

# ท่อนวนผัดใบ

หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย

# ท่อนิวส์ตีป

ห้มีสื่อสังคมที่หาได้จากโซเชียลมีเดีย

## คณะกรรมการ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำนวยการ จิตดาวัฒน์  
ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส ปิณฑิร จันทรัตน์ ณ อยุธยา  
และไพศาล ลิมศิริชัย

## เกียรติคุณ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย อังประพันธ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2551	จำนวน 1,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2552	จำนวน 10,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3 พฤศจิกายน 2552	จำนวน 10,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4 พฤษภาคม 2554	จำนวน 2,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5 มิถุนายน 2554	จำนวน 3,000 เล่ม
เลขมาตรฐานสากล 978-974-466-551-5	

## ผู้จัดพิมพ์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ 14  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02-832-9000 โทรสาร 02-832-9001  
[www.nationalhealth.or.th](http://www.nationalhealth.or.th), [www.thchilivingwill.in.th](http://www.thchilivingwill.in.th)

## ภาพปก

พรเนตร อารามมงคลวิชัย  
(ขอขอบพระคุณ คุณอินทิยา เขียวสว่างศรี ที่เอื้อเฟื้อลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)  
ศิลปิน  
วัฒน์ลินธุ์ สุวรรตนาณนท์

## พิมพ์ที่

ตีพิมพ์ บจก. เลขที่ 685 ซ.ลาดพร้าว 71 ถ.ลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง  
เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-956-1937 080-599-6682

“ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ใกล้ตาย

ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นนี้ได้

เพราะส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

จึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ

จุดนี้เองก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก

บางครั้งที่ตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริง

ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

และทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ

ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวคิดในเรื่อง Living Will

คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้

หรือบางครั้งเรียกว่า Advance Directives

คือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า

ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้”

## ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส

จากบทความ “การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย”

# คำนำ

## ในการพิมพ์ครั้งที่ 5

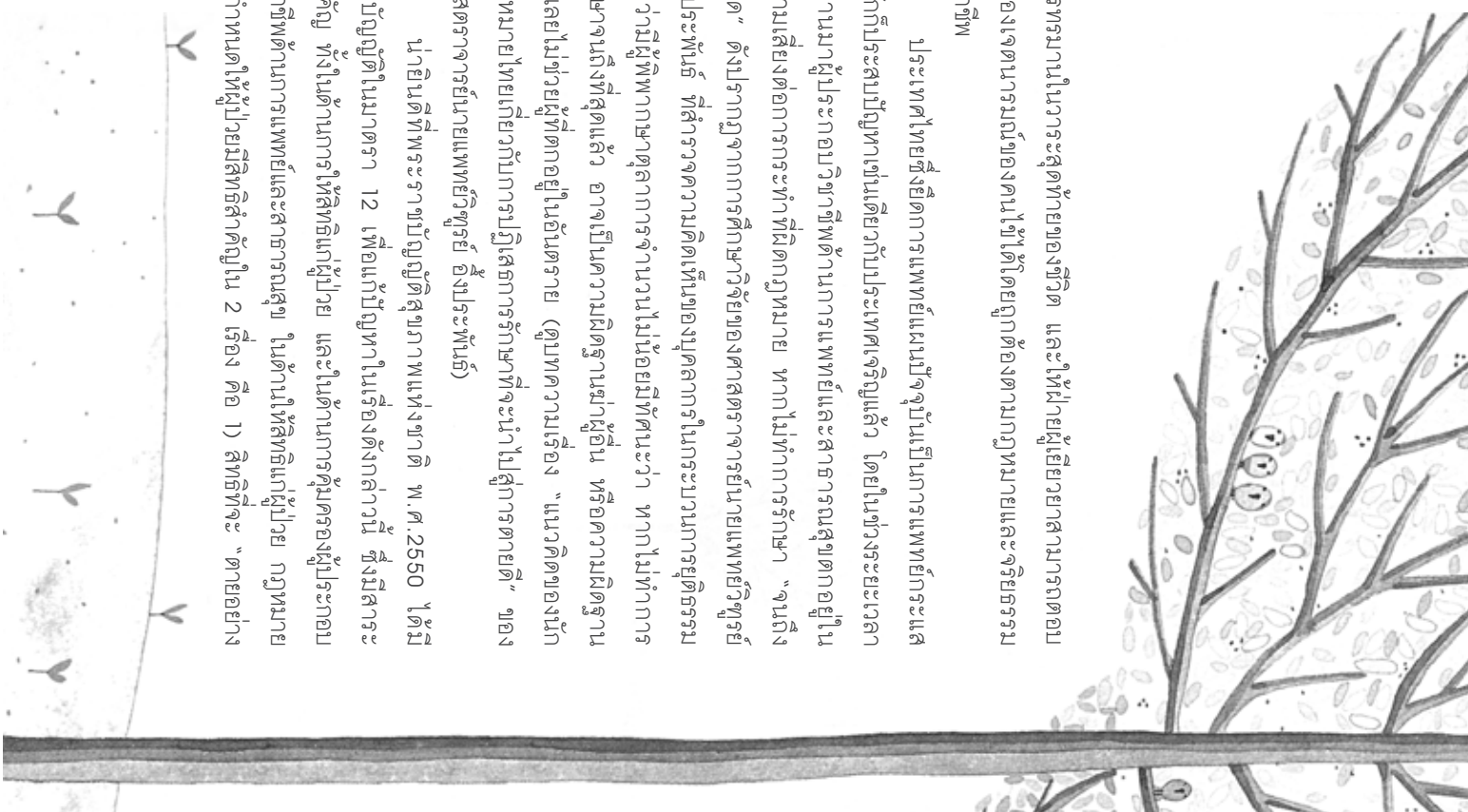


การแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักในโลกทุกวันนี้ พัฒนารูปร่างบนฐานความคิดและหลักวิทยาศาสตร์ ที่มุ่งควบคุมและเอาชนะธรรมชาติ และพัฒนาจนเจริญก้าวหน้า สามารถเอาชนะโรคภัยต่างๆ ได้เป็นอันมาก แต่มีจุดอ่อนที่สำคัญสองประการคือ 1) มุ่งเน้นแต่มิติทางกายเป็นหลัก และ 2) มุ่งต่อสู้กับธรรมชาติจน “ถึงที่สุด” ทำให้เกิดการกระทำในลักษณะที่เป็น การ “ทอนสิ่งธรรมชาติความตาย” จนก่อให้เกิดปัญหาตามมา ทำให้การแพทย์ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อ “ช่วยเหลือ” เพื่อมนุษย์ กลับกลายเป็นการสร้างปัญหาให้แก่มนุษย์ เพราะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยไม่คิดประโยชน์ ฐั่วยังเป็นการละเมิดหรือทำลายศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถ “ตายอย่างสงบ” หรือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” (dying with dignity) และยังสร้างทั้งภาระและค่าใช้จ่ายอย่างมากมาย ทั้งแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการเสียยา ในประเทศที่เจริญแล้วจึงมีความพยายามแก้ปัญหาทางด้านการรักษาหันตให้ประชาชนมีสิทธิที่จะขอให้ยุติการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยุติการตาย หรือเพื่อยุติ

การทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต และให้ผู้ป่วยเสียความสามารถตอบสนองเจตนาของคนไข้ได้โดยถูกต้องตามกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

ประเทศไทยซึ่งยึดถือการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์กระแสหลักก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกับประเทศเจริญแล้ว โดยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาผู้ประกอบการด้านสุขภาพแพทย์และสาธารณสุขตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย หากไม่ทำการรักษา “จนถึงที่สุด” ดังปรากฏจากการศึกษาวิจัยของศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อิงประพันธ์ ที่สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมพบว่าผู้พิพากษาศาลอาญาจำนวนมากไม่น้อยมีทัศนะว่า หากไม่ทำการรักษาจนถึงที่สุดแล้ว อาจเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น หรือความผิดฐานละเลยไม่ช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตราย (ดูบทความเรื่อง “แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี” ของศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อิงประพันธ์)

นายอินดีที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีบทบัญญัติในมาตรา 12 เพื่อแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าวนี้ ซึ่งมีสาระสำคัญ ทั้งในด้านการให้สิทธิแก่ผู้ป่วย และในด้านการคุ้มครองผู้ป่วยประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ในด้านให้สิทธิแก่ผู้ป่วย กฎหมายได้กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิสำคัญใน 2 เรื่อง คือ 1) สิทธิที่จะ “ตายอย่าง



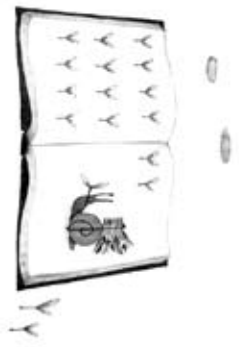
สงบ” หรือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” โดยมีสิทธิปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย และสิทธิปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อยุติความทุกข์ทรมานในภาวะสุดท้ายของชีวิต 2) สิทธิที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองต่อไปตามที่ควร สำหรับในด้านผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลดังกล่าวแล้ว” มิใช่ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

หนังสือ “ก่อนวันสุดท้าย” เล่มนี้ ได้รวบรวมข้อเขียนทั้งสี่สะท้อนปัญหา และความพยายามแก้ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนคำแนะนำจากผู้ประกอบทางธรรมคือ “การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ” ของพระไพศาล วิสาโล เป็นต้น และทางโลกได้แก่ บทความเรื่อง “ความเข้าใจเกี่ยวกับวาระใกล้ตาย” ของ ศ.พญ.สุภาลี นิมนานนิตย์ “หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” ของ นพ.สถาพร ลีลานันทิกิจ “Living Will : มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ของ ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ “ตายอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี” ของ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล “Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน กับดอกเห็ดในหีบแสง” ของ ผศ.พญ.ยุวเรศมศุ์ สิทธิกาญจน์ภูชา และ “สิทธิในการเลือกการรักษาและการได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต” ของ รศ.พญ.ศิริเวียง ไพโรจน์กุล เป็นต้น บทความเหล่านี้ เขียนขึ้นก่อนที่สิทธิคนมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2554 แต่บทความเหล่านี้สามารถสร้างความเข้าใจในปัญหาและ

ก่อให้เกิดความคิดและแนวทางในการที่ทุกฝ่ายจะเข้าช่วยกันทำให้บทบัญญัติของกฎหมายมาตรา 12 นี้ บังเกิดผลดีต่อการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติมิตร เพื่อประโยชน์สูงสุดของสังคมไทยสืบไป

หนังสือเล่มนี้ได้จัดพิมพ์เผยแพร่มาแล้ว 4 ครั้ง ครั้งนี้ปรับปรุงที่ 5 ได้มีการแก้ไข ปรับปรุงและเพิ่มเติมเนื้อหาสาระบางประการ เพื่อให้ทันสมัยยิ่งขึ้นหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องของทางสมศวร หากท่านผู้ใดมีข้อแนะนำ หรือติชมประการใด คณะผู้จัดทำยินดีมอบด้วยความขอบคุณ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์



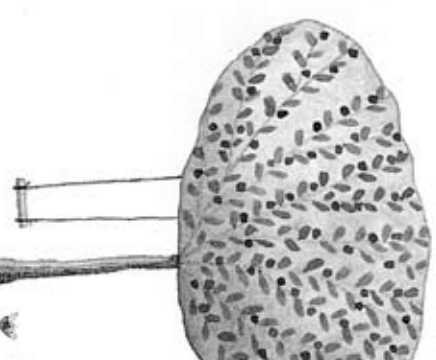
## สารบัญ

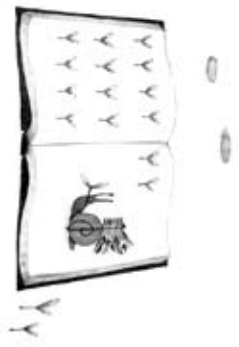
### แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต

- ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะไตล้มตาย  
*ศ. พญ. สุมาลี นิยมมานนิตย์* 15
- หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะระยะสุดท้าย  
แบบประคับประคอง  
*นพ. สภาพร ลีลาภิรมย์* 25
- Living Will: มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
*ผศ. นพ. รุ่งโรจน์ประทีปสุวรรณ* 61
- ดาวย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี  
*นพ. อนุวัฒน์ ศรีกาญจนา*
- Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน...  
กับดอกทิวลิปในหีบแสง  
*ผศ. พญ. ญวเรศสมศรี สิริชานัญญา* 71

### การเยี่ยมทางจิตใจและประเด็นทางจิตวิญญาณ

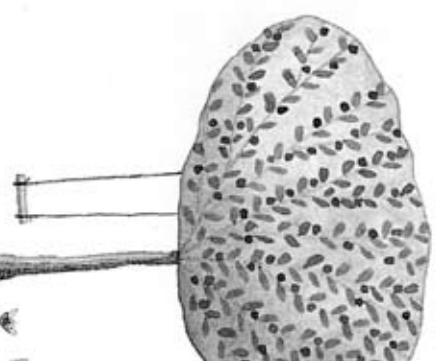
- การช่วยเหลือนักป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ  
*พระไพศาล วิสาโล* 85
  - การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นด้านจริยธรรม  
*รศ. เสวตี ศิริใส* 107
  - จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง "สิทธิที่จะตายดี"  
*อจารย์ศรีสว่าง พ่วงศัมภ์* 121
- ### สิทธิการดูแลรักษาเพื่อการตายดี
- แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธ  
การรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี  
*ศ. นพ. วิฑูรย์ อังประพันธ์* 131
  - หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต  
*ศ. แสงวง บุญเฉลิมวิภาส* 157
  - Advance Care Planning and Living Will  
*ผศ. นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว* 169





## สารบัญ

- สิทธิในการเลือกการรักษาและการได้รับการดูแล  
อย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต  
รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล 189
- แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม  
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12  
และตัวอย่างแนวปฏิบัติต่างประเทศไทย  
ไพศาล ลิ้มสถิตย 197
- เทรียมตัวทำหนังสือ 249
- ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา 2 แบบ 252
- ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบ  
ประคับประคอง (Palliative Care) 263
- คำแถลงเรื่อง "เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า"  
ของแพทยสมาคมโลก  
(The World Medical Association Statement  
on Advance Directives "Living Wills") 277
- คำประกาศของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับ  
"การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต"  
(World Medical Association Declaration  
on Terminal Illness) 281
- ภาพยนตร์กำกับโดยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ  
ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ  
บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมาน  
จากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553  
(จากหลักฐานภาษา เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก  
วันที่ 22 ตุลาคม 2553) 243





ရွှေအောင်မြင်စွာ  
ပျော်ရွှင်စွာ



## ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโกลีตาเย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุนภาลี นิรมานนิตย์ \*



ความตายเป็นสิ่งที่คุณเคยได้ยินได้ฟัง และเป็นสิ่งต้องเกิดขึ้นกับทุกคนไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อใดก็ตามนั้น แต่คนทั่วไปส่วนใหญ่มักยังไม่สนใจและรู้สึกว่าความตายคืออะไร หรือมีเช่นนั้นก็รับรู้จากความตายตามจริง หากแต่รู้จักความภพของตนเองจินตนาการขึ้น ซึ่งมักจะทำให้รู้สึกกลัวความตายเป็นมากจน ท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวไว้ในเรื่อง *ความตายไม่มี?* ว่า “ความตายทั้งทางกายและทางวิญญาณ เป็นจุดรวมของความกลัวทุกชนิด” จึงไม่แปลกที่มนุษย์เกือบทุกคนกลัวความตาย ไม่อยากพูดถึง ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากให้มาเยือนตนเองหรือผู้อื่นที่แวดล้อมอยู่รอบตัว และไม่สนใจจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความตาย

---

\* ท่านเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันโครงการ “รักษาใจ ยามเจ็บป่วย” ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเป็นวิทยากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่งานถึงแก่อนิจกรรมเมื่อ พ.ศ.2550 คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณน้องสาวของท่านที่ให้ความอนุเคราะห์บทความนี้







ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลให้ความกลัวตายเพิ่มเป็นทวีคูณ กับทั้งทำให้ตั้งอยู่บนความประมาท คิดว่าความตายยังอยู่ไกลตัว โดยพยายามผลักความตายให้ออกห่างตนเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้และไม่อยู่ในบังคับบัญชาของมนุษย์ แต่มนุษย์โดยเฉพะจะในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ ตีฆาต จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และคนป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องถ่วงชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใดและผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิต เช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาที่ดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย จนละเอียดถึงขนาด ผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ในยามที่สุ่มไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำเป็นให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด แม้แนวทางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุก ๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ที่ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น “การุณยฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ยุคปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมตามธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เป็นปัญหาระดับโลก จนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในบางประเทศว่า คนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าใช่จะทำอย่างไร ถ้าไม่ทำอะไร ทำอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นมีใจแต่ในด้านกฎหมาย หรือด้านการแพทย์ หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหาด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม

จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีคุณค่าซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบกับความตาย ของผู้คนอยู่เนืองๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยเหลือผู้ใกล้ตายและแม่ตบแต่งในที่ที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับความรู้ว่าอย่างไรคือการ “ตายดี” ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ที่ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สนใจ ดังนี้

**ถ้าห่างกาย**

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษา สามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้อง เหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่ประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้นโดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

- เมื่อใกล้ตาย ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่คุณยอมรับ และไม่อยากเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ ได้พักผ่อนให้เต็มที่





- คนใกล้ตายจะเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสนและบรเทาอาการเจ็บปวดได้
- คนใกล้ตายจะตื่นนอนบ่อยครั้งมดเมเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมาณมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาด และรักษาความชุ่มชื้นไว้ โดยอาจใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำและแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สาลีงพากริมฝีปาก สำหรับตากให้หยดน้ำตาเทียม
- คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกกังวลและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น
- เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกับอยู่ข้างๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล
- การร้องครวญครางหรือมีหน้ตาบวมเขียวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้
- คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาณเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิใช่รวมถึงผู้ป่วยอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

### คำขวัญ

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยใกล้ตาย ใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วยิ่งต้องการการดูแลระดับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขามืออเขาคต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชีวิตควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายถึงความต้องการในด้านความรัก ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทำให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนแปลงความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

### ความรู้เกี่ยวกับกตเวทีย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ในยุคก่อนไม่สนใจเรื่องความตายเลย จนเกือบจะเป็นสิ่งที่ต้องห้ามที่ไม่มีใครพูดถึง ก็ทำให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะความตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมไปแล้ว วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มีโอกาสดายาตามธรรมชาติไปเพียง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ในบางประเทศคนไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายธาระยะทางที่ห่างออกจากร่างกายและเครื่องช่วยชีวิตที่อยู่รอบตัว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการตื่นตัวในเรื่องเกี่ยวกับ





ความตายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีใช้ว่า “การตายดี คือ การตายที่ปลอดภัยจากทุกขุทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาตามคุณแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่นำมาตรฐานและตั้งงาม”

ส่วน “การตายดี” ในแง่พุทธศาสนานั้น เจ้าคุณพระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือ การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ เรื่อง ช่วยให้ตายเร็ว หรือช่วยให้ตายช้า ว่า

ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มรติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ยากเป็นจุดสำคัญกว่าคือมรจิตเจตสี คือ มรติ ไม่หลงตาย”

ที่ว่าไม่หลงตาย คือ มรจิตไม่พ้นเพื่อน ไม่ศรัทธาเอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจเบิกหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่าจะให้ผู้ตายได้ยิน ได้ฟัง สิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า “บอกอรหันต์” ก็เป็นคติที่รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจให้แก่ผู้ทว่ากำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ดีทำความดีมา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีกคือ ให้เป็นการตายที่เจมคติความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแต่ว่าคนที่จะตายมรจิต ยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดี ก็นับว่าดีแล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็จะมีดวงสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ขึ้นันแหละถือว่าดีที่สุด

นอกจากนั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับจิตตอนที่จะตายว่า

เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกขได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ จะตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำงานจิตให้ผ่องใสในเวลาที่จะตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย ด้านจิตใจ ซึ่งศาสนานานทุกศาสนาให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตาย เช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนาเข้ามาเยี่ยมและลอบจวิญญูช่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าการให้ความสำคัญกับการตายดีในแง่มุมของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนี้ ทางพุทธศาสนาก็ถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสตลอดจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึง





วาระสุดท้ายมนุษย์ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดในชีวิต หากบุคคลผู้หนึ่งมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุนิยามในขณะจิตสุดท้ายตอนจุ่มดับ

### แนวทางการช่วยหือคนที่ตาย

เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของคนใกล้ตาย และความตายดังกล่าวแล้ว ก็สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้โดย

#### มัจจุใจที่อยากช่วยเหลือ

จิตใจที่อยากช่วยเหลือเป็นคุณสมบัติแรกที่ควรต้องมี เพราะจะจิตใจนั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

#### รู้เขารู้เรา

คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ และทัศนคติ คนใกล้ตายก็เช่นเดียวกัน แม้จะเหมือนและคล้ายกันในบางเรื่อง แต่ก็มีความต่างกันด้วย ในการให้ความช่วยเหลือ จึงต้องรู้จักคนใกล้ตายในด้านความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งทราบได้จากแพทย์ที่ให้การรักษา และรู้จักสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ วิถีวัฒนธรรม และเศรษฐกิจฐานะ ซึ่งจะรู้ได้ไม่ยาก ด้วยการให้คนใกล้ตายได้มีโอกาสระบายความรู้สึก บอกความต้องการ โดยผู้ให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้องและและใช้ความสังเกต เมื่อ “รู้เขา” แล้ว ก็สามารถช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสมโดยยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้อุทิศสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสมในการปฏิบัติใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้เขาได้เจริญสติ

โดยไม่ถูกรบกวน และช่วยให้คนใกล้ตายได้พึงพอใจในตัวเขาเองเผชิญกับความตายที่งดงามถึง

สำหรับการ “รู้เขา” คือการรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเองก็มีควมสำคัญมาก โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ต้องมีจิตใจหนักแน่นมั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วนอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ผู้ที่คอยช่วยเหลือคนใกล้ตาย มีประสบการณ์ตรงกันว่าเกิดพลังขึ้นในตนเอง เมื่อการช่วยเหลือนั้นประกอบด้วยเมตตา กรุณา และอุเบกขา

#### เอาใจเขามาใส่ใจเรา

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะทำให้สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่เขาต้องการคือใครสักคนที่พยายามเข้าใจเขา และให้ความเอาใจใส่เขา แม้เมื่อเขาไม่สามารถโต้ตอบได้ การสัมผัส การจับมือ ก็สามารถช่วยให้เขารู้สึกดีและสงบได้

ที่กล่าวนี้เป็นเพียงส่วนน้อยนิดเท่านั้น เรื่องเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายยังมีอีกมากมาย และล้วนแต่เป็นเรื่องและน่าศึกษา ทั้งในด้านทางการแพทย์และด้านศาสนา สำหรับหนังสือภาษาไทยที่มีให้ห่ออ่านได้คือ *เหนือห้วงมหรธรรพ และประสูติสู่ภาวะใหม่* ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แปลจากหนังสือเรื่อง *The Tibetan Book of Living and Dying* โดยท่านโชเชนเกียล รินโปเช ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตาย และวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างละเอียด ครบแก่การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนหนึ่งที่ว่า *ท่านไปศพแล้วไปมีความว่า*





การตายอย่างสงบเป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างนงการต่อปกตีสู่ข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย

ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยเหลือให้บุคคลตายด้วยดี

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลาหรือยังที่เรา ไม่ว่าจะใคร ใครที่จะให้ความสนใจที่ทบทวนและฝึกฝนตนเองให้สามารถเผชิญกับความตายของผู้คนและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเอง ตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือมีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับศิลปะในการดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างเราก็คายอย่างนั้น คายอย่างเราก็ออยู่อย่างนั้น เป็นสังขารมอยู่แล้ว หากเราช่วยเหลือกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้จากกันและกัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการตาย สิ่งที่จะได้ก่อน คือศิลปะในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพและเกิดความสงบสุขโดยทั่วกัน



## หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

นพ.สถาพร ลีลานันทกิจ \*



**ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะของการป่วยไข้เป็นระยะสุดท้ายแล้ว หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่เข้าเฝ้าอาการของการบำบัดชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายมาใช้จนหมดสิ้นแล้ว

**การป่วยไข้ระยะสุดท้าย** เป็นการป่วยไข้ที่โรคยังคงคุกคาม และทวีมากขึ้น แต่การบำบัดเพื่อให้หายจากการป่วยไข้ไม่เป็นไปไม่ได้ หรือไม่เหมาะสม ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ระยะเวลาโดยมากน้อยกว่า 1 ปี โดยอาจผันแปรตั้งแต่หนึ่งวันถึงหลายๆ เดือน

\* ภาสิลาสาถกานันนะเร็งแห่งชาติ





การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดถือตามความเชื่อทางด้านศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ เป็นการดำเนินงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ สบาย พร้อมด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสนับสนุนคุณค่าครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือนั้นและตายจากไปอย่างราบรื่น เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีช่วงเวลาที่ค่อนข้างยาวนานพอสมควร สำหรับผู้ป่วยบางราย การดูแลนอกจากการดูแลแบบองค์รวมแล้วยังนำเอามาตรการปกป้องรักษาชีวิตให้คงอยู่ได้ยาวนานตามปกติทั่วไปเข้ามารวมไว้ในการดูแลรักษาด้วย แต่เมื่อผู้ป่วยใกล้สู่ความตาย การปกป้องรักษาชีวิตกลายเป็นเรื่องไร้ความหมายมากขึ้น การดูแลรักษาจะปรับเปลี่ยนการเน้นให้การรักษาความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด ตามความต้องการของผู้ป่วยที่การรักษาให้หายจากโรคที่ป่วยอยู่นั้น ไม้มีความเป็นไปได้ รวมถึงให้การดูแลทุกสิ่งทุกอย่างในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาพักฟื้นจากการสูญเสียผู้ช่วย การดูแลจะเป็นรูปแบบเดียวกันไม่ว่าผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล สถานพยาบาล ที่จัดทำขึ้นเพื่อการดูแลชนิดนี้โดยเฉพาะ หรือที่บ้านผู้ป่วย

เนื่องจากในระยะแรก การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นเฉพาะการป่วยในช่วงปีหรือเดือนท้าย ๆ ของชีวิตเมื่อความตายเป็นสิ่งที่สามารถเห็นล่วงหน้าได้มากกว่าเป็นเพียงความเป็นไปได้ ในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลกได้สนใจกับการนำเอาการดูแลรูปแบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วยระยะระยะสุดท้าย โดยให้การบำบัดชนิดนี้มุ่งเน้นเฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่สนองตอบต่อการบำบัดโรคระยะเร่งที่เป็นอยู่ ดังนั้นการบำบัดแบบประคับประคองจึงถูกผลักดันให้เป็นการดูแลการป่วยใช้ระยะสุดท้าย ต่อมาความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นว่า หลาย ๆ อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตนั้น มีจุดกำเนิดตั้งแต่เริ่มป่วยอยู่แล้วหากไม่ได้รับการบำบัดแก้ไขแต่เนิ่น ๆ อาการและปัญหาเหล่านั้นจะกลายเป็นเรื่องยากในการบริหารจัดการในขั้นท้าย ๆ ของชีวิต

นิยามการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2002 ที่ปรับปรุงใหม่จึงเป็นการดูแลที่

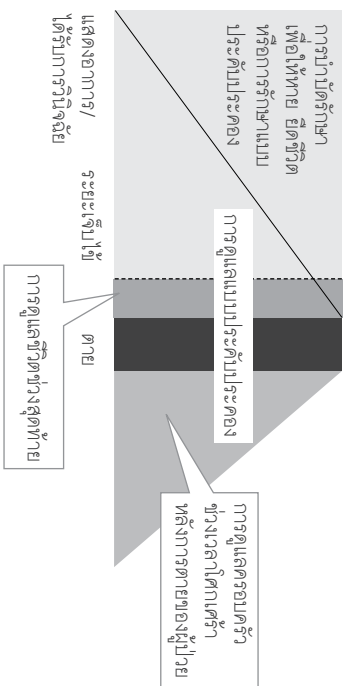
- ให้การบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์
  - ดำเนินการรักษาชีวิตและความตายให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
  - ไม่ช่วยเร่งหรือหน่วงรั้งการเสียชีวิต
  - นำเอาการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของ การดูแล
  - จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำให้
- ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต





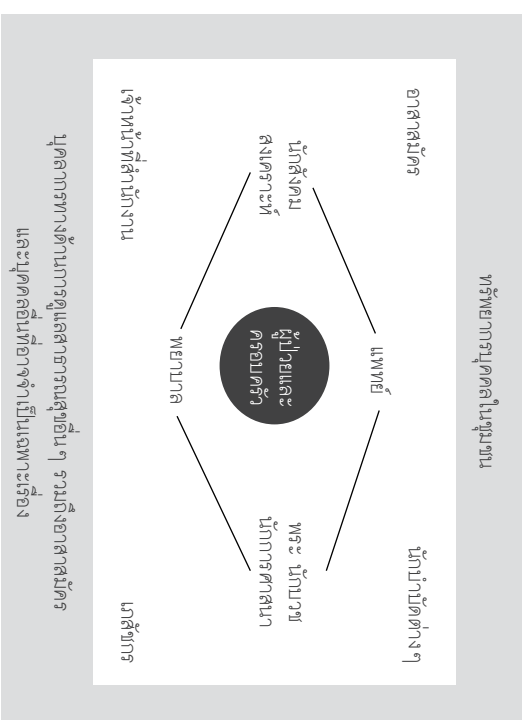
- จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดจนช่วงเวลาที่ผู้ป่วยป่วยไข้ และช่วงเวลาที่เลิกการรักษาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- จัดให้มีทีมงานเข้าค้นหาความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาแก่นะสำหรับช่วงเวลาที่เราหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย
- เป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมคุณภาพชีวิต และยังมีผลทางด้านบวกในอีกหลายๆ อย่างตลอดช่วงระยะเวลาของการป่วยที่สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยไข้ ร่วมกับกับกรบำบัดชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิ การผ่าตัด เคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา และยังสามารถตรวจชนิดต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ชัดเจน รวมถึงการบำบัดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ผสมผสานกับการดูแลรักษาให้หาย หากเขียนเป็นแผนภาพจะได้เป็น



(Modified from "World Health Organization. Pain Relief and Palliative Care" in *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, 2nd, ed. WHO Geneva, 2002. : 83 — 91)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานแบบเป็นทีม โดยมีทีมงานประกอบด้วยสหวิชาชีพและมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งถ้าแสดงเป็นแผนภาพจะเป็น



**แพทย์** อาจเป็นแพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เจ้าของไข้และหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่ได้ศึกษารักษาตามความจำเป็น เช่นเดียวกับพยาบาลอาจต้องมีพยาบาลชำนาญการเฉพาะทาง อาทิเช่น ผู้ชำนาญด้าน การดูแลแก่คนที่ป่วย ทวารเทียม เป็นต้น เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยด้วย

**ครอบครัว** ในที่นี้หมายถึงบุคคลที่อยู่ในกระบวนการให้การช่วยเหลือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ตามการเลือกหรือจากการบอกกล่าวของผู้ป่วยยังหมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพิเศษ ซึ่งอาจเป็นญาติ เพื่อน





คิด เพื่อนบ้าน หรือใครก็ได้ที่ให้การช่วยเหลือคำจุนแก่ผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นอาจเป็นผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นตัวแทนในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะระดับการบำบัดรักษาในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหมดสติหรือไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ได้

**การแพทย์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** เป็นการดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้นและเป็นผู้ตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัด เป็นคนสุดท้าย

- กฎสำคัญของ การดูแลทางการแพทย์ลักษณะนี้คือ ความต้องการและความมุ่งมั่งของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่ใช่สุขภาพของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิรับรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดการบำบัด รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์จะนำมาใช้ปฏิบัติ เว้นเสียแต่ไม่ต้องการหรือต้องการแพทย์จะนำมาใช้ปฏิบัติ เว้นเสียแต่ไม่ต้องการหรือปฏิเสธ
- ครอบครัว ญาติมิตร ไม่มีสิทธิในการยับยั้งบุคลากรทางการแพทย์กับการนำเอาเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มาบอกกล่าวถึงผู้ป่วยต้องการ
- จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรู้ว่ามาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นหรือบรรเทาจากอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน จึงไม่ใช่อะไรที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถขอให้ระงับหรือขอให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา

เนื่องจากสภาพการดูแลรักษาในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น มีคำแนะนำในวิถีการใหม่ ๆ ทางการแพทย์เข้ามาใช้ มีการกล่าวถึงถึงการบำบัดรักษาโรคชนิดพิเศษต่างๆ ตามชื่อต่างๆ โดยเฉพาะผู้คนที่เข้าไปสามารถเสาะหารายละเอียดจากอินเทอร์เน็ต ทำให้สังคมมีความคาดหวังสูง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนมากจะมุ่งเน้นแต่การรักษาเฉพาะกับตัวโรคอย่างจริงจังเพียงอย่างเดียวเท่านั้น และถ้าหากมีความตายเกิดขึ้นจะรู้สึกตัวเองป่วยแพ้ แต่ในความเป็นจริงแล้วการป่วยเช่นนี้แตกต่าง บุคลากรทางการแพทย์ต้องคำนึงไว้เสมอว่าในการป่วยเช่นนั้น การรักษาให้หายสามารถทำได้เพียงบางครั้งเท่านั้น แต่การบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานสามารถกระทำได้บ่อยๆ และการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ที่สลายขึ้นนั้นสามารถช่วยให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์พื้นฐาน ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในใจตลอดเวลา รวมถึงรู้จักปัญหาทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ที่พบได้เสมอในแนวปฏิบัติประจำวัน

### จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง

จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองที่เชื่อถือปฏิบัติประกอบด้วย

1. ทักษะที่ตีมีระเบียบ (beneficence) ซึ่งขอบเขตของการกระทำจะครอบคลุมไปยังทุกสิ่งทุกอย่าง ตั้งแต่วิธีการรักษา การสื่อสารด้วยทักษะที่ปรึกษาที่เป็นตนเอง ใช้งานที่เข้าใจง่าย โดยเป็นการถือกุศลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย







2. หากการกระทำไม่สามารถหลีกเลี่ยงกับการต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายหรือปัญหาทางด้านร่างกายก็ต่อองพยายามให้เกิดผลทางด้านน้อยสุดหรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงขึ้น (non - maleficence)

3. ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย (autonomy) ทั้งนี้รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วย

4. มีความยุติธรรม (justice) ทั้งนี้จะรวมไว้ซึ่งความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการอย่างยุติธรรม การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขอย่างเหมาะสม และการไม่ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขไปในทางที่สูญเสียเปล่าหรือก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

**เกณฑ์ของจริยธรรมทางการแพทย์**

- เกณฑ์พื้นฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์คือ ความไว้ใจ (trust) และความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ซึ่งต่างเป็นการแสดงออกถึงและการสนองตอบต่อการกระทำสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- ความไว้ใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ร่วมกันความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ผู้ที่ทราบว่ามีศรัทธาและมีความสำคัญต่อจริยธรรมด้านเวชปฏิบัติอย่างมาก

**การเป็นส่วนของการดูแล (partnership of care)**

การดูแลรักษาแบบประคับประคองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยกันแพทย์ผู้ส่งทางการดูแลบำบัดรักษาและ/หรือระหว่างผู้ป่วยกับบุคคล

ในครอบครัวหรือผู้ป่วยให้การดูแล รวมถึงทีมงานสหวิชาชีพทุกคนที่มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลด้านสุขภาพจะมีความสำคัญอย่างมากและควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลด้วยกัน ซึ่งด้วยวิธีการนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุด มีความขัดแย้งในด้านต่างๆ น้อยที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยจะได้รับความพึงพอใจอย่างเต็มที่

เป้าหมายทั่วไปของการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล เพื่อให้การดูแลที่มากกว่าแก่ผู้ป่วย แพทย์และทีมงานวิชาชีพที่ให้การดูแลต้องให้ความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์และประสบการณ์ในเรื่องทางเลือกและการช่วยเหลือค้ำจุนที่มีอยู่ไว้พร้อมบริการและการเข้าถึงแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยนำเสนอถึงค่านิยม ความพึงพอใจ ลำดับก่อนหลัง เป้าหมาย รวมถึงแผนชีวิตของตนเองออกมา แล้วนำเอาทุกสิ่งทุกอย่างมาผสมผสานเพื่อให้เป็นเป้าหมายเดียวกันในการทำโครงสร้างหรือสร้างรูปแบบการดูแลมากกว่าการกระทำในลักษณะเผชิญหน้ากัน การตัดสินใจเลือกชนิดการดูแลรักษาจะพิจารณาที่เป้าหมายของการดูแล ชนิดหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสม สถานะหรือระดับการดูแลรวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่สัมพันธ์ร่วมกัน โดยร่วมรับผิดชอบถึงผลการตัดสินใจ สิ่งๆ ต่างเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมี ความเคารพ ความไว้ใจ และความเชื่อถือซึ่งกันและกัน รวมถึงการเปิดใจพูดจากันทั้งสองฝ่ายอย่างเปิดเผยด้วยน้ำใจจริง

**การเปิดเผย (disclosure)**

การเปิดเผยถึงสิ่งต่างๆ ที่ตี หมายถึง การมีการสื่อสารที่ดี ซึ่งเป็นหนึ่งปัจจัยหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยไข้และการพยากรณ์โรค ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการกระทำนี้ การขาดข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการ





วางแผนการบำบัดด้วยตนเอง ไม่สามารถแสดงหรือใช้ความยินยอม โดยความเข้าใจก่อนแท้ (informed consent) เกี่ยวกับวิธีการบำบัด รักษา รวมถึงไม่สามารถร่วมวางแผนการที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง สิ่งสำคัญคือครอบครัวผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาหรือต่อต้านการเปิดเผย ความจริงให้กับผู้ป่วย และสุดท้ายที่สำคัญมากที่สุดคือ ผู้ที่จะทำการเปิดเผยความจริงให้แก่ผู้ป่วยนั้น นอกจากจะต้องเป็นผู้มีความชำนาญ ในการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วยการพูดแต่ความจริง ทั้งประการแจ้ง ก่อร้าย และการรักษาความลับของบุคคลนั้นๆ ก่อนที่จะบอกความจริง กับผู้ป่วย ต้องแน่ใจว่ารู้ความจริงต่างๆ นั่นอย่างก่อนแท้ และที่สำคัญ ผู้ป่วยต้องการรับฟัง การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล ถ้ายังกระทำกันอยู่อย่าง ต่อเนื่อง ไม่พ้นที่จะเกิดคำถามใหม่ๆ ขึ้นเสมอ และควรนำมาปรึกษา หรือถกกันอย่างเปิดเผยด้วยความรู้สึกที่อ่อนไหว เหมาะสม เป็นไปตาม เป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ ครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ช่วยในการ ดูแลควรได้รับเชิญให้เข้ามารับรู้และเกี่ยวข้องกับกรพิจารณาทุกเรื่องราว ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งเกี่ยวกับการเปิดเผยความจริง อย่างไรก็ตามก็ควมมีปัญหาก็เกิดขึ้นได้เช่นกัน เช่น

