน้า
และนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิตและตัดสินใจ
เองไม่ได้ advance directive เป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยตัดสินใจ
เรื่องการรักษาด้วยตนเอง และมีการรักษาอะไรบ้างที่ผู้ป่วย
ต้องการและไม่ต้องการในสถานการณ์ต่าง ๆ

การศึกษาต่าง ๆ พบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มี
ทัศนคติที่ดีต่อ advance directive แต่กลับมีน้อยเพียงที่จะ
นำมาใช้⁽²⁶⁻³⁸⁾ การศึกษาบางรายงานตรวจสอบผลของ
advance directive ต่อการรักษาพยาบาล⁽³⁹⁻⁴³⁾ ความพอใจต่อ
การดูแล⁽⁴⁴⁾ และการปฏิบัติตาม advance directive เมื่อผู้ป่วย
ไร้ความสามารถในการตัดสินใจ⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งมี
อุปสรรคมากในการใช้⁽⁴⁷⁾

การศึกษาวิจัยผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลหลายพัน
คนพบว่า ปัญหาสำคัญของการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับความ
พอใจของผู้ป่วยที่เห็นด้วย และต่อด้านการรักษาอย่าง
เต็มที่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ข้อมูลชี้บ่งว่าแพทย์เข้าใจ
ผิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการกู้ชีวิต
(cardiopulmonary resuscitation) ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วย
ทั้งหมด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยปฏิเสธการกู้ชีวิต พบว่าไม่มีคำสั่ง
แพทย์ไม่ให้กู้ชีวิตเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น
ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย⁽⁴⁸⁾ แสดงว่าอาจเกิดจากการติดต่อ
สื่อสารที่ไม่ดี

ผู้ป่วยหลายคนได้รับการดูแลระยะวิกฤตมากเกินไป
กว่าที่ผู้ป่วยต้องการจริง ๆ ในวันสุดท้ายของชีวิต⁽⁴⁹⁾ และทำให้
ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานเกินความจำเป็น ถึงแม้
จะมีวิธีการที่พยายามแก้ไข ปัญหานี้กลับพบว่ามี

ล้มเหลวในการปรับปรุงการติดต่อสื่อสาร ล้มเหลวในการเพิ่มการใช้คำสั่งไม่กู้ชีวิต (DNR orders) ล้มเหลวในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับ และล้มเหลวในการลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล⁽⁵⁰⁾

คำสั่งไม่กู้ชีวิต (Do-Not-Resuscitate Orders)

เมื่อมีการทำ CPR เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1960 การกู้ชีวิตดังกล่าวถูกใช้ครั้งแรกเพื่อรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจ ต่อมา CPR กลายเป็นเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลทุกแห่ง และถูกประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีการหยุดทำงานของปอดและหัวใจ ดังนั้น CPR เป็นการรักษาผู้ป่วยที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นกระทันหันทุกรายในโรงพยาบาลถ้าไม่มีคำสั่งห้ามการกู้ชีวิต (DNR order) เขียนไว้ในรายงานการรักษาของผู้ป่วย แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่า ผู้ป่วยเฉพาะบางรายที่ไม่เหมาะสมที่จะทำ CPR⁽⁵¹⁾ และคุยเรื่องคำสั่ง DNR กับผู้ป่วยและญาติ⁽⁵²⁻⁵³⁾

คำสั่ง DNR แตกต่างกันในความจำเพาะและความยืดหยุ่นของคำสั่งเพราะคำว่า DNR แตกต่างกันในแพทย์แต่ละท่าน⁽⁵⁴⁾ แพทย์ควรระมัดระวังในการใช้คำศัพท์ DNR ในรายงานการรักษาผู้ป่วย การตัดสินใจที่จะยกเลิกหรือลดการรักษาอย่างอื่นนอกเหนือจาก DNR ควรเขียนเป็นคำสั่งเฉพาะลงในรายงานผู้ป่วย มากกว่าที่จะใช้คำสั่ง DNR เพื่อครอบคลุมการรักษาที่เกี่ยวข้องทุกอย่าง ถึงแม้ว่าจะไม่ชนิดคำสั่ง DNR ที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ตาม การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่ร่วมทีมรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็น อีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญคือความยืดหยุ่นของคำสั่ง DNR เนื่องจากสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยและแพทย์ควรเข้าใจว่าคำสั่ง DNR ไม่เคยเปลี่ยนแปลงไม่ได้ และควรมีการประเมินใหม่บ่อย ๆ เพื่อรักษาความจำเพาะและความยืดหยุ่นของคำสั่ง DNR โรงพยาบาลหลายแห่งมีนโยบายต้องการการใช้คำสั่ง DNR บนแบบฟอร์มพิเศษ และต้องการการเปลี่ยนคำสั่ง DNR ใหม่เป็นระยะ ๆ⁽⁵⁵⁾

คำสั่ง DNR มักเขียนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่แพทย์ต้องใช้คำสั่งดังกล่าวด้วยความระมัดระวัง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสได้รับคำสั่ง DNR⁽⁵⁶⁾ มากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีการพยากรณ์ใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดคำถามสำคัญเกี่ยวกับความลำเอียงของบุคลากรทางการแพทย์⁽⁵⁷⁾ การใช้คำสั่ง DNR อย่างถูกต้องเหมาะสมอาจเป็นความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

การหยุดและการเลิกการรักษา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา สิทธิพื้นฐานทางคลินิกและกฎหมายของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการกู้ชีวิตได้ถูกกำหนดไว้อย่างแน่นอนแล้ว⁽⁵⁸⁾ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจ ดังกล่าวมักก่อให้เกิดความไม่สบายใจและความโกรธระหว่างสมาชิกของครอบครัว และแพทย์ผู้รักษา แพทย์มักจะแบ่งแยกการหยุดการรักษาออกจากการเลิกการรักษา โดยที่แพทย์หลายคนมีความพอใจกับการตัดสินใจหยุดการรักษาแต่ถึงเลที่จะเลิกการกู้ชีวิตผู้ป่วย

เชื่อว่า มีการแบ่งแยกทางจิตเวชและศีลธรรมระหว่างการหยุดและการเลิกรักษาผู้ป่วย การรักษาวิธีต่าง ๆ ที่ใช้เป็นการทดลองการการรักษา การรักษาบางอย่างไม่เคยใช้เพราะแพทย์มั่นใจว่า ไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามถ้าการรักษาโดยความยินยอมของผู้ป่วย ทำด้วยความหวังที่จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ถ้าการรักษาพิสูจน์ว่าไม่สำเร็จ ไปตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้แต่แรก ผู้ป่วยและแพทย์สามารถหยุดการรักษาได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเหตุผลหนึ่งที่ใช้เริ่มการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือให้การรักษาผู้ป่วยนานเพียงพอที่จะมีเวลาพิจารณาว่าผู้ป่วยจะฟื้นจากสาเหตุของการหายใจล้มเหลวได้ ถ้ามีระยะเวลาที่เหมาะสมและผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ได้โดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ แสดงว่าจุดประสงค์ของการรักษาไม่สำเร็จ และในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยและแพทย์อาจตกลงหยุดเครื่องช่วยหายใจ ตรงกันข้ามถ้าเครื่องช่วยหายใจเริ่มต้น

ด้วยความตั้งใจที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การคงไว้ซึ่งเครื่องช่วยหายใจทำให้บรรลุซึ่งจุดประสงค์ที่คงไว้ ส่วนของศีลธรรมที่ลำบากในการพิจารณาเมื่อผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจคือจุดประสงค์ที่ผู้ป่วยหวังว่าจะยอมรับการรักษา ภาระและประโยชน์ของการรักษาจากความคิดเห็นของผู้ป่วย ถ้าหยุดเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาที่ชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยตายหลังจากที่ผู้ป่วยปรารถนาที่จะหยุดเครื่องช่วยหายใจ ความตายที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่เดิมและไม่ใช่จากพยาบาลหรือแพทย์ที่ปิดเครื่องช่วยหายใจ

