

8-1-1995

## Ethical consideration: physician, AIDS and occupational risk

P. Yuktanandana

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

Yuktanandana, P. (1995) "Ethical consideration: physician, AIDS and occupational risk," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 39: Iss. 8, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol39/iss8/1>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

บทความพิเศษ

## จริยธรรมทางการแพทย์ กับการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

พงศ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์\*

**Yuktanandana P. Ethical consideration : physician, AIDS and occupational risk.  
Chula Med J 1995 Aug; 39(8): 559-562**

*Physician's attitude for treatment of patients changed considerably during last decade. Socialized medicine transformed to privatization. Commercialized health system change some physician's attitude. The patients with HIV infection were refused by many doctors. They claimed that there were excessive risk to themselves and their families. Do physicians have an obligation to treat patients with AIDS? Ethical consideration should be a topic of discussion.*

**Key words :** *Ethics, HIV, Physician.*

Reprint request: Yuktanandana P, Department of Orthopedic and Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. April 15,1995.

รูปแบบของจริยธรรมทางการแพทย์ได้เปลี่ยนไปตามยุคสมัย ภาพของหมอในอดีตที่เปลี่ยนไปด้วยความเมตตา และมีความตั้งใจในการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้เจ็บป่วยค่อยๆ เลือนหายไป ค่านิยมของสังคมดั้งเดิมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ถูกเปลี่ยนเป็นสังคมแบบมือใครยาวสาวได้สาวเอา ทำให้วิชาชีพแพทย์ถูกคาดหวังให้เป็นหนทางแห่งความมั่งคั่ง สังคมปลุกฝังความคิดของการรับมากกว่าความคิดของการให้ความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปนี้เกิดขึ้นทั่วไป ดังจะเห็นได้ว่ารูปแบบของการให้บริการทางการแพทย์ได้พัฒนาไป 3 รูปแบบ<sup>(1)</sup> ตั้งแต่อดีตจนมาถึงปัจจุบัน ดังนี้

1. รูปแบบแห่งความดีงาม (Virtue Model) เป็นรูปแบบของแพทย์ในอดีต ที่แพทย์จะมีคุณลักษณะเปี่ยมไปด้วยความเมตตา กรุณา มีความซื่อสัตย์ มีความกระตือรือร้นที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยแพทย์ในรูปแบบนี้จะมีความคิดในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและใช้ศิลปะในการดูแลผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบผู้ให้และผู้รับ และเป็นความสัมพันธ์ที่มีความอบอุ่นมาก

2. รูปแบบแห่งสิทธิในการรับบริการ (Right Model) ในสังคมที่มีประชากรมากมาย และประชากรบางส่วนยากจนจนกระทั่งไม่สามารถซื้อบริการทางการแพทย์ได้ หนทางที่จะทำให้ประชาชนเหล่านั้นได้รับการดูแลก็คือการบัญญัติเอาไว้เป็นกฎหมาย เช่น ประชาชนทุกคนจะมีสิทธิรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินในทุกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในรูปแบบนี้แพทย์ก็มีสิทธิในการเลือกการรักษาได้ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน และผู้ป่วยติดเชื้อ HIV บางส่วนจะถูกขลิบในการดูแลรักษา

3. รูปแบบการประกันสุขภาพ (Contract Model) รูปแบบนี้เป็นที่แพร่หลายมากในสหรัฐอเมริกา ซึ่งการบริการทางการแพทย์เป็นแบบ Privatization แพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุด การบริการทางการแพทย์แบบนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาวិชาการแพทย์ออกไปเป็นอย่างมาก การตรวจวินิจฉัย และการให้การรักษาต้องไม่ผิดพลาด มิฉะนั้นหากคู่สัญญามีความรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอก็จะเกิดกรณีฟ้องร้องกันขึ้น รูปแบบนี้ทำให้อัตราค่าบริการทางการแพทย์มีราคาแพงขึ้นมากการทำสัญญาประกันสุขภาพ

ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ได้รับการดูแลตามข้อสัญญา แต่อย่างไรก็ตามเมื่อหมดสัญญาแพทย์ก็มีสิทธิในการเลือกคู่สัญญาได้ ทำให้ผู้ป่วยบางคนถูกละเลยจากการดูแลรักษา ในระยะหลังๆ รูปแบบนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง ถึงการลดความรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์และถูกมองว่าแพทย์ขาดจริยธรรมที่ดี

ในอดีตที่ผ่านมาทุกครั้งที่มีโรคระบาดร้ายแรงที่ทำให้ผู้คนล้มตายลงมากมาย จริยธรรมของแพทย์ ถูกหยิบยกขึ้นมาวิพากษ์วิจารณ์เสมอๆ เช่น The Black Death ในยุโรปในปี ค.ศ. 1347, The Great Plague of London เมื่อปลายปี ค.ศ. 1665 The Yellow Fever ใน Philadelphia ในปี 1793 มีแพทย์หลายคนได้ทุ่มเทกายใจ หรือแม้แต่ชีวิตของตนในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ก็ยังมีแพทย์อีกจำนวนหนึ่งอพยพหนีโรคภัยไปพักอาศัยในที่ที่ห่างไกลและกลับมาเมื่อโรคภัยสงบลง

ในปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคติดต่ออีกโรคหนึ่งที่น่าแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วโลกแล้วหลายล้านคน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราแพร่กระจายของเชื้อ HIV สูงที่สุดในเอเชีย รูปแบบของการติดเชื้อในประเทศไทยแตกต่างออกไปจากหลายๆ ประเทศ เชื้อ HIV ในประเทศไทยแพร่ระบาดไปในหมู่ผู้ใช้แรงงานและกรรมกรโดยมีหญิงบริการเป็นสื่อการติดเชื้อพฤติกรรมติดเชื้อมักเกิดจากพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราและเที่ยวสำส่อน ผู้ติดเชื้อเหล่านี้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการด้วยสาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การคลอดลูก และการเจ็บป่วยอื่นๆ เมื่ออาการของโรคเอดส์เริ่มปรากฏขึ้นจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเมื่อมีการติดเชื้ออวยโอกาสก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากการบริการในภาครัฐมีการควบคุมต้นทุนในการให้บริการมาก มาตรฐานในการป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างต่ำ ทำให้มีการเจาะตรวจกรดติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยเกือบทุกราย และเมื่อทราบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ HIV เป็นจำนวนมากจึงมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามทัศนคติของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาทางจริยธรรมจึงถูกหยิบยกมาวิพากษ์วิจารณ์อีกครั้งหนึ่ง

ความคิดในการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ของแพทย์ เกิดจากความกลัวในการติดเชื้อจาก

August 1995

ผู้ป่วยมายังตนเอง<sup>(2,3)</sup> และความสงสัย ในผลของการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ เหตุผลที่มักจะได้ยินเสมอๆ ในการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ได้แก่<sup>(4)</sup>

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากเกินไป (Excessive Risk) แพทย์บางคนมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ไม่ดีพอ หรือมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองโดยใช้มาตรการต่างๆ เช่น Universal Precaution ไม่ดีพอ ทำให้กลัวการติดเชื้อมายังตนเอง อย่างไรก็ตามเท่าที่มีรายงาน (CDC : 1988) มีผู้ปฏิบัติงานในแวดวงสาธารณสุขติดเชื้อ HIV จากการปฏิบัติงานเพียง 20 ราย เท่านั้น และโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อจากการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ทิ่มตำ 1 ครั้งจะประมาณ 0.5% เพื่อให้ทราบโอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงาน แพทย์ควรทราบข้อมูลพื้นฐานดังนี้

1. โอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ 1 ครั้ง
2. ความซุกของผู้ติดเชื้อ HIV ในบริเวณที่ปฏิบัติงาน
3. อุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้สัมผัสเชื้อ

เมื่อทราบข้อมูลทั้ง 3 ข้อ จะทำให้ทราบโอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงานและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