- การแจ้งผลการวินิจฉัยโรค พบมีความยากลำบากพอสมควรกับการแจ้งถึงโรคที่ป่วยไข้ โดยเฉพาะภาวะที่อยู่ในระยะลุกลามหรือมีอาการรักษาให้หายได้ ไม่ว่าการป่วยไข้นั้นเพียงจะได้รับอาการตรวจพบหรือหตุผลลง หลังการบำบัดมากระยะหนึ่ง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นมาก่อนหน้า มีการเรียนรู้ถึงสถานะและผลต่างๆ ที่อาจตามมาก่อนได้รับผลการวินิจฉัย อาจทำให้ความเจ็บปวดทางใจของผู้ป่วยบรรเทาได้ อย่างไรก็ตาม ควรเป็นควารับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้ที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วย ถึงผลการตรวจด้วยตนเองด้วยหากที่อธิบาย ไม่เรียบร้อย และด้วยภาษา ที่เข้าใจง่าย

ทุกครั้งที่มีการให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วยควรมีบุคคลในครอบครัว หรือผู้ช่วยในการดูแลร่วมอยู่ด้วย เพื่อเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจในด้าน ต่างๆ แก่ผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีความพร้อม ไม่ต้องการรับรู้ หรือมีการ แต่งตั้งตัวแทนที่รับผิดชอบแทนไม่ควรพิจารณาเป็นกรณีไป ผู้ป่วยควรรู้ รับการบอกกล่าวกาน้อยตามความพร้อมและความต้องการที่จะรับรู้ เท่านั้น แต่ถ้าเป็นการนำเสนอเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือเลือกรูปแบบการ บำบัด ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่าให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้เพื่อนำไป ผู้การให้คำยินยอมหรือตัดสินใจถึงทางเลือกไว้ล่วงหน้า

- การพูดคุยถึงพยากรณ์โรค มีรายงานทางกรแพทย์จำนวนมากที่กล่าวถึงความไม่สมรรถภาพเพียงพอกับการทำนายหรือคาดคะเนว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปอีกนานเพียงใดย่างถูกต้อง ในกรณีการป่วยไข้เชิงสู่วะระยะลุกลาม ดังนั้นการบอกจำนวนวัน สัปดาห์ หรือเดือนที่แน่นอนชัดเจนจึงควรละเว้น แต่ถ้าถูกคาดหวัง สิ่งที่เหมาะสมคือให้การ คาดหมายด้วยการแจ้งถึงการพยากรณ์โรคตามสถิติทางการแพทย์ ที่ดีที่สุด และเลวร้ายที่สุดให้แก่ผู้ป่วยแทน พร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าหาก ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อะจะอยู่ในกลุ่มที่มีการ พยากรณ์โรคไปในด้านดี

- การแก้ไขข้อบกพร่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกส่งต่อมายังหน่วยงานดูแลรักษาแบบระยะต้นประคองจะไม่รู้ถึงสถานการณ์การป่วยไข้ที่แท้จริง ไม่รู้ว่าการป่วยไข้ที่เป็นอยู่เลวร้ายเพียงใด หรือการพยากรณ์โรคเป็นเช่นไรเท่าไร ทำให้แพทย์ที่ทำงานด้านนี้จำเป็นต้องกลับไปสู่การพูดคุยถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถานการณ์ภาพที่แท้จริงในปัจจุบัน และสิ่งขาดไม่ได้คือ





การบอกกล่าวถึงบริการที่การดูแลแบบประคับประคองจะกระทำ  
ให้รู้ได้ โดยการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์  
ขั้นสูงหรือผู้ป่วยถูกทอดทิ้งไม่ให้ได้รับการดูแลรักษาใดๆ เลย

- เมื่อครอบครัวร้องขอให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งที่  
พบเห็นได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปการร้องขอนี้ควรได้รับการ  
การปฏิเสธ ปัญหาที่เจ็ดจะลดน้อยลง ถ้าคนในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน  
พูดคุยกับผู้ป่วยในครั้งก่อนๆ อย่างสม่ำเสมอ หากมีการร้องขอเช่นนี้ขึ้น  
ควรให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ด้วยท่าทีที่อ่อนโยน  
รวมถึงการค้นหาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลังการร้องขอ ควรให้การอธิบายถึง  
ผลร้ายที่มิควมเป็นไปได้ที่จะติดตามมา ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า  
โดยแท้จริงแล้ว ผู้ป่วยโดยมากจะรู้สึกหงุดหงิดกับโรคที่เจ็บไข้อยู่จนถึง  
การพยายามโรค ความกลัวและความวิตกกังวลที่รู้ความจริงของ  
ผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดอุปสรรคที่เพิ่มขึ้นมากมายในเวลาต่อมา มากกว่า  
การบอกให้รับรู้ถึงสถานการณ์ที่แท้จริง และควรแจ้งให้ครอบครัวที่ร้องขอ  
ทราบ ว่า ผู้ป่วยอาจได้รับคำตบตบอย่างตรงไปตรงมาตามความเหมาะสม  
ถ้ามีการตั้งคำถามเหล่านี้ขึ้นมา

**การให้คำยินยอม (consent)**

การบำบัดทุกชนิดจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและให้ความ  
ยินยอมทุกครั้ง เว้นเสียแต่ผู้ป่วยรายนั้นไม่มีสมรรถภาพเพียงพอรหรือ  
มีการตั้งตัวแทนในการตัดสินใจแทนอย่างบังเอิญลักษณะ โดยมาตการนี้  
จะช่วยให้ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจติดตามมา และยังเป็นการให้ความ  
เป็นอิสระแก่ผู้ป่วยรวมถึงเป็นไปตามการให้ความยินยอมโดยความเข้าใจ  
ต่อแพทย์ของผู้ป่วย

**การบำบัดที่เหมาะสม (appropriate therapy)**  
ในการดูแลแบบประคับประคองมักจะมีคำถามเกิดขึ้นเสมอว่า  
การบำบัดชนิดใดที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้ปฏิบัติ โดย  
เฉพาะเรื่องสำคัญของการคือ การแพทย์ชีวิตให้ผู้ป่วยอดตายนานขึ้น  
กับการใช้การบรรเทาความทุกข์ทรมานหรือเค็ดความนำมาพิจารณาการใช้  
ปฏิบัติก่อน และมีความเหมาะสมเพียงใดหรือไม่ประการใดกับการไม่  
เริ่มหรือหยุดการบำบัดบางชนิด ซึ่งขั้นนี้ขึ้นกับคุณภาพระหว่างชีวิตแห่ง  
ความสามารถของชนิดการบำบัดในการก่อประโยชน์และภาวะต่างๆ  
จากการกระทำรวมถึงความเสี่ยงจากการบำบัดที่อาจเกิดขึ้นตามมา  
ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่แสดงถึงข้อพิจารณาบางประการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดที่เหมาะสม

<b>สถานะของผู้ป่วย</b>	สภาพทั่วไปของร่างกาย ระยะของโรค ที่ป่วยไข้ การพยากรณ์ถึงระยะเวลา ของกาอยู่รอด
<b>การบำบัด</b>	เป้าหมายของชนิดการบำบัดที่นำมา พิจารณา ผลข้างเคียงต่างๆ
<b>ขีดความสามารถที่เป็นไปได้</b>	เพียงพียงให้ชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้น ความคุม อาการต่างๆ ให้ดีขึ้น ช่วยลดภาวะ ทุกข์ทรมานในช่วงท้ายของชีวิตและ ความตาย
<b>ความเสี่ยง</b>	ทำให้คุณภาพชีวิตทรุด / เสื่อมมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงทรมาณช่วงท้ายของชีวิต รวมถึงความตาย ยืดเวลาของการตาย ออกไป เร่งให้ตายเร็วขึ้น





การไม่เริ่มหรือหยุดการบำบัดบางชนิด (withhold / withdraw) เป็นเรื่องยากลำบากพอควรกับการตัดสินใจ ต้องอาศัยพื้นฐานของการป่วยไข้รวมถึงภาวะแวดล้อมอื่นของผู้ป่วยแต่ละรายในขณะนั้นเป็นผู้สำคัญ ผู้ป่วยไข้ระยะสุดท้าย ไม่ควรได้รับการชี้แนะให้รับการบำบัดที่ผู้ป่วยหรือแพทย์ไม่มีเหตุผลอันสมควร การตัดสินใจให้ได้รับการบำบัดแต่ละชนิดไม่ควรเพียงแต่พิจารณาว่า เป็นมาตรการทางการแพทย์ที่ตีความและเหมาะสมเท่านั้น ไม่มีเหตุผลจำเป็นหรือเหตุผลอันควรจนได้กับการคงชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ให้ยาวนานด้วยการทุ่มเทพลังการทางการแพทย์และสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่จำกัดอย่างไร้เหตุผล แพทย์ไม่มีสิทธิใดๆ ในการสั่งการบำบัดในลักษณะของการยืดความตายหรือสั่งให้มีชีวิตที่คงทนทุกข์ทรมานอยู่ให้ยาวนานเช่นถ้าผู้ป่วยรายนั้นๆ ไม่มีหนทางที่จะหายจากการป่วยไข้ได้ การหยุดหรือถอนหรือยับยั้งชนิดการบำบัดที่ผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ป่วยหรือระยะสุดท้าย ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือมีชีวิตที่สั้นลง ถ้าชนิดของการบำบัดนั้นๆ ไม่ใช่การใช้เครื่องมื่อแพทย์ในการยืดชีวิต การถอดถอนหรือระงับชนิดการบำบัดที่ไม่ใช่ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การหยุดยื้อให้อาหารหรือสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือการหยุดยื้อเครื่องช่วยหายใจจึงไม่ใช่การทำให้ความตายดำเนินไปตามธรรมชาติ ไม่ได้จุดจบที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยจนเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องนี้ โดยเฉพาะการหยุดยื้อเครื่องช่วยหายใจ ทั้งที่ผู้ป่วยร้องขอเอง และครอบครัวขอ

## ปัญหาด้านโภชนาการและการให้สารน้ำ (nutrition and hydration)

### - ด้านโภชนาการ (Nutrition)

ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดสามารถเกิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ชนิดต่างๆ ได้เป็นส่วนใหญ่มิใช่โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งและอาจเป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และบ่อยครั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการร้องขอของสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยให้ช่วยให้อาหาร (artificial feeding)

ตามที่ทราบดีว่า ภาวะน้ำหนักลดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการสันดาปในร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดกลุ่มอาการพอมแห้ง (cachexia)<sup>1</sup> ที่ไม่ได้เกิดจากการขาดอาหารโดยตรงเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีกลุ่มอาการ cachexia ซึ่งมีจำนวนไม่มากอาจบอกได้ว่า แต่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงปริมาณไม่มาก ไม่มีพยานหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ความผิดปกติจากการสันดาปของกลุ่มอาการ cachexia นั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการให้สารอาหารทางลำไส้หรือหลอดเลือดดำ (Enteral or Parenteral Nutrition - TPN) ซึ่งมาตรการช่วยให้สารอาหารเหล่านี้ถูกพิจารณาว่า

<sup>1</sup> cachexia เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียพลังงานและน้ำหนักอย่าง ต่อเนื่อง พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยเกิดภาวะทุพโภชนาการจากการสันดาปหรือความต้องการสารอาหารไปเลี้ยงตัวก้อนเนื้องอก และที่สำคัญ ปัจจุบันยังขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะสันดาปผิดปกติจากการอักเสบของก้อนเนื้องอกที่เป็นอยู่บ่อยครั้ง การนำอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพร้อมให้รับประทานได้ทันทีที่ต้องการ และนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ให้พยายามหรือบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานมากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการอาจช่วยได้บ้าง





ผู้ป่วยระยะนี้ TPN ยังไม่ได้ช่วยให้เลือดจากยูเรอติซึ่มหรือทำให้การบำบัดโรคที่ป่วยไข้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ในทำนองกลับกันอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อและจำเป็นต้องใส่ central catheter ทำให้ต้องมีการตรวจตราบริเวณที่ใส่ central catheter อย่างสม่ำเสมอ อาจจำเป็นต้องเข้าพักในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ส่วนการให้สารอาหารทางลำไส้ ก็พบว่าไม่ได้ประโยชน์เช่นเดียวกัน และยังก่อให้เกิดอาการปวดเสียดท้อง ท้องเสีย ต้องใส่สายสำหรับช่วยให้อาหาร ซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นอาหารและไขมันแห้งที่ไม่เหมาะสมกับการให้ artificial feeding บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างถ่องแท้และเพียงพอ การลองให้ corticosteroids หรือ progestrogens พร้อมด้วยมาตรการด้านโภชนาการรูปแบบอื่น เช่น ให้รับประทานอาหารตรวจราวดละไม่มากแต่บ่อยครั้ง นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพร้อมให้รับประทานได้ทันทีที่ต้องการ แนะนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ให้พยายามหรือบังคับผู้ป่วยรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการ

**- การให้สารน้ำ (hydration)**

ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ อาจไม่สามารถดื่มหรือรับประทานสารน้ำได้เป็นปริมาณมากเท่าปกติ ซึ่งสภาพเช่นนี้อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยดูแลหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเรียกชื่อให้ช่วยให้สารน้ำ (artificial hydration) แก่ผู้ป่วย

สภาพร่างกายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดสารน้ำ (terminal dehydration) ได้ถูกคาดหมายว่าเป็นตัวการที่ทำให้เกิดความทุกข์ความไม่สบาย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการปากคอแห้ง กระหายน้ำ และไม่รู้สึกลึกซึ้ง อยากรู้อาหาร มีรายงานหลายแหล่งที่กล่าวถึงอาการต่างๆ สามารถพบเห็นได้แม้แต่ในผู้ป่วยที่รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือได้ผิวหนังอย่างพอเพียง ทำให้เข้าใจได้ว่าภาวะที่ร่างกายขาดน้ำกับการได้รับการช่วยให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยที่เกลียดชังการรับประทานอาหารทุกชนิดรวมทั้งภาวะเช่นนี้ สามารถเยียวยาให้บรรเทาลงได้ด้วยมาตรการต่างๆ ด้วยการบำบัดเฉพาะที่ เช่น จิบน้ำ หรือใช้ฝอยบนใบหน้าให้ชุ่มชื้นมีปาก

สภาพร่างกายขาดน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ่อยครั้งที่พบว่ากลับเป็นคุณประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย การขาดน้ำทำให้ลดการขับปัสสาวะ รวมถึงลดการร้องขอของปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ ช่วยลดสารคัดหลั่งในปอด เป็นการช่วยลดภาวะหายใจลำบาก รวมถึงลด terminal congestion ของปอด การลดสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารและลำไส้จะช่วยลดภาวะท้องเสีย รวมถึงลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้และยังช่วยลดการติดเชื้อรองช่วยดูแลสารคัดหลั่งต่างๆ อากาการบวมนี้ และน้ำในช่องท้องของมอดออกลดน้อยลง ทำให้ลดความทุกข์แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อทวม พบว่าการลดภาวะการบวมก้อนเนื้อทวมอาจช่วยทำให้ความปวดลดลง รวมถึงช่วยให้การบรรเทาปวดกระทำได้ง่ายขึ้น

สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เบื่อกว่า ถึงกลับมีความต้องการใหม่ การช่วยให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องทำด้วยความเข้าใจ ในการ





ซึ่งระบุว่า การกระทำเช่นนี้ อาจเพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และไม่ได้ทำให้อาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ดีขึ้นหรือมีผลลัพธ์ในด้านบวก

**หยุดการบำบัดต่อโรคมะเร็งที่ป่วยอยู่ (stopping anticancer therapy)**

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ เมื่อเข้าสู่การป่วยใช้ระยะหนึ่งจะพบว่า การมุ่งมั่นในการบำบัดต่อตัวโรคมะเร็งอย่างจริงจัง ไม่ได้ช่วยทำให้การลุกลามของโรคหยุดยั้งได้ ผู้ป่วยส่วนมากจะถูกหยุดยั้งให้การบำบัดที่เป็นการเฉพาะกับตัวโรคมะเร็ง แต่นั่นไม่ได้หมายความว่ามาตรการที่บำบัดในขณะนั้นจะไม่ได้ผลเสมอไป ซึ่งบางครั้งอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประคับประคองอาการบางชนิดที่เกิดขึ้น แต่โชคร้ายสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยได้รับคำบอกกล่าวหลังหยุดการบำบัดต่อโรคมะเร็งคือ “ไม่มีอะไรที่จะช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยได้ดีอีกแล้ว” ซึ่งไม่มีความจริงและอาจถูกผู้ป่วยและครอบครัวแปลความว่าถูกแพทย์ทอดทิ้ง การดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายในการยอมรับถึงความไม่มียาช่วยรักษาที่ยังรักษาบำบัดโรคมะเร็งต่อไป สำหรับผู้ที่เขียนรายงานหรือร้องขอให้ทำการบำบัดรักษาในรูปแบบเดิมต่อไป ควรได้รับการบอกกล่าวถึงประโยชน์และความเสี่ยง จากการทำบำบัดแต่ละชนิดหรือแนะนำให้เข้าร่วมการบำบัดที่อยู่ในการวิจัย

**การบำบัดเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วย (treating the terminal ill)**

เกณฑ์ตามตารางที่ 1 ให้ไว้ในหัวข้อการบำบัดที่เหมาะสมนั้น จะช่วยในการตัดสินใจถึงการยับยั้งหรือถอดถอนการบำบัดบางชนิดให้แก่ผู้ป่วยที่การป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เช่น ปัญหาที่พบได้บ่อยมากคือ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และพบว่าปอดติดเชื้อ (pneumonia) ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดด้วยยาปฏิชีวนะไหม? สิ่งนี้จำเป็นต้องนำมาใช้ประกอบการพิจารณาประกอบด้วย ผู้ป่วยนั้นเข้าใจถึงความตายเพียงใด

เป็นความปรารถนาของคนในครอบครัวหรือของใคร ความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เพียงใดจากการกระทำเช่นนี้ ถ้ายาปฏิชีวนะเพียงแต่ช่วยยืดระยะเวลาของการของความตายให้เนิ่นนานออกไปเท่านั้น การกระทำที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการยับยั้งการให้ยาปฏิชีวนะ แต่ถ้ายาปฏิชีวนะสามารถทำให้บรรเทาภาวะทุกข์ทรมานที่ไม่อาจชี้มาตรการอื่นมาบำบัด เช่น ไข้สูง เพื่อ หรือเพื่อออกมกผิดปกติ ก็สมควรกับการพิจารณาเอายาปฏิชีวนะนั้นมาให้แก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ หรืออีกตัวอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยพอสมควร คือการบำบัดภาวะล้มเหลวของไต (renal failure) จากการมีภาวะอุดตันของท่อไต (ureteric obstruction) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภายในช่องท้องส่วนล่างหรือช่องเชิงกรานลุกลาม ถ้าเป็นการฉีดยาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากโรคมะเร็งและก่อนที่จะมีโรคแทรกซ้อนด้วย renal failure ผู้ป่วยมีสภาพอ่อนเพลียครั้งตัว มีแผลหนองไขหะลุ ระหว่างท่อไตกับช่องคลอดหรือไส้ตรงกับท่อไตและช่องคลอด (urethrovaginal or recto - urethrovaginal fistula) รวมถึงการมีแผลกดทับอย่างรุนแรง (severe bedsores) การบำบัดอย่างจริงจังในรายเช่นนี้ อาจต้องยับยั้งไว้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ถึงแม้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค แต่ก่อนหน้าที่จะมีอาการ renal failure ยังมีสภาพทั่วไปที่ค่อนข้างดี มีการพยากรณ์โรคว่ายังมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะเวลาพอสมควร ก็มีคำแนะนำว่าสมควรกับการทำหัตถการเพื่อแก้ไข เช่น พิจารณาทำ stenting หรือ nephrostomy insertion แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการบางประการที่อาจต้องพิจารณาให้การแก้ไขอย่างฉุกเฉิน แม้ผู้ป่วยจะเข้าใจถึงความตาย เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ ไซโตสึมต่ำกว่าปกติ





หรือกรณีมีอาการแสดงของการกดทับของไขสันหลัง หรืออาการกระจายของมะเร็งไปยังสมอง ถ้าผู้ป่วยรายนั้นๆ มีพยากรณ์โรคว่ายังสามารถอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่ง (หลายวันหรือหลายสัปดาห์) การส่งปรึกษาให้การรักษาด้วยรังสีรักษาในรูปแบบประคับประคองอย่างฉุกเฉินก็เป็นทางเลือกที่สมควรถูกพิจารณา หรือกรณีที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างผู้ป่วย กับคนในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ช่วยให้การดูแลบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องเข้าช่วยแก้ไขท่าความเข้าใจทันที

### การไม่กู้ชีวิต (do not resuscitate order)

ถ้าหากมีการจัดรูปแบบการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนที่กล่าวมาแล้วข้างต้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ที่ให้การดูแลทีมงานสหวิชาชีพอย่างเป็นทางการลักษณะโดยมีการตัดสินใจถึงมาตรการบำบัดและเป้าหมายการบำบัดไว้ล่วงหน้าแล้วแต่ต่างด้านความคิดเห็นว่าผู้ป่วย ควรได้รับการกู้ชีวิต หรือ “ไม่ต้องมีการช่วยกู้ชีวิต” จะไม่เกิดขึ้นซึ่งในขณะเดียวกันแพทย์ควรได้มีการพูดคุยถึงการช่วยกู้ชีวิตด้านหัวใจและปอด (Cardio Pulmonary Resuscitation - CPR) กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทน ถึงข้อดีและข้อเสียในการทำอะไรบางอย่างผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ถ้าการพยากรณ์โรคพบว่าผู้ป่วยนั้นยังคงสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานนับสัปดาห์หรือหลาย ๆ เดือน การทำ CPR ยังเป็นเรื่องที่เหมาะสม มีการกล่าวกันว่า การแสดงเจตนาถึงการ “ไม่ให้ช่วยกู้ชีวิต” หมายถึงการปฏิเสธการมีความหวังของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ที่มีอาการของระยะสุดท้าย การหลีกเลี่ยงหรือไม่นำเอาเรื่องเช่นนี้มาปรึกษาหารือก่อนถือว่าเป็นการสร้างควมหวังที่ผิด ๆ ให้กับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ความตาย หากยังมีสติสัมปชัญญะการยื่นคำทูลผู้ป่วยถึงการยืนยันหรือรับรองข้อความที่ตัดสินใจให้ไว้เดิมหรือสามารถเปลี่ยนใจ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่อาจให้คำยืนยันได้ ตัวแทนที่ผู้ป่วยแต่งตั้งไว้อาจจะทำหน้าที่แทน ซึ่งมีอยู่ช่วงเวลาเช่นนี้บ่อยครั้งที่พบว่าตัวแทนที่ไม่ชัดเจนในครอบครัวโดยตรงอาจเกิดอาการอ้าอึ้ง อิหลัทธิเหลือ ไม่กล้าตัดสินใจแทน

### การนำผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit - ICU)

เป็นปกติวิสัยที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใกล้หรืออยู่ในกระบวนการของความตาย พบมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านลบของสัญญาณชีพ มีอาการหายใจลำบาก แพทย์ที่ทำการรักษาจำนวนไม่น้อยจะสั่งให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในหอวิกฤติ ซึ่งเป็นภารกิจที่สถานพยาบาลที่ผลิตอุปกรณ์และทำให้ผู้ป่วยอ่อนทรมความจำเป็นต้องการให้การพยาบาลในหอวิกฤติไม่ส่งผลกระทบต่อ โดยความเป็นจริง ถ้าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โอกาสรอดไม่มี ผู้ป่วยนั้นไม่ควรพิจารณาเข้าบำบัดในหอวิกฤติ ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังเป็นภารกิจที่หนัก การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยกับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่ปรึกษาตัวในหอวิกฤติอยู่เดิมและเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายบุคลากรทางการแพทย์จัดให้เกิดความสะดวกแก่ครอบครัวได้มีโอกาสเข้าพบหรืออยู่กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้นเป็นกรณีพิเศษ และให้ความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัว ซึ่งมีผู้สรุปไว้ดังนี้

1. ไม่มียกข้ออยู่ใกล้ติดกับผู้ป่วยในช่วงท้าย ๆ ของชีวิต
2. ไม่มีส่วนร่วมหรือรู้สึกได้ว่าได้ช่วยทำสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย





3. ได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. ได้รับความรู้ถึงแผนการดูแลรักษา รวมถึงเหตุผลของการดูแลรักษาจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ
5. ได้รับการยืนยันจากผู้ให้การดูแลรักษา ถึงการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวด
6. ได้รับการยืนยันจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพว่าแผนการรักษาที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นเหมาะสมและถูกต้อง
7. ได้รับการเอาใจใส่และใส่ใจจากทีมงานด้านการดูแลสุขภาพ
8. ได้มีโอกาสพูดคุยหรือถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกในใจ
9. ได้รับการเรียนรู้ถึงความหมายของความปลอดภัยและการสูญเสียคนที่รักไป
10. มีเวลาสำหรับระทอบกิจส่วนตัวและพักผ่อนอย่างเพียงพอ

### ยูธานาเซีย (euthanasia)

ยูธานาเซีย อาจถูกพิจารณาว่าเป็นการกระทำที่คำนึงความมุ่งหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีการใช้คำนิยามของยูธานาเซียว่า “เป็นมาตรการที่ใช้เพื่อการปลดปล่อย ด้วยความมุ่งหมายตั้งใจให้การจบชีวิตนั้นเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ยากต่อการแก้ไข” ซึ่งมีทั้งการช่วยให้จบชีวิตด้วยการกระทำโดยตรงและทางอ้อม (“active” and “passive” euthanasia) ปัจจุบัน แม้จะมีบางประเทศอนุญาตให้แพทย์ทำยูธานาเซียได้ แต่ก็ได้รับการคัดค้านและต่อต้านจากสังคมอย่างกว้างขวาง สิ่งที่น่าตกใจคือพบมีการทำยูธานาเซียที่ผิดไปจากวัตถุประสงค์เดิม เช่น มีการกระทำกับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้

ป่วยในระยะสุดท้ายหรือมีการสมคบกันระหว่างแพทย์กับคนในครอบครัวผู้ป่วยในการทำยูธานาเซีย ผู้ป่วยที่ไม่ได้ยินยอม ดังนั้นบางประเทศที่เคยอนุญาตให้กระทำก็เริ่มมีมาตรการจำกัดวิธีการกระทำหรือห้ามการกระทำ สำหรับในประเทศไทยตามกฎหมายไม่อนุญาตให้กระทำไม่ว่าจะโดยทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

ในบางกรณีเกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบได้ประปรายที่มีการร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซียทั้งจากผู้ป่วย และจากคนในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบางรายร้องขอให้ตายอย่างสงบหรือตายเร็วขึ้น อาจเกิดจากความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง ป่วยครั้งในกรณีเช่นนี้ เกิดจากการที่แพทย์ที่ให้การบำบัดขาดการใส่ใจ ไม่รู้วิธีหรือไม่ได้ให้การบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หากมีการวินิจฉัยและให้การบำบัดอย่างถูกต้องโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม พบมีผู้ป่วยน้อยรายมากที่ร้องขอการทำยูธานาเซีย นอกจากนี้อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานร่างกาย เช่น ความปวด ถึงแม้ปัจจุบันการดูแลรักษาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้นกว่าที่ผ่านมากก็ตาม แต่ก็มีพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 ที่ความปวดยากต่อการควบคุมด้วยยาแก้ปวดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจจำเป็นต้องนำเทคนิคการทางการแพทย์บางชนิดเข้ามาช่วยในการบำบัด สำหรับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายในปัจจุบันพบว่าลดน้อยลงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม หากมีปัญหาที่ยากต่อการแก้ไขหรือสลับซับซ้อนนั้น และผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซีย การให้ทีมงานสหวิชาชีพที่ชำนาญ ในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยบ่อยครั้งพบว่าทำของการร้องขอ การทำยูธานาเซียปรับเปลี่ยนไปเมื่ออาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้รับการบรรเทา







นอกจากปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ ยังพบมีปัจจัยอื่น ๆ อีกไม่น้อยที่พบว่าเป็นเหตุนำไปสู่การร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซีย เช่น การรู้สึกถึงการสูญเสียศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การอับอายต่อการป่วยไข้ และต้องตายจากโรคที่ไม่น่าจะเป็น การต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกด้าน การมีชีวิตอยู่ไปวัน ๆ อย่งไร้เป้าหมาย หรือเป้าหมายต่อกรณชีวิตอีกต่อไป ในกรณีเหล่านี้ การส่งปรึกษาผู้ชำนาญการโดยเฉพาะ ผู้ชำนาญด้านจิตวิทยา จิตสังคม และนักการศาสนาพบว่าช่วยได้อย่างมาก

ส่วนการร้องขอจากสมาชิกในครอบครัว โดยมากเกิดจากความสงสัยในตัวผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมาน สำหรับผู้ให้การดูแลและเจ้าของไข้ บางครั้งพบมีการปรึกษาให้ช่วยทำยูธานาเซียผู้ป่วยอันมีสาเหตุเนื่องจากเกิดการเหนียวแน่น ทั้งจากทางด้านพลังหรือทฤษฎี หรือจากการที่พวกเขามีการคาดหวังถึงความสามารถในการช่วยดูแลผู้ป่วยตัวว่า ที่จริงจะเป็น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันแก้ไขหรือควบคุมได้ด้วยวิธีการที่หลากหลายรวมถึงขอพบรองต่างๆ และช่วยจัดทำแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยโดยการให้สัมภาษณ์ทวิภาคี เข้าร่วมปรึกษาร่วมครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย

สิ่งที่ยากและทำความเข้าใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายคือการถอดถอนเครื่องช่วยชีวิต และการให้ยาหลับลึกลับแก่ผู้ป่วยที่มีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสโดยไม่สามารถหรือไม่วิธีการอื่นใดที่มีอยู่ในขณะนั้นที่จะช่วยบรรเทาได้ นอกจากการให้ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบจนกระทั่งตายจากไปอย่างไม่ทรมาน ทั้งนี้ควรได้มีการปรึกษาหารือกับผู้ป่วยหรือกับตัวแทนหรือครอบครัวของผู้ป่วยก่อน ขอย้ำอีกครั้งที่ว่าการหยุด

การบำบัดบางชนิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์นั้น ถือว่าถูกต้องตามจริยธรรมซึ่งไม่แตกต่างกัน จากกาไม่ได้เริ่มให้การบำบัดและไม่ได้ให้การช่วยทำยูธานาเซียทางอ้อมตามที่คุณจำนวนไม่น้อยเข้าใจกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต ชนิดของการบำบัดจำเป็นต้องเหมาะสมกับระยะเวลาของการป่วยไข้และการพยากรณ์โรคเป็นสำคัญ และสุดท้ายสิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการทำให้ผู้ป่วยน้อยที่สุดเท่าที่เป็นคือการช่วยผู้ป่วยได้มากที่สุด

**การดูแลช่วงใกล้เสียชีวิต (caring near the end of life)**

การดูแลช่วงใกล้เสียชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของ การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลที่ดี คือการปรับเปลี่ยนที่ท่าทางการบำบัด จากการมุ่งเน้นการพ่วงชีวิตให้ยืดยาวออกไป หรือการบำบัดกับตัวโรค ไปสู่การดูแลที่มุ่งความมีศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้ความช่วยเหลือค้ำจุนผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการช่วยเหลืออาการต่างๆ อย่างต่างๆ ที่เกิดจากการป่วยไข้ บุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้การดูแลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิทธิในการเลือกวิธีหรือชนิดของการบำบัด หากมีการให้การตัดสินใจไว้ล่วงหน้าให้ถ่วงถ่วงการตัดสินใจในความเห็นเดิมหรือต้องการเปลี่ยนแปลง ที่ยที่สุดคือการนำเอาข้อความการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแจ้งให้ทีมงานสหวิชาชีพทราบและนำมาใช้ปฏิบัติหากไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ความพยายามในการช่วยฟื้นคืนชีพหรือกู้ชีวิตแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ใช่ช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟื้นคืนชีพทุกรายแต่ที่แน่นอนก็คือเป็นมาตรการที่ขัดแย้งกับการปล่อยให้เป็นการตายจากไปอย่างสงบ และยังก่อให้เกิดอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ถ้าการฟื้นจากความตายนั้นเป็นช่วงที่สั้นและอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์นั้นสามารถแก้ไขได้





บ่อยครั้งในสถานการณ์เช่นนี้ มีความจำเป็นและสำคัญกับการใช้ เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยพึงพอใจในการเลือกใช้เป็นห้องรับความตาย ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และควรได้รับการเคารพในสิทธินั้น ปัจจุบันสำคัญที่สุดคือจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้อย่างไร?

**อาการแสดงว่าผู้ป่วยใกล้เข้าสู่กระบวนการของตาย (signs and symptoms of the imminent dying process)**

- อ่อนล้า หมดเรี่ยวแรง อากาศป่วยเพียงอย่างเดียวมาก
- ไข้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่เฉยๆที่นอน
- ต้องการความช่วยเหลือเหลือในการดูแลเกือบทุกอย่างหรือทุกอย่าง
- สภาพร่างกายอาจชุ่มผอม ชุ่มซืด และห่อหุ้มหนังที่กระดูก เป็นส่วนใหญ่
- เซื่องซึม ง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา หรือมีอาการรับรู้ความเข้าใจ รวมถึงการเข้าใจที่ลึกซึ้งลดลง
- ไข้เวลากับการนอนหลับเพิ่มขึ้น
- มีความยากลำบากอย่างมากในการรวบรวมความคิดและมีข้อจำกัดอย่างมากกับการสนทนาอย่างต่อเนื่องนานๆ
- มีข้อจำกัดในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะในการร่วมมือกับผู้ช่วยให้การดูแล
- ไม่สามารถรับประทานทิศทาง สถานที่ เวลา รวมถึงบุคคล
- เพิ่มความไม่ใส่ใจต่ออาหารและเครื่องดื่ม พร้อมกับรับประทานอาหารและน้ำลดลง
- มีความยากลำบากในการกลืนกินยามากขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำเอาอาการต่างๆ เหล่านี้มา เป็นตัวช่วยชี้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนสำหรับรองรับ ความตายและการแยกแยะสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงความประสงค์และความต้องการกับการเข้าร่วมขณะที่กระบวนการของตาย เริ่มเกิดขึ้น รวมถึงการค้นหาลึกลับอื่น ๆ ที่ยังคงคิดว่าควรจะทำเพื่อให้เกิด ความพึงพอใจอย่างครบถ้วนกระบวนการณ์ เช่น

- พวกเขามีความประสงค์อยู่ข้างกายผู้ป่วยขณะที่ความตาย กำลังดำเนินการไปหรือไม่?
- พวกเขาทราบไหมว่ายังมีใครบ้างที่ต้องการมาพบเพื่อกล่าว คำอำลาหรือขออโหสิกรรมกับผู้ป่วยและผู้ที่ยังต้องการพบ ใครอีกหรือไม่?
- พวกเขาได้พูดทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการกับผู้ไปแล้วหรือไม่?
- พวกเขาที่มีความเสียใจกับบางสิ่งบางอย่างที่ยังไม่ได้กระทำ ให้แก่ผู้ป่วยและต้องการจะกระทำหรือไม่อย่างใด?
- พวกเขาที่มีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องราวใดๆ บางอย่างหรือไม่ พวกเขาปรารถนาให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเกี่ยวกับ การดูแลจากที่เคยตกลงใจไว้เดิมหรือไม่อย่างใด?
- ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โอกาสนั้นจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ ต้องมีการฝึกผู้ช่วยให้การดูแลในครอบครัวถึงวิธีการต่างๆ สำหรับใช้ช่วยปฏิบัติ รวมถึงหมายเลยโทรศัพท์สายตรงรู้ หรือไม่ใช้คำปรึกษา ส่วนกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ถ้าเป็นไปได้การจัดห้องที่เป็นสัดส่วน เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยถ้าต้องการก็จะเป็นการ เหมาะสมยิ่งขึ้น





การบำบัดอาการต่างๆ แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย (**symptoms management for end of life care**)

มาตรการที่ใช้ในการพิจารณาเพื่อจัดการกับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ระอาด้วย

- ประเมินหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการและให้การบำบัดแก้ไขทันทีถ้าทำได้
- ค้นหาปัจจัยด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยในขณะนั้น นำมาประมวลเข้าด้วยกัน พิจารณาถึงข้อข้อขัดแย้งหากนำมาตรกรบำบัดที่พิจารณาไว้รวมถึงมาตรการที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์มาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย
- สิ่งที่ยากี่จำเป็นเท่านั้นอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง สำหรับการบำบัดที่มีความมุ่งหมายในด้านประคับประคองแก่อาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และยาที่เพิ่มจำเป็น (as - needed medication) สำหรับบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

**ปัจจัยด้านการทำงานของร่างกาย**

ให้ความใส่ใจและพยายามช่วยให้ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติมากที่สุด แม้ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะใกล้ตายก็สามารถเสริมสร้างอารมณ์ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งประกอบด้วย

**การเคลื่อนไหว**

- \* จัดหาเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า walker หรือ wheelchair
- \* น้กกายภาพบำบัด หรือ แพทย์ในหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูอาจช่วยให้คำแนะนำ

- \* ควรมีการควบคุมความปวด เพื่อช่วยให้สามารถดงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของร่างกาย

**ด้านโภชนาการ**

ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในด้านารรับประทานอาหารมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนมากมีการเปลี่ยนแปลงด้านความอยากในการรับประทานอาหาร ผู้ให้การดูแลต้องยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และอาจต้องช่วยให้อาหารเหลว หรือให้สารอาหารทางสายให้อาหารในบางกรณีถ้ามีข้อบ่งชี้

**ด้านสุขอนามัย**

การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก บริเวณอวัยวะสืบถ่าย บริเวณอับชื้น ก็สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายตัว สดชื่น และสามารถร่วมมือในการดูแลต่างๆ ได้ดีขึ้น

**ข้อควรพิจารณาประการสำหรับแม่ไข้ปฏิบัติ**

**ในการดูแลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต**

1. เกี่ยวกับยาแก้ปวดควรที่อย่างไร ผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องการแก้ปวดหรือไม่
  - ผู้ป่วยยังคงต้องการยาแก้ปวดในกรณีที่ต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความปวดมากเกินหน้า แม้ในขณะนั้น ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรับความ
  - ญาติคอยตรวจสอบพิจารณาลดขนาดลงในบางราย ถ้ามีการขับถ่ายปัสสาวะลดน้อยลง
  - อาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนหรือรับประทานยาได้ตามปกติ





2. ทำอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้
  - ตรวจภาวะระดับสภาวะและค่าเเล็ตรง (อาจเป็นผลของการมีปัสสาวะค้างหรืออุจจาระค้างคา)
  - ในกรณีถ้าจำเป็นต้องใช้ยาให้พิจารณาใช้ haldopridol ไม่ควรใช้ diazepam หรือ midazolam
3. ควรพิจารณาอย่างไรกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
  - ถ้ามีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่เดิม พิจารณาอัตราการการให้ไหลลดลง
  - ถ้าไม่มีการให้สารน้ำไว้แต่เดิม ให้ผู้ป่วยจิบน้ำตามต้องการ รวมถึงให้การดูแลสุขภาพช่องปาก
  - ถ้าครอบครัวผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับเรื่องการให้สารน้ำ ให้การอธิบายถึงข้อดีข้อดีโดยตามที่ได้เรียนรู้ไว้แล้ว แต่หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรพิจารณาให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง
4. ควรพิจารณาอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีไข้
  - ใช้ผ้าเย็นที่เปียกชุ่มพอประมาณเช็ดตัว
  - เบ็ดพักลมหรือให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
  - ฉีดยา paracetamol ถ้ารับประทานไม่ได้
  - โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะ
5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือไม่
  - จำเป็นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาของการหายใจลำบาก และมีการให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการมาก่อน