ความแตกต่างทางศีลธรรมอย่างชัดเจนระหว่างการหยุดและการเลิกการรักษาทำให้สามารถหยุดแต่ไม่สามารถที่จะเลิกการรักษาได้นั้น ไม่เหมาะสมและป้องกันไม่ได้ ในสถานะการณ์นี้แพทย์และพยาบาลจะกลัวที่เริ่มการกู้ชีวิตเนื่องจากกลัวว่าการกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาที่มากเกินไป ทั้งที่ผู้ป่วยหมดหวังที่จะฟื้นคืนสู่สภาพดีเหมือนเดิมแล้วก็ตาม ดังนั้นถึงแม้ว่าจะสำคัญที่พบว่าอาจเป็นการหายทางจิตใจและอารมณ์ในการเลิกการช่วยชีวิต ที่สำคัญกว่านั้นคือการที่ระลึกว่าความยอมรับทางคลินิก ทางจริยธรรม และกฎหมายในการกระทำเช่นนั้นในรายที่เหมาะสม⁽⁵⁹⁾

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากน้อยเพียงใด ต้องคำนึงถึงเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. วิธีทางเลือกต้องชัดเจน และเปิดเผย

1.1 ผู้ป่วยอาจต้องการรักษาเต็มที่ประกอบด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และปฏิบัติการกู้ชีวิต ถึงแม้ว่าจะมีความหวังเหลืออยู่น้อยแล้วก็ตามสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยอื่น ๆ อาจปรารถนาที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก เพื่อให้ประโยชน์กับสังคมและการแพทย์

1.3 ผู้ป่วยอื่น ๆ อาจต้องการเพียงการรักษาประคับประคอง (palliative care) และไม่ต้องการรักษาต่อไป

2. วิธีทางเลือกเกี่ยวกับสถานที่ใช้รักษาผู้ป่วย

2.1 ผู้ป่วยบางคนชอบที่จะตายในโรงพยาบาลหรือในที่จัดให้โดยเฉพาะ

2.2 ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ hospice ซึ่งอาจจะเป็นที่บ้านหรือหน่วยในโรงพยาบาล

แพทย์บางท่านอาจไม่สบายใจในการตัดสินใจหยุดหรือยุติการกู้ชีวิต (resuscitation) ของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจแทนขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจตัดสินใจได้เอง

เมื่อแพทย์ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา คำถามต่อไปไม่ใช่ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะได้รับการยอมรับหรือไม่ แต่อยู่ที่แพทย์จะคงดูแลผู้ป่วยต่อหรือไม่ แพทย์แต่ละคนไม่ต้องการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยในสถานะการณ์ที่ไม่ฉุกเฉิน ตราบใดที่แพทย์ยังไม่ได้ละทิ้งผู้ป่วย และจัดเตรียมแพทย์อื่นทดแทนในการรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย เพราะในทางปฏิบัติบางครั้งลำบากที่จะส่งผู้ป่วยให้แพทย์อื่นดูแล แพทย์อาจต้องทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย ในสถานะการณ์เหล่านี้ไม่ควรเห็นด้วย มักช่วยให้สรรหาการทบทวน โดยที่ปรึกษาทางจริยธรรม หรือกับคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

สถานะการณ์ที่ลำบากสำหรับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องการรักษาที่แพทย์เห็นว่าไม่มีประโยชน์⁽⁶⁰⁾ โดยปกติแล้วแพทย์พิจารณาว่าการรักษาหนึ่งไม่มีประโยชน์เพราะโอกาสที่การรักษานั้นจะได้ผลต่ำมาก⁽⁶¹⁻⁶²⁾ หรือเพราะคุณภาพชีวิตที่ได้จากการรักษาวิธีนั้นไม่ดีพอ หรือเสียไปจากการรักษา ควรมีการตีความสำหรับความหมายของการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์⁽⁶³⁾ พื้นฐานการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการผันต่อระบบการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะ

ทำให้หลักการที่ว่าการรักษาไม่มีประโยชน์ ถูกใช้เป็นเครื่องมือทางการเมืองและเศรษฐกิจเพื่อควบคุมการตัดสินใจทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยหรือแพทย์เกี่ยวกับการรักษา⁽⁶⁴⁾

ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งรังไข่กล่าวข้างต้น ได้แก่การล้างไตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะเป็นมาและเกิดร่วมกับภาวะไตวายจากการลุกลามของโรคในช่องท้อง (carcinomatosis peritonii) ถ้าจุดประสงค์หลักในผู้ป่วยรายนี้คือการรักษาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ก็อาจกล่าวได้ว่าการล้างไตเป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ถ้าผู้ป่วยต้องการมีชีวิตอยู่มากกว่าสองสัปดาห์เพื่อรอพบลูกชายของเธอที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาหลายคนอาจคิดว่า การล้างไตควรจัดทำให้กับผู้ป่วย

ในบางกรณีสาระสำคัญอาจอยู่ที่ความกลัวของผู้ป่วยต่อความตาย หรือ ความกลัวของญาติพี่น้องที่ว่าผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้ง หรือเพียงจากความขาดการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย⁽⁶⁵⁾ ที่จริงแล้วสิ่งเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบโดยแพทย์ผู้รักษา บางครั้งความขัดแย้งอยู่ที่ว่าใครมีสิทธิหรืออำนาจที่จะกล่าวว่าการรักษาต่อไปมีประโยชน์หรือไม่ กล่าวคือใครเป็นผู้ควบคุมว่าผลลัพธ์อะไรที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการยอมรับ เช่น การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวเป็นผลลัพธ์ของการรักษาที่ยอมรับได้ และใครเป็นผู้ตัดสินใจ ใครเป็นผู้ควบคุมว่าโอกาสความสำเร็จของการรักษาแค่ไหนจึงพิจารณาว่าการรักษานั้นมีประโยชน์กับผู้ป่วย เช่น โอกาสของผลการรักษาเป็นร้อยละ 10 ร้อยละ 5 ร้อยละ 1 หรือ 0.1 ระดับโคของตัวเลขของผลการรักษานั้นคิดว่ามีประโยชน์คือผู้ป่วย⁽⁶¹⁾

ถ้าเกิดการไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเกิดขึ้น การตัดสินใจผลการรักษาที่ได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นกับแพทย์ผู้รักษา แต่ขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย บางครั้งแพทย์อาจรู้สึกไม่สบายใจกับการให้การดูแล ทั้งที่คิดว่ามีประโยชน์เพราะมีความกังวลใจว่าเป็นสิ่งที่สิ้นเปลืองทรัพยากรทางการแพทย์ หลักการตัดสินใจดังกล่าวไม่ควรใช้ในการพิจารณาประโยชน์ของการรักษาที่

ข้างเคียงผู้ป่วย แต่ควรมีการนำเสนอเพื่อหาหลักการตัดสินใจในระดับสถาบันหรือข้อเสนอแนะนโยบายของสมาคมเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

การุณยฆาต (Euthanasia) และการช่วยผู้ป่วยทำอัตวินิบาตกรรม (Patient's Assisted Suicide)

Euthanasia เป็นศัพท์ที่มีรากจากภาษากรีก โบราณ eu (prefix แปลว่า ดี) และ thanatos (noun แปลว่า ความตาย) euthanasia แปลว่า “การตายดี” หรือ Mercy Killing ซึ่งในภาษาไทยใช้คำว่า การุณยฆาต หรือ การฆ่าอันมีเหตุมาจากความกรุณา

ถึงแม้ว่าการตัดสินใจที่จะดำรงไว้ซึ่งการรักษาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย และจริยธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา การทำลายชีวิตผู้ป่วยโดยทั่วไปยังถือว่าผิดกฎหมาย การุณยฆาต(euthanasia) หมายถึง ปฏิบัติการที่ส่งผลโดยตรงต่อการตายของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การฉีดยาไปดัดเซียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยให้หัวใจผู้ป่วยหยุดเต้น การช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วย (assisted suicide) หมายถึง การจัดหาวิธีอัตวินิบาตกรรม (committed suicide) ให้ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การสั่งยาบาร์บิทูเรตส์จำนวนมากให้กับผู้ป่วยที่นำยาดังกล่าวไปใช้ฆ่าตัวตาย