2. ให้การรักษาไปก็ไม่เกิดประโยชน์ (Questionable Benefit) แพทย์บางคนมีความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ว่าจะเป็นการระในสังคม และคงมีชีวิตอีกไม่นาน จึงไม่เต็มใจที่จะให้การรักษา อาจเพราะคิดว่าถึงแม้จะทุ่มเทให้การรักษาไปอย่างไร อีกไม่นานผู้ป่วยก็ต้องมีอาการโรคเอดส์ และเสียชีวิตในที่สุด อย่างไรก็ตามจากการติดตามผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อบางรายที่ดูแลตนเองดีพอสามารถมีสุขภาพแข็งแรง และทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นแพทย์ไม่ควรปฏิเสธการให้การรักษา และช่วยชีวิตผู้ป่วยในช่วงวิกฤติ และเมื่อพ้นภาวะวิกฤติไปแล้ว การเลือกทางรักษาต่างๆ คงต้องตระหนักถึงปัจจัยความเหมาะสมหลายด้านและคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก

3. มีผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล (Obligation to Other Patients) ในบางกรณีที่แพทย์มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลหลายราย ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มักถูกละเลย

จากการเอาใจใส่ซึ่งอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีพอ แพทย์บางคนปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ด้วยการให้ความเห็นว่าเพื่อเก็บตัวเอาไว้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นดีกว่ารักษาผู้ป่วยที่หมดหวังจะมีชีวิตยาวนาน ในกรณีเหล่านี้แพทย์ควรให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วย โดยคำนึงว่าผู้ป่วยถึงแม้ติดเชื้อ HIV ก็มีสิทธิในการรับการรักษาเท่าเทียมกัน และยังมีนางสาวที่จะต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอนาคต

4. ต้องดูแลตนเองและครอบครัว (Obligation to Self and Family) ในช่วงที่ผ่านมาแพทย์ และครอบครัวต้องมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากความกลัวในการติดเชื้อมาสู่ตนเอง และครอบครัว แพทย์ส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในฐานะหัวหน้าครอบครัว จึงมีความคิดว่าถ้าหากตนเองต้องติดเชื้อ HIV แล้วและเจ็บป่วยลง ครอบครัวคงต้องประสบปัญหาและมีความลำบากมาก อย่างไรก็ตามถ้าหากแพทย์ได้ศึกษาการติดเชื้อ HIV อย่างดีพอ และป้องกันตนเองอย่างดีที่สุดโอกาสติดเชื้อมายังตนเองและครอบครัวก็น้อยมาก แต่ถ้าหากมีการปนเปื้อน ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อ แพทย์ก็ควรป้องกันการติดเชื้อมายังครอบครัว จนกว่าจะตรวจพบแน่ชัดว่าไม่มีการติดเชื้อ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยชั่วคราว อย่างไรก็ตามแพทย์ไม่ควรปฏิเสธการดูแลคนไข้ด้วยเหตุผลนี้ แต่ควรให้การรักษาผู้ป่วย โดยการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุด

เมื่อมีการปฏิเสธในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มากขึ้น ด้วยเหตุผลต่างๆ ข้างต้นก็ต้องมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของแพทย์ต่อตนเองและต่อสังคม ในสังคมไทยผู้ที่เข้ามาเป็นแพทย์ส่วนใหญ่เข้ามาด้วยความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือผู้อื่น มีความปรารถนาในการอุทิศกายใจและสมองในการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเมื่อมีปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในเปลี่ยนแปลงไปในระหว่างการดำเนินชีวิตแพทย์ ความมุ่งมั่นต่างๆ ก็อาจลดน้อยถอยลงไป นอกจากนี้ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อแพทย์ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยในอดีตแพทย์ถูกคาดหวังให้อุทิศตนช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยเมตตาธรรม และไม่หวังสิ่งตอบแทนเมื่ออยู่ประชาริပ်โดยเฟื่องฟู ประชาชนสนใจสิทธิอันพึงจะได้รับเพิ่มขึ้น สังคมก็คาดหวังให้แพทย์ทำหน้าที่ในการให้