6. เครื่องดูดเสมหะมีความจำเป็นไหมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้
  - โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เครื่องดูดเสมหะนอกจากจะใช้ไม่ได้ผลยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบไม่สบายมากขึ้น
7. การดูแลสุขภาพช่องปากควรกระทำอย่างไร
  - กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรงแม้แต่จะบ้วนปากหรือถูฟัน ให้ช่วยด้วยการใช้ที่กดลิ้น ด้วยข้อนิ้วหรือส้อม ก้านตะเกียบไม้ พันด้วยผ้ากอซที่เปียกชุ่ม ทำความสะอาดช่องปาก
  - ใช้สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ ป้ายบนลิ้นที่เป็นแผ่น
8. ทำอย่างไรกับเสียงครีคร่าในลำคอช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (death rattle)
  - อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากสารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นตามปกติของมนุษย์ทุกคนแต่ผู้ใกล้ตายไม่มีแรงพอจะกลืนได้ ไม่ได้เกิดจากการสำลักหรือมีของแปลกปลอมติดในลำคอ การใช้เครื่องช่วยดูดไม่ได้ช่วยทำให้มีอะไรดีขึ้น นอกจากเพิ่มความรำคาญความลำบากและความทุกข์ทรมานแก่ผู้ใกล้ตาย
  - อย่านำให้สารน้ำแก่ผู้ใกล้ตาย
  - ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ และช่วยหันศีรษะไปด้านหลังหนึ่ง เพื่อให้สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นสามารถไหลออกได้สะดวก
  - หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ
  - การพิจารณาให้ยากกลุ่ม hyoscine (เช่น Buscopan® หรือ scopolamine®) บ่อยเกินไปก่อนอาจช่วยบรรเทาได้





### 9. ควรให้การดูแลดวงตาอย่างไร

- ใช้ผ้าก๊อชหรือผ้าสะอาดปิดที่ตาทั้งสองข้าง
- ถ้าดวงตาไม่สามารถปิดได้สนิท ให้หยอดน้ำเกลือธรรมดา (normal saline) 1 - 2 หยดที่ดวงตาทุกชั่วโมงเพื่อป้องกันแก้วตาแห้ง

### 10. ให้การดูแลผิวหนังอย่างไร

- ง่ายปรับเปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง
- ง่ายขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยึดและงอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการกดทับกระดูกของกล้ามเนื้อและเอ็นยึด
- ใช้ที่นอนลม น้ำหรือไฟฟ้า รวมถึงหมอนหนุนและที่นอนนุ่มรองรับบริเวณที่มักกดทับ

### 11. แก้ไขอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้อย่างไร

- อาการชักให้ใช้ diazepam 10 - 30 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ
- ในกรณีที่มีภาวะตกเลือดมากหรือมีปัญหาทางระบบหายใจ อย่างฉับพลันและทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและกังวลอย่างมาก การให้ midazolam 5 - 10 มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือหลอดเลือดดำจะช่วยให้ผ่อนคลาย
- ความปวด/หายใจลำบากถ้าเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันให้เพิ่มขนาดยา morphine ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม ในทุก 4 ชม. ประมาณ 50% ฉีดทางใต้ผิวหนังหรือทางหลอดเลือดดำ
- วิดก้างงออย่างฉับพลัน ให้ haloperidol 2.5 - 10 มก. ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนัง หรือหลอดเลือดดำ

นอกจากนี้ ในช่วงเวลาเช่นนี้ การนำการดูแลบำบัดเสริม (complementary therapy) บางชนิดถ้ามีอยู่และผู้ป่วยต้องการเข้ามา ร่วมด้วย อาจช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น เช่น การสัมผัส ดนตรี เสียง และสุนทรียาบำบัด เป็นต้น

**เมื่อกระบวนการของการตายได้เริ่มขึ้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือการให้ความช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วยด้วยวิธีการ**

1. ขอพบคนในครอบครัวผู้ป่วยพร้อมกันถ้าทำได้
2. แจ้งให้ทุกคนรับทราบว่า เวลาที่ทุกคนไม่แยกกันนั้นได้เริ่ม และคงสิ้นสุดในเวลาอีกไม่นานจากนี้ แต่ยังไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าความตายจะจบลงเมื่อใด
3. อธิบายให้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลง ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งที่คาดหวังว่าจะต้องเกิดขึ้น
4. อธิบายให้รู้ถึงวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ปฏิบัติต่อตัวผู้ป่วยในอันดับต่อไป
5. แนะนำให้สลับหรือหมุนเวียนคนในครอบครัวให้อยู่เป็นเพื่อนข้างเตียงผู้ป่วยถ้าต้องการ
6. แจ้งให้ทุกคนทราบว่าแม้ผู้ป่วยบางรายจะดูเหมือนอยู่ในภาวะหมดสติ แต่ประสาททางการได้ยิน ยังคงทำงานได้ปกติ พวกเขาสามารถได้ยินคำพูดที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้โดยให้พูดเบาๆ ข้างหู
7. ให้การดูแลแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว
8. แสดงท่าทีให้เห็นถึงความเป็นห่วง กังวล และพร้อมช่วยเหลือ เป็นธุระให้ทุกประการถ้าต้องการ





## มาตรการปฏิบัติห้ภักะเบบการตายใ้ตบคส

1. โปรดจำไว้ว่าความตายก่อให้เกิดภาวะตกใจ สะเทือนใจเสมอ แม้จะมีการเตรียมหรือเตรียมการต่างๆ ไว้อย่างดีเพียงใดก่อนหน้าแล้วก็ตาม
  2. แจ้งให้คนในครอบครัวผู้ป่วยทราบว่า ความตายที่เกิดขึ้น เรียบร้อยแล้ว
  3. แสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ
  4. งานสุดท้าย
    - ช่วยจัดการกับร่างผู้ตาย ตั้งแต่การช่วยยืดแขนขาให้เหยียดตรง เอาสายและท่อต่างๆ ถัดม้ออกจากร่างผู้ตาย ทำความสะอาดร่างผู้ตายรวมถึงการตกแต่งแตกต่างๆ ให้เรียบร้อย และช่วยใส่เสื้อผ้า
    - ติดต่อการฉุคยาศพ (ถ้าคนในครอบครัวต้องการ)
    - เขียนใบมรณบัตร
    - บอกขั้นตอนต่างๆ ทางกฎหมายในการแจ้งตาย การขมยย้ายศพ การจัดงานศพ ถ้าคนในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ในบางกรณีมีคนในครอบครัวที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นคนขมย และหรือเด็กที่ขาดผู้อุปถัมป์ อาจต้องยื่นมือเข้าช่วยโดยการติดต่อไปยังองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่หน้าที่ในด้านนี้
  5. ให้เวลาคนในครอบครัวอยู่กับร่างผู้ตาย เพื่อแสดงถึงความโศกเศร้าอย่างเพียงพอ ก่อนเคลื่อนย้ายไปยังห้องเก็บศพ
  6. ในกรณีที่มีความเกิดขึ้นในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์สามารถบรรเทาความเจ็บปวดของการสูญเสีย จากความทรงจำของครอบครัวผู้ตายได้อย่างมากด้วยการแสดงถึงความใส่ใจเป็นกังวล อาทิเช่นเดินไปส่งครอบครัวผู้ตายขณะเดินทางออกจากโรงพยาบาล

## การดูแลช่วงพักอกจากการศึกษาเสียคนในครอบครัว (bereavement care)

การดูแลแบบประคับประคอง จะครอบคลุมถึงการดูแลความโศกเศร้าและผลกระทบจากการที่ติดกับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย โดยทั่วไปอาการโศกเศร้ารวมถึงปฏิกิริยาต่างๆ เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีหรือภายในเวลาเป็นชั่วโมง หรืออาจเริ่มหลังจากการชันงานศพเรียบร้อยแล้วก็ได้ ส่วนมากอาการเหล่านี้ จะคงอยู่ตั้งแต่วเวลาไม่กี่เดือนหรืออาจนานได้ถึงสองปี และควรกลับคืนสู่ภาวะปกติ ถ้าหากยาวนานกว่านี้ ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ สำหรับกรณีทั่วไปทางกลุ่มงานดูแลแบบประคับประคองจะติดต่อกับครอบครัวผู้ตายเพื่อติดตามผล อาจโดยทางจดหมายหรือโทรศัพท์เป็นระยะเพื่อใ้ครอบครัวรู้สึกถึงความห่วงใย โดยทั่วไปถ้าภายใน 1 ปีผู้ป่วยสิ่งมีชีวิตจะหยุดการติดต่อกับครอบครัวที่พบมีความโศกเศร้ารุนแรงอาจต้องเป็นภาระในการช่วยเหลือส่งปรึกษา นักจิตวิทยาหรือเข้าช่วยเหลือหาสาเหตุเพื่อช่วยเหลือต่อไป





Living Will:

## มุมมองของแพทยศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผศ. นพ. รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ

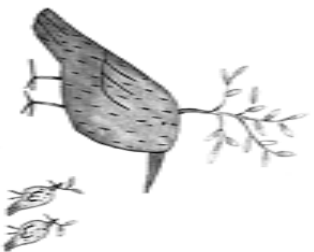
สาขาวิชาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล



### การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

Palliative Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) ไม่ว่าจะอยู่ในโรคที่เริ่มมีอาการอย่างเฉียบพลัน และโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Palliative Care เป็นลักษณะองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย (physical) จิตใจ (psychological) สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อทำให้อาชีพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (improve quality of life) บรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน (relief and prevent suffering) และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (dignity) จนถึงวาระสุดท้าย การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ควรครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ตั้งแต่ระยะแรกทวี่วินิจฉัยโรค ระยะเฝ้าติดตาม (end-of-life care) จนผู้ป่วยเสียชีวิต และยังครอบคลุมถึงระยะโศกเศร้าเสียใจหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (bereavement period)





## เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยแบบ Palliative Care

จากที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดังต่อไปนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. สามารถควบคุมและบรรเทาอาการทุกขัทรمانต่าง ๆ ทั้งทางกายและจิตใจได้อย่างดี
3. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และความสูญเสียต่างๆ ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
4. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำภารกิจต่าง ๆ ที่ยังทำงถึงวล (unfinished business) ให้สำเร็จ
5. หากจะต้องเสียชีวิต ก็ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบศักดิ์ศรีของความเป็มนมนุษย์ โดยประสมกับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด
6. บอ้งกัน บรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความโศกเศร้า สูญเสียของครอบครัว (bereavement) ภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

## ประติมาภพของการรักษาผู้ป่วยแบบ Palliative Care

จากประสบการณ์ของผู้เขียน ปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) แบบ Palliative Care ได้ผลไม่เท่าที่ควร เป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์ของโรครายตามจริง เนื่องจากอุปนิสัยปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย แม้แพทย์ต้องการบอกให้ทราบ ดังนั้น สิทธิของการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย จึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นภาระละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย

(patient autonomy) ยิ่งไปกว่านั้น บางครั้งญาติเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่มีผู้ป่วยมีต่อภพหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน เช่น ญาติหนึ่งไม่ต้องการให้เสียชีวิต อีกฝ่ายอาจให้ “ผู้เต็มที” สร้างความลำบากใจแก่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความตายของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ในโรงพยาบาลจึงมักถูกยึดโดยไม่จำเป็น ทำให้เจ็บปวด ทรมาน มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายสูง สร้างความทุกข์ทรมาน ทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์

ดังนั้น จึงน่าจะเป็นการดี หากแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อที่จะได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นว่าต้องการได้รับการดูแลในระยะใกล้ตายหรือ end-of-life care อย่างไร เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้องและลดความทุกข์ทรมานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

## การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (Advance Care Planning หรือ ACP)

Advance Care Planning คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมผู้ดูแลรักษา กับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยทางการแพทย์ในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว กระบวนการนี้เป็นส่วนสำคัญของ Palliative Care และจะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อแพทย์และทีมผู้ดูแลรักษาได้อธิบาย ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตามจริง เข้าใจว่าทางเลือกอะไรบ้าง และแต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสียอย่างไร







อย่างไรก็ตาม แพทย์และผู้ดูแลรักษาอาจไม่ค่อยกล้าทำ Advance care planning กับผู้ป่วยโดยตรง แม้จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเชื่อว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตาย และการวางแผนล่วงหน้า น่าจะเกี่ยวกับการดูแลในระยะใกล้ตายเป็นเรื่องที่อ่อนไหว (sensitive) แต่เมื่อรอจนผู้ป่วยรายนี้ป่วยหนัก ใกล้ตาย หรือผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีสมองเสื่อมและสับสน โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค ก็มักจะสายเกินไปที่ผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจเรื่องนี้ด้วยตนเอง

ดังนั้น การทำ Advance care planning ยิ่งเร็ว น่าจะยิ่งดี และหากเป็นไปได้ ควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

## หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Advance Directives)

Advance Directives คือ เอกสารหรือคำสั่งเฉพาะของบุคคลเกี่ยวกับารดูแลรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์ในอนาคต ซึ่งจะมีผลต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว ดังนั้น Advance Directives จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสาร หรือ Advance Care Planning ที่กล่าวข้างต้น

โดยทั่วไป Advance Directives แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. **Living Will** เป็นเอกสารทางกฎหมายเพื่อแสดงเจตนาของบุคคลที่ไม่ประสงค์รับการรักษามือเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย
2. **Durable Medical (Health Care) Power of Attorney** หรือ Proxy คือ บุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ใช้อำนาจตัดสินใจในเรื่องการดูแลทางการแพทย์ในวาระสุดท้ายของตน

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งคุ้มครองการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย หรือ Living Will ดังกล่าว และผู้ป่วยสามารถระบุบุคคลใกล้ชิดหรือ Proxy ได้ด้วย

## ข้อดีของ Advance Directives มีหลายประการ

1. ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกหรือความต้องการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการ ในเวลาที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy)
2. ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ (utility) ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจหรือการรับหัวใจ
3. ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ตรงกันของญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย
4. ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ ไม่ต้องห่วงว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นประสงค์ของผู้ป่วย
5. ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม





## อย่างไรก็ตาม Advance Directives มีข้อจำกัดประการ เช่นนี้

1. เจตนาต่างๆ ที่ระบุไว้ในคำสั่งหรือ Advance Directives นั้น ย่อมไม่สามารถครอบคลุมสถานการณ์จริงหรือการรักษาทั้งหมดที่อาจเป็นไปได้ ดังนั้นการสื่อสารกับญาติสนิทบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมอบหมายหรือ Proxy เพื่อให้เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้การปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น
2. Advance Directives ของผู้ป่วยอาจทำล่วงหน้าตั้งแต่มิใช่ป่วยหรือโรคนั้นได้ลุกลามถึงระยะท้าย ซึ่งเปรียบเสมือนสถานการณ์สมมติ ดังนั้นจึงควรมีการพบพวคนความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่ออาการของผู้ป่วย การดำเนินโรค และผลการรักษาเปลี่ยนแปลง

## แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษา Advance Care Planning อย่างไร

แพทย์มีหน้าที่แจ้งการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษาประเมินความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และสื่อสารเพื่อวางเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Advance Care Planning) โดยอธิบาย ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตามจริง เข้าใจว่าทางเลือกอะไรบ้าง และแต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสียอย่างไร หลังจากได้ข้อสรุปแล้ว แพทย์ควรบันทึกผลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน และสื่อสารกันในทีมให้เข้าใจ เพื่อที่จะได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย

การทำ Advance Care Planning รวมทั้ง Advance Directives นี้ ควรทำให้เร็วที่สุด ตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี สามารถตัดสินใจได้ดี ปราศจากภาวะซึมเศร้า และแพทย์ต้องดูแลรักษาอาการทุกขัทรمانต่างๆ ทางกาย โดยเฉพาะอาการเจ็บปวดอย่างเต็มที่ให้มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตายน่าเป็นเรื่องอ่อนไหว (sensitive) ที่แพทย์มักไม่อยากเป็นฝ่ายเริ่มต้น จึงหาเวลาที่แพทย์อาจถือโอกาสชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่อง Advance Care Planning ได้ เช่น เมื่อแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยโรคหรือทางเลือกของการรักษาที่อาจได้ผลไม่ดี ผู้ป่วยสนใจสอบถามเรื่อง Living Will หรือผู้ป่วยพูดถึงเรื่องความตายขึ้นมา อีกจังหวะที่ดีคือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือป่วยหนัก และได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตมาได้แล้ว

แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษา ควรระลึกเสมอว่าเป้าหมายการรักษาที่รวมกันวางไว้แล้วอาจเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น ควรหาโอกาสสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อทบทวนเป้าหมายและแผนการรักษา (Advance Care Planning) รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่ออาการของผู้ป่วย การดำเนินโรค และผลการรักษาเปลี่ยนแปลง

หากผู้ป่วยต้องการทำ Advance Directives เป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษา (อาจต้องมินิกการของสถานพยาบาลร่วมอยู่ด้วย) ควรช่วยเหลือด้วยการจัดทำตัวอย่างของแบบฟอร์ม Living Will อธิบายขั้นตอน วิธีการทำ รวมทั้งอธิบายข้อมูลทางวิชาการ (รวมทั้งข้อดีข้อเสีย) ของทางเลือกต่างๆ ที่มีต้องระบุไว้ใน Living Will เช่น Cardiopulmonary Resuscitation, Intubation,





Mechanical Ventilation ฯลฯ หลังจากทำ Advance Directives แล้ว ทีมผู้ดูแลรักษาควรสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเก็บไว้ในเวชระเบียน 1 ชุด และแจ้งให้ญาติผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยทราบถึงการทำ Advance Directives ดังกล่าวด้วย เพื่อให้การปฏิบัติตามคือผู้ป่วยในวาระสุดท้าย เป็นไปตามที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้

อย่างไรก็ตาม Advance Directives เป็นเพียงเอกสารหรือคำสั่งที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ในเวลาหนึ่ง เมื่อถึงเวลานำมาปฏิบัติจริง แพทย์ต้องอธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย (หากยังสื่อสารกับผู้ป่วยได้) หรือทำความเข้าใจกับ Proxy และญาติคนอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และไม่สามารรถสื่อสารกับผู้ป่วยได้แล้ว เพื่อที่จะได้ปฏิบัติให้ตรงกับเจตนาของผู้ป่วยให้มากที่สุด

ปัญหาหนึ่งที่แพทย์จำนวนหนึ่งไม่สบายใจเกี่ยวกับ Advance Directives คือไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจริงหรือไม่ ประเด็นนี้อาจแยกจาก หากแพทย์ได้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นมาเป็นระยะเวลา นาน เห็นการดำเนินโรคของผู้ป่วยมาตลอด มั่นใจว่าอาการของผู้ป่วย เกิดตามธรรมชาติของโรคที่เป็นอยู่เดิม โดยไม่มีโรค/ภาวะที่รักษาได้ (treatable diseases/conditions) ใดๆ ที่แทรกซ้อนเข้ามา แต่ถ้าแพทย์คิดว่ายังไม่ใช่วาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยหรือไม่มั่นใจ แพทย์ควรอธิบาย/สื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจสถานการณ์ และให้การรักษา เต็มที่ไปก่อน แล้วติดตามผลการรักษาต่อไป

อีกประเด็นที่สำคัญคือ หากผู้ป่วยแสดงเจตนาที่จะไม่รับ Cardiopulmonary Resuscitation (Do Not Resuscitate หรือ DNR) และ Mechanical Ventilation มิได้แปลว่า “ปล่อย” หรือไม่ต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยแล้ว ตรงกันข้าม แพทย์ยังจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ต่อไปอย่างเต็มที่ เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลือ อยู่ของผู้ป่วย





## ทายอย่างยากๆ บีสต์ สงบ สบศักดิ์ศรี

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

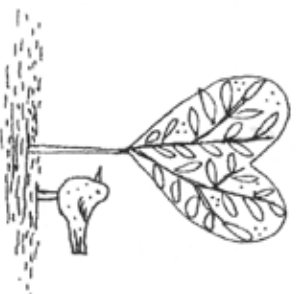


### หม่อมต้อการกุศลผู้วาระสุดท้าย

มีมุมมองต่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น่าสนใจอยู่ในสามมุมมอง คือมุมมองต้อการเสียชีวิตของผู้ป่วย มุมมองต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และมุมมองต้อองค์กร จากการศึกษาต่อไปนี้

#### หนึ่ง มุมมองต้อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ลีโอ ตอลสตอย (Leo Tolstoy) เขียนไว้ในบทประพันธ์เรื่อง *ความตายของอีวาน อิลลิช (The Death of Ivan Ilych)* ในแง่ที่ว่าสิ่งที่ซึ่งเป็นผู้พิพากษาที่กำลังมีชื่อเสียงและการงานที่ก้าวหน้ากำลังจะตายภายในเวลาแสนสั้นจากโรคร้ายที่รักษาไม่หาย เขาได้มีโอกาสทบทวนถึงการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง และตระต้อการที่ะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าพร้อมกันไป ทำให้เขาตัดสินใจในท้ายสุดว่าจะต้องใช้ชีวิตที่เหลือให้คุ้มค่าที่สุดก่อนที่ะจากไปอย่างมีความสุข แต่เขากลับพบกับความโศกต้อเดียวอันน่าพรันพรึง เป็นความอ้างว้างโศกต้อเดียวที่ลึกยิ่งกว่า





มหาสมุทรหรือหุบเหวใดๆ ไม่อาจแบ่งปันความรู้ให้กับผู้ใด ความทุกข์  
 ทรมาณที่สำคัญของอิวานคืออาการโกหก (ซึ่งทุกๆ คนยอมรับ) ว่า  
 เขาเป็นเพียงคนป่วย หากโชคร้ายในที่สุด เขาป่วยด้วยโรคที่คนเหล่านั้นไม่  
 ยอมรับในสิ่งที่พวกเขาทุกคนรู้และตัวอิวานเองก็รู้ ทว่ากลับเลือกที่จะ  
 โกหก และทำให้เขาเป็นส่วนหนึ่งของอาการโกหกนั้น ในวันนี้ทุกๆ ของ  
 ชีวิต อิวานเริ่มแยกแยะได้ชัดเจนระหว่าง “ชีวิตเทียม” ซึ่งเต็มไปด้วย  
 ความเห็นแก่ตัว บดบังความหมายที่แท้จริงของชีวิตและทำให้เขาตกใจ  
 ความตาย เช่น ชีวิตของเขาเอง กับ “ชีวิตที่แท้” ดังชีวิตของเจอร์ราซิม  
 (Gerashim) เด็กรับใช้บ้านนอกซึ่งไม่หวาดกลัวความตาย เต็มเปี่ยมไป  
 ด้วยความแท้จริง ความเข้าใจ และความเมตตา

ท่านพ่อบอกกล่าวไว้ว่า

เรื่องความเจ็บช้ำนี้ เขาเปรียบว่า เหมือนถูกยิงด้วยลูกศร  
 ธรรมดาเล่มเดียว อย่านึกถึงยี่สิบหรือยี่สิบลูกศรที่อาบยาพิษ  
 คือเป็นความยี่สิบเล่มนั้น เป็นความเจ็บช้ำของกู ความตาย  
 ของกู กูจะตาย ก็เลยเป็นทุกทีกับใหญ่ จะตายกับทั้งทีก็  
 ไรตายอย่างมีศิลปะ มีศิลปะ คือตายอย่างไม่ตาย อย่างน้อย  
 ก็ต้องตายอย่างให้สูงกว่าสัตว์ ไม่เป็นปัญหาอะไรยาก ไม่  
 เป็นความยุ่งยากแก่ใคร เมื่อจะตายอยู่แล้วก็ไม่ยอมให้  
 ตาย ทำให้ลำบาก ทำให้ไม่เรียบร้อยที่จะตาย คนจึงตาย  
 ไปอย่างไม่มีสติ ทำการละอย่างไม่มีสติ อย่างนี้เรียกว่าไม่มี  
 ศิลปะ

### สอง มุมมองต่อผู้ประจบวิชาวชิพ

ท่านพ่อบอกกล่าวต่อไปว่า  
 พวกเขาถือเป็นคนดีที่คนตายอย่างไม่มีความรู้สึกนึกมากขั้น  
 เขาู้กับแต่เรื่องวัตถุอย่างเดียว ไม่ยอมให้สิ้นสุดเรื่องทาง  
 วัตถุ ไม่เข้าไปในเขตของเรื่องทางจิตวิญญาณกันเสียเลย  
 ควรจะร่วมมือกันให้เขาตายอย่างมีสติ อย่างมีศิลปะ

เชอร์อิน บี. นูแลนด์ (Sherwin B. Nuland) เขียนไว้ในหนังสือ  
 เราตายอย่างไร (How We Die) ว่า

มีบางครั้งที่บางคราวที่ผู้ช่วยชาวภูฏานทางการแพทย์ชักชวนให้  
 ผู้ป่วยนั้นใจยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษา แม้ว่า  
 ความเจ็บป่วยนั้นจะดำเนินมาถึงจุดที่เอ่ยการหาเหตุผล  
 ว่า **ปริศนา** นั้นควรละไว้โดยจะไม่เฉลยจะดีกว่าหรือไม่  
 ค่ะเมื่อใกล้วาระสุดท้าย หากว่าแพทย์สามารถมองเห็นและ  
 ปรากฏในตนเอง เขาอาจจะตระหนักได้ว่าการตัดสินใจและ  
 คำแนะนำของเขา ถูกผลักดันจากความไม่สามารถที่จะ  
 ละทิ้งปริศนานั้น และยอมรับความพ่ายแพ้ แม้ว่าเขาจะมี  
 เมตตาและคำนึงถึงผู้ป่วยที่เขารักษา ทว่าเขาก็ยอมละทิ้ง  
 ความเมตตาในนี้เสีย ด้วยว่าปริศนานั้นมีความเกี่ยวข้องกับ  
 จินตนาการที่ลึกเกิน

### สาม มุมมองต่อองค์กร

เชอร์อิน บี. นูแลนด์ (Sherwin B. Nuland) ยังกล่าวอีกว่า  
 โรงพยาบาลได้นำเสนอสถานที่ซึ่งครอบครัวจะซ่อนร่าง  
 ผู้ป่วยที่พหุภพภาพที่ไม่มื่ออะไรน่าดูซึ่งทั้งโลกและพวกเขาไม่  
 สามารถทนแบกรับได้ โรงพยาบาลกลายเป็นสถานที่สำหรับ  
 ความตายอย่างโดดเดี่ยว





## เป้าหมายนิเวศศาสตร์ของชีวิต: ฝึกฝนค่า มีสติ สม สัมผัส

เมื่อระยะเวลาแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน อาจสรุปได้ว่าเป้าหมายในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับทุกคนคือการจากไปอย่างมีคุณค่า มีสติ สม สัมผัสดีศรี

อลัน กรีนสแปน (Alon GreenSPAN) นักการธนาคารผู้เขียนของสหรัฐอเมริกา

จากการที่เขาเดินทางไปทั่วโลก ได้เห็นความคล้ายคลึงหลายอย่างที่มีมนุษย์แสดงออก นั่นคือการแสวงหาแสงสว่างเพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง (self-esteem) เป็นแรงกระตุ้นที่มีมาแต่กำเนิด มิได้เกิดจากวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ภาษา และวัฒนธรรม

การรับรู้ว่าตัวเองมีคุณค่านำมาสู่ความสุข และพร้อมจะจากโลกนี้ไปอย่างมีความสุข คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการกระทำภารกิจที่ตั้งใจให้จบสิ้น การใคร่ครวญสิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำมาในชีวิต และมองเห็นแง่มุมในด้านบวกของสิ่งเหล่านั้น การรู้สึกหรือชื่นชมในความสัมพันธ์กับคนรอบตัว การทำความเข้าใจกับความหมายในชีวิตอย่างที่ท่านกระทำ แม้ได้กลับไปแก้ไขอดีต แต่เพียงความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในความหมายของชีวิตที่แท้จริง ก็สามารถปลดปล่อยสิ่งที่ยังค้างในจิตใจได้อย่างสมบูรณ์

ความหมายแห่งชีวิตนี้เอง คือต้นทุนซึ่งเป็นที่มาแห่งความสุขตามแนวคิดสุขภาพภาวะกำเนิด (sedrotogenesis) ผู้ประกอบอาชีพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยมีโอกาสที่จะให้การเยียวยาผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายเข้าใจความหมายของชีวิตได้ อาจจะเป็นเพียงการปรากฏอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยด้วยพลังที่เป็นบวกภายในตัวเอง หรืออาจจะตั้งใจให้ความพยายามมากขึ้นในการทำความเข้าใจและค่อยๆ คลายปมในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่ง ดร.นพ.สกอล สิงพะ กล่าวไว้ว่า เราไม่สามารถให้อะไรใครในสิ่งที่เราไม่มี สิ่งที่ต้องตอบกับตัวเองก็คือ “เราเห็นชีวิตเป็นอย่างไร” ทั้งนี้ การให้ความหมายแห่งชีวิตของแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

ความเชื่อ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้การดูแล มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงคุณค่าในชีวิต และทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีสติตามที่ท่านพุทธทาสแนะนำไว้ ขณะที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วยในการรักษาที่เหมาะสมและสร้างไปซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สัมผัสดีศรี

## ประเด็นคุณภาพที่น่าสอ

ประเด็นคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการพิจารณาเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่กล่าวมา ผสมผสานกับการพิจารณาการที่เกี่ยวของซึ่งมีกำหนดอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาล เช่น การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม การวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการทุกประเด็นโดยครอบคลุมมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและมีวิสัยทัศน์ในการดูแลตนเอง การจัดระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็น เป็นต้น





ประเด็นคุณภาพในการปฏิบัติงานหนึ่งสิ่งเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขฯ ที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การจัดการกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขฯ และการสื่อสารข้อมูลเจตนาของผู้ป่วยให้สมาชิกในพื้นที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ หรือเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวเมื่อจำเป็น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยในบางกรณีอาจจะต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ว่าเข้าได้กับเงื่อนไขของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้วหรือไม่

2. แม้จะมีการระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้อย่างชัดเจน แต่แพทย์ยังมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจบางอย่าง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจร่วมกับข้อมูลวิจักษณ์ที่เหมาะสม การตัดสินใจนั้นควรเป็นไปอย่างมีเหตุผลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและเพื่อสนองต่อเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. การทบทวน ใ้ครอบครัว และเรียนรู้จากการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขฯ เป็นสิ่งที่พึงกระทำอย่างยิ่งในทุกครั้งที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่แสดงเจตนาดังกล่าว อันจะนำไปสู่ความปรารถนาและคุณภาพในการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น

การใช้มือถือเอกสารดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างมีคุณค่า มีสติสงบ สมศักดิ์ศรี คือหน้าที่สำคัญของผู้ที่ให้บริการ อีกทั้งเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองที่มีพลังสูงยิ่งที่ไม่ควรปล่อยให้โอกาสผ่านไป



## Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน...

### กับดอกทิวลิปที่อ้อมแสง

ผศ.พญ.ยุวระศมศุ์ สิริพิชานัญญา

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลราชวิถี มหาวชิเวชาลัยมทิดล



หนึ่งในปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์นั้น ก็คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากความเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคต่างๆ ที่มากกว่าโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากถูกส่งต่อมาจากวินิจฉัยและรับการรักษา ซึ่งหลายๆ ราย แม้จะได้รับการตรวจ วินิจฉัย และทำการรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนทายาทได้ บางรายการดำเนินโรคยังคงดำเนินต่อไปจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อการรักษาหลัก (เช่น การผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง) ไม่ได้ผลอีกต่อไป ยังมีอะไรที่เราจะทำได้ ผู้ป่วยได้อีกหรือไม่? แพทย์หลายคนแนะนำให้การดูแลผู้ป่วยมาตลอดอาจลงความเห็นว่าในวาระเบียดผู้ป่วยว่า “Supportive Care” หรือ “Palliative Care” หรือ “ไม่มันดแล้ว” แต่ใครจะเป็นผู้ให้ Supportive Care หรือ Palliative Care แก่ผู้ป่วย? ส่วนใหญ่เรามักเข้าใจกันว่า “ใครก็ตามที่พบหรือเจอผู้ป่วย” ก็จะเป็นผู้ให้การดูแลนั่นแก่ผู้ป่วย





ซึ่งบ่อยครั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉินมักจะเป็นผู้ที่พบหรือเจอผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาบางอย่างเรื้อรังหรือไม่มีนัดกับแพทย์ที่ดูแลหลักแล้ว

ถึงแม้ว่าการรักษาหลักจะไม่ได้ผลอีกแล้ว แต่ราบัตติพิชิตวิจิตคนเรายังไม่สิ้น ความทุกข์ทรมานก็ยังคงดำรงเป็นอยู่ต่อไป ห้องฉุกเฉินที่ดูเหมือนจะเป็นที่รองรับผู้ป่วยทุกคนที่ไม่ที่อื่นในโรงพยาบาลรองรับได้ รวมถึงผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเหล่านี้ จึงต้องทำหน้าที่ Supportive Care หรือ Palliative Care ให้แก่ผู้ป่วยไปอย่างไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งนอกเหนือจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย (การทำหัตถการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น การเจาะน้ำออกจากท้อง จากช่องเยื่อหุ้มปอดของผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งไปมาก รวมถึงการส่งยาสารน้ำ เลือด) ที่ดูเหมือนจะเป็นงานหนักของแพทย์ฉุกเฉินแล้ว การดูแลในด้านอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็น ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ อันได้แก่ การดูแลภาวะทางจิตใจ, สังคมและจิตวิญญาณนั้นอาจเป็นสิ่งที่ไม่ได้ยากยิ่งในบริบทของห้องฉุกเฉิน โดยพบว่า การสื่อสารกับญาติและผู้ช่วยระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสำคัญมากในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ขณะที่บรรยากาติในห้องฉุกเฉินเต็มไปด้วยปัญหาหลายประการที่ต้องการความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และเวลา จากทีมผู้ให้บริการค่อนข้างมาก ทำให้สมรรถนะของการตอบสนองและความต้องการรับบริการ ดูเหมือนจะติดลบอยู่เสมอ ผู้ป่วยและญาติที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มักจะรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลและให้เกียรติเพียงพอกจากทีมผู้ให้บริการของห้องฉุกเฉิน

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลมักไม่มีเตียงผู้ป่วยในมากพอ ที่จะรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ ขณะที่ห้องฉุกเฉินก็จำเป็นต้องรักษาพื้นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอาจถูกจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ในขณะที่ผู้ป่วยและญาติเองยังไม่พร้อม และอาจต้องกลับมาห้องฉุกเฉินอีกในเวลาอันใกล้เพราะไม่รู้จะไปที่ไหน ทำให้ผู้ป่วยและญาติหลายรายรู้สึกว่าเป็น “ถูกไล่กลับ” ขณะที่ทีมผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินก็มักจะรู้สึกว่าไม่เพียงพอของตน ที่ต้องคอยมาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แพทย์เจ้าของไข้เอง ควรมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้ไม่เป็นการแหกห้องฉุกเฉิน ปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดรอยร้าวต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงภายในทีมผู้บริการทางการแพทย์ด้วยกันเองมาช้านานและคงยังดำรงต่อไปหากไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใดในระบบบริการของเรา...

แม้ว่า แสงแดด...จะทำให้ต้นไม้ผลิดอก ออกงาม... แต่ในภาวะที่อับแสงแดด ดอกก็เหี่ยวเฉาถึงสามารถงอกงามได้ฉันใด Palliative Care ก็ควรเกิดขึ้นได้ทุกที่ แม้จะมีความจำกัดอย่างห้องฉุกเฉินก็ตาม ฉะนั้น ซึ่งอันที่จริงการทำ Palliative Care นั้น สามารถทำได้ทุกที่แม้ข้างถนนก็ตาม ขอเพียงมีทีมและทัศนคติที่ดีของทีมต่อกันให้บริการ ด้วยแนวคิดนี้เองเราจึงเริ่มปลูกดอกเห็ด หรือ Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน โดยเริ่มต้นจากการสร้างทีม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีทัศนคติตรงกันในการมุ่งแก้ปัญหาดังกล่าว โดยมีทีมผู้วิจัยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน นอกเหนือจากการดูแลรักษาทางกายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแล้ว ทีมพยาบาลซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเข้ามาดำเนินการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อันได้แก่ ปัญหาทางกาย







จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และทำการประสานงานกับทีมแพทย์ ทั้งแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สโมสรสงเคราะห์ หน่วยเยี่ยมบ้าน หน่วยบำบัดความปวด ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความช่วยเหลือในปัญหาต่างๆ ที่ทีมค้นพบ ตลอดจนติดตามอาการและปัญหาต่างๆ ที่ทีมได้ประสานงานให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แม้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็ตาม จนผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมจะทำการติดตามประเมินผลของญาติต่อ จนกว่าจะมั่นใจว่าญาติสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

การดำเนินการดังกล่าวก่อให้เกิดผลคือ ถึงแม้จะไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติก็ได้รับการช่วยเหลือ ลดปัญหาการถูกทอดทิ้งหรือผลักใส่ให้กลับบ้านลง และมีความพึงพอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉินมากขึ้น การดำเนินการลักษณะดังกล่าวได้อาศัยหลักการของ Lean Operation เข้ามาลดขั้นตอนต่างๆ ในการประสานงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อนลง เช่น ยกเลิกการส่งใบรักษาแต่ใช้การโทรศัพท์ปรึกษาแทน การโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยแทนการนัดผู้ป่วยมาพบ ทำให้สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาการคอยบริการได้ถึงกว่า 50% และลดความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายในการขนส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลลง การดำเนินการที่เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เน้นการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพเอง ในส่วนของโรงพยาบาลนั้น การดำเนินการดังกล่าวช่วยลดงบประมาณในการเพิ่มเติมเตียงผู้ป่วยในเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ และลดความขัดแย้งของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติลง

ปัจจุบัน การดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ริเริ่มที่ห้องฉุกเฉินได้รับการยอมรับมากขึ้น จนได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว ขึ้นมาเพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะประคับประคองของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 2552 สามารถขยายการให้บริการออกไปครอบคลุมทั่วทุกส่วนงานของโรงพยาบาล ภายในช่วงเวลา 1 ปี เศษ ศูนย์สามารถให้บริการผู้ป่วยถึงกว่า 200 ราย ด้วยทีมแพทย์ พยาบาล จิตอาสา ที่เริ่มต้นจากการดำเนินการในท้องถิ่นห้องฉุกเฉินจนประสบความสำเร็จ และได้รับรางวัลคุณภาพการให้บริการประเภทชน จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการระบอบการ ประจําปี 2553

มีผู้กล่าวว่า หากท่านต้องการเดินทางไปเร็วๆ ก็ให้เดินทางไปเพียงคนเดียว...แต่หากท่านต้องการเดินทางไปให้ไกล ให้ไปเป็นทีม

- T =Together
- E =Each
- A=Achieves
- M=More

ด้วยพลังของทีมและใจ (เจตคติที่ต่อการพัฒนางาน) สามารถก่อให้เกิดความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ได้ แม้จะต้องเผชิญกับความจำกัดของสภาวะแวดล้อมและทรัพยากร เฉกเช่น ดอกเห็ดที่ขึ้นจากความจำกัดของน้ำที่ส่งแสงแดด Palliative Care ก็สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ แม้แต่ในห้องฉุกเฉินที่คับแคบววาย ขอเพียงแต่เรามีทีมที่เข้มแข็ง อดทน และใจที่มุ่งหวังจะช่วยให้ได้สิ่งสุดท้ายของทุกชีวิตภายใต้การบริการของเรา จบลงอย่างสวยงาม...