กรณีการช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วยได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษเมื่อไม่นานมานี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตัวอย่างที่เราทราบกันดีคือ กรณีของนายแพทย์ Jack Kevorkian และ Timothy Quill นายแพทย์ Kevorkian ได้ช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วยได้มากกว่า 20 ราย ในมลรัฐมิชิแกน ส่วนนายแพทย์ Quill ได้ตีพิมพ์ผู้ป่วยที่ได้รับการทำลายชีวิตโดยแพทย์ ในวารสาร New England Journal of Medicine⁽⁶⁶⁾ และเรียกร้องต่อลูกขุนในหังควันการลดโทษผู้กระทำความผิดคือตัวแพทย์ที่กระทำการนั้น ในเดือนกันยายน ค.ศ. 1993 กรณีของผู้ป่วยหญิงชื่อ Sue Rodriquez ศาลฎีกาของประเทศแคนาดาตัดสินลงคะแนนเสียงห้าต่อสี่ว่าผู้ที่ทำลายชีวิตผู้ป่วยไม่ได้

ฝ่าฝืนกฎหมายของสิทธิและอิสระของมนุษยชน

นอกเหนือจากผู้ป่วยดังกล่าว มีกรณีเหล่านี้เกิดขึ้นในรัฐแคลิฟอร์เนีย วอชิงตัน และโอริกอน ประเทศแคนาดา และเร็ว ๆ นี้ที่เขตเหนือของประเทศออสเตรเลีย ที่จะพยายามเสนอให้การทำลาย และการช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติที่ถูกกฎหมาย⁽⁶⁷⁾ ที่รัฐโอริกอน และประเทศแคนาดาในเบื้องต้นประสบความสำเร็จ ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ การทำลายชีวิตผู้ป่วยทางนิคินัยยังถือว่าผิดกฎหมาย ส่วนทางพุดินัยเป็นที่ยอมรับได้ การนำเรื่องนี้เข้าสู่สภาระดับสาธารณชนก่อให้เกิดข้อถกเถียงทั้งสนับสนุนและไม่เห็นด้วยต่อการทำให้วิธีการดังกล่าวถูกกฎหมาย (legalization)

สิ่งที่สนับสนุนการทำให้ทำลายชีวิตผู้ป่วยถูกกฎหมาย⁽⁷⁰⁾คือ ความเคารพต่อในอธิปไตยของตนเอง (autonomy) การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและข้อโต้แย้งต่อต้านกฎหมายการทำลายชีวิตผู้ป่วยต้องแยกหัวข้อเรื่องนี้ออกจากเรื่องการช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะกระทำอัตวินิบาตตนเองได้ สิ่งที่คัดค้านกฎหมายการทำลายชีวิตผู้ป่วยประกอบด้วย การเคารพต่อชีวิตมนุษย์ การป้องกันบุคคลที่มีค่ารวมทั้งผู้ที่พิการ และความกลัวที่จะนำไปใช้ในทางที่ผิดทั้งฝ่ายที่สนับสนุนและต่อต้านการทำลายและการช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วย ใ้ร่องต่อศาลและสาธารณชนเพื่อขอให้สนับสนุนความคิดเห็นของตน⁽⁷³⁾

ปัญหาในทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการแยกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ออกจากการุณฆมาต (euthanasia) อาศัยแนวทางต่าง ๆ 3 ประการที่แสดงถึงความเหมาะสมที่จะใช้วิธีการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. มีหลักฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด
2. การตอบสนองต่อการรักษาของแพทย์เพียงพอกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และมีหลักฐานว่าความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างผลต่ออาการและอาการแสดงของ

ผู้ป่วย และการเลือกวิธีการรักษาของแพทย์

3. การกระทำของแพทย์ ไม่ได้มุ่งหวังที่จะลดอาการของผู้ป่วยโดยการทำลายชีวิตผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาไปแคสเซียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วย หรือโดยการสูดดมก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์

ในทางปฏิบัติความสับสนเกี่ยวกับสาเหตุของความตายเกิดขึ้นบ่อย แต่แพทย์ต้อง ไม่ยอมให้ความสับสนดังกล่าวรบกวนการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ดี

จริยธรรมแห่งการดูแลผู้ป่วยเชิงประคับประคอง (Palliative Care) และ Hospice

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) จัดทำขึ้นเพื่อให้มีความสุขสบายต่อผู้ป่วย เมื่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เห็นด้วยกับวิธีการดังกล่าว จุดประสงค์หลักของการตัดสินใจทางการแพทย์คือเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสุขสบายของผู้ป่วยมากกว่าการยืดชีวิตของผู้ป่วยต่อไปให้ยาวนานมากที่สุด เหมือนกับการตัดสินใจทางการแพทย์อื่น ๆ ปรัชญาการเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคองอยู่บนพื้นฐานของอธิปไตยของผู้ป่วย (patient's autonomy) การแจ้งความจำนงการรับการรักษาของผู้ป่วย (informed consent) และการตัดสินใจร่วมกัน การศึกษาพบอยู่เสมอว่าความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งมักจะได้รับ การรักษาที่น้อยเกินไป⁽⁷⁴⁾ (undertreatment) ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการตีพิมพ์แนวทางปฏิบัติใหม่สำหรับการรักษาความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง⁽⁷⁵⁾ การรักษาความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งน้อยเกินไปเป็นปัญหาทางจริยธรรมทางวิชา มะเร็งวิทยา ซึ่งควรได้รับความสนใจทางบุคลากรทางการแพทย์ในสาขานี้

ปัญหาพิเศษในการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นเมื่อการดูแลทางจริยธรรมคล้ายคลึงกับวิธีการที่แพทย์ทำลายหรือช่วยทำลายชีวิตผู้ป่วย ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือการใช้ยามอร์ฟินในขนาดสูงระงับความเจ็บปวด หรือช่วยผู้ป่วยที่หายใจลำบากซึ่งเกิดในผู้ป่วยอาการหนักระยะสุดท้าย

ทั้งๆ ที่ทราบว่ายานาขนาดดังกล่าวมีผลทำให้การหายใจล้มเหลวและส่งผลต่อมาทำให้ผู้ป่วยตายได้ การลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น ความสัมพันธ์ระหว่างจุดประสงค์ของแพทย์หลักจริยธรรมหรือไม่ เมื่อการให้ยาเป็นการลดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วย หรือเป็นการทำลายชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังเจ็บปวดทรมานจากโรคร้ายที่รักษาไม่ได้ผล⁽⁷⁶⁾ บางครั้งเรื่องนี้มีการรายงานไว้ในวารสารทางการแพทย์ถึงผลกระทบสองด้านที่เกิดขึ้น⁽⁷⁷⁾

Hospice care เป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งของการรักษานอกเหนือไปจากการรักษาแบบเต็มที่ (intensive) ซึ่งบางครั้งอาจกลายเป็นความพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยที่กำลังจะตายมีชีวิตต่อไปในโรงพยาบาล hospice care ต่างจากการรักษามาตรฐานอื่นทางการแพทย์ตรงที่จุดประสงค์การรักษาเป็นการลดความทรมานของผู้ป่วยมากกว่าการยืดชีวิตของผู้ป่วย hospice care ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ายังอยู่ในชุมชนมากกว่าความรู้สึกว่าตนเองถูกแยกมาอยู่โรงพยาบาล และเน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต⁽⁷⁸⁾ ประโยชน์ของ hospice care สามารถให้การรักษแบบนี้ได้ที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือในสถาบัน hospice เหมือนกับการรักษาอื่นที่แพทย์และผู้ป่วยต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ และภาระที่เกิดขึ้นจากการรักษาเมื่อตัดสินใจรักษาผู้ป่วยด้วย hospice care

ข้อได้เปรียบที่สำคัญจากปรัชญาของ hospice คือช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกสถานที่ตายได้ ถึงแม้ว่าบางรายเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และบางคนเลือกโรงพยาบาล สิ่งสำคัญคือต้องทราบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพอใจอย่างใดอย่างหนึ่ง และแพทย์ควรช่วยสนับสนุนการเลือกของเขาเหล่านั้น สำหรับผู้ที่เลือกจะตายที่บ้าน ควรที่แพทย์จะจัดเตรียมจดหมายที่แสดงว่าผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการกู้ชีวิต (DNR) ดังนั้นถ้าเรียกเกิดกรณีฉุกเฉิน จะไม่มีการกู้ชีวิต (CPR) หรือการกู้ชีวิตแบบวิกฤตอื่น ๆ

จริยธรรมและการรักษามะเร็งวิธีนอกแบบ (Alternative Treatment)

การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต้องทำในกรอบของความสมัครใจและความเชื่อถือ จากความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานทางจริยธรรมในวิชามะเร็งวิทยา ส่วนของความเชื่อถือเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของความสัมพันธ์ ซึ่งมักจะถูกท้าทายเมื่อผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบ (alternative treatment) เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเรื่องจริยธรรมของแพทย์สามารถจัดกรอบได้ว่าเป็นความขัดแย้งระหว่างความต้องการที่จะเคารพทางเลือกของผู้ป่วยและความต้องการที่จะป้องกันผู้ป่วยที่มีคุณค่าจากการเลือกที่ไม่ถูกต้อง สารหลักอาจวิเคราะห์โดยคู่ที่การแจ้งความจำนงการรักษาของผู้ป่วย (informed consent) กล่าวโดยละเอียดหมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยบนพื้นฐานของข้อมูลที่เพียงพอเข้าใจ และสมัครใจ หรือจากการที่ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

สมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาประเมินว่าอย่างน้อยร้อยละ 20 และอาจสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีการพิจารณาหรือลองการรักษาวิธีนอกแบบ⁽⁷⁹⁾ (alternative หรือ unorthodox treatment) และมีการใช้เงินงบประมาณ 100 ล้านดอลลาร์ต่อปีในการรักษาด้วยวิธีนี้⁽⁸⁰⁾ การรักษาต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและการรักษาเหล่านี้มักเป็นที่นิยมของผู้ป่วยมะเร็งอยู่เสมอ

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเลือกวิธีการรักษานอกแบบ (alternative therapy) ไม่มีคำตอบที่แน่ชัด แต่แพทย์สามารถเรียนรู้ได้มาจากการศึกษาปรากฏการณ์นี้ การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีนอกแบบหลายชนิดใช้พื้นฐานของอายุรศาสตร์ holistic และมักยอมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษามากกว่า การรักษามาตรฐานที่ใช้ทั่วไปอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการควบคุมที่หายไปเมื่อรักษาด้วยวิธีมาตรฐานปกติ ผู้ป่วยบางคนค้นหาวิธีการรักษาโรคมะเร็งแบบอื่นเพราะปริมาณการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษาปกติไม่เพียงพอ

ผู้ป่วยบางรายต้องการความหวังและหาไม่ได้จากการรักษาเดิมที่ได้อยู่ความกังวลใจต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งแผนปัจจุบันอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเลือกการรักษาวิธีนอกแบบ ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุผลใดก็ตาม แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยควรคุยกับผู้ป่วยเรื่องการรักษาวิธีนอกแบบอย่างเปิดเผยด้วยทัศนคติที่เปิด และไม่ควรดูถูกวิธีการรักษาแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ศักดิ์ศรีของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ควรได้รับการเคารพซึ่งกันและกันและการควรได้รับการยกย่อง ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากพึงทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาวิธีนอกแบบพร้อมกันหรือสลับกัน ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรถูกขับจากระบบการรักษาโรคมะเร็งมาตรฐานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

กรณีที่บุคลากรที่ให้การรักษาแบบนั้นจำกัดการรักษาให้อยู่เฉพาะในความสามารถของตนเองเพียงอย่างเดียว หรือ ห้ามมิให้ผู้ป่วยรับการรักษาแผนใหม่ในแนววิทยาศาสตร์ แพทย์พึงให้ความเห็นของตนเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย โดยความเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และให้โอกาสผู้ป่วยผู้ตัดสินใจอีกครั้งที่รับการรักษาในระบบเดิมอีกทุกเมื่อที่ผู้ป่วยปรารถนา แต่ขณะเดียวกันแพทย์ไม่พึงแนะนำผู้ป่วยสู่การรักษาแบบที่ตนเองยังไม่มีความเข้าใจดี

ปัญหาของความภักดี ทวิภาคี (Dual Royalties)

เมื่อโครงสร้างทางเศรษฐศาสตร์ของการบริการทางสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกาเปลี่ยนแปลงจากระบบ “จ่ายเพื่อรักษา” เป็นระบบ “การจัดระบบการดูแล (managed care)” ทำให้ระบบการตอบแทนทางเศรษฐกิจและอำนาจความสัมพันธ์มีการผสมผสานกัน แพทย์จะไม่ถูกปกป้องจากอิทธิพลของระบบดังกล่าว⁽⁸¹⁾ ในแง่จริยธรรมแพทย์ควรมีความต้องการที่จะเลือกปฏิบัติเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยโดยไม่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาเรื่องเศรษฐกิจ⁽⁸²⁾

แผนการของการรักษาแบบระบบจัดการ ก่อให้เกิด

การกำหนดค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ให้การรักษาที่ต่ำกว่า⁽⁸³⁻⁸⁴⁾ องค์การการจัดการทางสาธารณสุขอาจทำให้เกิดความลำบากต่อผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาเนื่องจากมีข้อกำหนดใหม่เพิ่มเติมทำให้เกิดการจำกัดวิธีการรักษาบางอย่างที่สามารถเลือกใช้ได้อย่างอิสระในสมัยก่อน การจ่ายเงินทดแทนสำหรับการรักษาราคาแพง เช่น การเปลี่ยนไขกระดูก อาจถูกปฏิเสธได้ทำให้ผู้ป่วยและแพทย์ต้องหาทางเลือกอื่นที่ราคาถูกกว่า เนื่องจากมีข้อพิพาทที่จำกัดของประโยชน์ที่ได้จากการรักษาโรคมะเร็งที่พบบ่อยหลายชนิด ทำให้การจ่ายเงินทดแทนถูกปฏิเสธ เมื่อไม่มีความแตกต่างระหว่างผลการรักษา 2 ชนิด การเลือกวิธีการรักษาที่ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเป็นวิธีที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามถ้าการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าแต่ราคาแพงกว่า และผู้ป่วยต้องการการรักษาดังกล่าว แพทย์ผู้รักษาคควรพยายามใช้วิธีการรักษาดังกล่าวกับผู้ป่วย เป็นไปได้ที่ระบบการเงินของการดูแลสุขภาพแบบใหม่อาจทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งลดน้อยลง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ถึงแม้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติโดยทั่วไปสามารถมีส่วนร่วมในแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดได้ ในไม่ช้าแพทย์อาจถูกบังคับให้เพิ่มการรักษาบางอย่าง ซึ่งเดิมเป็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง ในขณะที่ยังไม่มียุทธศาสตร์ใหม่การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เพียงพอไม่ควรทำโดยแพทย์ที่ข้างเคียงผู้ป่วย หรือ องค์การบริหารการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาที่เกี่ยวข้องและสำคัญคือความลับทางงานวิจัยทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจของการจัดสรรงบประมาณสำหรับงานวิจัยได้เพิ่มอิทธิพลของผู้สนับสนุนงานวิจัยที่ประกอบด้วย บริษัทอุตสาหกรรมยาและอุตสาหกรรมเทคโนโลยีชีวภาพ ผลจากการสนับสนุนเหล่านี้ อาจมาจากการสนับสนุนทางด้านอิสรภาพของการติดต่อสื่อสารของความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดและวัตถุดิบในงานวิจัย และเทคโนโลยีเพื่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ความลับนี้อาจส่งผลในที่สุดให้เกิดความ

ถ้าซ้ำของการประยุกต์การใช้การรักษาใหม่ที่ได้จากห้องปฏิบัติการสู่การใช้งานทางคลินิก และมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์และนักวิชาการต้องมีความรับผิดชอบทางศีลธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เมื่อประสบกับปัญหาของความรู้ร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์จากบริษัทยา หรือบริษัทเทคโนโลยีชีวภาพ⁽⁸⁵⁾

เวชปฏิบัติจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทยศาสตร์ใหม่ต้องประกอบด้วยจริยธรรม โรงพยาบาลควรมีคณะกรรมการจริยธรรม หรือที่ปรึกษาทางจริยธรรม เพื่อช่วยแพทย์ตัดสินใจในกรณีที่มีปัญหาทางจริยธรรมเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่ง^(2,86,87) ควรใช้ทรัพยากรเหล่านี้เพื่อรักษามาตรฐานระดับสูงของเวชปฏิบัติจริยธรรมทั้งทางด้านคลินิกและจริยธรรมของการดูแลผู้ป่วยระยะเร่ง โดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่ดูแลรักษา