การดูแลผู้ป่วยตามสิทธิของผู้ป่วย และเมื่อสังคมเปลี่ยนไปเป็นระบอบการค้า และทุนนิยมเพิ่มขึ้น สังคมก็คาดหวังให้แพทย์ให้บริการที่ดีที่สุดตามข้อสัญญาการดูแลสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ถูกเปลี่ยนเป็นสินค้าที่ต้องมีคุณภาพสมราคา เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสเลือกผู้ให้บริการคือแพทย์ แพทย์เองก็มีโอกาสเลือกลูกค้าคือ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ถูกละเลยไปไม่มีใครดูแลภาวะเริ่มตกลับสังคม สังคมจึงเริ่มคาดหวังใหม่ให้แพทย์เสียสละอุทิศกายใจ ดูแลผู้ป่วยทุกชนิดด้วยความเมตตาอีกครั้งหนึ่ง ดังจะเห็นตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา ที่มีการเปลี่ยนแปลง Code of Ethics ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1846 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบันดังนี้<sup>(1)</sup>

A.M.A: Code of Ethics Adopted May 1846

“The duty of the Profession to the Public”

1846 “..... and when pestilence prevails, it is their (Physicians’) duty to face the danger and to continue their labors for the alleviation of the suffering, even at the jeopardy of their own lives”

1912 “Competent medical service with compassion and respect for human dignity”

1986 “A Physician shall, in the provision of appropriate patient care, except in emergencies be free to chose whom to service ....”

1987 “A Physician may not ethically refuse to treat a patient whose condition is within the physician’s current realm of competence solely because the patient is seropositive”

ในประเทศไทยเองก็ตามปัญหาผู้ติดเชื้อ HIV จะมากขึ้นเรื่อยๆ แพทย์ทุกคนต้องเตรียมพร้อมทั้งกายและใจ ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยความเมตตา แพทย์

ทุกคนคงต้องกลับไปรำลึกถึงความรู้สึกในอดีตของความมุ่งมั่นในการมาเป็นแพทย์ หรือแม้แต่ผู้ที่กำลังจะมา เป็นแพทย์ในยุคต่อไปนี้ คงต้องสร้างความรู้สึกของการให้มากกว่าการรับ ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ต้องหมั่นฝึกฝนตนเอง ให้ลำดับความคิดดังนี้

1. เมื่อมาเป็นแพทย์ หน้าที่ คือ การให้การ รักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยมิใช่มาทำการค้า
2. ในอาชีพแพทย์ มีความจำเป็นที่จะต้องยอมรับความเสี่ยงอยู่บ้างในการปฏิบัติหน้าที่
3. เมื่อมีความเสี่ยงสูงมากจริงๆ การเสี่ยงในการปฏิบัติงานโดยยึดหลักความเมตตา ก็เป็นความชอบธรรมที่แพทย์ควรจะได้รับ

เมื่อปฏิบัติหน้าที่แพทย์โดยคำนึงถึงจริยธรรม อยู่เสมอ แพทย์ก็จะสามารถภูมิใจในบทบาทของตนว่าเป็นสมาชิกของสังคมที่ได้ทำหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด และได้ช่วยกันดูแลสังคมให้ทุกคนในสังคมได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

อ้างอิง

1. Zuger A, Miles SH. Physicians, AIDS, and occupational risk : Historic traditions and ethical obligations. JAMA 1987 Oct 9; 258(14):1924-8
2. Gerbert B, Maguire B, Badner V, Altman D, Stone G. Why fear persists : health care professionals and AIDS. JAMA 1988 Nov 17; 260(23):3481-3
3. Matory WE : Health Care Worker Contamination by HIV virus : A Valid Fear or a Surgeon’s Hysteria? (Editorial). Plast Reconstr Surg 93:1250-57, 1994.
4. Emanuel EJ. Do physicians have on obligation to treat patients with AIDS?. N Engl J Med 1988 Jan 23; 318(25): 1686-90