การเขียนวิทยาศาสตร์ใจ  
และประเด็นที่หาตัวประกอบ



## การบวชเป็นภิกษุหรือภิกษุณีด้วยวิธีแบบพุทธ

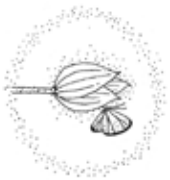
พระไพศาล วิสาโล\*



ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเป็นของหนักเบาคือความตายและความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างฉับพลัน ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอึดใจกว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มขุ่นรุนแรงอย่างไม่เคยประสะมาก่อน

\* โครงการการแก้ปัญหาความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา





ด้วยเหตุนี้ผู้ปัจจัยต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลสุขภาพร่างกาย และคำสำหรับผู้ปัจจัยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังจะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมามีชีวิต หายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะภายในใจและสัมพันธ์กันอยู่่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นที่ทุกข์ไปจะตั้งเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่ภุคพิตดา อุบาสกผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราจะไม่กระสับกระส่าย”

ในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวกได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่งบำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ดังมีบันทึกในพระไตรปิฎกว่า คราวหนึ่งทีฆภาวอุบาสกป่วยหนัก ได้ขอให้บิดาช่วยพาเข้าเฝ้าพระพุทธองค์ และกราบทูลว่า ตนเองป่วยหนัก เห็นจะอยู่ได้ไม่นาน พระพุทธองค์ทรงแนะนำให้ทีฆภาวอุบาสกตั้งจิตพิจารณาว่า

1. จักมีความเลื่อมใสเทวันเทวในพระพุทธเจ้า
2. จักมีความเลื่อมใสเทวันเทวในพระธรรม
3. จักมีความเลื่อมใสเทวันเทวในพระสงฆ์
4. จักตั้งตนอยู่ในศีลที่พระอริยะสัจจะเสริญ

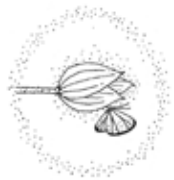
เมื่อทีฆภาวอุบล่าได้ประกอบตนอยู่ในธรรมทั้ง 4 ประการแล้ว พระพุทธองค์ก็ทรงแนะนำให้ทีฆภาวอุบล่าพิจารณาว่าสังขารทั้งปวงนั้นไม่เที่ยง

เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ทีฆภาวได้พิจารณาเห็นตามนั้น หลังจากนั้น พระพุทธเจ้าได้เสด็จออกไป ไปมาในทีฆภาวถึงแก่กรรม พระพุทธองค์ได้ตรัสในเวลาที่ออกมาว่าอานิสสงส์จากการที่ทีฆภาวพิจารณาตามทีพระองค์ได้ตรัสสอน ทีฆภาวได้บรรลุเป็นพระอรหันตคามิ

ในอีกทีหนึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสสอนว่า เมื่อมีอุบาสกป่วยหนัก อุบาสกด้วยกินพึงใช้คำแนะนำ 4 ประการว่า จงมีความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และมีศรัทธาพระอริยะสัจจะสรุเสริญ จากนั้นให้ถามว่าเขายังมีความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในภกามคุณ 5 อยู่หรือไม่ และให้เขาละความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในภกามคุณ 5 นั่นคือ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสที่ น่าพอใจ จากนั้นก็แนะนำให้เขาน้อมจิตสู่ภพภูมิที่สูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงขั้นละจากพรหมโลก น้อมจิตสู่ความดับแห่งภพชาติ (สักกายนิโรธ) อันเป็นความหลุดพ้นอันเดียวกับการหลุดพ้นจากอภิสวภาวะ

กรณีของพระติสสะเป็นอีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจ พระติสสะได้ล้มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีตุ่มขนาดใหญ่มืดมัวเต็มตัว ตุ่มที่แตกก็ส่งกลิ่นเหม็น จนผู้คนบังจิวรเบือนตัวเลียดและหนอง เมื่อพระพุทธองค์ทรงทราบ จึงเสด็จไปดูแลรักษาพยาบาล ผลัดเปลี่ยนสับจิวร ตลอดจนภูษิสระและอาบน้ำให้ พระติสสะเมื่อสลายตัวและรู้สึกดีขึ้น พระองค์ตรัสว่า “อีกไม่นาน กายนี้จะนอนทับแผ่นดิน ปรากฏจากวิญญูณ เหมื่อนนอนไม้ที่ถูกทิ้งแล้ว ทาประโยชน์ไม่ได้” พระติสสะพิจารณาตาม เมื่อพระพุทธองค์ตรัสเสร็จ พระติสสะก็บรรลุเป็นพระอรหันต์ พร้อมกับดับขันธไปในเวลาเดียวกัน





จากตัวอย่าง 3 กรณีที่เล่ามา มีข้อพิจารณา 2 ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายนั้น แม้จะเป็นภาวะวิกฤตหรือความแตกสลายในทางกาย แต่สามารถเป็น “โอกาส” แห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับในทางจิตวิญญาณได้ ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายจึงมิได้เป็นสิ่งเลวร้ายในตัวเอง หากใช้ให้เป็นก็สามารถเป็นคุณแก่ผู้เจ็บป่วยได้

2. คำแนะนำของพระพุทธเจ้า สามารถจำแนกเป็น 2 ส่วนคือ

1. การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัยและความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม
2. การละความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งที่บังเอิญ และเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย

คำแนะนำของพระพุทธเจ้าดังกล่าว เป็นแนวทางอย่างดีสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

### 1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

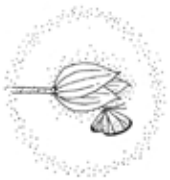
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทรมานทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่ยังเหลืออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่อย่างยิ่งกว่าความเจ็บปวดทางกายด้วยซ้ำ ความรัก

และกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตที่เปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่เขาสามารถพึ่งพาได้ และพร้อมจะอยู่กับเขาในความวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมั่นใจในสติปัญญาทุกด้านและการที่ทีมภรรยาเข้ามา

ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยนและให้อภัย เป็นอาการแสดงออกของความรัก ความทุกข์ทรมานกายและสภาพจิตที่เปราะบางมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย เราสามารถช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกอดทนอดกลั้น ไม่แสดงความขุ่นเคืองจนเสียใจกลับใจไป พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น การเตือนสติเขาอาจเป็นสิ่งจำเป็นบางครั้ง แต่พึงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต จะทำเช่นนั้นได้สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรจากเราได้คือมีสติอยู่เสมอ สติช่วยให้เห็นสิ่งนั้นดี และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม

แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจแก่เขาอย่างไรดี เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ถึงความรักจากเราได้ เราอาจจับมือจับแขนเขา บีบเบาๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะสัมผัสผู้เสียชีวิตเขา ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบ และเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้





การแบ่งตักอย่างหนึ่งที่เขาพบคือเบ็ดนิมเบ็ดคือ การน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย (หรือเรา) เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระโขนง หรือเจ้าแม่กวนอิม ให้มีความรู้สึกรำท้าน เหล่านี้ปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าท่านเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและภาวะเยียวยา เป็นลำแสงอันนุ่มนวลอาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วยผสาดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะนั้นอิมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสของผู้ป่วยไปด้วย หรือนั่งสงบอยู่ข้างๆ เพียงผู้ป่วยก็ได้

## 2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

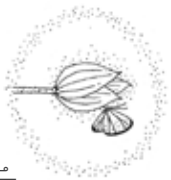
การรู้วาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึง ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่ยังทรงสติสัมปชัญญะอยู่ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาการได้ลุกลามมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปโดยปกติความจริงไม่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับยอมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจเอาไว้ก่อน ก็อาจทำให้เขามีอาการทุกข์ทรมานกว่าเดิม โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมิพบาทพคำขวัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่โครงสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว แต่แม้กระนั้น การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย

แต่บางครั้งหน้าที่ตั้งกล่าวติดกอยู่กับญาติผู้ป่วยเนื่องจากรู้จักจิตใจผู้ป่วยดีเกินกว่าแพทย์ ญาตินั้นมักคิดว่าการปกปิดความจริงเป็นสิ่งดีกว่า (จะดีสำหรับผู้ป่วยหรือตนเองก็แล้วแต่) แต่เท่าที่ देखมีการสอบถามความเห็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงจะปกปิด ในที่สุดผู้ป่วยก็ยอมรับจนได้จากการสังเกตอาการรักษาของลูกหลานญาติมิตรที่เปลี่ยนไป เช่นจากใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม หรือจากเสียงที่พูดค่อยลง หรือจากการเอาอกเอาใจที่มีมากขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อบอกข่าวร้ายแล้ว ใจของผู้ป่วยจะยอมรับความจริงได้ทุกคน แต่สาเหตุอาจจะมากกว่าความกลัวตาย เป็นไปได้ว่าเขามีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างคั่งค้างอยู่ หรือมีความกังวลกับบางเรื่อง ญาติมิตรควรช่วยให้เขาเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา หากเขาไม่ใจว่ามีคนพร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการชักถามที่หมะหมะสมอาจช่วยให้เขาระลึกใจว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาการรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มีโอกาสหลีกเลี่ยงได้ และนี่จำเป็นต้องเผยเล่าอย่างที่เขากลัว สิ่งที่มีญาติมิตรตระหนักในขั้นตอนนี้ก็คือรับฟังเขาด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พ่อแม่จะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญกับการชักถามมากกว่าการเทศนาสั่งสอน

การช่วยให้เขาลดความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น บางกรณีผู้ป่วยอาจระบายใส่ในแพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ทั้งนี้เพราะโรคที่บอกข่าวร้ายแก่เขาหรือโรคที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการของเขาเป็นเวลานาน





ปฏิบัติอย่างถูกต้องสมควรได้รับความเข้าใจจากผู้เกี่ยวข้อง หากผู้ช่วยสามารถเพิ่มความพึงพอใจในกรณี และการปฏิบัติตามความตายได้ เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัน

ในการบอกข่าวร้าย สิ่งที่เราควรทำคือผู้ไปด้วยคือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่เขาว่าเรา (ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขาและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด การให้กำลังใจในยามวิกฤตมีประโยชน์เช่นกัน ดังกรณีเด็กอายุ 10 ขวบคนหนึ่ง ออการทรุดหนักและหายใจเป็นเลือด ร้องอย่างสิ้นตระหนกว่า “ผมกำลังจะตายแล้วหรือ?” พยาบาลได้ตอบไปว่า “ใช่ แต่ไม่มีอะไรน่ากลัว ลูกก้าวไปข้างหน้าเลย อจากรายแพทย์ที่รออยู่แล้วหนุเป็นคนกล้าหาญ ช่างๆ หนุก็ภูมิใจคุณแม่คอยช่วยเหลือ” ปรากฏว่าเด็กหายทรนทราย และทำตามคำแนะนำของแม่ที่ให้บริการ “พุทธ” ขณะที่ยกหัวใจและออก ไม่นานเด็กก็จากไปอย่างสงบ

ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยคือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าเมื่อตนมีอาการเจ็บหนัก ไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์แยกรักษาไปถึงขั้นไหน จะให้แพทย์ตัดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเท่าที่มี เช่น ปั่นหัวใจ ต่อท่อช่วยหายใจ และท่อใส่อาหาร หรือให้งดวิธีการดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ว่าประจักษ์อาการและปล่อยให้ค่อยๆ ลึนลมไปอย่างสงบ บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัวเอง ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะใดมา ญาติมิตรจึงไม่มีทางเลือกอื่นได้นอกจากการขอให้แพทย์

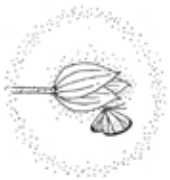
แทรกแซงการออกอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป และไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ช่างยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

### 3. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจจัดอันดับสิ่งดีงาม

การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวความเจ็บปวดได้ลดลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีหนึ่งที่พระพุทธเจ้าและพระสงฆ์มักแนะนำให้ผู้ปฏิบัติคือ การระลึกถึงและระลึกพระนามในพระรัตนตรัย คือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ จากนั้นก็ให้ตั้งตนอยู่ในศีลและระลึกถึงศีลที่ตนบำเพ็ญมา พระรัตนตรัยนั้นกล่าวอีกนัยหนึ่งคือสิ่งดีงามหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยมีถือ ส่วนศีลนั้นคือความดีงามที่ตนได้กระทำมา

เราสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตลอดจนภาพพระรูปอาจารย์ที่ผู้ช่วยเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ช่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน นอกจากการอ่านหนังสือธรรมะ ให้ฟังแล้ว การปิดเทปธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยเสริมของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเจริญใจ ยิ่งเป็นพระที่ผู้ช่วยเคารพนับถือ จะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตามพึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความศรัทธาของผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนจีน ภาพพระพุทธรูปหรือเจ้าแม่กวนอิมออกน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจได้ดีกว่าอย่างอื่น หากผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาของตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด





นอกจากนี้เรายังสามารถภูมิใจผู้ช่วยให้เกิดทุกศตวรรษการ  
ที่ทวามให้ทำบุญถวายสิ่งขงทาน บริจาคทรัพย์เพื่อกการกุศล และที่ขาดไม่  
ได้คือขอวณให้ผู้ป้วยระลึกถึงควมดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่  
จำเป็นต้องทงหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การ  
เลี้ยงดูลูก ๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อ  
คู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างเ่งไม่เหินแก่ควม  
เหน็ดเหนื่อย เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือควมดีที่ช่วยให้เกิดควมปรี  
ปลานปลื้มแก่ผู้ป้วย และบังเกิดควมมั่นใจว่าตนเองได้ไปผู้สุดดี

ควมภูมิใจในควมดีที่ตนเองกระทำ และมั่นใจในอนันตสังส์แห่ง  
ควมดีดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป้วย ในควมที่ตระหนักรู้ได้ว่า  
ทรัพย์สินเงินทองต่าง ๆ ที่สะสมมกันนั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่  
บุญกุศลเท่านั้นที่จะพงพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยกยอตนจน  
หรือทำตัวผิดพลดมาอย่งไร ย่อมเคยทำควมดีที่นาระลึกถึงม่มากก  
น้อย ไม่ว่าจะเคยทำสิ่งเลวร้ายมากมายนเพียงใด ในควมที่ใกล้  
สิ้นลมสิ่งที่เราควรทำคือขอให้เขาระลึกถึงคุณงามควมดีที่เขาเคยทำ  
ซึ่งเขาอาจมองไม่เห็นเนื่องจกการไม่รู้สึกผิดทวมทั้งหัวใจ ควมดีนั้น  
เพียงเล็กน้อยก็มควมสำคัญสำหรับผู้ป้วยในช่วงวิกฤต ขณะเดียวกัน  
สำหรับผู้ป้วยที่ทำความดีมาตลอด ก็อย่งให้ควมไม่ดี (ซึ่งมีเพียงน้อย  
นิด) มงาบตบงควมดีที่เคยทำ จนเกิดควมไม่รู้สึกไม่ได้กับตนเอง บางกรณี  
ญูติมิตใจต้องลุ่มลุ่มควมดีที่เขาเคยทำเพื่อเป็นการยืนยันและระตอกย้ำ  
ให้เขามั่นใจในวิถีที่ฝงามา

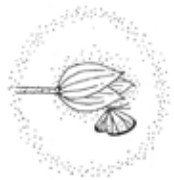
#### 4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งต่างค่าง

เมื่อผู้ป้วยรู้ว่การระตสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะ  
ทำควมทงกัแก่จิตใจ และทำให้ไม่อกจายอย่งสงบ (หรือ “ตายค  
หลับ”) ได้ ก็คือ ควมรู้สึกค่างค่างในบางสิ่งบางอย่ง สิ่งนั้นอาจได้แก่  
ภกริจการงานที่ยังค้างค่าง หรือทรัพย์สินที่แบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ควมเน็ด  
เนื้อค่างใจในคนใกล้ชิด ควมโกรธแค้นใครบางคน หรือควมไม่รู้สึกผิด  
บางอย่างที่เกะกะใจมกัน ควมปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็น  
ครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอ  
อโหสิกรรม ควมทงกักังวลหรือควมไม่รู้สึกไม่ได้ที่ค่างค่างเป็นสิ่งที่  
สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่งเร่งด่วน ทาไม่แล้วจะทำให้ผู้ป้วยทรน  
ทราย หนักอกหนักใจ เพยกามปฏิสนธผลิกไปควมตาย และตายอย่ง  
ไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะทงกัควมทงกัอย่งมากแล้ว ในทงพุทธ  
ศาสนาเชื่อว่าสิ่งส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ

อุทลณญูติมิตฺต ครรสีใจและฉับไปกับเรื่องดังกล่าว บางครั้ง  
ผู้ป้วยไม่พูดตรง ๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีควมละเอียดอ่อน และสออบถา  
ด้วยควมใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำค่าง ในกรณีที่เป็นภกริจที่ยัง  
ค้างค่าง ควรทงกัช่วยเหลือให้ภกริจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบ  
ใคร ควรรีบตามหาขงมาพบ หากฝั่งใจโกรธแค้นใครบางคน ควร  
แนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นควม  
รู้สึกผิดที่ค่างค่างเนื่องจกการทำสิ่งที่ไม่สมควร ในควมนี้ไม่ว่าเวลาที่จะ  
ประณมหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องควมรู้สึกผิดออก  
ไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจ และรู้สึกปลดเปลื้องโทษหรือขอ  
อโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับ  
ค่างขอโทษ และให้อภัยผู้ป้วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้







อย่างไรก็ตามการขอโทษหรือขออภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะกับผู้น้อยหรือผู้ที่อยู่ในสถานะที่ต่ำกว่า เช่น ลูกน้อง ลูก หรือภรรยา วิธีหนึ่งที่จะช่วยได้คือ การแนะนำให้ผู้ช่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะทำกับบุคคลผู้นั้นก่อนเขียนออกให้ผู้ช่วยลองทำใจให้สงบ และจินตนาการว่าบุคคลผู้นั้นมานั่งอยู่ข้างหน้า จากนั้นให้นึกถึงสิ่งที่ยากจะบอกเขา พูดในใจเหมือนกับว่าเขากำลังฟังอยู่ ทิ้งก้นเอาสิ่งที่อยากบอกเขากลับทอดลงไปในกระดาษ เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ผู้ช่วยจะขอให้อุทิศมิตรนำไปให้แก่บุคคลผู้นั้น หรือเก็บไว้กับตัวที่สุดแต่สิ่งสำคัญคือความรู้สึกได้เริ่มสงบแล้ว แม้จะยังไม่มีการสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ช่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจจะตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

บ่อยครั้งคนที่ผู้ช่วยยกขอโทษคือคนใกล้ชิดที่อยู่ข้างเคียงนั่นเอง อาทิ ภรรยา สามี หรือลูก ในกรณีเช่นนี้จะง่ายกว่าหากผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองในความเป็นผลลัพท์มากนัก การที่ผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มต้นคือการเปิดทางให้ผู้ช่วยกล่าวขอโทษได้อย่างไม่ตะขิดตะขวงใจ แต่จะทำเช่นนั้นได้ผู้ใกล้ชิดต้องละทิฐิฐานะหรือปลดปล่อยความโกรธเคืองออกไปจากจิตใจก่อน

มีผู้ช่วยคนหนึ่ง เมื่อครั้งยังมีสุขภาพดี มีภรรยาน้อยหลายคนไม่รับผิดชอบครอบครัว สุดท้ายทั้งภรรยาหลวงให้อยู่กับลูกสาว ต่อมาเขาเป็นโรคมะเร็ง อากาทรหดหนักเป็นลำดับ ไม่มีใครดูแลรักษา จึงขอมาอยู่บ้านภรรยาหลวง ภรรยาหลวงก็ปฏิเสธ แต่การดูแลรักษาใน

ทำไปดวงหน้าที่ พยายามลสิ่งแต่ได้ว่าทั้งสองมีที่ท่าทางเห็น และเมื่อได้พูดคุยกับผู้ช่วย ก็แน่ใจว่าผู้ช่วยมีความรู้สึกผิดกับการกระทำของตนในอดีต พยายามแนะนำให้ภรรยาเป็นฝ่ายกล่าวคำให้อภัยแก่สามีเพื่อเขาจะได้จากไปอย่างสงบ แต่ภรรยาไม่ยอมบิปรัก สามีมีอาการหดหนักแต่ปรากฏว่าวันสุดท้ายสามีรวมกำลังทั้งหมดลุกขึ้นมาเพื่อเอาคำขอโทษภรรยา พูดจบก็ล้มตัวลงนอนและหมดสติในเวลาไม่นาน สามียังไม่ยอมมากลื่นลมอย่างสงบ กรณีนี้เป็นตัวอย่างว่าความรู้สึกผิดนั้นตรงไปตรงมาดังคาอยู่ก็จะระบกวานจิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ช่วยรู้สึกว่าตนไม่สามารถอดทนหลับได้หากยังไม่ได้ปลดปล่อยความรู้สึกผิด แต่เมื่อได้กล่าวคำขอโทษแล้วก็สามารถจากไปโดยไม่ทุรนทุราย

ในบางกรณีผู้ที่สมควรกล่าวคำขอโทษคือลูกหลานหรือญาติมิตรนั่นเอง ไม่มีโอกาสได้พูดขอโทษจะมีความสำคัญเท่านี้แล้ว แต่บ่อยครั้งแม่แต่ลูกๆ เองก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยความในใจต่อพ่อแม่ที่กล่าวถึงจะลงลับ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่คุ้นเคยที่จะพูดออกมา สาเหตุอีกส่วนหนึ่งก็คือคิดว่าพ่อแม่ไม่ถือสาหรือไม่รู้ว่าตนได้ทำอะไรที่แม่เหมาะสมลงไป ความคิดเช่นนี้อาจเป็นการประเมินผลผิดพลาดจนเกินไป

มีหญิงผู้หนึ่งป่วยหนัก ใกล้ตาย พยายามแนะนำให้ลูกจับมือแม่และขอขมาแม่ แต่หลังจากที่ลูกพูดเสร็จแล้ว แม่ก็ยังมีท่าทางเหมือนมีอะไรค้างคาใจ พยายามลสิ่งแต่เห็นใจจนลูกว่า มีอะไรที่ยังปกปิดแม่ไว้ อยู่หรือเปล่า ลูกได้ฟังก็ตกใจ สรรภาพว่ามีเรื่องหนึ่งที่ยังไม่ได้บอกแม่ เพราะคิดว่าแม่ไม่รู้ นั่นก็คือเรื่องของตนได้ยกกับหญิงคนหนึ่งจนมีลูกด้วยกัน สุดท้ายลูกได้บอกความจริงแก่แม่ และขอโทษที่ได้ปกปิดเอาไว้ แม่ได้ฟังก็สบายใจ ที่สุดท้ายก็จากไปโดยไม่มีความค้างคาใจอีก





การขอโทษหรือขอขมา นั่น อันที่จริงไม่จำเป็นจะต้องจะจดจำจดต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้ เพราะฉะนั้นเราอาจจะทำการกล่าวถึงในหรือเขียนเป็นใครต่อใครได้โดยไม่จดจำใครก็ได้โดยไม่รู้ตัว ดังนั้นเพื่อให้รู้สึกสบายใจและไปให้มีความจริงต่อกันอีก บุญดีมิตรควรแนะนำผู้ปวดยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกัน หรือขออโหสิกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินตนมา ทางด้านบุญดีมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ปวดยรับรู้ได้ ความกล่าวคำขอขมาต่อผู้ปวดย นี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปวดยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโหสิกรรมต่อบุญดีมิตรได้ ในการนี้ผู้ปวดยเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ลูกหลานหรือญาติๆ อาจร่วมกันทำพิธีขอขมา โดยประพรมพร้อมกันที่ข้างเตียง และให้มีตัวแทนเป็นผู้กล่าว เริ่มจากการกล่าวถึงคุณงามความดีของผู้ปวดย บุญคุณที่มีต่อลูกหลาน จากนั้นก็กล่าวคำขอขมา ขออโหสิกรรมในสิ่งๆ ที่ล่วงเกิน เป็นต้น

**5. ช่วยให้ผู้ปวดยปล่อยวางสิ่งต่างๆ**

การปฏิเสธความตาย ชัดเจนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ปวดยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขายึดมั่นจนกระทั่งตายก็ยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ หรือสมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดติดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มีความรู้สึกผิดต่างๆ เมื่อเกิดขึ้นแล้วยอมทำให้เกิดความกังวล ความทุกข์ความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น บุญดีมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติ

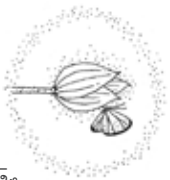
แก่เขาว่า หรือสมบัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

ในการช่วยเหลือนอกจากจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย พระพุทธองค์ทรงแนะนำว่า นอกจากการอ่านอิมจิตผู้ใกล้ตายให้ระลึกและศรัทธาในพระรัตนตรัย ตลอดจนการบำเพ็ญตนอยู่ในคุณงามความดีแล้ว ขึ้นต่อไปก็คือการแนะนำให้ผู้ใกล้ตายละความทุกข์ในสิ่งต่างๆ อาทิ พ่อแม่ บุตรภรรยา รวมทั้งทรัพย์สินสมบัติและรูปธรรมที่นำพาเอ็งทั้งหลาย ปล่อยวาง แม้กระทั่งความหมายมั่นในสวรรค์ที่วาง สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนียวรัดจิตใจ ทำให้ชัดขึ้นในความตาย ทุรนทุรายจนวาระสุดท้าย ดังนั้นเมื่อความตายมาถึง ไม่มีอะไรดีกว่าการปล่อยวางทุกสิ่ง แม้กระทั่งตัวตน

ในบรรดาความติดติดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดติดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะสักๆ คนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าวเพราะทำให้ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่มีเรื่องราวหรือเรื่องราวพหุหน้าความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด

ในทางพุทธศาสนา ตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง หากเป็นสิ่งเร้าที่ทับถมมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ปวดยที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนามาก่อน อาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะ





เข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตาม ในกรณีศึกษาติมิตร แพทย์ และพยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอควรและแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปลดวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปลงวางในร่างกายว่า เราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริงว่าสักวันหนึ่งจะวาระต่างๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปคือการช่วยเหลือผู้ป่วยปลงวาง ความรู้สึก ไม่มีเอาความรู้สึกใดๆ เป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นของตน หรือไปยึดมั่นหมายว่า “ฉันเจ็บ” แทนที่จะหันแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉยๆ

การลดความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีผู้ป่วยด้วยโรคร้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องพึ่งยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถลดความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

## 6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

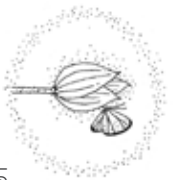
ความสงบใจและการปลงวางสิ่งต่างาคาคติยึดมั่นใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่ปลูกพลาญด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูห้องวัน ผู้ป่วยอยากที่จะประคองจิตใจให้เป็นปกติและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ถูกติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยให้เป็นได้อย่างน้อยก็คือ ช่วยสร้าง

บรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร่ำไห้ ซึ่งมิแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักใคร่จิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะจะสภาวะจิตใจของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ ดังจะได้อธิบายต่อไป

นอกจากนั้นลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกับทำสมาธิภาวนา อาทิ ภาวนาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “พุท” หายใจออก นึกในใจว่า “โธ” หรือนับทุกครั้งที่หายใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้วเริ่มต้นใหม่

หากกำหนดลมหายใจไม่สะดวก ก็ให้จิตจดจ่อกับการรับลงของหน้าท้องขณะหายใจเข้าออก โดยเอามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้องเมือหายใจเข้า ท้องป่องขึ้น ก็นึกในใจว่า “พอง” หายใจออก ท้องยุบ ก็นึกในใจว่า “ยุบ” มีผู้ป่วยมะเร็งบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ ให้จิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกหรือการพองยุบของท้องปรากฏว่าแทบไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย อีกทั้งจิตยังแจ่มใส ตื่นตัวว่าผู้ป่วยที่ญาติมาดักกล่าวอภัยด้วย การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกันโดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่เป็น





เคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นบวกสุดได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตได้ต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

แม้ความสงบในจิตใจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในทางพุทธศาสนาถือว่าสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (และกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าปกติหรือเจ็บไข้) ก็คือ การมีปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่ตัว (อนัตตตา) ความเป็นจริง 3 ประการนี้หมายความว่าไม่มีอะไรสักอย่างที่เรารู้สึกว่ามันมั่นคงเลย ความตายเป็นสิ่งแน่นอน เพราะเรารู้สึกติดบ่วงสิ่งบางอย่างอยู่ แต่เมื่อใดเราเข้าใจกระจ่างชัดว่าไม่มีอะไรที่จะติดยึดไว้ได้ ความตายก็ไม่น่ากลัว และเมื่อใดที่เราระตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างย่อมแปรเปลี่ยนไป ไม่มีอะไรเที่ยงแท้ ความตายก็เป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าไม่มีตัวตนที่เป็นของเราจริงๆ ก็ไม่มี “เรา” ที่เป็นผู้ตาย และไม่มีใครตาย แม้แต่ความตายก็เป็นแค่การเปลี่ยนแปลงจากสิ่งหนึ่งไปเป็นอีกสิ่งหนึ่งตามเหตุปัจจัยเท่านั้น ปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจในความเป็นจริงดังกล่าวนี้แหละที่ทำให้ความตายมิใช่เรื่องน่ากลัวหรือน่ารังเกียจกลัวกลัว และช่วยให้สามารถเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบ

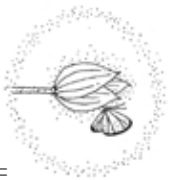
การช่วยเหลือที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ หลายวิธีสามารถนำมาใช้แต่แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าหรือหมดสติ ผู้ป่วยดังกล่าวแม้จะไม่มีการตอบสนองเองให้เราเห็นได้ แต่ใจว่าเขาจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถงอไปเตียงหรืออ้อมแม่ แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังหรือกระแสจิตจากผู้ที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยบางคน

เล่าว่าขณะที่อยู่ในภาวะโคม่าเนื่องจากตรวจเป็นพิษ ตนสามารถได้ยินเสียงหมอและพยาบาลพูดคุยกัน บ้างก็ได้ยินเสียงสวดมนต์จากเทปที่ญาตินำมาเปิดข้างหู มีกรณีหนึ่งทั้งหมดสติเพราะหัวใจหยุดเต้น ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนด้วยการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ ก่อนจะฟื้นคืนชีพช่วยเหลือหายใจ พยาบาลคนหนึ่งได้ถอดฟันทันลมของเขามา ไม่นานเขาก็มีอาการดีขึ้น สืบสาเหตุต่อมา เมื่อชายผู้นั้นเห็นหน้าพยาบาลคนดังกล่าว เขาก็จำเธอได้ทันที ทั้งๆ ที่ตอนที่พยาบาลถอดฟันทันลมนั้นเขาหมดสติและจมนอนจะสิ้นชีวิต

พญอมรา มลิลลา เล่าถึงผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งประสบอุบัติเหตุอย่างหนัก ระหว่างที่นอนหมดสติอยู่ในห้องไอซียูนั้นเป็นอาทิตย์ เขารู้สึกเหมือนลอยแคว้งคว้าง แต่บางช่วงจะรู้สึกว่ามีลมมาแตะที่ตัวเขา พร้อมกับพลังส่งเข้ามา ทำให้ใจที่แคว้งคว้างเหมือนจะขาดหลุดไปนั้นกลับมารวมตัวกัน เกิดความรู้สึกขุ่นมัว สักพักความรู้สึกนั้นก็เลื่อนร่างไปอีกเป็นอย่างนี้ทุกวัน เขามารู้ภายหลังว่ามีพยาบาลผู้หนึ่งทุกเช้าที่เขานอน จะมากับมือเขาแล้วแผ่เมตตาให้กำลังใจ ขอให้กำลังใจและรู้สึกตัว ในที่สุดเขาก็ฟื้นตัวกลับเป็นปกติ ทั้งๆ ที่หมอบอประณมแต่แรกว่ามีโอกาสสรอदनน้อยมาก กรณีนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ว่าแม้จะหมดสติแต่จิตก็สามารถสัมผัสรับรู้กระแสแห่งเมตตาจิตของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้

ด้วยเหตุนี้ผู้ถูกหลอนภูตจิตจริงๆ ไม่ควรที่แค้นหรือหงุดหงิดเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่อารยะโคม่าแล้ว ยังมีหลายอย่างที่เราสามารถทำได้ เช่น อ่านหนังสือธรรมะให้เขาฟัง พูดเชิญชวนให้เขาระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือนึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศล รวมทั้งระลึกถึงความดีที่เคยบำเพ็ญ การพูดให้เขาทายกำขี้กับลูกหลานหรือสิ่งที่เป็นกุศล หรือ





แนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ ก็มีประโยชน์เช่นกัน ที่สำคัญก็คือการสร้างความรักและความสงบ ถูกหลักานุสติมิตรธรรมมีดวงใจดี และการกระทำขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ไม่ควรร้องให้ผู้ป่วย ทะเลาะเบาะแว้ง หรือพูดเรื่องข้อหากระทบกระเทือนใจผู้ป่วย ซึ่งระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในยามเขายังรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ ก็ควรทำอย่างเดียวกัน นั่นเมื่อเขาหมดสติ หากเคยรักเขาจะทำด้วยความเมตตา หรือเปิดเทปบรรยายธรรมให้เขาฟัง ก็ขอให้ทำต่อไป

### 7. กล่าวคำอ้อลา

สำหรับผู้ที่อยากเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เช่น ขอโทษ หรือกล่าวคำอ้อลา ยังไม่สายเกินไปที่จะบอกกล่าวกับเขา มีหญิงสาวผู้หนึ่งนั่งอยู่ข้างเตียงสามีด้วยความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจมากเพราะไม่เคยบอกสามีว่าเธอรักเขาเพียงใด มาบัดนี้สามีของเธอเข้านอนและใกล้ตาย เธอรู้สึกท้อใจเสียใจไปแล้วที่เธอจะทำอะไรได้ แต่พยายามให้กำลังใจเธอว่าเธอยังอายุเต็มเธอพูดแม้จะไม่มีปฏิริยาตอบสนองใดๆ เลยก็ตาม ดังนั้นเธอจึงขออยู่กับเขาอย่างเงียบๆ แล้วบอกสามีว่าเธอรักเขาอย่างสุดซึ้ง และมีความสุขที่ได้อยู่กับเขา หลังจากนั้นเธอก็กล่าวคำอ้อลาว่า “ยากมากที่ฉันจะอยู่โดยไม่เธอ แต่ฉันไม่ยอมให้เห็นเธอทุกข์ทรมานอีกต่อไป ฉะนั้นหากเธอจะจากไป ก็จากไปเถิด” ทันทีที่เธอกล่าวจบ สามีของเธอก็ถอนหายใจยาวแล้วสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ

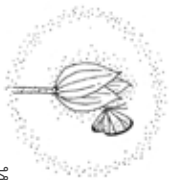
ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากถูกหลานญาติมิตรปรารภจะกล่าวคำอ้อลา ขอให้ตั้งใจ ระวังความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้ง

ขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็นำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่านำได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสิ่งขจรที่ขจรไป น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอ้อลา

แม้ว่าจะได้กล่าวคำอ้อลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีชีวิตอยู่ แต่การกล่าวคำอ้อลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็มีประโยชน์อยู่ที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอ้อลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยอยู่ในห้องไอซียูและมีสัญญาณชีพอ่อนลงเจียนตาย หมอและพยาบาลมักจะพยายามช่วยชีวิตทุกวิถีทาง เช่น กระตุ้นหัวใจ หรือใช้เทคโนโลยีต่างๆ เท่าที่มี บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความวุ่นวาย และยากที่ลูกหลานญาติมิตรจะกล่าวถ้อยคำใดๆ กับผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้า ขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้วญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่ง





หมายความว่า อาจต้องขอให้ระบบการคุ้มครองผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้วสถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้แก่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายเช่น



## การดูแลคำบริกรรมภาวนาและประทีปคำบริกรรม\*

รองศาสตราจารย์ สิริใจ\*\*

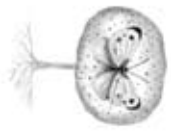


### คำนำ

คำว่า การดูแลคำบริกรรมภาวนา หรือ “spiritual Healing”<sup>1</sup> เป็นคำที่ไม่เคยในสังคมไทย เพราะโดยปกติแล้วจะใช้คำว่าการดูแลด้านจิตใจโดยแพทย์หรือจิตวิทยาเท่านั้น ส่วนประกอบ และมักจะเข้าใจว่าจิตวิทยาเป็นเรื่องของศาสนา ซึ่งถือได้ว่ามีส่วนถูกแต่ไม่ทั้งหมด ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิทยามนุษย์ แต่จิตวิทยาถูกมองให้หมายถึงศาสนาอย่างเดียว มีความหมายกว้างและครอบคลุมหลายสิ่งหลายอย่างที่เกี่ยวกับความเป็นองค์รวมของมนุษย์ อย่างไรก็ตามเมื่อนำคำวจิตวิทยาขึ้นมาใช้ในเรื่องของภาวนาผู้ป่วยระยะ

\* จากหนังสือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เล่มมี ๗๖๖ หน้า) บรรณาธิการ จิตพิมพิโตย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ไอเอส ฟันดิงเฮาส์ พ.ศ.2547  
 \*\* รองศาสตราจารย์รองศาสตราจารย์และมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: ภาควิชาสมาธิภาวนาและจิตวิทยา (สาขาจิตวิทยา)  
<sup>1</sup> Taylor PB, Feszt GG. Spiritual Healing. Holis Nurs Pract 1990 ; 4 : 32-8





สุดท้าย ลักษณะสำคัญของจิตวิญญาณคือ การแสวงหาความหมายของตัวตนภายในของบุคคล เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันระหว่างบุคคลกับบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและความพร้อมที่จะเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบศักดิ์ศรี ด้วยเหตุนี้การให้บริการทางสุขภาพในสังคมปัจจุบัน จึงให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณมิติที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของมนุษย์

## การดูแลการรักษายา

โดยทั่วไปแล้วเรามักจะใช้คำว่า การดูแลรักษาควบคู่กันไป จนอาจทำให้เข้าใจว่าทั้งสองคำคือ คู่แถมกับรักษาเป็นคำเดียวกัน แต่ถ้าพิจารณาจากความหมาย เมื่อใช้คำว่า “การรักษา” หรือ cure จะมุ่งไปที่ตัวโรคของการโรคโดยใช้วิธีการทางการแพทย์ ขณะที่คำว่า “การดูแล” หรือ healing มุ่งเน้นตัวบุคคลที่เจ็บป่วยในลักษณะของความเป็นองค์รวมที่มองจากแง่ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณออกจากกัน การดูแลเป็นเรื่องของการถ่ายทอดความรู้สึกละเอียดอ่อนลึกซึ้ง เป็นเรื่องของทางจิตวิญญาณของบุคคล<sup>2</sup> การดูแลจึงเป็นสิ่งเริ่มจากใจและออกจากใจของผู้ดูแลไปสู่ผู้ป่วย และด้วยเหตุนี้ในอดีตกาล การรักษาผู้เจ็บป่วยจะกระทำควบคู่ไปกับการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งในยุคดังกล่าวศาสนามีบทบาทที่สำคัญ ทำให้แนวความคิดของการรักษาเชิงวิทยาศาสตร์กับการดูแลทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นหน้าที่ของศาสนาควบคู่กันมาตลอดและแสดงออกด้วยสัญลักษณ์ของสองตัวพัฒนาคบเพลิง ภูตวงหนึ่งหมายถึงการรักษา อีกตัวหนึ่งหมายถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ จนกระทั่งไปพหุหมายถึงความปรารถนาสุขภาพอันอง

<sup>2</sup> McGlone ME: Healing the Spirit. *Holls Nurs Pract* 1990 ; 4 : 77-84.