กฎหมายไทยเกี่ยวกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา ทั้งนี้ บุคคลที่ได้รับความเสียหายจากการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมประพฤติฝ่าฝืนข้อบังคับ ฯ ดังกล่าวมีสิทธิกล่าวหาและบุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่ กฎหมายกำหนด กล่าวคือ ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายรู้เรื่องความผิดและรู้ตัวผู้ประพฤติดังกล่าว หรือ ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพฤติดังกล่าว⁽⁸⁸⁾

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมมี 3 ฉบับดังนี้

ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2526⁽⁸⁹⁾ จำแนกเป็น 6 หมวด คือ

1. หลักทั่วไป
2. การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
3. การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4. การปฏิบัติต่อผู้ร่วมอาชีพ

5. การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

6. การทดลองในมนุษย์

ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2533⁽⁹⁰⁾ เพิ่มเติมหมวด 7 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล

ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2538⁽⁹¹⁾ เพิ่มเติมหมวด 8 การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ

การกล่าวหาหรือกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประพฤติข้อบังคับ ฯ ผู้กล่าวหาหรือผู้กล่าวโทษจะต้องยื่นเรื่องร้องเรียนต่อแพทยสภา โดยเลขาธิการแพทยสภาจะเป็นผู้ตรวจสอบเรื่องร้องเรียน⁽⁹²⁾ แล้วส่งไปยังประธานอนุกรรมการจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม คณะอนุกรรมการจริยธรรม ฯ จะดำเนินการแสวงหาข้อเท็จจริง ซึ่งหมายความรวมถึงการรวบรวมพยานหลักฐาน และหรือเชิญพยานบุคคลมาให้ข้อเท็จจริง เพื่อที่จะสรุปความเห็นเสนอไปยังคณะกรรมการแพทยสภา ว่าพฤติกรรมที่ปรากฏในเรื่องร้องเรียนดังกล่าว มีมูลหรือไม่เพียงใด คณะกรรมการแพทยสภาจะพิจารณาอีกครั้ง โดยอาจมีมติได้เป็น 3 แบบ คือ

1. ส่งเรื่องคืนให้คณะอนุกรรมการจริยธรรม ฯ แสวงหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลไม่เพียงพอจะวินิจฉัยได้
2. ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนหาเรื่องร้องเรียนมีมูล
3. ยกข้อกล่าวหา หรือกล่าวโทษ หากเรื่องร้องเรียนไม่มีมูล

เมื่อเรื่องร้องเรียนถึงประธานอนุกรรมการสอบสวน ฯ คณะอนุกรรมการจะดำเนินการสอบสวน สรุปผลและเสนอสำนวนการสอบสวนพร้อมความเห็นไปยังคณะกรรมการแพทยสภา และเนื่องจากตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดให้คณะอนุกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญาดังนั้นอนุกรรมการสอบสวนจึงมีอำนาจออกหมายเรียก

ผู้เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำ และมีหนังสือแจ้งให้บุคคลใด ๆ ส่งเอกสารหรือวัตถุมาเพื่อประโยชน์แก่การสอบสวนได้ เมื่อการสอบสวนสิ้นสุดลง คณะอนุกรรมการฯ จะต้องส่งสรุปสำนวนการสอบสวน พร้อมพยานหลักฐาน และความเห็น ว่า พฤติกรรมที่ร้องเรียนเป็นการประพฤติดุศีลข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ หากเป็นความผิดจะเป็นความผิดตามหมวดใด ข้อใด สมควรลงโทษเพียงใด โดยพิจารณาถึงเหตุอันควรปรานีโดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ด้วย⁽⁹²⁾ ต่อคณะกรรมการแพทยสภา

คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการแพทยสภา ในกรณี ประพฤติผิด ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมมี 5 ประการ⁽¹⁾คือ

1. ยกข้อกล่าวหาหรือกล่าวโทษ
2. ว่ากล่าวดักเตือน
3. ภาคทัณฑ์
4. พักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
5. เพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โดยมติดังกล่าวจะต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษ คำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ถือเป็นที่สุด ให้ออกเป็นคำสั่งแพทยสภา พร้อมบันทึกไว้ในทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้ถูกร้องเรียน และเผยแพร่ไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี⁽⁹²⁾

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนอกเหนือจากการใช้ความรู้และความชำนาญทางวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ยังต้องมีจริยธรรมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ จึงจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้มาตรฐานการรักษา (standard of care) การประยุกต์ใช้จริยธรรมแห่งวิชามะเร็งวิทยาร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ในการตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็น โดยเฉพาะในบางกรณีที่มีความยากลำบากในการตัดสินใจ ได้แก่ การตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษา คำสั่งการหยุดการกู้ชีวิต (DNR order) การหยุดการรักษาในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้การศึกษาวินิจฉัยการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะเป็น phase I, II หรือ III ล้วนต้องอาศัยพื้นฐานของจริยธรรมแห่งวิชา

มะเร็งวิทยาในการดูแลผู้ป่วย และการนำผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเมื่อผู้ป่วยสมัครใจรับการรักษา หลังจากที่แพทย์ได้อธิบายเรื่องราวที่เกี่ยวข้องจนผู้ป่วยเข้าใจและแจ้งความจำนงการรักษาตามโครงการวิจัยนั้น (informed consent) การไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพนอกจากจะเป็นการฝ่าฝืนศีลธรรม วัฒนธรรมที่ดีงาม และเป็นการกลั่นอนสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของมนุษยชนแล้ว ยังอาจมีโทษตามหลักบัญญัติแห่งกฎหมายไทยดังกล่าวข้างต้นอีกด้วย⁽⁹³⁾

วัฒนธรรมไทย กับจริยธรรมทางการแพทย์

วัฒนธรรมไทย มีทั้งความหลากหลาย และความเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่แตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตกอย่างมาก โดยเฉพาะค่านิยมจากพระพุทธศาสนาทำให้การปฏิบัติตามหลักการทางจริยธรรมทางการแพทย์ในประเทศตะวันตกในลักษณะที่เรียกว่า “เถรตรง” อาจสร้างความอึดอัดให้กับผู้ป่วยครอบครัวของผู้ป่วย แม้กระทั่งแพทย์ผู้รักษาและรับผิดชอบได้อย่างมาก ในทางตรงข้ามความเข้าใจในความซับซ้อนทางวัฒนธรรมและค่านิยมในการรักษาผู้ป่วย การรักษาเยียวยผู้ป่วยนอกจากจะเป็นผลดีต่อเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวแล้วยังเป็นปัจจัยในการพัฒนาสังคมไทยได้อย่างดีอีกด้วย

พระพุทธศาสนามีทั้งคุณและโทษในการรักษาโรคมะเร็ง

พระพุทธศาสนาเป็นศาสนามีความหลากหลายในตนเองและมีหลักธรรมที่ตีความได้หลายนัย ขึ้นอยู่กับประเพณีท้องถิ่น และความเชื่อถือทางคตินิยมของชาวบ้าน ซึ่งมีได้ทั้งคุณและโทษในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะต่าง ๆ

ในแง่ที่เป็นคุณนั้น พระพุทธศาสนาสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนา เกิดความยอมรับในสภาพความเจ็บป่วย ของตนว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาของสังขารร่างกายประการหนึ่ง ทำให้เกิดการปรับตัวทางจิตใจได้รวดเร็ว ทำให้แพทย์สามารถให้การบำบัดรักษาได้ง่ายยิ่ง

ขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม การตีความพระธรรมในลักษณะที่ทำให้จิตใจหดหู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าโรคร้ายที่ตนกำลังประสบอยู่นี้ เป็นสิ่งที่ไม่อาจรักษาเยียวยาได้ อันเนื่องมาจากกรรมเก่าของตนในอดีตซึ่งตนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดความท้อแท้หมดหวังที่จะรับการเยียวยารักษาต่อไป หรือความศรัทธาในศาสนาอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือที่มลายจนตกเป็นเหยื่อของนักฉวยโอกาสและนักหลอกลวงทั้งหลาย

การที่แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยมีความรู้ทางศาสนาดี ย่อมสามารถใช้หลักธรรมและเงื่อนไขทางศาสนาให้บรรดาญาติที่เป็นประโยชน์ กับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นประโยชน์ โดยตรงต่อผู้ป่วยเองตลอดจนเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี