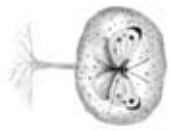
ผู้ให้การดูแลรักษา สัญลักษณ์งูพันคบหรือคอดูซีอุซ (caduceus) จึงกลายเป็นสัญลักษณ์สากลของการแพทย์ที่รู้จักกันดีทั่วโลก

## จิตวิทยาเหนือจริง

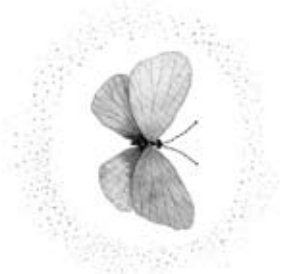
คำถามว่า จิตวิญญาณคืออะไร เป็นคำถามที่เฝ้าคอยให้คำตอบที่เด็ดขาดตายตัวได้ เมื่อใดก็ตามที่เราพยายามให้คำจำกัดความที่แน่นอนลงไป ก็จะไม่ใช่ความหมายที่แท้จริงของจิตวิญญาณ เพราะจะเป็นการตีกรอบให้กับความเข้าใจเพียงบางด้าน คำอธิบายที่กว้างที่สุดคือจิตวิญญาณ ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดความมีชีวิตชีวา การเกิดกำลังใจตอบสนองพร้อมับวิธีการรักษาพยาบาล รวมถึงการเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ให้ข้อคิดเกี่ยวกับความหมายของจิตวิญญาณว่า เป็นคำที่ช่วยเสริมย้ำความรู้สึกให้หนักแน่น...อยู่ในขอบข่ายของจิต แต่เน้นด้านความรู้สึกที่ลึกซึ้ง เชื่อกถึงภาวะทางจิตที่มืดดำ ลึกลงไปภายใน ข้อคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับคำอธิบายของพจนานุกรมเวบสเตอร์ (ค.ศ.1983) ที่อธิบายว่าจิตวิญญาณเป็นตัวตนภายในที่ลึกซึ้งของบุคคล เป็นความรู้สึกละเอียดอ่อนผูกพันกับบางสิ่งๆ ทำให้เกิดพลังใจ เกิดความหวัง ความมีชีวิตชีวา มีจุดมุ่งหมาย มีความอึดอมใจ ทำให้บุคคลเผชิญสถานการณ์แต่ละอย่างที่เกิดขึ้นแก่ตนได้ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้หรือสิ้นหวัง

นอกจากศาสนาซึ่งเป็นจิตวิญญาณด้านหนึ่งของบุคคลแล้ว ยังมีสิ่งอื่นๆ ที่อาจมีความหมายเป็นจิตวิญญาณของบุคคลได้เช่นกัน เช่น วัตถุประสงค์ของผู้คนผู้เป็นที่รัก ครอบครัว ความเชื่อบางเรื่อง สถานที่ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้อาจดูไม่มีความหมายในความรู้สึกของผู้คน แต่อาจเป็น





สิ่งมีชีวิตความสำคัญเป็นจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ ผู้ป่วยบางรายออกไปยังบ้านของตนเพื่อให้ได้มีโอกาสเห็นและอยู่เป็นครั้งสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยเด็กหญิงรายหนึ่ง ดิโดใจร้ายจากการถูกละเมิดทางเพศโดยปู่และอาเพื่อนบ้านนำเธอมารักชาติที่โรงพยาบาล เมื่ออาการของเธอทรุดลงและอยู่ในภาวะสุดท้าย เธอขอกลับบ้าน เพราะคิดถึงน้องคนเล็กอายุ 8 เดือนที่เคยเลี้ยงดูมา เมื่อฝ่ายรักษาพยาบาลนำเธอกลับไปถึงบ้านภพที่ทุกคนได้เห็นด้วยความประหลาดใจก็คือ เธอสามารถลุกขึ้นเดินได้เข้าไปอุ้มน้อง ห่มผ้าให้เอง และเมื่อเธอกลับไปโรงพยาบาล เธอมีอาการสงบ สีหน้าอึมครึม แหวดตาแจ่มใส และจากไปด้วยอาการเหมือนคนนอนหลับ กรณีของเด็กหญิงนี้กล่าวได้ว่าความรู้สึกรู้สึกผูกพันกับน้องการได้กลับบ้านเป็นความรู้สึกลึกซึ้งทางวิญญาณของเธอ เมื่อได้รับการตอบสนองของทำให้เธอมีพลัง มีความปิติใจและเมตตากรุณาครั้งสุดท้ายได้อย่างสงบ



ความหลากหลายทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยาระสุดท้ายแสดงในตารางต่อไปนี้

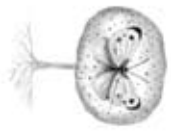
ตารางที่ 1 ตัวอย่างความหลากหลายทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ป่วย	ด้านร่างกาย	จิตใจ	สิ่งแวดล้อม (จิตสังคม)	จิตวิญญาณ
หญิงอายุ 40 ปี	การดูแลด้านอาการเจ็บป่วย	พูดคุยให้กำลังใจ	ทำความเข้าใจกับครอบครัว	ได้ยินคำพูดให้กำลังใจจากสามี
ชายอายุ 47 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย		ญาติมิตรที่สนิทใจไม่ขาด	ขอให้มารดาอุปการะและสวมเนคไทที่พี่หญิงเหมือนสมัยเป็นเด็ก
หญิงอายุ 10 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย	ตอบคำถาม	จัดงานวันคล้ายวันเกิด	ตึกตาคาหมิกจากคาราที่ต้นตำบ
ชายอายุ 5 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย	ตอบคำถาม	อธิบายให้ครอบครัวฟังถึงอาการของโรคและระยะเวลาที่เหลือ	ได้เดินนำหน้าภวานิมิตตาในโบสถ์วันอาทิตย์ตามที่ปรารถนา*

\* ตามธรรมเนียมประเพณีของศาสนาคริสต์คาทอลิก เมื่อประกอบพิธีศพ วันอาทิตย์จะมีเด็กเป็นผู้ช่วยมิชชันนารีเดินร่วมขบวนพระสงฆ์ (บาทหลวง)







## ความเป็นไปด้วยการตอบสนองทางทัศนคติ

การให้บริการแบบองค์รวมโดยเน้นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ จะเป็นไปได้และบรรลุผลมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ

1. การตระหนักถึงความสำคัญ การเห็นความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิญญาณเป็นจุดเริ่มต้น<sup>4</sup> ที่สำคัญที่สุดของการนำไปสู่การดำเนินการขั้นอื่นๆ ถ้าผู้ใช้บริการสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ในคุณค่าแก่เรื่องนี้และตระหนักว่าเป็นสิ่งดีที่จะ “อยู่กับผู้ป่วย” (being with them) เมื่อกระบวนการรักษาทางร่างกายไม่อาจทำอะไรได้แล้ว

2. ความรู้สึกเมตตาสงสาร ด้วยความรู้สึกที่เข้าใจและเห็นใจต่อสภาวะของผู้ป่วย ความรู้สึกเมตตาสงสารจะนำไปสู่ความอดทนและเพียรพยายามทำสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย

3. ความรู้สึกที่เอื้อเฟื้อไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทีมงานรักษาพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจว่าทีมงานรักษาพยาบาลได้ให้สิ่งที่ดีที่สุดและทำสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

4. ความเคารพในความเป็นบุคคล ผู้ป่วยวาระสุดท้ายอาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้และตอบสนองได้อย่างปกติทั่วไป แต่ศักดิ์ศรี

ของความ เป็นบุคคลเป็นมนุษย์ยังคงอยู่ และเป็นสิทธิทางจริยธรรม (moral right) ที่ผู้ป่วยพึงได้รับการปฏิบัติด้วยดี

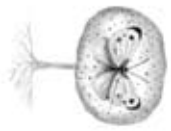
5. การให้อภัย ในภาวะสุดท้ายของชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในสภาพของทุกขเวทนา อารมณ์และการแสดงออกอาจไม่เป็นไปในทางที่ดีหรือเหมาะสม ผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล จำเป็นต้องมีความอดกลั้นและให้อภัย ขณะเดียวกันผู้ป่วยเกิดความรู้สึกให้อภัยต่อสิ่งที่ตนเองต้องทนทุกข์ เพื่อให้อึดสง

6. การทำงานเป็นทีม (interdisciplinary team) การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่อาจปฏิบัติได้ตามลำพังของผู้ใดคนหนึ่ง แต่จะต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันและร่วมมือ ร่วมใจ ปฏิบัติ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญคือต้องมีเวลายามกำหนดสิ่งใดตายตัวในเรื่องของ จิตวิญญาณที่นอกจากกำหนดได้

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยลักษณะงานเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยกำลังใจ ความอดทน อุทิศเวลา เสียสละและแสวงหาความรู้และวิธีการใหม่ๆ มาช่วยเหลือผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจในการทำงาน ปัญหาที่ต้องเผชิญอาจทำให้แพทย์และพยาบาลท้อถอยและหมดหวังทางจิตใจ (moral distress) บ้างในบางครั้ง แต่ขณะเดียวกัน ถ้าแพทย์และพยาบาลมีความตั้งใจมั่นว่าตนเป็นผู้ที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์แก่เพื่อนมนุษย์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพของการมีสุขภาพสมบูรณ์โดยเร็ว รวมถึงอยู่เคียงข้างดูแลต่อมของด้านจิตวิญญาณ เมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยจะจากไป สิ่งที่แพทย์และพยาบาลให้แก่นุเคราะห์ชาติคือ เมตตาธรรมที่เมตตาความเป็นทรัพย์สินสมบัติหรือเงินทองใดๆ ได้ เป็นงานที่แสดงออกถึงจิตวิญญาณของการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายอันดีเยี่ยม

<sup>3</sup> Barnum BJ. Holistic nursing and nursing process. *Holist Nurs Pract* 1987 ; 1 : 27-35  
<sup>4</sup> Cohen MZ, Sarter B. Love and work : oncology nurses' view of the meaning of their work. *Oncol Nurs Forum* 1992 ; 19 : 1481-6  
<sup>5</sup> Clark CC, Cross JR, Deane DM, Lowry LW. Spirituality : Integral to Quality care. *Holl Nurs Pract* 1991 ; 5 : 67-76





## ประเด็นจริยธรรมของารฎีกาต่อหัตถ์วิชาแพทย์

คำว่า “ประเด็นจริยธรรม” (ethical issues) หมายถึง เรื่องที่จะต้องพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยภาวะสุดท้าย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมเรื่อง การเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย (beneficence) เป็นสำคัญ ประเด็นจริยธรรมที่สำคัญและเกี่ยวข้องในการดูแลด้านจิตวิญญาณนอกจากสรุปได้ดังต่อไปนี้

### 1. การบอกข้อมูลและการบอกความจริง (veracity, truth telling) <sup>6</sup>

การบอกข้อมูลทั่วไป ซึ่งอยู่ในดุลพินิจของที่มีฐานะทางการแพทย์แต่เป็นการบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาวิธีการรักษา ผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดและยกแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว การบอกเรื่องผิดคิดว่าธรรมดา อาจไม่ธรรมดาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ และที่ยากที่สุดก็คือ การบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยก็จะเสียชีวิต ในสังคมตะวันตกประเด็นดังกล่าวนี้อาจไม่ยุ่งยากนัก เนื่องจากมีกฎหมายบังคับอยู่ว่าฝ่ายรักษาพยาบาลจะต้องบอกทุกอย่างแก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกันความเชื่อกทางศาสนาและค่านิยมของตะวันตกมีการพูดถึงความตายอย่างตรงไปตรงมาและเปิดเผย ศาสนาคริสต์มองความตายว่าเป็นการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ไปสู่ชีวิตนิรันดร์ในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายจึงเป็นการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่

อีกชีวิตหนึ่ง พระพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยมองความตายตรงกับผู้ที่กำลังจะตาย แต่คนไทยส่วนใหญ่ยังคงรับไม่เต็มใจการที่รู้ว่าตนกำลังจะตาย ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะบอกอย่างไรแก่ญาติครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อบอกแล้วจะช่วยอะไรระดับจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างไร

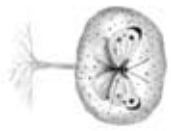
### 2. การบรรเทาความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยญาติมิตร และทีมรักษาพยาบาล การบรรเทาอาการปวดด้วยยาเป็นดุลพินิจของแพทย์ ประเด็นสำคัญของจริยธรรมที่เกี่ยวกับอาการปวดคือการมองและยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเข้มแข็ง แต่บางรายก็ทรมานทรมานอย่างสาหัส การมองความปวดว่าเป็นอาการของโรคที่จะต้องเป็นเช่นนั้น กับการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะทำให้มองเห็นวิถีการปฏิบัติที่ควรจะเป็น แพทย์หญิงลินดา อิมมานูเอล (Linda Emanuel)<sup>7</sup> แห่งคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้ข้อคิดว่า ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องไม่รู้สึกกลัวหรือหลีกเลี่ยงการปวดของผู้ป่วย ผู้ให้การรักษาก็สามารถรับรู้ถึงความเจ็บปวด ยอมให้ผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวด และไม่หวาดเกรงที่จะช่วยบำบัดอาการปวดนั้น (Healers can hear pain, healers give people permission to show pain, healers are not afraid to see pain.)

<sup>6</sup> Buckman R.How to break bad news : A guide for health care profession. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1992

<sup>7</sup> Emanuel L. The privilege and the pain. *Ann Intern Med* 1995 : 122 : 797-8





การบรรเทาความเจ็บปวดนอกจากจะกระทำได้ด้วยยาแล้ว การสัมผัส อุณหภูมิ หรือจับมือผู้ป่วยตามแต่กรณี จะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยในด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสตรีสูงอายุนั้นที่เจ็บปวดจากการอักเสบของกระดูกกล่าวว่า “ขณะที่มือของพยาบาลลูบไล้บนขาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารู้สึกได้ถึงสัมผัสที่อ่อนโยนนุ่มนวล เมื่อเธอพูดว่าขอโทษฉันใจ ดีฉันจะช่วยคุณ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการปวดลดลงอย่างประหลาด”

### 3. การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care) “decisions about level of aggressiveness of care” เป็นอีกประเด็นหนึ่งของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาล ในปัจจุบันจุดสำคัญของปัญหาคือการพิจารณาว่าจะพยายามช่วยด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มความสามารถเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่ง กับการรักษาตามอาการและไม่พยายามใช้เครื่องมือหรือวิธีการใด ๆ ในการที่จะช่วยชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่บังเกิดผลและเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานอีกด้านหนึ่ง บางครั้งญาติอาจเป็นผู้ช่วยหรือให้ยุติการพยายามเหล่านี้ และในบางครั้งฝ่ายรักษาพยาบาลเองก็อาจเป็นผู้ช่วยอธิบายแก่ญาติว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด โดยหลักการของจริยศาสตร์การแพทย์แล้ว ไม่พึงกระทำสิ่งใด ๆ ที่อาจ

เป็นการทำให้เกิดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (first do no harm : Hippocratic Oath) แต่ตามสภาพความเป็นจริงบางครั้งอาจมีองค์ประกอบอื่นมาทำให้จำเป็นต้องกระทำในสิ่งที่ฝ่ายรักษาพยาบาลเองไม่ประสงค์ที่จะกระทำ เช่น การถูกขอรับรองจากญาติให้ช่วยอย่างเต็มที่จนกว่าจะถึงวินาทีสุดท้าย การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ อยู่ในในการจากไปกับการตายภายใต้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ควรเลือกเส้นทางใด บางครั้งก็เป็นสิ่งที่มีออกตอบได้ง่าย ๆ

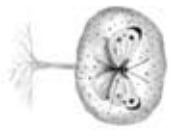
### 4. กลางสังหรณ์ในกัลติทาย (symbolic expression of dying patient) ๑

ผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตายบางคนมักจะพูดหรือแสดงกิริยาบางอย่างที่ออกมาจากภายในตัวตน โดยอาจมองว่าเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หาหรือเพื่อ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อสังเกตว่า หากผู้ที่ใกล้ตายให้ความสนใจและความสำคัญแก่ประเด็นที่พูดสนทนา ก็อาจเป็นโอกาสที่สุดท้ายใกล้ตายรายหนึ่ง ยกมือไขว่คว้าและเรียกชื่อบุคคลออกมาพยาบาลผู้ดูแลในขณะนั้นจับมือผู้ป่วยไว้และลูบหลังเบา ๆ พูดกับผู้ป่วยว่า “ต้องการแสดงออกอะไรหรือ” กลางสังหรณ์ของผู้วาระสุดท้ายใกล้ตายมักอยู่ในช่วงของการไม่รู้สึกรู้หาของผู้ป่วย ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะเป็นผู้ที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก

<sup>๑</sup> Boggs JG, Schmitt MH. Intensive care decision about level of aggressiveness of care. *Res Nurs Health* 1995 ; 18 : 345-55

<sup>๑</sup> Dugan DO. Symbolic expressions of dying patients : communications , not indications. *Nurs Forum* 1989 ; 24 : 18-27





และพยายามเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีใจจะดีอยากได้พบได้เห็นและเฝ้าเยี่ยมในสิ่งเหล่านี้ การช่วยโยให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายอย่างสงบ ไม่กระสับกระส่ายทรมานทรมาน เป็นสิ่งที่ยอมรับทางวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์โดยทั่วไป ดังนั้นการเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยก็สำคัญว่าเป็นการแสดงความออกจากระบบจิตใจ (symbols of solace) อาจช่วยทำให้ตอบสนองทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้

### 5. การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

ตามที่ได้อธิบายในตอนต้นของความมาแล้วว่า จิตวิญญาณของบุคคลคือส่วนที่ลึกที่สุดด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตโดยส่วนรวมของบุคคลนั้น การสามารถรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็สำคัญและได้ตอบสนองสิ่งนั้นแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญและเป็นภาระของผู้ป่วยให้จากไปอย่างสงบเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ เช่น การได้รับ “การดูใจ” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผู้ป่วยพึ่งพา การได้เห็น “ผู้เหลือใจ” (พระภิกษุ) การได้ฟังเสียงสวดมนต์ หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ทั้งหมดนี้ย่อมแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อความค่านึงคือการตอบสนองทางจิตวิญญาณ<sup>10</sup> ที่แท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ตามความเห็นของผู้อื่นที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตายที่ฝ่ายดูแลต้องการ

### สรุป

ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือผัดผ่อน มนุษย์โดยทั่วไปหวาดกลัวต่อความตายและไม่ปรารถนาที่จะพูดถึง อย่างไรก็ตามถ้าเรายอมรับความจริงได้ว่า ความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นแก่มนุษย์ทุกคน ทำอย่างไรเราจะช่วยให้คนที่เผชิญกับความตายก่อนได้พบกับภาวะของความตายอย่างไม่น่าหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน และเจ็บปวดทรมานตาย ผู้ป่วยมะเร็งในกรณีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการทวงทวงทางร่างกาย จิตใจ รวมตลอดไปถึงญาติมิตรของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะของความทุกข์โศกต่างนี้ด้วยเช่นกัน การที่แพทย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย ประคับประคองในด้านจิตใจให้บรรยากาศที่สะอาดสบายอบอุ่น รวมถึงการให้กำลังใจตลอดไปแก่ครอบครัวของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ความตายไม่ใช่อะไรที่น่ากลัว แต่เป็นการหลีกหนีที่สงบสุข สวยงามและไปดี นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีแก่ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังเป็นการแสดงออกถึงความหมายที่แท้จริงของความเมตตา กรุณา ความรักที่มนุษย์ให้แก่กัน อันเป็นการกระทำที่มีคุณค่าเป็นเงินทองใดๆ หรือเกียรติยศใดๆ ได้ทั้งสิ้น ดังข้อความที่อริสโตเติลกล่าวไว้และยังคงเป็นความจริงมาตลอด



<sup>10</sup> DeVich L, Field BE, Carlson RE. Supportive care for hopelessly ill. Nurs Outlook 1990 ; 38 : 140-2





# จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง “สิทธิที่จะตายดี”

อภิญญาศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์



## 1. กว่าจะเป็นมาตรา 12 ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อประชาชนที่มีสิทธิที่จะตายดี

ในกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินั้น มาตรา 12 เป็นมาตราที่ได้ถูกพิจารณาโดยผ่านการถกแถลงกันอย่างกว้างขวาง หลายขั้นตอนในระหว่างยุคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการเปิดรับฟังจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทุกฝ่าย นักกฎหมาย ภาคประชาชน ฯลฯ และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ พระคณาจารย์ที่ปรึกษาให้หลักคิดพื้นฐานและการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง “ตายดี” ไว้อย่างมากมาอยู่ทางกรรมและทางโลก ทั้งนี้เพราะเป็นเรื่องใหม่และเรื่องใหญ่ในสังคมไทย ที่จะต้องทำความเข้าใจถึงหลักคิดและแนวทางปฏิบัติให้เข้าใจชัดเจนเหมาะสมตรงกันด้วยความสุขุมรอบคอบรอบด้าน

สรุปกล่าวได้ว่า มาตรา 12 นั้น มีเจตจำนงให้ “สิทธิ” แก่ประชาชนที่จะ “ตายดี” ได้ ภายใต้หลักเกณฑ์ และวิธีการที่กฎกระทรวง





ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะกำหนดแนวทางปฏิบัติของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไว้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันอย่างแท้จริง ฉะนั้นปัญหาประเด็นแรกที่ต้องทำความเข้าใจเป็นแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ ก็คือ ความหมายของคำว่า “ตายดี”

## 2. ความหมายของการ “ตายดี” อันเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการมีชีวิต

### 2.1 ท่านพุทธทาส ได้เทศนาสั่งสอนไว้ว่า :-

“ตายดี” คือ การตายอย่างสงบ และมีสติ จุดตัดสินใจอยู่ที่สามารถตายหรือความเจ็บปวดที่ได้รับ แต่อยู่ที่จิตใจว่าจะมีสติ ได้เตรียมตัวตาย ไม่ต่อสู่ว่าไม่ยอมตาย แต่สมัครใจตายอย่างเป็นไปตามธรรมชาติของสิ่งๆที่ไม่เที่ยง และต้องดับไปในที่สุดอย่างสงบเย็น เป็นอันจึ่ง ทุกข์ อดตาย

“ตายดีเป็น” คือ ตายก่อนตาย ไม่เสียมันในตัวตน ตัวกู-ของกู ร่างกายจะแตกดับไปก็ให้ตายอย่างสงบสงสาร ปลงอายุได้ อันเป็นการสมัครใจตายด้วยสติปัญญา และเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ถ้าตายโดยไม่ยอมตายทางร่างกายก็คือ เป็นการตายในไฟ

และท่านได้ตอกย้ำว่า หากเราตั้งใจอยู่ในกระแสเวียงว้ายตายเกิด มีกิเลส ทำกรรม รับผลกรรม เป็นประจำวันตราปัด ก็เท่ากับจมอยู่ในกองกิเลส กองทุกข์ อันเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกล ตัวกู-ของกู ฉะนั้นต้องทำให้กิเลสตายเสียก่อน ซึ่งถือว่าตายก่อนร่างกายตาย จึงเป็นเรื่องสงบเย็น-เป็นนิพพาน

### 2.2 พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้เมตตาชี้แนะไว้ว่า :-

การตายดี คือ มิสติ ไม่หลงการตาย จิตใจสงบ จุดที่ขาดมิได้อยู่

ที่สภาพการตายหรือการเจ็บปวดที่เตรียม แต่อยู่ที่จิตใจที่สงบ ไม่เป็นเพื่อนเศร้าหมองขุ่นมัว เข้าถึงและยอมรับความจริงของชีวิตของความเป็นตาย ฉะนั้นเราจึงต้องพยายามสร้างบรรยากาศใจเย็นไปปัจจัยให้ผู้ป่วยตายดี

การบรรลุมรรณม ฆนุญสามารถบรรลุมรรณมได้แม้ถึงวาระสุดท้ายเพราะความเจ็บปวดทรมานที่เกิดขึ้นจะเกื้อหนุนให้เกิดปัญญา ฉะนั้นต้องให้ปัญญาทำให้ดีที่สุดในการพิจารณาถึงมิติทางร่างกาย จิตใจ การใช้เทคโนโลยี และความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตที่แท้จริง ซึ่งต้องอาศัยเจตนาดีที่สุด พร้อมทั้งความมีเมตตา กรุณา ปรานี และประกอบด้วยความศรัทธาที่ศรัทธาไปอยู่เสมอ

### 2.3 พระไพศาล วิสาโล ได้กรุณาชี้แนะไว้ว่า :-

คนธรรมดาสามารถเข้าถึงความสงบในระยะสุดท้ายได้เหมือนกัน สภาพแวดล้อม มีส่วนสำคัญช่วยให้เราตายอย่างสงบได้ แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ เราต้องฝึกฝนพัฒนาตนเองในเวลาใกล้ตาย หากต้องทำทั้งชีวิตด้วยการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องตามทำนองคลองธรรม หมั่นสร้างความดีอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เผชิญความตายอย่างสงบ คือ ตายดีได้ มีคำกล่าวอยู่ทุกยุคสมัยว่า “ตายแล้วไปไหน” ซึ่งไม่สำคัญเท่าเท่ากับว่า “ทำอย่างไรจึงจะตายอย่างสงบคือตายดีได้”

## 3. เมหะทศนุญกัณฑ์การตายดี ชึ่งสะท้อนถึงผลของการมีชีวิตอยู่ที่ดีเป็นขั้นสำคัญ

3.1 ความตายคือปลายทางสุดท้ายของเรา เราใช้ชีวิตอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น หากเราปรารถนาจะตายอย่างสงบ ตายดีเราก็ต้องบ่มเพาะความสงบขึ้นในจิตใจเรา และมีวิถีดำเนินชีวิตของเราให้ได้เป็นจริง





**3.2 ความตายมิใช่เป็นเพียงวิกฤตของชีวิตเท่านั้น แต่เป็นโอกาสทางจิตวิญญาณที่จะนำพาให้ผู้ตายที่มีจิตเป็นกุศลสงบเย็น และถ้ายังสามารถถึมสติเต็มที ก็จะเห็นโทษของการติดยึดสิ่งขาร ก็ยังสามารถละวางได้จริง**

**3.3 การบำเพ็ญเพียรจะทำให้เห็นความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต** จึงควรบำเพ็ญกรรมานุสสติขึ้นมา เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับการดับสลายของจิต ด้วยการทำสมาธิพิจารณาถึงความตาย และมุ่งนึกถึง “โพธิจิต” ในขณะจะสิ้นใจได้ง่าย (โพธิจิต-หมายถึงจิตที่ตื่นแล้ว และมุ่งบำเพ็ญจะบรรลุพุทธภาวะเพื่อให้พ้นทุกข์)

**3.4 การตายดีต้องมีสติตั้งแต่เดิมนี่** มีการเตรียมพร้อมที่จะตาย โดยไม่ต้องสู้อำไปอยากตาย สมควรใจตายให้แตกดับพร้อมสังขาร โดยดับความยึดมั่นถือมั่น

**3.5 สติที่จะตายดี มีใช้สัทธิจะฆ่าตัวตาย** เพราะการฆ่าตัวตายเป็นการหนีปัญหาด้วยจิตที่เป็นอกุศล เศร้าหมอง เคียดแค้น หลงผิด ฯลฯ

**3.6 ผู้ป่วยที่สมควรร่างกายทรุดโทรมจนไม่อาจฟื้นคืน** ควรจะมีสิทธิตายตามธรรมชาติได้ โดยไม่ถูกแทรกแซงยื้อยุดไว้ด้วยยา รวมน้ำเกลือโมเลียมานาประการ

**3.7 หนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ตาม มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหรือที่บางคนเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต”** เป็นวิธีการที่จะช่วยเหลือผู้แก่ผู้ชราให้สามารถเลือกวิถีตายอย่างสงบ คือ “ตายดี” ซึ่งมิใช่การแจ้งตนเอง แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะจะทำให้แพทย์ผู้รักษาครอบครัว และญาติพี่น้องไม่เกิดความเคารพ และสามารถทำตามเจตนาของตนของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การที่มีการถกเถียงกันมากเกี่ยวกับประเด็นการทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น ก็เนื่องด้วยเหตุที่แม้เข้าใจถึงการตายดี ตายเป็น ตายอย่างสงบเย็น ที่เป็นผลจากการมีชีวิตอยู่ที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญ

**4. ปาโรชีย “พระมหาสุคติ” เป็นพื้นที่ชุมชนอันจำเป็นในการเตรียมตัวเตรียมใจตายอย่างมีสติหรือตายดี**

- 4.1 องค์ทะไลลามะ ทรงสั่งสอนไว้ให้หมั่นพิจารณา ดังนี้ :-**
- (1) การเจริญกรรมานุสสติ จะช่วยให้เราใช้เวลาและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า
  - (2) ระวังตัวไม่ให้ตกอยู่ในความประมาท โดยแผ่แผ่แผ่เวลาปฏิบัติออกไป
  - (3) ตระหนักว่าคนเราไม่อาจจะอยู่ในสถานภาพใด ก็ต้องถึงจุดสิ้นสุด ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงพ้นความตายได้
  - (4) อย่าคิดว่ายังมีเวลาเหลืออีก เพราะอายุหรือช่วงเวลาก็จะจากไปไม่แน่นอน อีกทั้งสาเหตุการตายก็มีมากมาย
  - (5) เผอิญกับวาระสุดท้ายอย่างมีสติด้วยการปฏิบัติของตนเอง เพราะไม่มีใครช่วยได้





## 4.2 พระพรหมคุณวราภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้ชี้แนะถึงการเรียนรู้ และปฏิบัติตนไว้ดังนี้

- (1) ให้เห็นความจริงว่า ชีวิตมนุษย์ไม่แน่นอน จึงควรเห็นคุณค่าของเวลา ไม่ตั้งอยู่ในความประมาท
- (2) ให้รู้เท่าทันความจริงว่า ดายแล้วเอาอะไรไปไม่ได้ พึ่งรู้จักริธี ปล่อยให้สิ้นทรัพย์ให้เกิดประโยชน์ รู้จักเห็นใจผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ยากไร้ มีเมตตาต่อกันไว้
- (3) ให้ตระหนักในความจริงที่ว่า ทุกคน “มีกรรมเป็นของตน พึ่งมุ่งทำความดีไว้”
- (4) ให้ระลึกถึงหลักธรรมดว่า ทุกคนรักชีวิต กลัวความตาย พึ่งทำกับเขาเช่นที่อยากให้เราทำกับเรา

## 5. ข้อสังเกตเกี่ยวกับความหมายที่แท้จริงของ “ความตาย”

5.1 พระพรหมคุณวราภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้ยกข้อสังเกตที่สำคัญคือ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ทางการแพทย์และเทคโนโลยีมากมาย แต่ก็ยังไม่อาจให้ความรู้เกี่ยวกับชีวิตคนว่า “ดับเมื่อไรแน่” ซึ่งทางพุทธศาสนาถือว่า “เมื่อจิตสุดท้ายดับ” แต่วิทยาศาสตร์ถือในระดับรูปธรรมหรือร่างกาย โดยที่ความรู้ที่สมบูรณ์ของชีวิตจะบรรจบกันทั้งร่างกายและจิตใจยังไม่เพียงพอ จึงกล่าวได้ว่า ยังมีปัญหาของความไม่สมบูรณ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติกับการมีเครื่องมื่อจัดการกับธรรมชาติอยู่อีกมาก ฉะนั้นในการไม่รู้อะไรจริงชัด แต่ไม่เอาใจรอดได้ ก็ต้องใ้ปัญญาตัดสินใจให้ดีที่สุดในการปฏิบัติ โดยใช้หลักการ 2 ชั้น คือ

(1) หลักการเกี่ยวกับความเป็นจริงตามธรรมชาติ

(2) หลักการเกี่ยวกับการสนองความต้องการของมนุษย์ว่าจะปฏิบัติอย่างไรในกรณีที่มี ความจริงเท่าที่รู้ ที่เกี่ยวข้องกับ “ความตาย” ทั้งนี้ต้องประกอบด้วยความไม่เมตตา กรุณา ประณิน ที่ประกอบด้วยความถูกต้องด้วยเสมอ

5.2 นอกจากแนวคิดข้างต้นแล้ว นพ.สันต์ ทัศนวิรัตน์ ยังได้กล่าวถึงเรื่อง “ความตายในคน” ไว้ว่า เป็นสิ่งสมมุติ สุดแต่เราจะกำหนดว่าอะไรคือความตาย ซึ่งจะเปลี่ยนไปได้เรื่อยๆ ตามความเชื่อและการกำหนดเกณฑ์ที่ต่างกัน ของสังคมแต่ละแห่งในแต่ละยุคสมัย

## 6. คำศัพท์

ข้อเขียนข้างต้น เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และเก็บเกี่ยวสาระสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง “การตายดี” และ “สิทธิการตายดี” ที่ผู้เขียนได้จากการติดตามเข้าร่วมประชุมที่กล่าวถึงในหัวข้อที่ 1 ข้างต้นของเอกสารนี้ ประกอบกับการศึกษาจากเอกสารธรรมะต่างๆ เพื่อให้มีความเข้าใจว่า ในการที่จะมุ่งหวังให้ประชาชนได้มี “สิทธิการตายดี” ได้จริงตามเจตนารมณ์ของพระป.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 นั้น สังคมส่วนรวมจะต้องมีความเข้าใจดีพอควร ทั้งในด้านแนวคิดพื้นฐาน รวมทั้งหลักการที่เกี่ยวข้องของอีกมากมาย ตลอดจนหลักการปฏิบัติของผู้อยู่ในแวดวงการให้บริการสาธารณสุข ให้สามารถร่วมมืออย่างเหมาะสมถูกต้องในการอำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้ “สิทธิในการตายดี” ของภาคประชาชนได้จริง สมดังเจตนารมณ์ร่วมกัน อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้มากที่สุด





គំរូបដ៏ស្រស់ស្អាត  
នៃការរីកចម្រើន





# แนวคิดของนักทฤษฎีภาษาไทยเกี่ยวกับ การปฏิเสธการรักเขาทิ้ง: หนีไปสู่การตาย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อังประพันธ์\*



ในสังคมไทย เช่นเดียวกับสังคมตะวันตก ออกันๆ ประชดงนไม่  
ค่อยมีความตื่นตัวเรื่องสิทธิในด้านต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิที่จะตาย  
(the right to die) เหมือนที่ปรากฏในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะใน  
สหรัฐอเมริกา สังคมได้มีการต่อสู้เรียกร้องสิทธิที่จะตายเป็นเวลา  
หลายทศวรรษแล้ว ทั้งนี้เพราะประเทศเหล่านั้น มีกฎหมายที่เตรียม  
อิทธิพลมาจากคริสต์ศาสนา ที่ลงโทษผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง  
ความว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะถูกดำเนินคดีอาญา และจะถูกลงโทษ  
ทางอาญา และผู้ที่ย่อยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ก็จะเป็นความผิดเช่น  
เดียวกัน เพราะรัฐถือว่า การฆ่าตัวตายเป็นการละเมิดต่อพระเจ้า  
ผู้เทำเนิตชีวิต รัฐจึงต้องคุ้มครองทุกชีวิต ไม่ใช่ผู้ใดทำลาย แม้จะเป็น  
เจ้าของชีวิตเองก็ตาม กฎหมายดังกล่าวจึงทำให้เห็นว่าประชาชนไม่มีสิทธิ  
ที่จะ (ฆ่าตัว) ตาย

\* พ.น.น.บ., D.Med. ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





คำสำหรับประมวลกฎหมายอาญาของไทยนั้น ไม่มีบทบัญญัติทำนองนั้นแต่อย่างใด บทบัญญัติดังกล่าวได้แก่ มาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติความผิดสำหรับ การช่วยเหลือผู้ต้องหาอายุไม่เกิน 16 ปี หรือผู้ซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ผู้ต้องหาเอง และถ้าการผู้ต้องหาเองนั้นได้เกิดขึ้น หรือได้มีการพยายามผู้ต้องหาเองเกิดขึ้นการช่วยเหลือการชดเชยนั้น จึงจะเป็นความผิด ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทบัญญัติข้างต้นของกฎหมายไทย ไม่ได้เอาผิดกับคนฆ่าตัวตายโดยตรง ประกอบกับทัศนคติทางพุทธศาสนาตามแนวเถรวาท ที่มีอิทธิพลต่อสังคมไทย การฆ่าตัวตาย ก็มีได้ถือว่าเป็นบาปที่ร้ายแรงในพุทธศาสนา ภิกษุที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เพียงต้องอาบัติทุกกฏ ซึ่งเป็นอาบัติเบาที่สุด การฆ่าตัวตายไม่เกิดศีลข้อปาณาติบาต เพราะพระพุทธศาสนามองว่า เจ้าของชีวิตมีสิทธิในชีวิตของเขา ซึ่งสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนสากล อีกทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับก็รับรองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนทุกคน

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายในสังคมไทยน่าจะเป็นเสรีภาพมากกว่าจะเป็นสิทธิ

สำหรับในสังคมตะวันตกนั้น เมื่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ พัฒนามาจนทำให้การช่วยเหลือชีวิตมนุษย์มีประสิทธิภาพสูงสุด ถึงขนาดที่ทำให้การช่วยเหลือ กลายเป็นการเหนี่ยวนำ

ชีวิต ให้ชะลอการตายออกไปได้ในระยะเวลาที่ยาวนานเกินความจำเป็น โดยชีวิตที่ถูกเห็นควรด้วยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพนั้น อยู่ในสภาวะ “พักพิง” หรือเป็นมนุษย์ (dehumanization) อย่างแท้จริง แต่เพียงเป็นชีวิตทางชีววิทยาเท่านั้น (biological life) กล่าวคือเทคโนโลยี เพียงเพียงการไหลเวียนของโลหิต ด้วยการให้สารอาหารและยาทางหลอดเลือด พยายามทำให้ช่วยออกซิเจนและกลไกการเคลื่อนไหวยของระบบหายใจเท่านั้น ชีวิตที่อยู่ในสภาวะเช่นนี้ส่วนมากขาดการรับรู้ และสติสัมปชัญญะใดๆ สภาวะเช่นนี้เรียกว่า “สภาพผักถาวร” (Persistent Vegetative State) เมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ มีประสิทธิภาพที่จะชะลอความตายของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาวะ “พักพิง” เป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ในสังคมตะวันตกประกอบกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แพร่หลายออกไป ชาวตะวันตกโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากที่สุด จึงเรียกร้องสิทธิที่จะตายมากขึ้น โดยใช้สิทธิทางศาลให้ศาลสั่งระงับการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวโดยผู้ที่เกี่ยวข้องเทคโนโลยีนั้น ไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญารัฐบาลช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย บางแห่งถึงขนาดให้รัฐยกเลิกกฎหมายที่ลงโทษฐานพยายามฆ่าตัวตายเสียด้วย ซึ่งในหลายประเทศ ก็ยกเลิกกฎหมายดังกล่าวไปแล้วส่วนหนึ่ง และหลายประเทศได้ออกกฎหมายรับรองการปฏิเสธการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า เรียกว่า Living Will ให้มีผลใช้บังคับกับทุกคนที่จะต้องเคารพเจตนาของผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาที่ผู้นั้นได้แสดงเจตนาไว้

ความจริงการปฏิเสธการรักษาในสังคมตะวันตก เป็นสิ่งที่ยอมรับกันมานานแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มคนบางจำพวกที่ปฏิเสธการรักษา





พระเยซูผลในทางศาสนา ในสหรัฐอเมริกาคริสตชนิกายคริสต์ียน  
 ไซแอนซ์ (Christian Science) ปฏิเสธการรักษาโดยสิ้นเชิง กลุ่มนิกายนี้  
 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการขาดศรัทธาในพระเจ้า และถ้ามีการสวด  
 มนต์เพื่อเพิ่มพูนศรัทธาในพระเจ้า ความเจ็บป่วยหรืออันตรายต่างๆ จะ  
 หายไปเอง การไปพึ่งพาทารแพทย์สมัยใหม่ เป็นการแสดงความเสื่อม  
 ศรัทธาในพระเจ้าของบุคคลผู้นั้น ผู้นับถือศาสนาิกายนี้ จะไปใช้  
 บริการใดๆ ของโรงพยาบาลเลย รวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย

อีกศาสนาหนึ่งได้แก่นิกายพยานพระยะโฮวา (Jehovah's  
 Witnesses) นิกายนี้มีผู้นับถืออยู่เป็นจำนวนมากนับล้านคนนอกจากใน  
 อเมริกาแล้ว ยังมีอยู่ในหลายประเทศในทวีปยุโรป และแม้ในประเทศ  
 ไทยก็มีผู้นับถือศาสนาิกายนี้จำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะทางภาคเหนือ  
 ผู้นับถือศาสนาปฏิเสถการรักษาโดยที่เสียดทุกกรณี เพราะพวกเขาเชื่อ  
 มั่นในพระคัมภีร์ (เก่า) ที่บัญญัติห้ามมนุษย์กินเลือดสัตว์ทุกชนิด การได้  
 รับเลือดจากการรักษาเข้าไปในร่างกายไม่ถูกต้องโดยวิถีการใด พวกเขาถือว่า  
 มีค่าเท่ากับภารกิจในตัวเอง ดังนั้นพวกเขาจึงปฏิเสธเลือดโดยสิ้นเชิง  
 และพวกเขาจะมีศรัทธาประจำตัวแสดงว่านับถือศาสนาและในบัตรจะ  
 ระบุว่า จะไม่รับการรักษาใดๆ ที่ใช้เลือด เพื่อนำเข้าสู่ร่างกายของเขา  
 ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ถ้าแพทย์หรือทางโรงพยาบาลฝ่าฝืนก็จะถูกดำเนินคดี  
 ทางศาล ฐานละเมิดสิทธิในการตัดสินใจของเขา

ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาศาลยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษา  
 ของบุคคลที่นับถือศาสนาทั้ง 2 นิกายข้างต้น แต่ไม่ยอมรับการปฏิเสธ  
 การรักษาของเด็กโดยผู้ปกครองที่นับถือศาสนา นี้ โดยยกย่องตั้งหน้าตั้ง  
 ระวังว่าสิทธิของครอบครัวและเสรีภาพในการนับถือศาสนา กับ

- (1) เพื่อปกป้องสิทธิชีวิตของเด็ก
- (2) เพื่อปกป้องหรือสงวนชีวิตเด็ก
- (3) เพื่อคุ้มครองมิให้จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของแพทย์ต้องหมอง

และจากน้ำหนักของผลประโยชน์ของรัฐดังกล่าว ศาลก็จะสั่งให้  
 ทำการรักษาเด็กเพื่อคุ้มครองชีวิตเด็กนั้น ในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้น  
 เป็นจำนวนมาก เกี่ยวกับเด็กในครอบครัวผู้นับถือศาสนา 2 นิกายนี้ <sup>(1)</sup>

ในสังคมไทย แนวคิดในการปฏิเสธการรักษายังไม่เป็นที่รู้จักกัน  
 แพร่หลาย เพราะการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์สมัย  
 ใหม่ เป็นไปด้วยยากในคนทั่วไป ในอดีตที่เรายังไม่มีระบบประกันสุขภาพ  
 ถ้วนหน้า (การรักษาฟรีในปัจจุบันซึ่งเป็นนโยบายต่อเนื่องจากโครงการ  
 30 บาท รักษาทุกโรค) คนที่ไปโรงพยาบาลแล้วจะไม่เสียค่าตรวจ  
 ร่างกาย แต่ต้องเสียค่าตรวจอื่น ๆ และยกจำนวนหนึ่ง ซึ่งคนส่วนมาก  
 ที่เป็นคนยากจนต้องรับภาระหนักพอสมควร แม้โอกาสเข้ารับการรักษา  
 ในโรงพยาบาลของรัฐก็ค่อนข้างยาก ผู้ที่มีโอกาสเข้ารับการรักษาใน  
 โรงพยาบาลได้ก็นับว่าโชคดี ดังนั้นเมื่อเข้ารับการรักษาแล้ว การปฏิเสธ  
 การรักษาเรื่องหนึ่งเรื่องใดจึงไม่เกิดขึ้น และผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาใน

<sup>(1)</sup> ดูใน Harold L. Hirsch and Howard Pflifer. "The Interface of Medicine, Religion  
 and The Law : Religious Objections to Medical Treatment". *Medical Law*  
 (1985) 4 : 121-139. ผู้เขียนได้แปลและเรียบเรียงตีพิมพ์ครั้งแรกในวารสารนิติศาสตร์  
 2529, 16 (1) : 161-181.





โรงพยาบาลแล้ว เขาก็ไม่สนใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นเขาหรือแพทย์จะให้การรักษาแก่เขาอย่างไร ไม่คิดว่าเขาจะมีสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของเขาอย่างไร ผู้ป่วยทั่วไปจะกลัวหมอ ไม่กล้าว่าจะถามหมอว่าจะรักษาเขาอย่างไร ดังนั้นผู้ป่วยจำนวนมาก เมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วจึงยังไม่ทราบว่าเขาได้ผ่าตัดเอาอวัยวะอะไรของเขาออกไปบ้าง<sup>๒</sup> ต้องถือว่าสังคมไทยยังไม่รู้จักสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right of self-determination) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ทั้ง ๆ ที่รัฐธรรมนูญเกือบทุกฉบับได้บัญญัติรับรองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนไว้ทั้งสิ้น และต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้ระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ด้วย ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รวมสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองไว้ด้วย

สำหรับในหมู่ปัญญาชนไทยเอง สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ที่รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาด้วยนั้น ดูเหมือนว่าก็ยังไม่เข้าใจกัน อย่างแพร่หลายนัก

กระทรวงสาธารณสุขเคยทำเรื่องหารื้อไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ว่าในกรณีผู้ที่นับถือศาสนาภิกษุพยานพระยะโฮวาที่ปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือด หากแพทย์ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยตาย แพทย์ต้องรับผิดชอบหรือไม่

<sup>๒</sup> บวรสุ ศิริพานิช, เอกสารสัมมนาเรื่องสิทธิผู้ป่วย 9 มิ.ย.2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร- มหาวิทยาลัยมหิดล- แพทยสภา สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหิดล : 12-15.

คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาเป็น 2 กรณี คือ

1. ในกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ย่อมไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน แพทย์สามารถปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยได้

2. กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และความสามารถของการประกอบวิชาชีพวงการรวม ที่แพทย์จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยถ่ายเลือดเท่านั้น จึงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การแสดงเจตนาแจ้งล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาที่ต้องใช้เลือด ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยนั้นต้องเสียชีวิต ทั้งๆ ที่วิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือดสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ กรณีการแสดงเจตนาของผู้ป่วยดังกล่าว ย่อมเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ตกเป็นโมฆะตามมาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนั้นแพทย์จึงไม่สามารถปฏิบัติตามเจตนาแจ้งล่วงหน้าของผู้ป่วยได้ และถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วย อาจมีความผิดตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา และยังเป็นกรณีสืบคดีฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพทางการแพทย์ ตามข้อบังคับแพทยสภาด้วย (บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสรีจที่ 250/2546)

จากความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาข้างต้นจะเห็นว่า นักกฎหมายส่วนใหญ่ในประเทศไทย ยังไม่เข้าใจว่าสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right to self determination) เป็นสิทธิมนุษยชน





อย่างหนึ่ง การที่คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่าการปฏิบัติราชการรักษาโดยใช้เลือดในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องให้เลือดรักษาเพื่อช่วยชีวิตของเขาเท่านั้น เป็นการตัดสินใจที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และเป็นปฏิบัติที่ขัดต่อหน้าที่พลเมืองด้วยนั้น ด้วยความเคารพต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้เขียนไม่ค่อยเห็นพ้องด้วย เพราะการตัดสินใจปฏิบัติราชการรับเลือดไม่ว่ากรณีใดๆ ของผู้บังคับบัญชาหน่วยงานพระยาพระยาเป็นสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของเขา ตามความเชื่อของเขา เป็นศักดิ์ศรีของมนุษย์อย่างหนึ่ง ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 รวมถึงฉบับปัจจุบันก็บัญญัติรับรองไว้ ไม่น่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของพลเมือง และศีลธรรมอันดีของประชาชนแต่อย่างใด และยังไม่น่าจะขัดกับประโยชน์สาธารณะใดๆ ด้วย และการปฏิเสธไม่รับเลือดเพื่อการรักษาในภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ก็ไม่ใช่เจตนาในการฆ่าตัวตาย (และแม้จะเป็นการฆ่าตัวตายเราก็ไม่มีกฎหมายห้าม แล้วจะถือว่าขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชนได้อย่างไร)

นอกจากนั้น บางคนยังอ้างความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาข้างต้น ไปบอกความว่า กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย แพทย์จะมีความผิดอาญาเสียด้วยซ้ำ การอ้างเช่นนั้นเป็นการสรุปที่ไม่ตรงกับประเด็นที่คณะกรรมการกฤษฎีกาวินิจฉัยไว้ เพราะการพิจารณาว่าการกระทำของแพทย์กรณีหนึ่ง จะมีความผิดอาญาหรือไม่ต้องมีข้อเท็จจริงต่างๆ ในแต่ละกรณีมาประกอบการวินิจฉัยด้วย ซึ่งโดยทั่วไปคณะกรรมการกฤษฎีกาจะไม่รับการวินิจฉัยเป็นรายคดี

ในช่วงระยะเวลาประมาณ 30 ปี ที่ผ่านมาก ผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมทำกาจริย 2 เรื่อง ในการสำรวจแนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การยุติการรักษาของแพทย์ตามความต้องการของผู้ป่วย ได้ข้อเท็จจริงที่สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

**การวิจัยครั้งที่ 1** ทำในปี 2527<sup>๑</sup> ผู้วิจัยได้ตั้งใจวิจัยโดยตัดแปลงจากเรื่องจริงที่เกิดขึ้นประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน ตามข่าวหนึ่งสื่อพิมพ์รายวันฉบับหนึ่งประจำวันที่ 5 ก.ค. 2527 แล้วสร้างแบบสอบถามส่งไปยังนักกฎหมายไทย ซึ่งประกอบด้วย ตุลาการ พนักงานอัยการ ทนายความและนิติกร รวมทั้งจากอาสาสมัครในมหาวิทยาลัย รวมทั้งสิ้น 450 ฉบับ ได้รับคำตอบกลับมา 177 ฉบับ จากตุลาการ 50 พนักงาน อัยการ 49 ทนายความและนิติกร 53 อาจารย์มหาวิทยาลัย 25 ฉบับ คำตอบที่ได้มา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ผลปรากฏว่า

**โทษที่เป็นปัญหา กรณีที่ 1 :** นาง ก. ต้องการฆ่าตัวตาย ได้กินยานอนหลับเข้าไปเป็นจำนวนมาก ก่อนกินยาได้เขียนจดหมายฉบับหนึ่ง มีข้อความดังนี้

“คุณหมอคะ อย่านำฉันเข้ารักษาในหึ่งงคุณเจมเลย ฉันไม่ต้องการให้คุณหมอจะคอยให้น้ำเกลือหรือช่วยชีวิตฉันโดยวิธีใดทั้งสิ้น  
ลงชื่อนาง ก.”

<sup>๑</sup> วิฑูรย์ อัมระพิทักษ์, พิษณุ เท็งไพบุลย์ และอนันต์ บุญเกิด, “การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับความรับผิดชอบของแพทย์”, *บทคัดย่อ* 2529: 42 (3) : 111-28.





เมื่อมีผู้นำนาง ก. ส่งโรงพยาบาล นายแพทย์ ฅ. มาตรวจร่างกายพบภาวะขาดหายใจในมีอนาง ก. นายแพทย์ ฅ. ก็ไม่ได้ให้การรักษาใด ๆ ตามจุดหมายของผู้ป่วย และนายแพทย์ ฅ. แจ้งให้ญาติของนาง ก. นำผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ญาติก็ไม่ได้นำกลับ นาง ก. ถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาล ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ฅ.

ผลการวิจัยโดยสรุป มีดังนี้  
ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ฅ.

ความเห็นที่วินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	127	71.8
2. ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดย	50	28.2
2.1 ผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย	(1)	(0.5)
2.2 ผิดลหุโทษ (ม.374) ฐานไปช่วยผู้ตกอยู่ในอันตราย	(43)	(24.3)
2.3 ไม่มีความผิดเลย	(6)	(3.4)
รวม	177	100

**โจทย์ที่เป็นปัญหา กรณีที่ 2 :** เหตุการณ์เดียวกับกรณีแรก แต่ นายแพทย์ ฅ. คนเดิมได้ช่วยชีวิตนาง ก. เต็มที่ โดยมีטיפולทางการแพทย์ คำร้องขอของผู้ป่วยในจุดหมาย ทำให้นาง ก. ยังคงนอนหมดสติอยู่โดยมีเครื่องช่วยหายใจติดอยู่ การให้เครื่องช่วยหายใจไม่ทำให้ชีวิตนาง ก. มีโอกาสฟื้นคืนสติขึ้นมาได้ นายแพทย์ ค. ซึ่งเป็นแพทย์ของโรงพยาบาล เต็มใจกับนายแพทย์ ฅ. เห็นว่านาง ก. หมอตติมาเป็นเวลานานแล้ว สมองเสียหน้าที่ย่างก้าวแล้ว จึงถอดเครื่องช่วยหายใจจากนาง ก.

และต่อมานาง ก. ก็ถึงแก่ความตาย ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ค. ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ความเห็นที่วินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	141	80.6
2. ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดย	34	19.4
2.1 ผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย	4	2.3
2.2 ผิดลหุโทษ (ม.374)	1	0.6
2.3 ฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา	1	0.6
2.4 ไม่มีความผิดเลย	28	16.0

มีผู้วินิจฉัย 2 ราย ในแบบสอบถาม 177 ฉบับ 175 100

**งานวิจัยครั้งที่ 2 ทำในปี 2538** <sup>(4)</sup> ผู้วิจัยได้ตั้งโจทย์เป็นตัวอย่างสมมุติ แล้วสร้างแบบสอบถามไปยังนักกฎหมายไทยซึ่งประกอบด้วยตุลาการ พนักงานอัยการ ทนายความและอาจารย์สอนกฎหมายในมหาวิทยาลัย กระจ่ายไปยังทุกภาคของประเทศ ใต้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 242 ฉบับจาก ตุลาการ 60 พนักงานอัยการ 61 ทนายความ 106 อาจารย์กฎหมาย 15 รวม 242 คำตอบ ที่ได้รับนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ผลปรากฏดังต่อไปนี้

<sup>(4)</sup> วิฑูรย์ อังประพันธ์ วิเลวรรณ ชัยรัตน์นิภาร. สิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง. วารสารสมาคมกวีวิจัยทางสังคมศาสตร์ 2541, 4 (1) : 27-38. ตัดตอนจากวิทยานิพนธ์เรื่องแนวคิดด้านกฎหมาย และการยอมรับของนักกฎหมาย ต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ บัณฑิตวิทยาลัย มมหิตล 2540.





### โจทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 1 : ผู้ป่วยอายุ 60 ปี เป็นโรคความดัน

โลหิตสูง มีอาการหมดสติทันที เพราะหกลดเลือดในสมองแตก แพทย์ตรวจพบว่า มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ในเนื้อสมอง หากทิ้งไว้ผู้ป่วยจะเสียชีวิต แต่ถ้าผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก ผู้ป่วยอาจรอดชีวิตได้ และแพทย์ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า แม้ผู้ป่วยจะยังมีชีวิต สมองของผู้ป่วยก็หมดหวังที่จะฟื้นคืนสติกลับมาได้ ผู้ป่วยจะมีชีวิตเหมือนพืช คือนอนหมดสติไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ ไม่ได้ยินเสียง ไม่สนองต่อความเจ็บปวด กลืนอาหารไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง แต่ยังมีใจได้ บางระยะ อาจมีการหายใจขัดข้องบ้าง

#### คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัย มีดังนี้

1.1 ถ้าญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพเหมือนพืชตามที่แพทย์อธิบาย และต้องการให้ผู้ป่วยตายโดยไม่ต้องทรงฌานอีกต่อไป จึงไม่อนุญาตให้แพทย์ผ่าตัดเพื่อทำการรักษา และแพทย์ทำตามความประสงค์ของผู้ญาติ ต่อมาไม่นาน ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตาย โดยงดเว้นการกระทำตามหน้าที่หรือไม่

1.2 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะยอมให้แพทย์ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยหรือไม่

1.3 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการผ่าตัดช่วยชีวิตแล้ว และสภาพผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะเหมือนพืชตามที่อธิบายไว้แล้ว ต่อมาการหายใจของผู้ป่วยขัดข้อง แพทย์ขออนุญาตให้เครื่องช่วยหายใจและจะถอดผู้ป่วยเพื่อดูแลพระ ญาติเห็นว่าถ้าจะให้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ดีขึ้น จะเป็นการเห็นจริงให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องทนทุกข์ทรมาน

ต่อไปอีกนาน จึงไม่อนุญาตให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์ก็ไม่ใช้ข้อความตั้งคำถามของผู้ญาติ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

1.4 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะยอมให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

1.5 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการรักษาโดยเครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลานานพอสมควรแล้ว และญาติเห็นว่าการใช้เครื่องเป็นกรรมานผู้ป่วย จึงขอให้แพทย์ถอดเครื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากการทรมาน

ก ถ้าแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ญาติ ผู้ป่วยมีชีวิต ต่อมาอีก 2 ชั่วโมงเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

ข ถ้าแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยรายนี้ตามความต้องการของผู้ญาติ ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก 30 วัน จึงเสียชีวิต แพทย์ยังมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

1.6 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นญาติของผู้ป่วยรายนี้ จะยอมให้แพทย์เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยหรือไม่

1.7 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในสภาวะเหมือนพืชมาเป็นเวลานานแล้ว โดยผู้ป่วยได้รับการอาหารทางสายางตลอดเวลา ญาติเห็นว่า เป็นการชีวิตของผู้ป่วยก็อย่างทรมาน จึงขอให้แพทย์หยุดให้อาหารโดยถอดสายยางที่ให้อาหารออกจากผู้ป่วย ถ้าแพทย์ทำตามที่ญาติขอร้องและต่อมา







อีกหลายวันผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่?

1.8 ถ้าผู้ตอบคำถาม เป็นญาติของผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์เลิกให้อาหารตามข้อ 1.7 หรือไม่?

1.9 ผู้ป่วยรายนี้ เมื่ออยู่ในสภาวะเหมือนเดิมมาเป็นเวลานาน ทั้งที่รับประทานอาหารทางสายยางประกอบการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาเกิดโรคปอดบวมแทรกซ้อนหลายครั้ง ต้องใช้ยาปฏิชีวนะราคาแพงรักษา และโรคก็ลุกลามมากขึ้น ญาติเห็นว่าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เป็นการสิ้นเปลืองมากจึงขอให้แพทย์งดรักษาโรคปอดบวมเสีย แต่คงรักษาประคับประคองไปเรื่อยๆ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดบวม เมื่อแพทย์ศรัทธารักษาโรคปอดบวม ตามความต้องการของญาติ แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยเจตนาหรือไม่?

1.10 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์หยุดรักษาโรคปอดบวมหรือไม่?

คำตอบจากกรณีที่ 1 สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้ ตัวเลขแสดงเป็นร้อยละ

ข้อคำถาม	คำตอบที่เป็นคำวินิจฉัยความผิด		คำตอบที่แสดงการตัดสินใจเมื่อสมมติว่าเป็นญาติผู้ป่วย			ข้อคำถาม	
	มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	มีความผิดฐานอื่น ๆ	ไม่ยินยอมให้รักษา	ยินยอม		
1.1	26.4	72.4	1.2	49.2	45.8	5	
1.3	23.5	71.5	5	41.3	55.4	3.3	
ก.	68.6	28.5	2.9				
1.5				35.1	58.7	6.2	
ข.	34.3	62.4	3.3				
1.7	71.9	25.6	2.5	33.5	59.9	6.6	
1.9	40.9	54.1	5	35.5	61.2	3.3	
							1.10

**โจทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 2 :** ผู้ป่วยอายุ 39 ปี ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหักที่ข้อมือหักข้อนิ้วส้นหลัง เป็นอัมพาต ตั้งแต่คอลงมา ความรู้สึกตัวดี แต่ไม่สามารถขยับยืมร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง พูดได้ ทรงงอเคลือบเหงื่อไม่ได้ หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ถ้าจะใช้เครื่องช่วยหายใจก็ต่อต้องใช้ตลอดไป ผู้ป่วยหมดหวังที่จะเคลื่อนไหวร่างกายได้อีก ผู้ป่วยเข้าใจสถานภาพของตนดี

คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัย มีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยต้องการตาย จึงไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจ หากแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่?





2.2 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์ละเว้นการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่

2.3 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ แพทย์ใช้เครื่อง และจะคาดหวังที่สุดเสมอไป วัตถุประสงค์นี้ ผู้ป่วยเป็นอย่างไร คิด จึงขอให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจ เพื่อไม่ต้องทรมานชีวิตอย่างทุกข์ทรมานต่อไปอีก แพทย์จึงหยุดเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยตายภายใน 5 นาที แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.4 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่

2.5 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดมาเป็นเวลานานแล้ว ผู้ป่วยอยากตายจึงไม่กินอาหาร แพทย์ต้องสอดสายยางเข้าร่างกายผู้ป่วย เพื่อให้อาหาร แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการที่แพทย์จะสอดสายยาง แพทย์จึงทำตามผู้ป่วยต้องการ

ก. ต่อมาผู้ป่วยตาย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

ข. ถ้าแพทย์ให้อาหารแก่ผู้ป่วยไประยะหนึ่ง ต่อมาผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์งดการให้อาหาร ถ้าแพทย์ปฏิบัติตามคำสั่งร้องขอของผู้ป่วย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.6 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์งดการให้อาหาร ตามข้อ ๑. หรือไม่

2.7 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาจากแพทย์ โดยใช้เครื่องช่วย

หายใจตลอดมา ต่อมาเกิดโรคปอดบวมแทรกซ้อน ผู้ป่วยขอให้งดการรักษาโรคปอดบวม แต่ยอมรับการรักษาอย่างอื่น แพทย์ปฏิบัติตามคำสั่งขอ ต่อมาผู้ป่วยตายด้วยโรคปอดบวม แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.8 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์งดรักษาโรคปอดบวมหรือไม่

คำตอบจากการนี้ 2 ของผู้ตอบแบบสอบถาม

สรุปเป็นตารางดังต่อไปนี้ (ตัวเลขในตารางแสดงเป็นร้อยละ

คำถามข้อ	คำตอบที่เป็นคำวินิจฉัยความผิด			คำตอบที่แสดงการตัดสินใจเมื่อสมมติว่าเป็นญาติ/ผู้ป่วย			คำถามข้อ
	ผิดฐานฆ่าผู้อื่น	ไม่ผิดฐานฆ่าผู้อื่น	ผิดฐานอื่น ๆ	ปฏิเสธการรักษา	ยอมรับ	ไม่แน่ใจ	
2.1	26.4	67.4	6.2	55.4	36.4	8.2	2.2
2.3	60.7	36.8	2.5	58.7	33.9	7.4	2.4
ก.	31.5	64	4.5				
2.5				57	36.4	6.6	2.6
ข.	56.2	38.4	5.4				
2.7	36.8	57	6.2	53.7	39.7	6.6	2.8





**แพทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 3 :** ผู้ป่วยอายุ 55 ปี เป็นโรคมะเร็งที่รังไข่ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ต่อมาได้รับเคมีบำบัด 8 เดือน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีก แพทย์ตรวจพบว่ามะเร็งได้กระจายไปที่รังไข่จึงมีการฉีกรังไข่ทั้งหมดซึ่งจะรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด กินอาหารได้น้อย ชูบผอม และอ่อนเพลียมาก จึงขอให้แพทย์หยุดรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่คงให้ยาแก้ปวดใช้ และให้ยารักษาอาการอาการได้ แพทย์ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ต้องเพิ่มขนาดยาแก้ปวดขึ้นเรื่อยๆ การเพิ่มขนาดของยาดังกล่าวอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นได้ และสุดท้ายต่อมาผู้ป่วยตายด้วยผลของยาไปพร้อมกับการขยายตัวของมะเร็ง

**คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยคดีนี้**

- 3.1 แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่
- 3.2 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะปฏิเสธเคมีบำบัดหรือไม่ (ใช้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว)

**ผลของคำตอบมีดังนี้**

คำถามข้อ	คำตอบที่เป็นคำวินิจฉัยความผิด			คำตอบที่แสดงการตัดสินใจเมื่อสมมุติว่าเป็นญาติผู้ป่วย			คำถามข้อ
	มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	มีความผิดฐานอื่น	ไม่ยอมรับการรักษา	ยอมรับการรักษา	ไม่แน่ใจ	
3.1	33.5	57	9.5	64.9	28.9	6.2	3.2
	รวม 100			รวม 100			

**วัตถุประสงค์หัวข้อ**

จากงานวิจัย 2 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาห่างกันกว่า 10 ปี แนวคิดของนักกฎหมายไทย เกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี ดูจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่าตัวบทกฎหมายในประมวลกฎหมายอาญาของไทย ซึ่งเป็นบทกฎหมายที่จะนำมาใช้การตีความกับกรณีดังกล่าว ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ กล่าวคือ ในกรณีวิจัยครั้งแรกมีนักกฎหมายเห็นว่า แพทย์ที่ไม่ให้การรักษาผู้ป่วยตามประสงค์ของผู้ป่วยเอง แล้วผู้ป่วยตาย แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นร้อยละ 71.8 ขณะที่แพทย์แนะนำให้การรักษาไปโดยฝืนความต้องการของผู้ป่วยไประยะหนึ่ง ต่อมาทฤษฎีให้การรักษานั้น แล้วผู้ป่วยตาย แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นร้อยละ 80.6 แต่ 10 ปีต่อมา ในกรณีวิจัยครั้งที่ 2 ในกรณีคล้ายคลึงกัน มีนักกฎหมายที่วินิจฉัยว่า แพทย์ที่งดการรักษาตามประสงค์ของผู้ป่วย ต่อมาผู้ป่วยตาย มีความผิดฐานฆ่าคนตายเพียงร้อยละ 26.4 และแพทย์ที่ให้การรักษาโดยฝืนความต้องการของผู้ป่วยไปแล้ว ต่อมาทฤษฎีให้การรักษานั้น แล้วผลคือผู้ป่วยตายมีความผิดฐานฆ่าคนตายร้อยละ 60.7 (ตารางคำตอบข้อ 2.1 และ 2.3) ซึ่งต่างไปจากผลการวิจัยครั้งแรกอย่างเห็นได้ชัด แสดงว่าระยะเวลาที่ผ่านไป 10 ปีเศษ แนวคิดของนักกฎหมายมีแนวคิดสนับสนุนการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สำหรับผลการวิจัยในครั้งที่ 2 พอจะวิเคราะห์วิจารณ์ได้ดังต่อไปนี้

**กรณีผู้ป่วยหมดสติ** และใช้เครื่องช่วยหายใจมานาน (กรณีที่ 1) ทั้งหมดวังที่จะฟื้นคืนสติกลับมากได้ เมื่อแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกตามความต้องการของญาติ ซึ่งประสงค์จะให้ผู้ป่วยพ้นจากการทรมาน





และ 2 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยตาย นักกฎหมายร้อยละ 68.6 มีความเห็นว่า แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้สิ้นโดยเจตนา (ตารางคำตอบข้อ 1.5 ก) แต่เมื่อคำถามต่อเนื่องไปว่าผู้ตาย ตายภายหลังถอดเครื่องช่วยหายใจ 30 วัน ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าแพทย์มีความผิดเพียงร้อยละ 34.3 เท่านั้น (ตารางคำตอบข้อ 1.5 ข) แสดงว่าผู้ตอบได้นำทฤษฎีการกระทำและผลของการกระทำมาพิจารณาประกอบ โดยเห็นว่า กรณีการตายเกิดขึ้นภายใน 2 ชม. หลังจากหยุดเครื่องช่วยหายใจ เป็นผลโดยตรงจากการหยุดเครื่องช่วยหายใจ ส่วนกรณีการตายภายหลังหยุดเครื่องช่วยหายใจ 30 วัน มิได้เป็นผลโดยตรง ความจริงการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังหยุดเครื่องช่วยหายใจไม่ว่า 2 ชม.หรือ 30 วัน มิได้เป็นผลโดยตรงจากการหยุดเครื่องช่วยหายใจโดยตรง แต่การหยุดหายใจแล้วผู้ป่วยตายเป็นเพราะกลไกของร่างกายผู้ป่วยเองมีความผิดปกติอยู่แล้ว การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกเป็นการชั่วคราว เพราะผู้ป่วยนอนหมดสติอยู่ตลอดเวลาอาจเกิดหายใจไม่สะดวกเป็นครั้งคราวเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยถูกถอดเครื่องช่วยหายใจออกไปนานเท่าใดก็ตาม เมื่อการหายใจไม่สะดวกหรือขัดข้อง ถ้าแพทย์ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยใหม่ จนผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ความรับผิดชอบทางอาญารัฐบาลคนตายโดยเจตนาไม่น่าจะต่างกับ กรณีที่แพทย์ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจให้ตั้งแต่แรกแต่อย่างใด ดังนั้นการนำทฤษฎีการกระทำและผลของการกระทำมาใช้ น่าจะไม่เหมาะสม

กรณีการคงไว้ให้อาหารโดยถอดสายยางให้อาหาร ออกจากตัวผู้ป่วย ที่อยู่ในสภาวะพืช (บางทีเรียกว่า “ผักถาวร”) มีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 71.9 ตอบว่าเมื่อผู้ป่วยตาย แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (ตารางคำตอบข้อ 1.7) ผู้ตอบคงเห็นว่า การให้อาหารทางสายยางเป็น

หน้าที่ทางจริยธรรมของแพทย์ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ความจริงการให้อาหารทางสายยางเป็นเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างหนึ่ง ซึ่งแพทย์ในสมัยโบราณทำไม่ได้ ดังนั้นการที่จะตัดสินว่าการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยตามหน้าที่ (ทางจริยธรรม) น่าจะไม่เหมาะสม เพราะการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ จะมีความคุ้มค่าสูง และต้องนำค่าใช้จ่ายมาเป็นปัจจัยที่ต้องพิจารณาความคุ้มค่าจากการใช้ด้วย ทำนองเดียวกัน การใช้รักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาราคาแพง ในผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสเป็นปกติได้ ต้องประเมินความคุ้มค่าเช่นกัน การที่ผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 40.9 ตอบว่า ถ้าแพทย์ไม่หยุดดังกล่าว แล้วผู้ป่วยตาย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (ตารางคำตอบข้อ 1.9) แสดงว่าผู้ตอบไม่เข้าใจถึงหน้าที่ทางจริยธรรมอย่างแท้จริง

การวินิจฉัยและการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะพืชหรือผักถาวร (PVS) ดังกล่าวเป็นเรื่องยาก และพื้นฐานความเข้าใจสภาพของผู้ป่วยในภาวะเช่นนั้น แตกต่างกันในแต่ละคน จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา<sup>๑๕</sup> โดยสอบถามความเห็นเกี่ยวกับกรณีของผู้ป่วยประเภทนี้จากแพทย์ผู้ชำนาญทางประสาทวิทยา (Neurologists) และแพทย์ผู้ชำนาญการศัลยกรรม พบบว่าร้อยละ 94 ของแพทย์ทางระบบประสาท และร้อยละ 93.2 ของผู้อำนวยการศัลยกรรม เห็นว่าควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายจะดีกว่า

<sup>๑๕</sup> Payne K et al. "Physician's Attitudes about the Care of Patients in Persistent Vegetative State: A National Survey". *Ann Intern Med* 1996 : 125 : 104-110.





กรณีผู้ป่วยยังมีสติอยู่ แต่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถขยับเขยื้อนร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดได้เลย ตั้งแต่ตกลงไป และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เมื่อสมมติว่า ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ พบว่าค่าครึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 53.7 ถึง 58.7) ปฏิเสธที่จะรับการรักษา ด้วยวิธีการต่างๆ (ตารางคำตอบ ข้อ 2.2, 2.4, 2.6 และ 2.8) และเมื่อสมมติว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคจะมีอาการปวดยังต้องการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่ออีกหรือไม่ มีผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 64.9 ที่ปฏิเสธการรักษาดังกล่าว (ตารางคำตอบ ข้อ 3.2) แสดงว่านักกฎหมายส่วนใหญ่ต้องการที่จะปฏิเสธการรักษาในสภาวะสุดท้ายของชีวิต เมื่อการรักษา นั้น เป็นเพียงการรักษาที่ไม่อาจทำให้สภาวะของเขาหายหรือฟื้นคืนสภาพได้อย่างแท้จริง

**บทสรุปการวิจัย 2** ครั้งที่ผ่านมาแนวคิดของนักกฎหมาย มีการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาคำกฎหมายเกี่ยวกับกรณีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ที่ช่วยชีวิตการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกไป ในเชิงแนวโน้มยอมรับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันเหตุการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เพราะระยะเวลาห่างไกลจากการวิจัยครั้งที่ 2 มาถึง 15 ปี ประกอบกับเราเพิ่งจะประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เมื่อไม่นานมานี้ และใน พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว มาตรา 8 และมาตรา 12 ได้บัญญัติรับรองสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาไว้ชัดเจน นักกฎหมายควรจะได้นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ประกอบการศึกษาในเรื่องนี้ เพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นทางการแพทย์หรือในทางใดๆ ก็ตาม แม้จะมีประสิทธิภาพที่นำขั้นนม

แต่อีกด้านหนึ่งของมันก็ลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลงไป อย่างไม่รู้ตัว ถ้าไม่ตระหนักในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 8 “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นไม่ได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีให้ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

- ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้
- (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน
  - (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้”

บทบัญญัติในมาตรานี้วรรคแรก ข้อความตอนท้ายรับรองการปฏิเสธการรักษาของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ไว้โดยเด็ดขาด ตรงไปตรงมา ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ตามกฎหมาย (legal competent)





ผู้ประกอบการวิชาชีพผู้ให้บริการ จะให้บริการที่ผู้ไปยปฏิบัติไม่ได้ นั่นคือ การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรา 4 ในรัฐธรรมนูญแห่ง ประเทศไทย

สำหรับข้อความตอนต้นของวรรคแรกนั้น เป็นการบัญญัติหน้าที่ ของบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้ต้องแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ของตน แก่ผู้ไปยอย่างเพียงพอ ในการประกอบการตัดสินใจของผู้ไปยที่จะรับหรือปฏิเสธบริการนั้น ๆ ส่วนวรรคสองและวรรคสามของมาตรานี้ เป็นเพียงนำหลักกฎหมายทั่วไปมาบัญญัติซ้ำไว้เท่านั้น

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

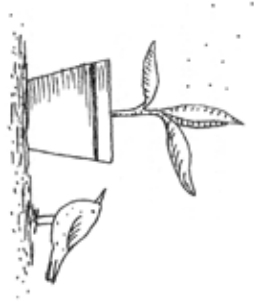
การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนา ของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ามีการกระทำนั้นเป็น ความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

มาตรา ๖๖ วรรคสอง การปฏิเสธการรักษาหรือบริการที่เป็นไปเพื่อการตายในวาระสุดท้ายไว้ล่วงหน้า โดยทำเป็นหนังสือสำหรับกรณีที่ผู้ไปยอยู่ในฐานะที่เมื่ออาจปฏิเสธการรักษาได้โดยตรง (ตามมาตรา ๖)

154 / ก่อนวันผลิตใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย

และหนังสือดังกล่าวทำไว้ ในขณะที่แพทย์ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ตามกฎหมาย ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง (วรรคสอง) แต่ความสำคัญของมาตรานี้อยู่ที่วรรคสามที่รับรองครอบคลุมไปถึงผู้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ทำหนังสือปฏิเสธการรับบริการด้วย ให้พ้นจากความรับผิดชอบตามกฎหมายทุกกรณี ซึ่งนับว่าเป็นการคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 4 และมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและตามที่ดังกล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น ได้รวมสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (the right to self determination) เข้าไว้ด้วย ดังนั้นผู้ที่เข้าใจเรื่องการตัดสินใจ หลีกเลี่ยงศาสนาพุทธ ก็สามารถที่จะปฏิเสธการรักษา หรือปฏิเสธเทคโนโลยีบางอย่าง เพื่อจะนำไปสู่การตายที่ดี โดยไม่มีอุปสรรคทางกฎหมายใด ๆ อีก นักกฎหมายไทยควรยอมรับแนวคิดทางกฎหมายที่ให้ความสำคัญการจึ้นในสังคมไทยมาเป็นลำดับ จนปรากฏเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปัจจุบัน (พ.ศ.2550)



แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี / 155



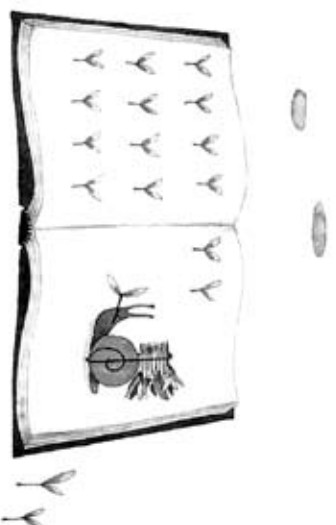


## หนังสือแสงทองบทกวีเกี่ยวกับความรักภาษาพยาบาล ใบอาระสูตกำยของอีวัต \*

ศาสตราจารย์แสงง บุญเฉลิมวิภาส \*\*



เมื่อปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้มีใจเป็นเพียงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่กฎหมายฉบับนี้เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนโดยทั่วไปด้วย เพราะจะได้ยินความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในภาษาพูด และเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทยก็คือ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่า การทำ Living Will หรือ



\* ปรับปรุงจากบทความเดิมที่ตีพิมพ์ใน แสงง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (บรรณาธิการ), *ก่อนวันสุดท้าย : หนังสือแสดงเจตนาจากการนำไปในวาระสุดท้าย*, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์, พ.ศ. 2552), หน้า 133-141.