การประยุกต์หลักการ “ทางสายกลาง” ในการวางแผนการรักษา

แนวทางการรักษาที่แพทย์ถือว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เป็นค่านิยมในสังคมประชาธิปไตยที่ดำเนินถึง “สิทธิมนุษยชน” และเสรีภาพในการเลือกชะตากรรมของตนเอง ในแบบเดียวกับที่ลูกค้าสามารถเลือกซื้อสินค้าประเภทต่าง ๆ ที่ตนปรารถนาได้ หากตนเองมีกำลังในการซื้อที่เพียงพอ การที่แพทย์ให้การรักษาดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ฝ่ายเดียว โดยไม่คำนึงถึงหลักจริยธรรมของวิชาชีพของตนเอง ย่อมเป็นเหตุให้สร้างความเสื่อมเสียต่อสถาบันวิชาชีพของตนเองได้อย่างมาก ขณะเดียวกันการรักษาที่ไม่ได้รับความเห็นร่วมของผู้ป่วย ในลักษณะที่เรียกว่า “คุณหมอผู้ดี” อยู่คนเดียว

การรักษาโดยการให้ความเคารพในสิทธิ และความเห็นของผู้ป่วยจึงต้อง วางอยู่บนพื้นฐานของหลักการสายกลางทางจริยธรรม ในเชิงปฏิบัติ คือ ไม่สุดโต่งในการทำตามความต้องการของผู้ป่วยไปทั้งหมด โดยเฉพาะในสิ่งที่ผิดต่อหลักจริยธรรมของวิชาชีพ และไม่เอาแต่ความเห็น

ของตน แต่ฝ่ายเดียวในลักษณะ “คุณหมอผู้ดี” ไปทุกอย่าง

หลักจริยธรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขในพระพุทธศาสนานั้น ระบุให้ทั้งแพทย์ และผู้ป่วยมีความรับผิดชอบซึ่งกันและกันทั้งสองฝ่าย เพื่อประโยชน์สุขของสังคม ในขณะที่แพทย์พึงเป็นผู้มีความรู้และคุณธรรมในการรักษาเยียวยา ตลอดจนสามารถพูดให้กำลังใจผู้ป่วยได้อยู่เสมอ ผู้ป่วยเองก็พึงมีความรับผิดชอบในตนเอง เล่าอาการเจ็บป่วยต่อแพทย์ตามความเป็นจริง มีความอดทน และความเพียรที่จะรักษาตนเองให้หายจากโรค

รูปแบบการรักษาพยาบาลที่ดีในพระพุทธศาสนา สันนิษฐานหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน ในแนวทางการรักษาแพ้นใหม่เช่นเดียวกัน ความเคารพใน “อธิปไตย” ของผู้ป่วยนี้มิใช่แนวคิดใหม่เสียทีเดียว แต่ปรากฏในรูปแบบและพุทธปรัชญา โดยพระพุทธเจ้าทรงเป็นผู้ประกาศศาสนาแนวเปิดไม่บังคับหรือขู่เข็ญให้ผู้ใด “เชื่อ” ในคำสอน แต่ให้มีวิจรรณญาณเป็นของตนเอง และเลือกทางเดินชีวิตของตนเอง

หลักธรรมในพระพุทธศาสนา มุ่งให้ ผู้ปฏิบัติ พันทุกข์ แต่วิธีการในการพ้นทุกข์นั้น ใช่ว่าการกำจัดผู้มิทุกข์ แต่การบำบัดความทุกข์ ในขณะที่เกิดความทุกข์ทางกายขึ้น ความทุกข์ทางใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพื่อหนีทุกข์จึงถึงว่าเป็นความทุกข์ประการหนึ่งที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสรีระร่างกาย

แม้ว่าหลักธรรมในพระพุทธศาสนาจะให้อิสรภาพแก่ผู้นับถือในการเลือกทางดำเนินชีวิตของตนเอง แต่พระพุทธศาสนาไม่สนับสนุน “การฉวยขาด” ถือว่าเป็นการละเมิดศีลข้อที่หนึ่ง “เว้นจากการทำชีวิตให้ตกลงไป” และมีความเชื่อถือในหมู่ชาวพุทธว่า “พระอรหันต์ย่อมไม่ทำอัตวินิบาตกรรม” ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น โดยเห็นว่าการทำอัตวินิบาตกรรมทั้งหลายนั้น มิได้เป็นผลจากความกล้าหาญของผู้กระทำแต่เป็นผลอันเนื่องมาจากความหลงผิด ซึ่งฝังรากในความยึดมั่นถือมั่นในตัวตน จนเมื่อกายสังขารไม่สามารถสนองต่อความต้องการของตนเอง ความทุกข์จึงเกิด

ขึ้นจากการประสบการณ์สิ่งที่คนไม่รักไม่ปรารถนา ซึ่งนำไปสู่ความคิดที่จะทำลายตนเองในที่สุด สมองตายจึง ถือ ได้ว่า “เสียชีวิต” เข้ากับหลักธรรมในเรื่องเงื่อนไขการตายในพระพุทธศาสนา

เงื่อนไขของการตาย จากศีลห้าข้อที่หนึ่ง กับการประยุกต์ใช้ในการแพทย์

“ปราณ”ในภาษาสันสกฤต ตรงกับ ภาษาบาลี “ปาม” หมายถึงพลังงานที่ทำให้ให้สัตว์มีชีวิตอยู่ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “life force” หรือ “พลังแห่งชีวิต” มิได้หมายถึงลมหายใจเข้าออกตามปรกติของมนุษย์และสัตว์ แต่หมายถึง พลังงานอย่างหนึ่งอยู่ในเนื้อหัวใจ และทำให้เกิดกำลัง 3 ประการ คือ การคิด การกลืน และการหายใจ (จากคำภีร์จารกะสัหิตา อันเป็นคำภีร์อายุรเวทของอินเดียโบราณ)

แนวคิดในเรื่อง “ปราณ” นี้ น่าจะมีที่มาจากการสังเกตอุปการกิจของผู้ป่วยหนักของแพทย์อินเดียในยุคโบราณ และนำความรู้จากการสังเกตนั้นมาจัดเป็นระบบเข้าด้วยกัน คนป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต ไม่อาจกลืนอาหารได้ หายใจไม่ได้เอง และยังมีความคิดอ่านที่น้อยลงทุกขณะจนกระทั่งสิ้นใจ ทำให้เกิดแนวคิดที่ว่าปราณเป็นผู้ให้กำลังแก่สัตว์ทั้งหลาย อยู่ในเนื้อหัวใจเพราะเห็นจากการเต้นของหัวใจขยับไปมาได้ นอกจากนั้นยังทำให้คิดได้ กลืนอาหารได้และหายใจได้ ซึ่งอาการทั้งสามประการหลัง สัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทกลางทางสรีระวิทยา ความคิดมาจากสมองส่วนบน ส่วนการกลืนและการหายใจถูกควบคุมด้วยก้านสมอง

การทำให้สัตว์ถึงแก่ความตาย ในภาษาที่ใช้กันในศีลข้อที่หนึ่งคือการทำ “ปราณ” (ปาม) ให้ตกลงด้วยเจตนาไปโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการใช้อาวุธ การวางยาพิษ หรือ แม้แต่การฆ่าตัวตาย ในกรณีนี้ทำให้เราสามารถนำไปประยุกต์ในทางการแพทย์ได้ว่า ในขณะที่หัวใจของสัตว์ยังเต้นอยู่นั้น สัตว์นั้นอาจถือได้ว่าตายไปแล้วเนื่องจากพลังแห่งชีวิตที่ทำให้เกิดความคิด การกลืน และ

การหายใจนั้นไม่มีอีกต่อไป

การเยียวยาวิชาผู้ที่ตายไปแล้วถึงว่าเป็นการรักษาที่ไร้ผล และแพทย์สามารถใช้เป็นเงื่อนไขในการยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ เมื่อพบว่า สมองส่วนกลางของผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบอยู่นั้น ได้หมดสภาพการทำงานไปแล้วอย่างไม่สามารถกู้ให้กลับมาได้อีก

สรุป

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่านิยมของสังคมประชาธิปไตยที่ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน การคุ้มครองผู้บริโภค และการประกันสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดทางจริยศาสตร์ในการบำบัดรักษาโรคมะเร็งอย่างรวดเร็ว