\*\* ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
1 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 3 “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่มีสมรรถนะทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล





Advance Directives อนึ่งแม้ว่าใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติบัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว แต่กฎหมายดังกล่าวได้เขียนไว้ว่า การดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553”

บัดนี้กฎกระทรวงดังกล่าวได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว โดยนายทริฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายสุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์) ได้ลงนามเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2553 และกฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 210 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่กฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับคือ วันที่ 20 พฤษภาคม 2554

<sup>2</sup> เล่ม 127 ตอนที่ 65ก ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553

## 1. บทบัญญัติมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ บัญญัติไว้ว่า

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการสุขภาพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) ที่จะตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ และจากเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องการุณยฆาต (Mercy Killing) ไม่ใช่กรณีเร่งการตาย (Active Euthanasia) แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยุติการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ

การเขียน Living Will ไว้จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้เดินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช่เครื่องมือต่างๆ จาก







เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ

## 2. กฎกระทรวงเพื่อดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยังชีพในวาระสุดท้าย ของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

โดยที่มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีกำหนดแบบ  
ของหนังสือแสดงเจตนา การออกกฎกระทรวงซึ่งต้องกำหนดให้สอดคล้อง  
กับบทบัญญัติในพระราชบัญญัตินี้ คือกำหนดได้เฉพาะเกี่ยวกับราย  
ละเอียดในขั้นตอนดำเนินการ อย่งไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความชัดเจนใน  
ถ้อยคำของมาตรา 12 ในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ  
ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไปประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่  
เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ  
ทรมานจากการเจ็บป่วย โดยในกฎกระทรวงได้เริ่มด้วยการจะยกความ  
ถ้อยคำหรือข้อความในมาตรา 12 ดังนี้

**“หนังสือแสดงเจตนา”** หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดง  
เจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง  
เพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจาก  
การเจ็บป่วย

**“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้าย  
ของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”** หมายความว่า  
วิธีการที่ผู้ประกอบการนำมาใช้กับผู้ที่หนังสือแสดงเจตนา

เพื่อประสงค์จะยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้  
ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการ  
เจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบ  
ประคับประคอง

**“วาระสุดท้ายของชีวิต”** หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือ  
แสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และ  
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการ  
พยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตาย  
อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึง  
ภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาด  
ความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจาก  
พฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ จะสืบเพียงปฏิริยา  
สนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

**“การทรมานจากการเจ็บป่วย”** หมายความว่า ความทุกข์ทรมาน  
ทางกายหรือจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ  
หรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

**“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข”** หมายความว่า ผู้ประกอบ  
วิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

**“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม”** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม





จากบทนิยามในกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยมีข้อสรุป ดังนี้

1. การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ ต้องทำเป็นหนังสือ
2. ผู้ทำหน้าที่สื่อสามารถระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาว่า ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในเรื่องใดก็ได้เป็นกรณีๆ ไป เช่น ปฏิเสธการจะระงับข้อพิพาทช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิเสธการให้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง ปฏิเสธการบวมการฟื้นฟูพ เมื่อหัวใจหยุดเต้น เหล่านี้เป็นต้น รวมถึงการปฏิเสธการรักษาในห้องฉุกเฉิน (ICU) เพราะเมื่อเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูก็อาจต้องรับการปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นที่ไม่ต้องการ

3. อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ข้างต้น ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้ง ดังที่กฎกระทรวงได้ระบุไว้ว่า “ผู้ทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง” คือการดูแลตามอาการ การให้ยาบรรเทาปวด เป็นต้น

4. ถ้อยคำ “วาระสุดท้ายของชีวิต” นอกจากหมายถึงภาวะใกล้ตายแล้ว ในกฎกระทรวงนี้ยังให้รวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเมลิโกลิมของใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่

แสดงถึงการรับรู้ได้ คือรวมถึงกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะ PVS (Persistent Vegetative State) ซึ่งในทางการแพทย์แปลว่า สภาวะผักถาวร แต่หากบ้านั้นก็จะเรียกสภาวะดังกล่าวนี้ว่า เจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา

5. ส่วนถ้อยคำ “การทรงมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งเป็นถ้อยคำที่มีอยู่ในมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกฎกระทรวงนี้ได้ขยายความให้ชัดเจนขึ้น โดยได้บัญญัติว่า หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจนกลายเป็นผู้พิการตั้งแต่คลอดไป แม้มีสติอยู่ แต่ก็เคลื่อนไหวอะไรไม่ได้ บุคคลกลุ่มนี้อาจจะทำหนังสือแสดงเจตนาขอปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตต่อไปอีก แต่ขอออกไปอย่างสงบ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยในกรณีนั้นๆ

เมื่อได้ขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ให้เกิดความชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ในข้อ 3 ของกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดแนวทาง วิธีการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาไว้ ดังนี้

“ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหน้าที่สื่อ ดังต่อไปนี้

- (1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อได้





(2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(5) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ได้เจตนาคัดลผู้กระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร”

ในข้อ 4 ของกฎกระทรวงระบุว่า การทำหนังสือปฏิเสธการรักษาสามารถทำได้ แต่การระบุรายละเอียดในหนังสือนั้น ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งทราบสภาพความเจ็บป่วย การ

พยากรณ์โรคของผู้ป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาในอนาคตได้ สำหรับพยาบาลเองก็สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้เช่นกัน ข้อที่ควรระมัดระวังในการพูดคุยคือ อย่ายืนยันให้เกิดความเข้าใจผิดว่า การแสดงเจตนาทำ Living Will จะทำให้ยุติการรักษาไปด้วย

“ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร”

สำหรับวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น ในข้อ 5 และข้อ 6 ของกฎกระทรวงได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ดังนี้

“ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ”





“ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) ในกรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์รับผิดชอบในการรักษาอธิปไตยให้ผู้ที่ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเสี่ยงไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว
- (2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสามหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิปไตยถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว
- (3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษาหารือกับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามันั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
- (4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์”

อนึ่ง แม้ในกฎกระทรวงจะได้อำนาจให้เกณฑ์และวิธีการต่างๆไปแล้ว แต่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ในข้อ 7 ของกฎกระทรวงจึงได้กำหนดว่า

“ข้อ 7 ให้สถานบริการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยเรื่องนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา”

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การประกาศกฎกระทรวงในครั้งนี้เป็นข้อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนา (with will) เท่านั้น มิได้กำหนดในเรื่องของแบบหนังสือแสดงเจตนา เพราะกฎกระทรวงจะเขียนเกินกว่าความมุ่งหมายที่พระราชบัญญัตินี้ให้อำนาจไม่ได้ อย่างไรก็ตาม คนส่วนหนึ่งที่เขียนงานธุรกรรมฯ มักจะสอบถามและมีความกังวลว่า รูปแบบที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร งานบ้านจะเขียนได้หรือไม่ เพื่อให้เกิดความสะดวกในเรื่องดังกล่าว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้ออกแบบปฏิบัติ พร้อมทั้งตัวอย่างการเขียน Living Will ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ ([www.thailivingwill.in.th](http://www.thailivingwill.in.th)) และเอกสารที่ สช. พิมพ์เผยแพร่





## Advance Care Planning and Living Will

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ไม้ตรงแก้ว\*



ในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือกลับไม่มโนภาพชีวิตที่ดีได้ การเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตัวโรค ในช่วงเวลาต่างๆ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันมีแรงผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งจากความเชื่อมั่นในตัวเทคโนโลยีเอง ความกังวลความผิดปกติ หมายถึง ความรู้สึกลำบาก หรือความกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคม เช่น บุคคลลึกลับหรือแพทย์ ซึ่งมีภาพว่าผู้รับการรักษาชนิดต่างๆ จำนวนมาก ตามมาตระหนักการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายควรมีการทำหน้าที่หมายและตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกัน ทั้งจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความรู้เรื่องโรค และทีมผู้ป่วยและญาติซึ่งรอบรู้ความต้องการและข้อจำกัดของชีวิตตนเอง ผู้ป่วยที่พิจารณาแผนเตรียมตัวล่วงหน้า (Advance Care Planning)

---

\* หน่วยงานบัณฑิตกฤติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลักเปลี่ยนการใช้ทดทดการ  
ทางการแพทย์ที่จำเป็นและไม่ต้องการ กลไกหนึ่งช่วยเหลือเรื่องนี้ได้ คือ  
การทำหนังสือแสดงเจตนา (Advance Directive, Living Will) ดังที่  
ได้รับการรับรองในกฎหมายไทย

### สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษา

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่ง คือการปฏิบัติตาม  
แนวทางเวชจรรยาบรรณของ Autonomy ที่หมายถึงบุคคลมีทางเลือก  
อิสระในการตัดสินใจทางเดินชีวิตตน (self-determination) กระบวนการ  
สำคัญคือการขอความยินยอมในการรักษา (Informed Consent) สิ่งนี้  
จะมีความสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ<sup>1</sup>

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการแยกแยะผลดีและผล  
เสียในการรักษาหลัก เทียบกับการรักษาอื่นๆ หรือไม่รักษาได้
2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ ที่จะ  
สร้างความเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกที่เหมาะสม
3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจโดยปราศจากการขู่เข็ญบังคับ  
ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในภาวะปกติผู้ป่วยสามารถทั้งรับหรือปฏิเสธการรักษาที่ไม่  
ต้องการได้ (Informed refusal) แต่เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้าย  
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์พอ นั่นคือขาดความ  
สามารถในการตัดสินใจ (capacity) ตามหลักของ Informed consent  
แบบทั่วไป ประกอบกับการตัดสินใจในช่วงนี้สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ  
กับการมีชีวิตหรือการสิ้นสุดชีวิต คนที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ว่าอ่อนแอต้องการปกป้องบังคับ ทั้งมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตก

<sup>1</sup> คือ<sup>2</sup>

1. ในประเทศไทยไม่มีกฎหมายสนับสนุนให้ทำได้ ในสังคม  
ตะวันตกสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) มีความ  
สำคัญสูงสุด แม้ว่าการเลือกจะมีผลสิ้นสุดของชีวิต แต่ใน  
ประเทศไทยสิทธิในการเลือกการรักษาไม่ได้สำคัญว่าการ  
รักษาชีวิต ดังที่เห็นจากคำพิพากษาศาลฎีกาที่เห็นว่าแพทย์  
สามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วย Jehovah's witness ที่ปฏิเสธการ  
รับเลือดได้ แพทย์ทั่วไปมักเกรงว่าการไม่รักษาแล้วผู้ป่วย  
เสียชีวิตไปจะเป็นความผิด

2. แนวคิดเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของคนในสังคมตะวันออกส่วนใหญ่  
ใหญ่ ถือเป็นส่วนของสิทธิครอบครัว (family autonomy)  
ในยามเจ็บป่วยญาติใกล้ชิดมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในมือคนไทยส่วนใหญ่มีคนเลือกการรักษาให้  
ซึ่งอาจมีปัญหา เช่น

1. การตัดสินใจแทนโดยญาติใกล้ชิด (substitute judgment  
decision) ซึ่งแม้ว่าจะมีความรักและความเข้าใจผู้ป่วยเป็น  
อย่างดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากการตัดสินใจของญาติ  
ภายใต้แรงกดดันหลายอย่าง เช่นความรู้สึกลึกซึ้ง หรือการ  
ปฏิเสธต่อภาวะสูญเสีย
2. การตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความรู้และความ  
ปรารถนาดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากไม่เข้าใจความต้องการผู้  
ป่วย จากมุมมองที่เน้นเรื่องก่อกองโรคมากกว่าคน หรือ  
ความเกรงกลัวผิดกฎหมาย บังคับให้ทำหน้าที่ให้แพทย์มีแนว  
โน้มให้การรักษาเพียงชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่





โดยคิดว่าเป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุด (Best interest decision)

### การยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถือเป็นความผิดทางจริยธรรมหรือกฎหมายหรือไม่<sup>3</sup>

ในทางเวชจริยศาสตร์แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มีหน้าที่ให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ (Beneficence) ไม่ควรมุ่งหวังเพียงเพื่อยืดการตาย อันอาจนำความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว (non-maleficence) ควรให้การยอมรับศักดิ์ศรีของชีวิตหนึ่ง (autonomy) และให้โอกาสผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างยุติธรรม (social justice) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ palliative care ยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติไม่ควรรปล้างหรือยึดการตาย เช่นเดียวกับทางพุทธศาสนาซึ่งถือว่าการตายเป็นการคืนสู่ธรรมชาติ ทางศาสนคริสต์หรืออิสลามถือว่าเป็นระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่ภวະที่ดีกว่า ทั้งธรรมชาติและในขั้นไม่ได้หมายถึงสภาพที่ปราศจากเทคโนโลยี แต่เป็นธรรมชาติของเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนได้ด้วยวิธีใดๆ

การยินยอมให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ แตกต่างจากการตั้งใจปลอบหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร อันถือเป็นการรุนแรง (passive / active euthanasia)<sup>4</sup> การรุนแรงและการสังหารมิให้เกิดการฆ่าตัวตาย (physician assisted suicide) ถือเป็นเรื่องที่มีจริยธรรมตามประกาศของแพทยสมาคมโลก และผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาให้มุมมองว่า การเรียกร้องซึ่งความตาย น่าจะเป็นการสะท้อนความทุกข์

ที่ไม่เห็นทางออก อันเป็นผลจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ เราควรช่วยกันค้นหาและบรรเทาความทุกข์นั้นมากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตาย มีรายงานว่าผู้ป่วยกว่า 90% เปลี่ยนใจหลังได้รับการดูแลที่เหมาะสม

### กฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการรักษาให้เหมาะสมที่สุด

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีเพียงชีวิต เกิดเมื่อการแพทย์มีความก้าวหน้าพอที่จะยืดชีวิตได้นานขึ้นแต่ไม่สามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มจากเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้วผู้ปกครองของ Karen Ann Quinlan ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมองเกือบอยู่ในสภาพพดลัยมัก (Vegetative State) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาล และศาลรับรองให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เองและมีชีวิตอยู่ต่ออีกหลายปี จากนั้นตามมาด้วยคดีคล้ายกันของ Nancy Cruzan อันเป็นการรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์ นำไปสู่การออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2533 ตามมาด้วยการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”





การดำเนิการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้  
เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตาม  
เจตนาของบุคคลลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำ  
นั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

## แนวคิดทางแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระ สุดท้าย

ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การทำหัตถการเพื่อการรักษาใดๆ  
ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยมี  
สติสัมปชัญญะบกพร่อง จำเป็นต้องมีผู้ตัดสินใจตามความคิดที่ว่าถ้า  
ผู้ป่วยรู้ตัวเลือกได้จะเลือกให้ทำอะไร (substitutive judgment  
decision) ถ้าไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย ให้ตัดสินใจตามหลัก  
ประโยชน์สูงสุด (best interests decision) โดยเลือกการรักษาที่ผู้ป่วย  
จะได้รับประโยชน์มากที่สุดเป็นหลัก (most beneficial treatment)<sup>3</sup>

สำหรับ substitutive judgment decision ยามที่ผู้ป่วยไม่ได้  
กำหนดผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายบางประเทศกำหนดผู้ตัดสินใจ  
แทนเป็นลำดับขั้น เช่นคู่สมรส บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดา  
ญาติพี่น้อง เป็นต้น ผู้ตัดสินใจในใจเอาความคิดตนเองเป็นหลัก โดย  
ให้ช่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเลือกแนวทาง  
การรักษาใด ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ยึดประโยชน์ในเชิงของคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดระยะเวลาของชีวิต<sup>7</sup>

ในการนี้สังคมตะวันตกได้มีความพยายามที่จะขยายสิทธิในการ  
เลือกของบุคคล (autonomy) ให้ครอบคลุมถึงช่วงที่ผู้ป่วยหนักถึงกล่าว  
วิธีการคือการวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (Advance  
Care Planning)<sup>2, 6</sup> อันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย  
ได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนา  
ของตัวเองผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ กลไกการ  
ตัดสินใจนี้ได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเป็นเอกสารทาง  
กฎหมาย ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดอย่าง  
ชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและ  
แนวทางการรักษา
- ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่าง  
ชัดเจน เช่นการสั่งเสียว่าไม่อยากให้หมื่นหัวใจเพื่อชีวิต
- การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความรู้สึกละ  
ความคิดเห็นโดยรวมของผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษร  
เรียกว่า Advance Directives

**Advance Directives** เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของตน ใน  
ช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเอง  
ต้องการ ในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้  
(loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ<sup>7</sup>

1. **Instructive Directives** เอกสารแสดงความปรารถนาของ  
ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิตใน







สถานการณ์ต่างๆ เอกสารนี้จะมัลต่อเมื่อผู้ป่วยออกาทหนัก สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจได้แล้ว ตัวอย่างได้แก่ Living Wills, Natural Death Act, Medical Directives ความยากลำบากในการเขียนแนวทางเลือก คือความไม่ชัดเจน เนื่องจากเหตุการณ์จริงอาจเกิดได้หลายแบบ การพยายามเขียนให้เจาะจงตรงตามจริงผู้ป่วยชนิดต่างๆ มักทำให้สับสนมากขึ้น สำหรับ Medical Directives เป็นการทำ แพทย์แปลความ Living Will แล้วเขียนเป็นชุดคำสั่งทางการแพทย์ เช่น Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) ของสมาคมแพทย์ในรัฐอริซัน

2. Proxy Directives เป็นการเสริมจากข้อ 1 โดยระบุบุคคลที่จะตัดสินใจตามความปรารถนาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วย สูญเสียสติสัมปชัญญะ ตัวอย่างได้แก่ Durable Power of Attorney for Healthcare กรณีนี้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องสุขภาพ แตกต่างจาก guardianship ซึ่งเป็นผู้ดูแลบุคคลไร้ความสามารถ การแต่งตั้งคนมาทำหน้าที่นั้นน่าจะเหมาะสมในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสตามกฎหมาย สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน หรือไม่มีญาติใกล้ชิด

**ข้อดีของกรใช้ Advance Directives**

- การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบในวาระสุดท้าย
- บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วย แล้วไม่ต้องกังวลว่าจะมีปัญหากฎหมายภายหลัง
- ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสอธิบายแผนการในอนาคตกับญาติใกล้ชิด

- ทำให้ญาติใกล้ชิดไม่ต้องรับภาระในการตัดสินใจ ซึ่งยากและอาจเกิดความรู้สึกผิด

**ข้อเสียของกรใช้ Advance Directives**

- การประเมินความสามารถในการเข้าใจขณะเขียนใบแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยากและอาจเกิดปัญหาในการพิสูจน์ในภายหลัง
- การปฏิเสธการรักษาอาจจะให้สมบุรณ์ตามแนวเวชระยศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับความจริงที่จะเกิดขึ้นจริงๆ ถ้าเขียนล่วงหน้าใดๆ การคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- ความก้าวหน้าทางการแพทย์อาจทำให้การตัดสินใจที่ทำไว้เดิมไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนการตัดสินใจ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องใช้อาจหาไม่พบ
- บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สบายใจที่ต้องทำตาม ในสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วย ซึ่งทางออกอย่างหนึ่ง คือการส่งต่อให้แพทย์ท่านอื่น
- สำหรับญาติใกล้ชิดส่วนใหญ่ การทำอะไรบางอย่างให้ผู้ป่วยง่ายกว่าการไม่ทำอะไร

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ๑





1. กระบวนการคิดหาคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล (goods of care) ของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจน ถึงเหตุปัจจัยหรืออดีตที่มีผลต่อความคิดความเชื่อ คุณค่าชีวิต ความสุขทุกขเมื่อเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาให้ได้ผล ภาระหรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความรู้สึกลึกซึ้งที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีศักยภาพการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤติ ดังนั้นควมคิดความต้องการนี้ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

**แนวคำถามเพื่อสำรวจการให้ความหมายเรื่องคุณภาพชีวิตและการจัดการตายของผู้ป่วย**

1. ในสถานการณ์แบบไหน ที่คุณคิดว่าสมควรแก่การมีชีวิตอยู่
2. คุณจะเป็นอย่างไร ถ้าคุณไม่สามารถที่จะ ...
  - ดูแลตนเองได้
  - ถูกออกจากเตียงได้
  - พุดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ตัวได้
  - รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ด้วยตนเองได้
  - ตื่นรู้ตัว และรับรู้ว่าจะอะไรเกิดขึ้นรอบตัวคุณ
3. การประเมินชีวิตจากัดการยอมรับภาระที่จะเกิดจากการรักษา
  - ถ้าการรักษาอาจทำให้คุณมีความรู้สึกไม่สบาย และมีความวิตกกังวลที่จะกลับไปอยู่ในสภาพที่คนบอกว่าคุณไม่ควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษาในหรือไม่

- และถ้าการรักษานี้ให้โอกาสคุณกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษาในหรือไม่

4. การสื่อสารความปรารถนาในระยะสุดท้ายกับคนที่เกี่ยวข้องได้แก่ญาติใกล้ชิด แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลประจำ และบุคคลที่ถูกระบุให้ตัดสินใจแทน การสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรงๆ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่น แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการรักษาที่ผ่านมาของคนใกล้ชิด การตายของบุคคลในข่าว การแสดงความรู้สึกเป็นจดหมาย การถ่ายทอดทัศน ซึ่งสามารถใช้ในการนำสืบไปได้ อย่างไรก็ตามเพื่อความชัดเจนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ควรทำเป็นหนังสือซึ่งมีรายละเอียดพอสมควร

- ก. ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประชาชน ที่อยู่
- ข. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- ค. ชื่อและสถานะของพยาน เช่น ญาติหรือแพทย์ที่ดูแล
- ง. ระบุเป้าหมายพร้อมตัวอย่างสิ่งที่ไม่ต้องการจะเข้ารับ หรือให้รับ
- จ. ระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด เพื่อทำหน้าที่อธิบาย หรือตัดสินใจแทน
- ฉ. ลงลายมือชื่อผู้ทำหนังสือ พยาน และผู้พิมพ์





## การเขียนหนังสือแสดงเจตนาโดยการยื่นคำขุ้หมักคในสย

### หรือเป้าหมาย

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาจะระบุความปรารถนาที่เลือกหรือไม่เลือกทางการแพทย์ (procedures oriented) แม้ว่าวัตถุประสงค์เฉพาะบางอย่างในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังจะไม่ถูกลามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่นมีการติดเชื้อหรือความผิดปกติของเกลือแร่ ถ้าแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างยืนยาวอีกหลายเดือนหรือเป็นปี ในกรณีนี้จะได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาจะระบุไม่ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

จากกรณีดังกล่าวควร ยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์ควรเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเลือกหรือไม่เลือกทางการแพทย์ควรเป็นตัวช่วยสื่อถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษา ในแต่ละบริบทควรมีการชั่งเปรียบเทียบผลดีกับภาระและความเสี่ยงในมุมมองผู้ป่วยเสมอ โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคคลที่ถูกระบุให้ช่วยอธิบายและตัดสินใจแทนในระะยะสุดท้าย

เป้าหมายในการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายเดียว เช่นถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่อยากทรมานและสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ในช่วงแรกที่มีข้วยมีอาการติดเชื้อและเหนื่อย การเฝ้าไข้ภาชีวิตระยะ ยากลำบากประสาทร่วมกับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการรอเวลาสายออกฤทธิ์และระดับประคองไม่ให้เหนื่อยมาก ถ้าติดเชื้อก็ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าไม่ตอบสนอง แม้ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ควรกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษา และข้อบ่งชี้การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่ง

ไม่มีประโยชน์ ทำได้ภายใต้การคุ้มครองของหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ควรทำก่อนตายเป็นข้อไปไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน และไม่มีเจตนาเร่งการตาย

## ความเป็นจริงและข้อจำกัดของการใช้หนังสือแสดงเจตนา

1. ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เรื่องนี้มาอย่างนาน ยังมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพียง 30% หรือน้อยกว่า โดยบางส่วนไม่สมบูรณ์ หากไม่เจอ หรือไม่ได้นำมาโรงพยาบาล การช้ก็กลายเป็นเพื่อการตัดสินใจร่วมกับความจำเป็นและเป็นมาตรฐานอยู่
2. ความปรารถนาในอนาคตตามสถานการณ์สมมุติเปลี่ยนแปลงไปมากได้ โดยมี 70-80% ที่งเดิมในช่วงเวลา 1-2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงมีศักยภาพในการปรับตัว และมีชีวิตที่มีความหมายได้ ผู้ป่วยซึ่งเดิมเคยปฏิเสธแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. จากการศึกษาที่มีน่มาพอจะประมาณได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยที่เคยแสดงไว้ตามสถานการณ์สมมุติที่อาจเกิดขึ้นตรงกับความจริงของผู้ป่วยเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริง เพียงสองในสาม
5. ผู้ป่วยออกาทรมานส่วนใหญ่อยากได้รับการรักษาที่คิดว่ามีประโยชน์สูงเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสียหายที่น้อย และกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ให้ผลน้อยเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสียหายที่มาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาจมีผลเป็นความพิการของร่างกายหรือสมอง





6. การตัดสินใจเลือกรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความพิการ การมีภูมิการเปลี่ยนไปมากไปมานั้น
7. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ช่วยอาจทำนายความปรารถนาของผู้ป่วยได้โดยตรง แม้จะมีโอกาสพูดคุยกันก่อนอย่างละเอียด แต่อย่างไรก็ตามการทำนายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกับผู้ช่วยเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
8. สังคมมักมีปฏิกิริยาต้านลบต่อการที่ผู้ตัดสินใจแทน ในกรณีที่ไม่เลือกไม่รับการรักษา เราควรมีการประเมินและระดับ ประคองคนกลุ่มนี้ด้วย

## แนวปฏิบัติในการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า<sup>6</sup>

ในทางปฏิบัติการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้ายังเป็นกลยุทธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือก แนวทางรักษาของผู้ช่วยตามความคิดปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการติดตาม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้แม้ จะไม่ได้เห็นสิ่งแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติใกล้ชิดและแพทย์ทุกคนเข้าใจ เจตนาจริงแท้ที่จริง เมื่อหลังการเขียนข้อความต่างๆ อันช่วยส่งเสริม ความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์อนาคต การนำการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้าสู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายเรื่อง ได้แก่

### 1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือผู้ช่วย ระยะเวลาที่ทุกคน น่าจะได้อธิบายจากกรร่วมวางแผนการรักษาแล้ว

หน้า โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงของทางสมองเกิดขึ้นบ่อยๆ และควรมีการตรวจสอบและทำทบทวนเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

### 2. ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้ช่วยสูงอายุที่ความจำและเคลื่อนไหว หรือพูดจาสับสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเสมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ในความเป็นจริงผู้ช่วย ยังมีความสามารถบางส่วน สามารถตัดสินใจในคำถามง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่นการถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลือกพูดคุยในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วน ย่อมดีกว่าการประเมินว่า ท่านไม่สามารถบอกอะไรได้เลย

### 3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การเขียนพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลิกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นทำได้ง่ายกว่า ดังนั้นไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะผู้ช่วยที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น และไม่ควรรจำกัดสิทธิผู้สูงอายุหรือมีปัญหาทางสมองแต่ต้น การมีการประเมินเป็นเรื่องๆ เช่นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นใน สถานการณ์ที่เป็นอย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดเปรียบเทียบผลที่จะได้กับความเสี่ยงและการที่จะเกิดตามมา และผู้ช่วยมีการตัดสินใจเลือกได้ ในผู้ช่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกท่อหายใจหลายครั้ง สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้แม่นยำ ถ้าไม่แน่ใจควรถามซ้ำในลักษณะที่แตกต่างกัน





#### 4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้อย่างถี่ถ้วนก่อนเกิดปัญหาวิกฤติ หรือเมื่อเริ่มรับรู้ว่ามีชีวิตที่ลำบาก แต่ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจอยู่ในภาวะปฏิบัติเศษอยู่ในภาวะยอมเผชิญหน้ากับความจริงได้ การสื่อสารควรรู้วิธีที่นุ่มนวลก่อน เช่นการชวนคุยการเตรียมตัวภายหลัง การป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนที่ใกล้ชิด หรือการรับฟังผู้ป่วยที่พูดเปรยเรื่องความตาย

#### 5. ใครควรเป็นผู้เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้

อาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นผู้ดูแลการป่วยได้ ขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่า อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นได้ทั้งดีขึ้นหรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคนกลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก่ความเข้าใจผิดและกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว ระบุความต้องการทางการสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

#### 6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีสงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึง

เรื่องความตายด้วยท่าทีธรรมดาแต่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้วควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ “ถาม - ตอบ - ถาม” เริ่มจากการถามสิ่งทีผู้ป่วยและญาติรับรู้เข้าใจ สอบถามความต้องการในขณะนั้น จากนั้นจึงเป็นการพูดอธิบาย และถามทางถึงความเข้าใจ ความต้องการ ความรู้สึกอันเป็นการตอบสนองของทางอารมณ์ต่อสารที่ได้รับ และถามถึงความหมายของสารนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

#### 7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง

ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อยควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนนั้นนอกจากจะรู้จักความ คิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกที่ระแวก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจเป็นอคติในการตัดสินใจที่มากไปหรือน้อยไปได้ และเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ ผู้นั้นควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปกับผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้เสมอ เรื่องอื่นๆ ที่ควรคุยคือคุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่รู้สึกตัวตอบสนองไม่ได้ การใช้เครื่องมือช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลังสิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของ เป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติใกล้ชิดจะลำบากหรือเป็นกังวล หรือไม่อยากพูดถึงญาติ การที่ทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกัน จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาส





สุดท้ายที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำอะไรเพื่อผู้ป่วย อันจะเป็นการขจัดความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น

### 8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้

ในสังคมตะวันออกบางวัฒนธรรมไม่เอ่ยปากพูดเรื่องความตาย เพราะกลัวเป็นลางไม่ดี หรือเป็นการทำให้โชคร้าย หรือไม่เอ่ยปากพูดถึงเพราะรู้สึกทรมานได้ เราอาจช่วยให้กำลังใจและให้กำลังใจว่า เราก็หวังว่าผู้ป่วยจะดีที่สุดเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นด้วย หรืออาจพูดคุยทางอ้อมเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการ์ตูนในไดอารี่ สำหรับญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับการตายที่เกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิด สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

### แนวทางปฏิบัติในผู้ช่วยที่การกำหนดชีวิต

ก่อนอื่นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ระยะสุดท้ายหรือ vegetative state ตามคำจำกัดความของกฎกระทรวง จากนั้นจึงทำการ

1. พิจารณานโยบายและความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือญาติ
2. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติอยู่ ให้ขอคำยืนยันเจตนา
3. จัดเก็บหนังสือดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน

4. บุคลากรทุกคน มีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้น และจัดดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ แพทย์ควรปรึกษารักษาหรือกับผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย หรือญาติใกล้ชิด
6. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลและแก้ไขข้อขัดแย้ง
7. บุคลากรสามารถยุติการใช้เครื่องมื่อดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย
8. กรณีผู้ป่วยยังไม่ได้รับความยินยอมและให้ผู้ป่วยครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

### สรุป

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ให้เข้ากับชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คุณค่าและปรารถนา กระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤติก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกราย การที่กฎหมายรับรองสิทธิเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายจะเป็นกลไกสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ โดยเน้นคุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนาของผู้ป่วย ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามการเติบโตทางจิตใจของผู้ป่วย มากกว่ายึดตายตัวตามสิ่งที่เขียน





## เอกสารอ้างอิง

1. Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: Consent. CMAJ 1996; 155: p177-80.
2. Kirschner KL. When written advance directives are not enough. Clin Geriatr Med 2005;21:193-209.
3. Pawlik TM, Curley SA. Ethical issues in Surgical Palliative Care: Am I killing the patient by " Letting him go"? Surg Clin N Am 2005;85:273-286.
4. Derse AR. Legal and ethical issues in the United States. In Emanuel LL, Librach SL (eds) . Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 294-303.
5. Lee KF. Palliative care: Good legal defense. Surg Clin N Am 2005;85:287-302.
6. Starks H, Vig EK, Pearلمان RA. Advance care planning. In Emanuel LL, Librach SL (eds) . Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 220-234.
7. Storey P, Knight CF. UNIPAC six: Ethical and Legal Decision making when caring for the terminally ill. Gainesville, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 1996.
8. Machin V. Euthanasia, withdrawal of treatment and advance directives. In Machin V. Medicallegal pocketbook. London, Churchill Livingstone, 2003.



## สิทธิในการสื่อความรู้สึกและการได้รับการดูแล อย่างสงบที่สุดระยะสุดท้ายของชีวิต

รศ. พญ. ศิริเวียง ไพโรจน์กุล

หน่วย Palliative Care โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ลองฟังเรื่องราวของผู้ป่วยเหล่านี้สิ แล้วลองคิดว่าถ้าเป็นตัวท่านหรือคนที่ท่านรัก ท่านต้องการอะไร

แพทย์ได้บอกกับคุณสมจิตรว่ามะเร็งตับของเธอลุกลามมากแล้ว และตัวของเธอก็ไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องจากเธอเป็นตับอักเสบบีเรื้อรังและมีภาวะตับแข็ง เธอรู้ว่าเธอกำลังจะตาย เธอได้ทำใจและเตรียมทุกอย่างพร้อมแล้ว เธออยากกลับบ้านไปอยู่กับลูกๆ และคนที่เธอรัก แต่เธอมีอาการปวดเหลือเกิน หายใจไม่เต็มเพราะในท้องเต็มไปด้วยน้ำ อาการปวดรุนแรงเกินที่จะทน เธอไม่กล้ากลับบ้านเพราะกลัวทนความปวดไม่ได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลแพทย์ได้สั่งยาแก้ปวดให้เธอ แต่มันไม่ได้ผลเลย เธอนอนไม่ได้อะไรเพราะจิบน้ำไม่ลง รู้สึกอยากตายไปตอนเนี่ยเลย กฎที่เข้ามาห้ามสามารถนอนได้เพราะเธอนอนกรีดร้องทั้งคืนกลางคืนพยาบาลมาฉีดยาแก้ปวดให้ตามทีหลัง เธอรู้ว่ายาที่ฉีดมันช่วยเธอไม่ได้เลย เธออยากกลับบ้านกลับไปหาคุณแม่ ขอยาที่ฉีดแล้วตายไปเลยและขอเตี้ยวัน หนึ่งคืนไม่ไหวแล้ว วันรุ่งขึ้นทีมแพทย์ได้ปรึกษา





ทีม Palliative Care มาช่วยร่วมดูแลผู้ป่วย แพทย์ได้มาฉีดยาตามอวัยวะในผู้ป่วยข้างเตียงและพบว่าผู้ป่วยต้องให้ยามอร์ฟินในขนาดสูงถึงจะควบคุมความปวดได้ แพทย์ได้ปรับขนาดยาให้จนอาการปวดลดลงและอยู่ในสภาพที่ผู้ป่วยอยู่ได้ วันต่อมาในกลุ่มเพื่อนครูของนางสมจิตมารายเยยมผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับเพื่อนแม้จะอ่อนแรงอย่างมาก สองวันต่อมานางสมจิตมารียมตัวกลับบ้านเพื่อไปอยู่กับสามีและลูก โดยมีภาระงับปวดที่แพทย์สั่งให้กลับไปรับประทานที่บ้าน พร้อมแพทย์ได้ส่งต่อทีมแพทย์ใกล้บ้านมาช่วยดูแลต่อ

นายวิบูลย์ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ขณะนี้โรคลุกลามไปกระดูก แพทย์ได้บอกกับนายวิบูลย์แล้วว่า ไม่มีการรักษาอะไรที่จะทำได้ นอกจากการรับยาแบบประคับประคอง นายวิบูลย์เข้าใจดีแต่ขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลจนกว่าเสียชีวิต เพราะมีภาระที่ไม่สามารถรักษาที่นั่นได้ นายวิบูลย์ได้จัดการกระดูกต่างๆ ไว้เรียบร้อยแล้ว กลางดึกคืนหนึ่งนายวิบูลย์เริ่มมีอาการหอบหายใจลำบาก อาการเป็นมาเรื่อยๆ เริ่มทรุดหาย แพทย์เวรได้มาดูแลนายวิบูลย์ซึ่งขณะนั้นไม่สามารถสื่อสารได้ แพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจให้ วันรุ่งขึ้นนายวิบูลย์เริ่มรู้สึกตัว ได้สื่อสารกับแพทย์โดยการเขียนหนังสือบอกว่าต้องการถอดท่อออก ทีมแพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแพทย์ทีม Palliative Care มาช่วยกันดูแลผู้ป่วย แพทย์ได้สื่อสารให้ทราบว่าถ้าถอดท่อผู้ป่วยจะหอบหายใจลำบากแต่แพทย์จะให้ยาตามอหอบให้ผู้ป่วยไม่ทรุดหาย ต่อมาแพทย์ได้ถอดท่อช่วยหายใจ นายวิบูลย์จะหายใจด้วยตนเองแต่มีอาการหอบ ไม่ทรุดหายแต่รู้สึกอึดอัด แพทย์ได้ให้ยาลดเสมหะ ในช่วงกลางคืนแพทย์เพิ่มยาอนาลGESIC ให้ นายวิบูลย์สงบและนอนได้ แต่ในช่วงกลางวันแพทย์รับลดยาลงผู้ป่วยสามารถสื่อสารพูดคุยกับครอบครัวได้บ้าง

นอนหลับเป็นช่วงๆ ถ้ามีอาการหอบมากขึ้นแพทย์ก็รับยาตามอหอบเพิ่ม จิบน้ำและอาหารเหลวได้ นายวิบูลย์ได้รับการย้ายจากไอซียูและมีครอบครัวเฝ้าอยู่ตลอดญาตินิมนต์พระมาทำสังฆทาน ลูกๆ มาทำพิธีขอขมา นายวิบูลย์จากไปอย่างสงบหลังถอดท่อได้สองสัปดาห์โดยมีครอบครัวอยู่เฝ้าตลอด

คุณลุงบุญโอบอายุ 79 ปี รู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปอด มาติดตามรับยาเคมีบำบัดเป็นระยะๆ ครั้นนี้มารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอ่อนเพลียไม่มีแรงแรง รู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไรในระยะเวลาสุดท้ายเพราะครอบครัวยังไม่กล้าบอกความจริง ได้แต่บอกให้สู้ๆ วันหนึ่งแพทย์มาคุยกับครอบครัวบุญโอบเรื่องวางแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์บอกว่าครอบครัวและคุณลุงควรมีการพูดคุยกันถึงแผนการดูแลในช่วงสุดท้าย เช่นถ้าคุณลุงมีอาการหอบ จะให้หมอใส่ท่อหลอดลมคอหรือไม่ แต่ครอบครัวคุณลุงบอกว่าคนไข้ยังไม่รู้เลยว่าตัวเองอยู่ในระยะสุดท้าย ยังคิดว่าหมอมจะช่วยให้ดีขึ้นได้ แกยังใจสู้อยู่ ขอเวลาทำใจก่อน สองวันต่อมาคุณลุงไปเป็นเลือดจำนวนมาก หายใจลำบาก ครอบครัวได้ตัดสินใจให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ คุณลุงได้รับการดูแลในไอซียู ซึ่งให้ญาติเยี่ยมได้ในระยะเวลาลึ้นๆ หลังการใส่ท่อคุณลุงไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่มีแรงจะเขียนหนังสือได้ตอบ ความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งแพทย์คาดว่าอาจมีภาวะมะเร็งลุกลามไปที่สมอง สิ่งที่มีสุขภาพพริ้วรู้ดีคือคุณลุงจะแสดงสีหน้าที่ทุกข์ทรมานเมื่อถูกดูแลหรือเมื่อถูกพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ ระหว่างนี้คุณลุงได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลได้มีการพูดคุยกับครอบครัวคุณลุง และได้มีการพูดคุยเรื่องการถอดถอนการใช้เครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลม ครั้นแรกครอบครัวเห็นห้องต้องกันว่าควรยุติความทุกข์ทรมานของคุณลุง และได้บอกว่าคุณลุง