รูปแบบการตัดสินใจการวางแผนการรักษา ในลักษณะ “คุณหมอรูดี” (paternalism) โดยให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษาได้เปลี่ยนเป็นการส่งเสริม อธิปไตยในตนของผู้ป่วย โดยแพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ความเคารพต่อความเห็นของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการบำบัดรักษาโรคมะเร็งของตนเอง

การบอกความจริงต่อผู้ป่วย แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยของตน และต้องกระทำด้วยความตรงไปตรงมา ปราศจากการอำพรางใด ๆ ทั้งสิ้น ภายหลังที่ได้ประเมินว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีวิจรรย์ญาณ ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนเองได้ และผู้ป่วยเองยังสามารถกำหนดผู้ตัดสินใจแทนตนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึ หรือไม่สามารถที่จะตัดสินใจในเรื่องปัญหาสุขภาพของตนได้ จากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะกำหนดแนวทางการรักษาเยียวยาทางการแพทย์ได้ โดยกำหนดเป็น “การแจ้งความจำนงในการรับการรักษา” (informed consent) แก่แพทย์ผู้รับผิดชอบให้ดำเนินให้เป็นไปตามความประสงค์นั้น ๆ ของคนผู้ป่วยสามารถระบุไว้ ให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตคนด้วยการขอร้องให้แพทย์มีคำสั่งการกู้ชีวิต (DNR) ในวาระสุดท้าย

ของชีวิตของคนได้ หรือปฏิเสธการรับการรักษาที่เกิดขอบเขตในทุกโอกาส ผู้ป่วยยังมีสิทธิที่จะเลือกรักษาในการแพทย์นอกแบบ ที่ตนเองศรัทธาได้ตามปรารถนา

ค่านิยมของวัฒนธรรมไทยนั้นได้รับอิทธิพลจากพระพุทธศาสนาอยู่มาก แต่ในเคียวกันยังมีความหลากหลายในค่านิยมท้องถิ่น และความเชื่อโชคลางและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ค่านิยมส่วนหนึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการเชี่ยวชาญรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะทำให้เกิดการยอมรับสภาพความทุกข์ของคน ทำให้เกิดการปรับตัวต่อการรักษาที่ดี แต่ในขณะเดียวกันค่านิยมบางประการอาจเป็นโทษต่อผู้ป่วยเป็นต้นว่า ความเชื่อถือในกฎแห่งกรรมอย่างผิด ๆ ทำให้ผู้ป่วยและญาติสนิทเสียเวลาและทรัพย์สินเงินทองไปในสิ่งที่ไม่จำเป็น

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย และการให้ความเคารพในอธิปไตยของผู้ป่วยนั้น พระพุทธศาสนามีตัวอย่างสนับสนุนทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เช่นในการเผยแพร่ธรรมะของพระพุทธเจ้า ทรงเคารพในความเห็นของผู้ฟัง และวางอยู่บนหลักการที่ว่า “มนุษย์ทั้งปวงมีศักยภาพกำหนดชะตากรรมของตนเองได้” รูปแบบในของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จึงอยู่ในลักษณะที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเป็น “กัลยาณมิตร” ให้อภัยกันและกัน คือ ละวางประโยชน์และความสุขส่วนตัวคน ด้วยสำนึกที่ว่า ประโยชน์และความสุขของผู้อื่นสำคัญกว่าของคนเสมอ

อ้างอิง

1. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1977.
2. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical ethics*. New York: Macmillan Publishing, 1986.
3. Friedlander WJ. The evolution of informed consent in American medicine. *Perspect Biol Med* Spring 1995; 38(3):498
4. Katz J. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York: Free Press, 1984.
5. Ganz PA, Lee JJ, Siau J. Quality of life assessment. An independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer* 1991 Jun 15; 67(12):3131-5
6. McNeil BJ, Seichselbaum R, Pauker SG. Fallacy of the five-year survival in lung cancer *N Engl J Med* 1978 Dec 21; 299(25):1397-401
7. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer *N Engl J Med* 1981 Oct 22; 305(17): 982-7
8. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985 Apr; 102(4): 520-8
9. Hellman S. The patient and the public good. *Nature Med* 1995 May; 1(5): 400-2
10. Siegler M. Sounding Boards. Confidentiality in medicine: a decrepit concept. *N Engl J Med* 1982 Dec 9; 307(24): 1518-21
11. Skeel JD. Ethical Considerations in Cancer Chemotherapy. In: Skeel RT ed. *Handbook of Cancer chemotherapy*. 3rd. Boston, Little Brown, 1991: 48-54
12. Sheldon M. Truth-telling in medicine. *JAMA* 1982 Feb 5; 247(5): 651-4
13. Cabot RC. The use of truth and falsehood in medicine: an experimental study. *Connecticut Med* 1978 Mar; 42(3): 189-94
14. Kodish E, Post SG. Oncology and hope. *J Clin Oncol* 1995 Jul; 13(7): 1817
15. Del Vecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on

- hope. *Cult Med Psychiatry* 1990 Mar; 14(1):59-79
16. Meleis AI, Jonsen AR. Ethical crises and cultural differences. *West J Med* 1983 Jun;138(6): 889-93
17. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961 Apr1; 175(13): 1120-8
18. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979 Mar 2;241(9):897-900
19. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients. *Lancet* 1993 Feb 20; 341 (8843):473-6
20. Hattori H, Salzberg SM, Kiang WP, Fujimiya T, Tejima Y, Furuno J. The patient's right to information in Japan: legal rules and doctor's opinions. *Soc Sci Med* 1991; 32(9):1007-16
21. Lantos JD. The case: what should Leah be told? *Second Opinion* 18:81.
22. Ingelfinger FJ. Arrogance. *N Engl J Med* 1980 Dec 25;303(26):1507-11
23. Siegler M. Pascal's wager and the hanging of crepe. *N Engl J Med* 1975 Oct 23;293(17):853-7
24. Advance Directives Seminar Group. Centre for Bioethics, University of Toronto. Advance directives: are they an advance? *Can Med Assoc J* 1992 Jan 15; 146(2): 127-34
25. Emanuel L. Advance Directives : what have we learned so far? *J Clin Ethics* 1993 Spring; 4(1): 8-16
26. Kelner MJ, Bourgeault IL. Patient control over dying: responses of health care professionals. *Soc Sci Med* 1993 Mar; 36(6): 757-65
27. Lo B, McLeod GA, Saika G. Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 1986 Aug; 146(8): 1613-5
28. Shmerling RH, Bedell SE, Lilienfeld A, Delbanco TL. Discussing cardiopulmonary resuscitation: a study of elderly outpatients. *J Gen Intern Med* 1988 Jul-Aug; 3(4): 317-21
29. Frankl D, Oye RK, Bellamy PE. Attitudes of hospitalized patients toward life-support: a survey of 200 medical inpatients. *Am J Med* 1989 Jan; 86(6Pt 1): 645-8
30. Teno J, Fleishman J, Brock DW, Mor V. The use of formal prior directives among patients with HIV-related disease. *J Gen Intern Med* 1990 Nov-Dec; 5(6): 490-4
31. Stolman CJ, Gregory JJ, Dunn D, Levine JL. Evaluation of patients, physician, nurse, and family attitudes toward do not resuscitate orders. *Arch Intern Med* 1990 Mar;150(3): 653-8
32. Gamble ER, McDonald PJ, Lichstein PR. Knowledge, attitudes and behavior of elderly persons regarding living wills. *Arch Intern Med* 1991 Feb; 151(2): 277-80
33. Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance directives for medical care: a case for greater use. *N Engl J Med* 1991 Mar 28; 324(13): 889-95
34. Joos SK, Reuler JB, Powell JL, Hickam DH. Outpatients' attitudes and understanding

- regarding living wills. *J Gen Intern Med* 1993 May; 8(5): 259-63
35. Pfeifer MP, Sidorov JE, Smith AC, Boero JF, Evans AT, Settle MB. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and their physicians: a multicenter study using structured qualitative interviews. The EOL Study Group *J Gen Intern Med* 1994 Feb; 9(2): 82-8
36. Molloy DW, Guyatt G, Etemayheu E, McIlroy WE. Treatment preferences, attitudes toward advance directives and concerns about health care. *Humane Med* 1991; 7: 285.
37. Hughes DL, Singer PA. Family physicians' attitudes towards advance directives. *Can Med Assoc J* 1992 Jun 1; 146(11):1937-44
38. Sam M, Singer PA. Canadian outpatients and advance directives: poor knowledge, little experience, but positive attitudes. *Can Med Assoc J* 1993 May; 148(9):1497-502
39. Schneiderman LJ, Kronick R, Kaplan RM, Anderson JP, Langer RD. Effects of offering advance directives on medical treatments and costs. *Ann Intern Med* 1992 Oct 1; 117(7): 599-606
40. Molloy DW, Guyatt GH. A comprehensive health care directive in a home for the aged. *Can Med Assoc J* 1991 Aug 15; 145(4): 307-11
41. Molloy DW, Urbanyi M, Horsman JR, Guyatt GH, Bedard M. Two years experience with a comprehensive health care directive in a home for the aged. *Ann R Coll Med Chir Can* 1992; 25: 433.
42. Chambers CV, Diamond JJ, Perkel RL, Lascch LA. Relationship of advance directives to hospital charges in a Medicare population. *Arch Intern Med* 1994 Mar 14; 154(5): 541-7
43. Teno JM, Lynn J, Phillips RS, Murphy D, Youngner SJ, Bellamy P, Connors AF Jr. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? Support Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Clin Ethics* 1994 Spring; 5(1): 23-30
44. Finucane TE, Shumway JM, Powers RL, D'Alessandri RM. Planning with elderly outpatients for contingencies of severe illness: a survey and clinical trial. *J Gen Intern Med* 1988 Jul-Aug; 3(4): 322-5
45. Danis M, Southerland LI, Garrett JM, Smith JL, Hielema F, Pickard CG, Egner DM. A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *N Engl J Med* 1991 Mar 28; 324(13): 882-8
46. Morrison RS, Olson E, Mertz KR, Meier DE. The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings. *JAMA* 1995 Aug 9; 274(6): 478-82
47. Ewer MS, Taubert JK. Advance directives in the intensive care unit of a tertiary cancer center. *Cancer* 1995 Oct 1; 76(7):1268-74
48. Teno JM, Hakim RB, Knaus WA, Wenger NS, Phillips RS, WuAW, Layde P. Preferences for CPR: physician-patient agreement and hospital resource use. *J Gen Intern Med* 1995 Apr; 10(4):179-86

49. Lo B. Improving care near the end of life: why is it so hard? *JAMA* 1995 Nov 22-29;274(20):1634-6
50. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patient. *JAMA* 1995 Nov 22-29; 274(20):1591-8
51. Blackhall LJ. Must we always use CPR? *N Engl J Med* 1987 Nov 12; 317(20):1281-5
52. Youngner SJ, Lewandowski W, McClish DK, Juknialis BW, Coulton C, Bartlett ET. "Do not resuscitate" orders. Incidence and implications in a medical -intensive care unit. *JAMA* 1985 Jan 4; 253(1): 54-7 (CPR)
53. Farber NJ, Bowman SM, Major DA, Green WP. Cardiopulmonary resuscitation (CPR): patient factors and decision making. *Arch Intern Med* 1984 Nov; 144(11): 2229-32
54. La Puma J, Silverstein MD, Stoching CB, Roland D, Siegler M. Life-sustaining treatment: a prospective study of patients with DNR orders in a teaching hospital. *Arch Intern Med* 1988 Oct;148(10):2193-8
55. O' Toole E, Youngner SJ, Juknialis BW, Daly B, Bartlett ET, Landefeld CS. Evaluation of a treatment limitation policy with a specific treatment-limiting order page. *Arch Intern Med* 1994 Feb 28;154(4):425-32
56. Wachter RM, Luce JM, Hearst N, Lo B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *Ann Intern Med* 1989 Sep 15; 111(6): 525-32
57. Vitelli CE, Cooper K, Rogatko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. *J Clin Oncol* 1991 Jan; 9(1):111-5
58. Siegler M. A medicine of strangers or a medicine of intimates: the two legacies of Karen Ann Quinlan. *Second Opinion* 1992; 17: 64.
59. Bone RC, Rackow EC, Weg JG. Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation and withdrawal of intensive care (an ACCP/SCCM Consensus Panel). *Chest* 1990 Apr; 97(4):949-58
60. Fins JJ. Futility in clinical practice:report on a Congress of Clinical Societies. *J Am Geriatr Soc* 1994 Aug; 42(8): 861-5
61. Lantos JD, Singer PA, Walker RM, Gramelspacher GP, Shapiro GR, Sanchez-Gonzalez MA, Stocking CB. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989 Jul; 87(1): 81-4
62. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990 Jun 15; 112(12): 949-54
63. Miles S. Medical futility. *Law Med Health Care* 1992;20:310.
64. Siegler M. Falling off the pedestal: what is happening to the readditional doctor-patient relationship? *Mayo Clin Proc* 1993 May; 68(5): 461-7
65. Tomlinson T, Brody H. Ethics and communication in do-not- resuscitate orders. *N Engl J Med* 1988 Jan 7; 318(1):43-6
66. Quill TE. Death and dignity. A case of individualiyed decision making. *N Engl J Med* 1991 Mar 7; 324(10): 691-4
67. Annas GJ. Death by prescription. The Oregon initiative. *New Engl J Med* 1994 Nov 3;331(18): 1240-3
68. Van der Maas PJ, Pijnenborg L, van Delden JJM.

- Changes in Dutch opinions on active euthanasia, 1966 through 1991. *JAMA* 1995 May 10; 273 (18):1411-4
69. Pijnenborg L, van der Maas PJ, van Delden JJM, Looman CWN. Life-terminating acts without explicit request of patient. *Lancet* 1993 Jul 31; 341:342(8866): 308
70. Miller FG, Quill TE, Brody H, Fletcher JC, Gostin LO. Regulating physician-assisted death. *N Engl J Med* 1994 Jul 14; 331(2): 119-23
71. Singer PA, Siegler M. Euthanasia: a critique. *N Engl J Med* 1990 Jun 28; 322(26): 1881-3
72. Kass LR. Death with dignity and the sanctity of life. *Commentary* 1990; 33.
73. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE, Hook EW, Lo B. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *N Engl J Med* 1989 Mar 30; 320 (13): 844-9
74. Cleeland CS, Gonin F, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994 Mar 3; 330(9): 592-6
75. Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. *N Engl J Med* 1994 Mar 3; 330(9): 651-5
76. Editorial. The final autonomy. *Lancet* 1992 Sep 26; 340(8622): 757-8
77. Boyle J. Toward understanding the principle of double effect. *Ethics* 1980; 80: 527
78. Campbell CS, Hare J, Matthews P. Conflicts of conscience. Hospice and assisted suicide. *Hastings Center Rep* 1995 May-Jun; 25(3): 36-43
79. Cassileth BR, Lusk EJ, Guerry D, Bloke AD, Walsh WP, Kascius L, Schultz DJ. Survival and quality of life among patients on unproven versus conventional cancer therapy. *N Engl J Med* 1991 Apr 25; 324(17): 1180-5.
80. House Select Committee on Aging. Quackery: a \$10 billion scandal. 98th Cong 2nd Sess (May 31, 1984) Washington, DC: Government Printing Office, 1984 (SUDOC no. 98-435)
81. Peters WP, Rogers MC. Variation in approval by insurance companies of coverage for autologous bone marrow transplantation for breast cancer. *N Engl J Med* 1994 Feb 17; 330(7): 473-7
82. Hellman S. The patient and the public good. *Nature Med* 1995 May; 1(5): 400-2
83. Gold MR, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R. A national survey of the arrangements managed-care plans make with physicians. *N Engl J Med* 1995 Dec 21; 333(25):1678-83
84. Woolhandler S, Himmelstein DU. Extreme risk: the new corporate proposition for physicians. *N Engl J Med* 1995 Dec 21; 333(25): 1706-8
85. Rosenberg SA. Secrecy in medical research. *N Engl J Med* 1996 Feb 8; 334(6): 392-4
86. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press, 1989.
87. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. *Code of Medical Ethics*. Chicago: AMA Press, 1994.
88. แพทยสภา. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

89. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษา
จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526
90. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษา
จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2533
91. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษา
จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2538
92. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
93. แสง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายการแพทย์กรุงเทพ ฯ :
วิญญูชน, 2540.