คุณลุงไม่มีภารกิจค้างอะไร ทีนี้แพทย์ผู้พี่แจ่มจึงเสนอการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจและการให้ยาให้ผู้ป่วยหลักจะได้ไม่กระสับกระส่าย แต่ครอบครัวขอเบี่ยงเบนใจเพราะระบุตรงใจว่าอาจมีทางที่คนลูกอาจดีขึ้นและค่อยๆ ถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ และหวังว่าอาจมีปฎิหาริย์ที่อาจช่วยให้สภาพคนลูกดีขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนลุงยังไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ เริ่มมีไข้แพทย์ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ครอบครัวยังยืนยันไม่ขอยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ยาปฏิชีวนะต่อ แต่ถ้าหัวใจหยุดเต้นขอปฏิเสธรักษาหัวใจ

ท่านพี่เรื่องราวของผู้ป่วยแล้วท่านคิดอย่างไร สิ่งที่คุณเห็นต้องถามคือเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ความตายเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าท่านมีโอกาสท่านอยากจะทำอะไรหรือเลือกทางเดินในระยะสุดท้ายอย่างไร ทางเลือกมีเพียงสองทางคือยืดยาวให้นานที่สุดแต่สิ่งที่ต้องแลกคือความทุกข์ทรมานแสนสาหัสทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทางเลือกคือยอมรับเวลาที่เหลืออยู่แต่ขอให้บรรเทาความเจ็บปวดที่ต่อไม่หยุดในระยะเวลาที่สั้นที่สุดถ้าท่านจะเลือกการยุติเวลาท่านต้องมีคำตอบว่าทำไปเพื่ออะไร บางคนอาจมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนที่รักกลับมา ได้คือเห็นเหตุการณ์ที่ตัวเองเผื่อรอคอย สำหรับคนที่ยังต้องการภารกิจค้างแล้วการยืดยาวแห่งความทุกข์ทรมานจะมีประโยชน์อะไร

เป็นสิ่งสำคัญที่คนเราสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต แม้เราจะไม่สามารถควบคุมโรคที่ลูกหลานได้แต่เราสามารถออกแบบควบคุมสถานการณ์ในระยะสุดท้ายได้โดยผ่านการแสดงเจตจำนงให้คนรอบข้างรู้ว่าเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย

เราต้องการอะไร และถ้าสามารถทำเป็นลายลักษณ์อักษรได้จะช่วยให้มั่นใจว่าความตองการของเราได้รับการตอบสนอง เหตุการณ์ที่มิสงบภาพพบเป็นประจำคือ เมื่อตัวผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารได้ การตัดสินใจรักษาจะขึ้นอยู่กับครอบครัว บางครั้งการตัดสินใจของครอบครัวไม่ได้อยู่บนผลประโยชน์ของผู้ป่วย แต่อยู่บนความต้องการของครอบครัวเอง เช่นกลัวว่าท่านจะตัดสินใจแทนท่านว่าไม่รักษาผู้ไปถึงที่สุด กลับมาปกรรณหรือรู้สึกผิดที่จะยุติหรือถอดถอนการรักษา อัยกามีเวลาร่วมกับผู้ช่วยนานที่สุดเพราะที่ผ่านมานี้ไม่มีโอกาสดูแลใกล้ชิดครอบครัวลงไปว่าทุกการตัดสินใจต้องแลกด้วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

การมีโอกาสดังใจเลือกทางเดินของการรักษาหลังหน้าเป็นสิ่งที่ช่วยประกันได้ว่าเราจะไม่ทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยยืดเยื้อความตาย อย่างไรก็ตามความตายที่ทุกข์ทรมานและการตายอย่างสงบคือศีลของความเป็นมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบของการดูแลแบบ Palliative Care ด้วย ดังจะเรียนรู้อีกจากการเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขนี้

มาทำความเข้าใจกับการบริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เรียกว่า Palliative Care กันหน่อย ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมาก แต่ขณะเดียวกันเรามีช่องโหว่ในระบบสาธารณสุขของเรา เนื่องจากเราไม่มีพัฒนาการด้าน Palliative Care เลย ทั้งทีมแพทย์และผู้ช่วยไม่รู้จักร Palliative Care แพทย์ในอดีตและส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่เคยมีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ยิ่งทว่าบ้าน





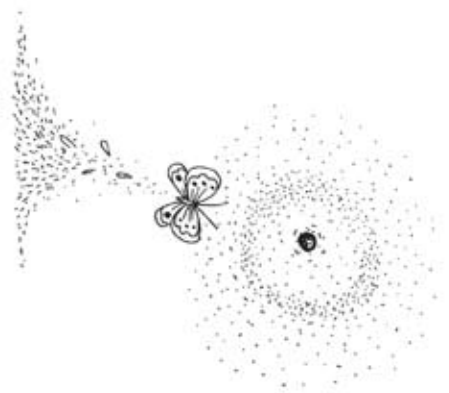
ทั่วไปไม่เคยรู้ว่ามีการเลือกอื่นที่จะปฏิบัติหากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เกิดประโยชน์ แต่มีทางเลือกที่จะรักษาแบบประคับประคองให้จากไปอย่างสงบ ความเข้าใจของประชาชนคือเมื่อแพทย์บอกว่าหมดหนทางรักษา หมายถึงเขาต้องไปเผชิญชะตากรรมที่เหลือด้วยตนเอง ประชาชนส่วนใหญ่จึงขอเลือกที่จะใช้เทคโนโลยีอื่นซึ่งจะเป็นเครื่องรับประกันได้ว่าแพทย์ยังคงต้องอยู่กับผู้ป่วย

การแพทย์ในประเทศไทยพัฒนาไปจนเท่าเทียมกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคติดเชื้ในอดีตที่คร่าชีวิตผู้คนไปอย่างรวดเร็วถูกแทนที่ด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคมะเร็ง โรคระบบอวัยวะล้มเหลวเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ โรคไตวาย การรักษาโรคเหล่านี้มีตัวยารักษา ต้องทนทุกข์ทรมานอย่างเนิ่นนานกว่าจะเสียชีวิต การใช้เทคโนโลยีต่างๆ สามารถช่วยชีวิตคนให้รอดพ้นจากความตายและยืยชีวิตให้อยู่ได้ยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามความตายเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อโรคมีการดำเนินจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้มาเพื่อช่วยยืยชีวิตผู้ป่วยมักเป็นผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทุกข์ทรมานจากความปวด และอาการไม่สบายอื่น ๆ การยึดชีวิตต่อโดยใช้เทคโนโลยีจะมีประโยชน์อะไรถ้าเวลาที่เหลืออยู่มีแต่ความทุกข์ทรมาน ผลสุดท้ายความตายเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมหาศาลที่ครอบคลุมตั้งแต่สูงถึงเสียจากการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การทุ่มเทการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องกีดขวางการสื่อสาร การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในสถานการณ์ที่การแพทย์มีเป้าหมายหลักในการรักษาให้หายจากโรค ให้มีชีวิตอยู่ยืนยาวที่สุด แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงระยะสุดท้าย มีความจำเป็นที่ต้องมีแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นรักษาตัวโรคแต่คำนี้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ปลดปล่อยอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ และประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงเปลี่ยนผ่าน และสามารถเตรียมตัวเตรียมใจรับกับระยะสุดท้ายและควาตายที่กำลังจะมาถึง ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การดูแลแบบ Palliative Care เป็นการดูแลในทุกมิติตั้งแต่กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว

เป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมปัจจุบันที่ต้องมีการจัดบริการแบบ Palliative Care ให้ทั่วถึง ให้ประชาชนได้มีทางเลือก และสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ การทำให้การบริการด้าน Palliative Care เกิดขึ้นได้ต้องมีการร่วมมือกันทุกส่วนทั้งภาครัฐและประชาชน ภาครัฐต้องจัดให้บริการนี้เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถรับบริการได้ในทุกที่ โดยเฉพาะในชุมชน ไปๆเป็นบริการที่แม้แต่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รัฐต้องจัดทรัพยากรงบประมาณให้ประชาชนเข้าถึงได้ในทุกที่ สถาบันการศึกษาต้องเร่งพัฒนาหลักสูตรให้มีการจัดการเรียนการสอนในทุกโรงเรียนแพทย์และพยาบาล ต้องเร่งฟื้นฟูองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสามารถในการจัดบริการด้านนี้ให้ ที่สำคัญที่สุดคือภาคประชาชนที่ต่อมมีโอกาสได้รับรู้และมีส่วนร่วมที่จะร้องขอการบริการด้านนี้





## แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

และตัวอย่างแนวปฏิบัติต่างประเทศ

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ \*\*

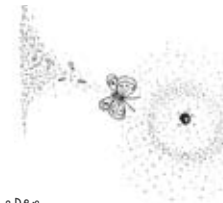


### บทนำ

การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิบัติคือการรับบริการสาธารณสุขบางอย่าง  
อย่าง ตมมตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็น  
สิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งที่ได้รับรับรองจากนานาชาติว่า เป็นสิ่งที่  
สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และทีม  
ผู้ให้การดูแลสุขภาพควรเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้  
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองว่าจะรับการรักษาหรือไม่ อย่างไร  
เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ยของชีวิต หรือไม่ต้องการรักษาที่เกิน  
ความจำเป็น หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากยิ่ง  
ขึ้น การทำหนังสือดังกล่าวไว้ล่วงหน้า มีส่วนช่วยสะท้อนความต้องการ  
ผู้ป่วย หากในภายหลัง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เฝ้าจตัดสินใจหรือสื่อสารกับ  
ผู้อื่นได้ เช่น การขอเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องถูกเหนี่ยว

\*\* นบ., นม. ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์





รัฐด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ต้องการให้ยึดการตายออกไป การใช้สิทธิตามมาตรา 12 จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้ให้การรักษา

บทความนี้จะอธิบายแนวปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาของกฎกระทรวง และศึกษาเปรียบเทียบกับแนวทาบปฏิบัติของต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา และการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายแบบประคับประคอง

### 1. แนวคิดในเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

“สิทธิปฏิเสธการรักษา” เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง องค์กรระหว่างประเทศต่างให้การรับรองในเรื่องนี้ โดยเฉพาะแพทยสมาคมโลก (World Medical Association - WMA) ได้ออกคำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก นอกจากนี้ ยังมีบางประเทศที่มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องนี้ การทำหน้าที่ปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต (Living Will/Advance Directives) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในทุกมลรัฐ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเดนมาร์ก ฯลฯ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสภาวิชาชีพของแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศต่างๆ

<sup>1</sup> ไพศาล ลิ้มสถิตย์, รายงานวิจัย เรื่อง “สิทธิปฏิเสธการรักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ” เสนอต่อ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, (ปรับปรุง กันยายน 2552).

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษามีความแตกต่างจากกรณี mercy killing หรือ active euthanasia หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย (assisted suicide) ซึ่งเป็นสิ่งที่คนในสังคมส่วนใหญ่ไม่ให้การยอมรับ เพราะถือว่าขัดต่อศีลธรรม โดยที่ประมุขสามัญของแพทยสมาคมโลกในปี ค.ศ.2002 ได้มีมติยืนยันว่า “ยูธานาเซีย” (euthanasia)<sup>2</sup> ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก<sup>3</sup> ที่มีความหมายใกล้เคียงกับกรณี active euthanasia ถือว่าขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิก มิให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใด ๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น ทั้ง ๆ ที่วิถีการรักษาผู้ป่วยให้อาการดีขึ้นในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่ไม่ให้การยอมรับกรณี active euthanasia เพราะถือว่าขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ซึ่งแพทยสมาคมโลกระบุไว้

แพทยสมาคมโลกในฐานะองค์การวิชาชีพระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้สมาคมทางการแพทย์หน่วยงานของรัฐ และองค์กรในประเทศอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ประเทศสมาชิกเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดูแล

<sup>2</sup> “euthanasia” มีรากศัพท์จากภาษากรีก *euthanasia* ที่แปลว่า การตายดี (eu + thanatos = good death) แต่ภายหลังมีการจำแนกเป็น active กับ passive จนทำให้มีความหมายต่างไปจากรากศัพท์เดิม

<sup>3</sup> อ้างจาก The World Medical Association Resolution on Euthanasia (2002).





ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำหรือละเว้น การทำการที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่า ตัวตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ต้องหลีกเลี่ยงจริยธรรมทางการแพทย์

สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนมากที่ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่มุ่ง ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบ ทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิ ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

แพทยสมาคมโลกได้ออก ปฏิญญาสิทธิฉบับว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” (**The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient**) ในปี ค.ศ.1981 (แก้ไขล่าสุดเมื่อปี ค.ศ.2005) รับรองสิทธิ ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายไว้ในข้อ 10 กล่าวคือผู้ป่วยมี สิทธิเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในภาวะสุดท้ายของชีวิตโดยยังมีศักดิ์ศรี มนุษยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ของผู้ป่วย

“ข้อ 10 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในภาวะสุดท้าย อย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะ ช่วย ให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้”

<sup>4</sup> “ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อิงประไพพันธ์ และ นายไพศาล ลิ้มสถิตย์ (วารสารครุสิก, ปีที่ 24 ฉบับที่ 10, ตุลาคม 2551), หน้า 922-924.

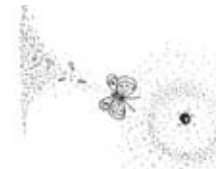
ต่อมาในปี ค.ศ.2003 แพทยสมาคมโลกได้ออก คำแถลงเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า” (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”)<sup>5</sup>) มีเนื้อหารูป ความหมายและวัตถุประสงค์สรุปได้ดังนี้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ลงลายมือชื่อของผู้ทำเอกสาร บางกรณีจัดทำเป็นบันทึก ต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการ รักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิภาพหรือระยะเวลา ออกไป เพราะในอนาคตผู้แสดงเจตจำนงอาจเจ็บป่วยถึงขั้นที่ผู้ไม่รู้สึกรู้สึกตัว หรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงด้วยตนเองได้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความ ยินยอมด้วยตนเองได้ ถือเป็นกรวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิใช่เป็นการตัดสินใจ

<sup>5</sup> คำว่า “living will” ที่นิยมเรียกกันในภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” นั้นมีถูกต้อง เพราะ ผู้คนไม่เข้าใจความหมายของคำว่า “will” ในที่นี้หมายถึงเจตจำนงหรือความประสงค์ของผู้ที่หนังสือหรือผู้ป่วย มิได้หมายถึงพินัยกรรมตามกฎหมาย ความสัมพันธ์จากเอกสาร แปลความหมายคำว่า “will” เป็นภาษาไทยว่า “พินัยกรรม” ทั้งนี้ คำนี้ยังหมายถึง เจตจำนง ความปรารถนา ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือก จึงควรแปล “living will” ว่า “เจตจำนงเกี่ยวกับชีวิต” กรุณาดู GARNER, Bryan A., *Black’s Law Dictionary*, 7th edition (St. Paul, Minn: West Group, 1999), p.1592.





ให้แพทย์เจ้าของไข้และญาติเห็นอนในอดีต เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง แพทย์จะต้องเคารพและปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย ในการทำเอกสารดังกล่าวแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องทำการทำเอกสารฯ และควรให้คำแนะน่ว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

สิทธิปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์มีเรื่องสิทธิส่วนตัวที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (personal autonomy) ได้รับการรับรองโดยศาลสิทธิมนุษยชนของยุโรป (European Court of Human Rights) ในคดีนาง Pretty<sup>6</sup> ที่ต้องการฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นจากความทรมานจากโรค Motor Neurone Disease โดยขอให้เจ้าหน้าที่ไม่ดำเนินการกับสมาชิกของเธอที่จะช่วยให้เธอฆ่าตัวตาย แต่ศาลอังกฤษไม่อนุญาตโดยอ้างกฎหมายว่าด้วยการฆ่าตัวตายของอังกฤษ ต่อมานาง Pretty ได้มอบอำนาจให้ทนายความเป็นตัวแทนยื่นคำร้องต่อศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป จนกระทั่งศาลฯ มีคำสั่งยกคำร้องของนาง Pretty ที่อ้างว่ากฎหมายอังกฤษและการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีลักษณะขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายสิทธิมนุษยชนของยุโรปนั้น ศาลยังได้ยืนยันหลักการสำคัญเรื่องสิทธิของผู้ป่วยในวิกฤตหรือใกล้ตายที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต้องเคารพปฏิบัติตาม “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของยุโรป” (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms : ECHR)<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Pretty v. United Kingdom (no. 2346/02)

<sup>7</sup> Mendelson d. Jost T.S. “A comparative study of the law of palliative care and end of life treatment”. J Law Med and Ethics. 31(2003): 130-143.

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

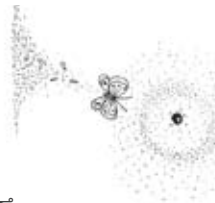
บางอย่าง (ต่อไปในบทความนี้จะเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนา”) ตามมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงสอดคล้องกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยและสิทธิมนุษยชนที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตนเองในอนาคต เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจหรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย ถือเป็นกรวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้การรักษา นำไปสู่การตายอย่างสงบตามธรรมชาติหรือการตายดี (good death) ดังที่นายพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) กล่าวไว้ว่า “ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นอาการตายที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย และที่ขาดสตินั้นไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ตัวต้องจิตใจที่สติ คือมีสติ ไม่หลงตาย... มีจิตใจไม่ผันเพือน ไม่เศร้าหมองไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม”<sup>8</sup> นอกจากนั้น สิทธิตามมาตรา 12 นี้ยังสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ.2550) มาตรา 4, มาตรา 28 และ มาตรา 32 วรรคหนึ่ง ในเรื่องสิทธิมนุษยชนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคล

**2. แนวทางปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง**

ขณะนี้มีกรประกาศ“กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ

<sup>8</sup> พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), หนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : กองทุนอุดหนุนการศึกษาศาสนาและปฏิบัติธรรม, 2542).





ทรงมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553” ตามมาตรา 12 วรรคสอง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว? (ต่อไปในบทความนี้ จะเรียกว่า “กฎกระทรวง”) ซึ่งกฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554

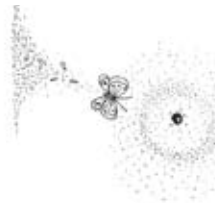
บุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรงดีหรือผู้ป่วย สามารถทำหนังสือ แสดงเจตนา<sup>9</sup> และถือว่ามีผลตามกฎหมายแล้วตามมาตรา 12 ไม่จำเป็นต้องขอให้กฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สถานการณ์การสูญเสีย และบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ตลอดจนประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้มอบหมายให้ศูนย์กฎหมาย สุขภาพและจริยศาสตร์ศึกษาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Living Will ในต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของไทย ได้แก่

- สำนักงานนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice & Palliative Care), Doyle D. and Woodruff R., The IAHPC Manual of Palliative Care, 2nd Edition (2008)
- แพทยสมาคมโลก (World Medical Association), คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วย “การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” (Declaration on Terminal Illness) (2006)

<sup>9</sup> เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553

- แพทยสมาคมอังกฤษ (British Medical Association), Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research: Guidance from the BMA’s Medical Ethics Department (2007)
- แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักร General Medical Council (GMC), Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making (2008)
- แพทยสมาคมสหรัฐอเมริกา (American Medical Association)
  - AMA Statement on End-of-Life Care
  - AMA Policy on Provision of Life-Sustaining Medical Treatment
  - AMA Opinion E-2.20 Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Medical Treatment
- แพทยสมาคมแอฟริกาใต้ (The South African Medical Association), Guidelines For Medical Practitioners On Living Wills Prepared (Policy since June 1994)
- แพทยสมาคมออสเตรเลีย (Australian Medical Association), AMA Position Statement on the Role of the Medical Practitioner in End of Life Care (2007)





- Hospital Authority (หน่วยงานดูแลโรงพยาบาลของรัฐ บริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน หรือ HKSAR), Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill (2002)

สาระสำคัญของแนวทางปฏิบัติตามบรรดา 12<sup>10</sup> ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2554 มีดังนี้

## 2.1 คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เนื่องจากบทบัญญัติกฎหมายคือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง มีกำหนดเรื่องอายุของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงควรให้เด็กเกินอายุ 18 ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ ย่อมมีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน และควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

<sup>10</sup> ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2554”

ผู้ที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ อาจเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพ หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเสียชีวิตในเวลาไม่ใกล้ โดยผู้ป่วยจะอภิวงชีพด้านสาธารณสุขที่จะให้ข้อมูล ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยมีอาการทุพพลภาพแล้วจึงจะให้คำแนะนำในเรื่องนี้ แต่ควรพิจารณาให้ความรู้ คำแนะนำตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ หรือมีอาการเริ่มแรก เมื่อได้ทำการรักษาภาวะหนึ่งแล้ว แต่อาการป่วยยังไม่ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในเรื่องนี้ควรได้รับการฝึกอบรมเช่นกัน

## 2.2 แนวทางการสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล และการให้คำแนะนำเบื้องต้น

การสื่อสารและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยของแพทย์หรือพยาบาล ในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนและการฝึกฝนต้องมึสติปัญญาและความรู้ความเข้าใจกว่าของผู้ป่วยแต่ละราย บางครั้งก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องอาศัยกาลเทศะที่เหมาะสม ทำนองเดียวกันกับการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ดังที่ทางศาสตราจารย์ ฌูบ.สูมาลี นิมมานนิตย์ เคยกล่าวว่า การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย (breaking bad news) ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบอกการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ แพทย์ต้องมึทักษะในการสื่อสารทั้งการพูด การฟังอย่างตั้งใจ ใช้ภาษาสื่อสารที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย คอยสังเกตอาการปฏิกิริยาอาการในขณะนั้น พิจารณาภาวะทางจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น ว่ามีความพร้อมหรือไม่ การแจ้งข่าวร้ายควรมึสถานที่และมึเวลาที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน ใช้การพูดคุยต่อหน้า ไม่ควรแจ้งข่าว





ร้ายทางโทรศัพท์ ข้อสำคัญคือต้องแสดงความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีเมตตา กรุณา อุเบกขา<sup>11</sup>

สิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลควรตระหนักคือ ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยที่สนใจว่า เรื่องนี้เป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ บางกรณีอาจไม่ความจำเป็นใดๆ ที่จะต้องทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า หากผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจตรงกัน และเห็นพ้องกันที่จะให้แพทย์ดูแลรักษาตามแนวทางที่ผู้ป่วยประสงค์ แต่กรณีที่มีผู้ป่วยมีความเห็นแตกต่างกันอย่างมาก หรือมีแนวโน้มว่าจะไม่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนั้นก็ควรพิจารณาทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ข้อดีอีกประการในการทำหน้าที่คือ ช่วยให้เรามีโอกาสเพื่อระลึกถึงการเตรียมตัวตายในวัยชราหน้า ทำให้เห็นถึงความจำเป็นจริงของชีวิตมนุษย์ ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัวญาติพี่น้อง อีกทั้งญาติผู้ป่วยก็ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา มูลค่ามหาศาลที่อาจไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังไว้ในโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน ก็มีสิทธิที่แตกต่างกันในเรื่องการสื่อสารให้ข้อมูลคือ หากเป็นโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยหรือญาติอาจเข้าใจผิดได้ว่า เขาจะถูกแพทย์ทอดทิ้งไม่ดูแลต่อไป แพทย์ พยาบาลควรให้ข้อมูลว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้

<sup>11</sup> สุมาลี นิมนานันต์ย์, “End-of-life care” (บทความในหนังสือปฐมฤกษ์เกียรติยศ สุนัขนิมนานันต์ย์ ครั้งที่ 1, ตุลาคม 2552), หน้า 43-51.

สิ่งที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะอภิวิทยาพิพदानสุขภาพควรคำนึงถึงอีกประการคือ ไม่ควรปกป้องข้อมูลจากการเจ็บป่วย ตามที่ญาติผู้ป่วยมักจะขอ โดยอาจคิดไปว่าผู้ป่วยจะได้รับความเสียใจ แพทย์ควรจะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิด และหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบในภายหลัง ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีสภาพจิตใจหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น หากพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยเอง จะทำให้ญาติกั๊งกลัวว่า เหตุใดอาการทรุดหนักลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายจากไปอย่างไม่มีสง มือกการทรนทราย บางกรณีอาจจะไม่ได้เสียหรือบอกให้กับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ป่วยที่ทราบความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง มักจะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มีห่วงกังวล บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารบอกข่าวร้ายโดยเฉพาะ

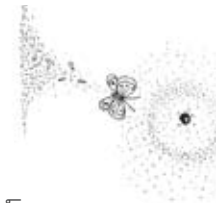
ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความรู้สึกเห็นใจ เอื้ออาทร แต่ไม่ควรพูดในทางอ้อมว่าไม่มีทางรักษาผู้ป่วยใกล้ตายอีกแล้ว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดว่าจะถูกทอดทิ้งหรือไม่มี การดูแลรักษาใดๆ อีกต่อไป แต่ควรแจ้งว่ายังสามารถให้การดูแลรักษา และควบคุมอาการแบบระดับคงที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 2.3 เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายมีข้อกำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้<sup>12</sup> ดังนั้น หากพบว่าเนื้อหาหนังสือขอข้อมูลบาง

<sup>12</sup> อ้างความเห็นคณะกรรมการสุขภาพ เรื่องเลขที่ 556/2553





เรื่องไป ก็ยังทำให้หนึ่งสื่อตั้งกล่าวถึงผลทางกฎหมายแต่อย่างใด ดังนั้น เพื่อให้หนึ่งสื่อแสดงเจตนาถึงความชัดเจนเพียงพอสู่ระดับเนกาการตามความประสงค์ของผู้ทำหนึ่งสื่อดังกล่าว ตามกฎกระทรวง ข้อ 3 ตามมาตรา 12 จึงควรระบุรายละเอียดในตัวอย่างหนึ่งสื่อแสดงเจตนา ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนึ่งสื่อและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำหนึ่งสื่อและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนึ่งสื่อแสดงเจตนา ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อได้ของผู้ทำหนึ่งสื่อ เพื่อความสะดวกในการติดต่อ

การทำหนึ่งสื่อแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนึ่งสื่อดังกล่าว เนการณที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ (แต่พยานไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้ หรือพยาบาลที่เป็น case manager) แต่หากไม่มีพยาน ก็มิได้ทำให้หนึ่งสื่อนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนึ่งสื่อแสดงเจตนาแล้ว ผู้ทำหนึ่งสื่อควรแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้อง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ เพื่อน หรือคนใกล้ชิดทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าจะได้มีการทำหนึ่งสื่อนี้มาก่อน จนอาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

2) วัน เดือน ปีที่ทำหนึ่งสื่อ มีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนึ่งสื่อฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนึ่งสื่อให้หลายฉบับ

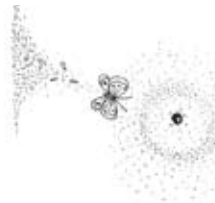
3) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ผู้ต้องการ มักได้แก่ การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่แพทย์ยังมีหน้าที่รักษาแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>13</sup> แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ทำหนึ่งสื่อแสดงเจตนา

ประเภทของบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนึ่งสื่อแสดงเจตนาไม่ต้องการจะได้รับการมาตรา 12 และกฎกระทรวงแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

**กรณีที่ 1** การปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ ผู้ทำหนึ่งสื่อสามารถปฏิเสธวิธีการรักษาตนเองที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เพราะเป็นการรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ทั้งนี้กฎกระทรวงยังระบุให้รวมเอากรณีผู้ป่วยที่อยู่สภาพผักจากรหรือ Persistent/Permanent Vegetative State (PVS) อีกด้วย การพิจารณาเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิตตามค่านิยมที่ระบุในกฎกระทรวงนั้น ที่ถือตามมาตรฐานทางการแพทย์ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้วินิจฉัยได้เอง หรืออาจขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

<sup>12</sup> นิยามของ Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเผชิญกับปัญหาต่างๆ อันเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตขั้นวิกฤต (life-threatening illness) เช่น การบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการต่างๆ





แพทยสมาคมโลกได้ออกเป็น คำประกาศว่าด้วย “การเจ็บป่วย ในระยะสุดท้ายของชีวิต” (World Medical Association Declaration on Terminal Illness) ในปี ค.ศ.1983 และปรับปรุงในปี ค.ศ.2006 ระบุว่า วิทยาการทางการแพทย์ การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ยังมีไม่ให้ความสนใจในเรื่องนี้มากนัก เพราะแพทย์ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการวิจัยค้นคว้าทดลองเพื่อรักษาโรคต่างๆ มากกว่า แพทยสมาคมโลกเห็นว่า การพัฒนารายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติว่าด้วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั่วไปนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ กล่าวคือไม่สามารถกำหนดมาตรฐานตายตัวในเรื่องนี้ได้ ดังนั้น แพทยสมาคมโลกจึงได้เสนอหลักการสำคัญ เพื่อให้แพทย์และแพทยสมาคมของแต่ละประเทศในการตัดสินใจปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**กรณีที่ 2** การปฏิเสธบริการสาธารณสุขทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงรวมถึง ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่เมื่อก่อนรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยรายนั้นๆ ย่อมมีสิทธิปฏิเสธการรักษาต่อไปที่ทำให้ต้องเกิดความทุกข์ทรมานแก่ตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อที่สมาชิกจากความผิดปกติทางพันธุกรรม การทำหนังสือระบุเรื่องนี้ไว้จะช่วยให้แพทย์และญาติผู้ป่วยตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาต่อไป ได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัดหรือคีโม การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วย

หายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนักเมื่ออยู่ในภาวะสุดท่วงแล้ว การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะที่มิช่วยลดอาการทรมานของผู้ป่วย แต่ทำให้ยืดการตายออกไปเท่านั้น ในทางกลับกันผู้ป่วยและญาติควรได้รับข้อมูลทางเลือกในการดูแลรักษาจากแพทย์ เพื่อที่จะเลือกวิธีการรักษาอื่น

4) สามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดในหนังสือ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน และมีส่วนร่วมปรึกษาหารือกับแพทย์

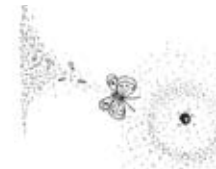
5) ระบุความประสงค์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การออกไปเสียชีวิตที่บ้าน, การเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา การเตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้สถานบริการสาธารณสุขจะอำนวยความสะดวกได้ตามความเหมาะสม

วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาตามแนวทางปฏิบัติของกฎกระทรวง สามารถทำได้ 2 วิธีคือ

วิธีที่ 1 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือผู้ป่วยสามารถเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

วิธีที่ 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ หรืออยู่ในภาวะที่สามรถเขียนหนังสือได้ แต่ยังไม่สามารถพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ถึงขั้นช่วยเหลือเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยแจ้งด้วย





จากต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิด และครอบครัว ชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้

**2.4 ผู้ที่ช่วยอธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (การแสดงความหนังสือแสดงเจตนาที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน)**

จุดเด่นในการทำหน้าที่แสดงเจตนาตามกฎหมายกระทรวง มาตรา 12 คือ ผู้ทำหน้าที่สามารถระบุบุคคลใกล้ชิดที่ตนไว้วางใจ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ และยังสามารถช่วยตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ได้ด้วย ผู้ทำหน้าที่นี้อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติหรือคนใกล้ชิด เพื่อน หรือผู้ที่เคารพนับถือ ใ้วางใจก็ได้ โดยควรมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ และควรลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย เพื่อความสะดวกในการติดต่อในภายหลัง ในต่างประเทศเรียกบุคคลที่ทำหน้าที่ว่า "Health Care Proxy" หรือ "agent" ข้อดีของการระบุตัวบุคคลที่ช่วยตัดสินใจแทนผู้ป่วยคือ กรณีที่เกิดข้อยุ่งยากหรือไม่อาจหาข้อสรุปในหมู่ญาติผู้ป่วยได้ว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปอย่างไร เพราะผู้ป่วยมิได้แสดงเจตนาอย่างชัดเจนว่าบางกรณีอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างญาติพี่น้อง จนอาจมีผลทำให้ทีมผู้ให้การรักษาไม่สามารถสรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นต่อไปได้ หรืออาจต้องทำการรักษาต่อไปในแนวทางที่ขัดต่อความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม หากพบข้อยุ่งยาก หรือบุคคลที่สามารถยืนยันถึงเจตนาของผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้การรักษาจะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาต่อไปได้เช่นกัน

**2.5 การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ประกอบวิชาชีพ**

ขั้นตอนการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งถือเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย แพทย์ พยาบาล หน่วยงานอื่นๆที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน จึงควรเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ระบุในกฎกระทรวง ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 6 ดังมีรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) การทำหน้าที่ขอปฏิญญาการรักษาเป็นสิทธิส่วนบุคคลสามารถทำหน้าที่แสดงเจตนา ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่หากต้องการทำหน้าที่นี้ ณ สถานบริการสาธารณสุข แนวทางปฏิบัติระบุให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

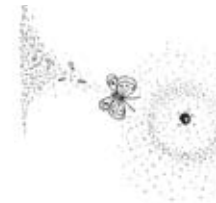
**2) การจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา**

2.1) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนาแล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้น หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

**2.2) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่**

สถานบริการสาธารณสุขอื่นให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนาฉบับเพิ่มอีก 1 ชุด ส่งพร้อมกันสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้นั้นเข้ารับการรักษาตัวต่อไป





2.3) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือฉบับไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

สิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือ ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนานี้ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียน

3) การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

3.1) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งตัวจากแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าว เป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนา และลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ

ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข ต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

3.2) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือฉบับเดิมจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหา

ไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปหรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะไขบุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้น และควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย

นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนาไม่ควรขอแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาฉบับ ส่วนกรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหาล่าสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

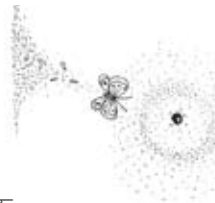
4) การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญค่อนข้างมาก กล่าวคือเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยที่ทำหนังสือใกล้จะมาถึง หรือมีความเสี่ยงว่าผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบบางอย่างจากการรักษา ซึ่งทำให้เขาไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในอนาคต เช่น กำลังเข้ารับการผ่าตัดสมองที่มีความเสี่ยงสูง ฯลฯ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติตามต่อไปนี้

4.1) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีชีวิตอยู่และมีสติที่ จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสือออกจอร์ะรับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไปเป็นการชั่วคราว หรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือ





แสดงเจตนาเลย หรือออกเขียนขึ้นในคำให้การตามทีระบุในหนังสือแสดงเจตนาไว้

4.2) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะตีพอที่จะสื่อสารได้ก็ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบของการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปได้ของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษา

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้ และผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่จะปรึกษาหารือได้ ก็ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (the best interests of the patient) โดยเป็นแนวทางของสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice & Palliative Care) ที่กว้างขวางทางการพิจารณาไว้<sup>13</sup> นอกจากนี้ แพทยสภาประเทศไทย

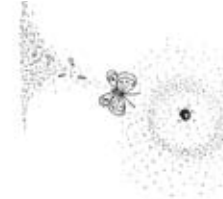
<sup>13</sup> แนวทางการพิจารณาว่า สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย มี 3 ประการคือ 1. ต้องพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย 2. เป็นเรื่องซับซ้อนและยากที่จะ

อังกฤษ (General Medical Council - GMC) ยังได้ออกแนวปฏิบัติในเรื่องนี้ในรูปสาระว่า<sup>14</sup> หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนั้นย่อมพิจารณาจากประโยชน์กับผลเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการรักษา นั้น และต้องเลี้ยงการรักษาที่ไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย การพิจารณาในเรื่องนี้ไม่ได้พิจารณาจากมุมมองทางการแพทย์ (medical considerations) เท่านั้น แพทย์ยังต้องเคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยด้วย การยึดชีวิตผู้ป่วยออกไปจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็ต่อเมื่อการรักษาไม่ถือเป็นภาระอันเกินควรหรือไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่พึงได้รับ

5) กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ กล่าวคือ แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาการใช้หนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราว จนกว่าผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ เพื่อคุ้มครองชีวิตในครรภ์ที่มีโอกาสรอดชีวิตเป็นทารก แต่หากการปล่อยให้หญิงตั้งครรภ์ต่อไป จะไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของเด็กที่จะเกิดมาในอนาคตหรือมีโอกาสแท้งได้ แพทย์ก็สามารถดำเนินการตามหนังสือต่อไปได้

<sup>13</sup> พิจารณา 3. การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใดๆ (futile therapy, with no chance of benefit) ก็ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย  
Doyle D. and Woodruff R., *The IAHPC Manual of Palliative Care*, 2nd Edition (2008)  
<sup>14</sup> *Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making* (GMC, 2008).





## 2.6 การจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

กฎกระทรวง ข้อ 6 (3) บัญญัติว่า

“ในกรณีที่ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพแพชชีพรองรับการปรึกษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา”

ปัญหาในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา อาจเกิดจากกรณีที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ที่ให้การรักษากับฝ่ายญาติผู้ป่วย หรือเป็นปัญหาระหว่างญาติผู้ป่วยเองที่มีความเห็นแตกต่างกัน แนวปฏิบัติตามกฎกระทรวงจึงกำหนดให้แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญ

การสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างแพทย์ พยาบาลกับญาติผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมผู้ให้การรักษาคงต้องเป็นผู้ฟังที่เปิดใจกว้าง มีความจริงใจในการรับฟังปัญหาต่างๆ และพยายามหาสาเหตุของความไม่เข้าใจกัน มีการประชุมกับครอบครัวเป็นระยะๆ ใช้ทักษะความรู้ของแพทย์ในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) น่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีนี้ การให้คำปรึกษาแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่มีความสำคัญเช่นกันที่จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลเสียใจ หรือให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมแก่ญาติหรือคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติตามกฎกระทรวงได้ระบุแนะนำให้สถานบริการสาธารณสุข พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อให้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนี้ คณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

แนวปฏิบัติในต่างประเทศก็มีเนื้อหาในทำนองเดียวกัน เช่น สถานพยาบาลบางแห่งในประเทศสหราชอาณาจักร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมด้านคลินิก (clinical ethics committees)<sup>15</sup> ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการหารือประเด็นทางจริยธรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การทำหนังสือแสดงเจตนา (advance directives), การตัดสินใจของผู้ป่วยใกล้ตาย (end of life decision) การปฏิเสธการรักษา ความยินยอม การรักษาความลับของผู้ป่วย ฯลฯ

<sup>15</sup> คณะกรรมการจริยธรรมด้านคลินิกของอังกฤษประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข นักกฎหมาย ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและศาสนศาสตร์ (lay members) เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาล และช่วยพัฒนานโยบายหรือแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมของสถานพยาบาล



### 3. ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง

กฎกระทรวง ข้อ 5 ตามมาตรา 12 ระบุหน้าที่บางประการที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติคือ

เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสถานดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องการทำหนังสือมอบสม अधिक ในครอบครัวของตน หรือคนใกล้ชิดที่ไว้ใจๆ เพื่อให้รับทราบและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง หากผู้ทำหนังสือต้องเข้ารับการรักษาด่วนในสถานบริการสาธารณสุข กระนั้นก็ดี สิ่งพึงทราบคือ การใช้สิทธิติดตามมาตรา 12 เป็นสิทธิส่วนบุคคล ผู้ทำหนังสืออาจไม่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของตนเองทราบก็เป็นได้ แต่อาจจะมีเรื่องให้คนใกล้ชิดที่เป็นเพื่อนสนิท หรือผู้ไว้ใจๆ ใจเคารพนับถือกัน

### 4. ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง

4.1 ผลทางกฎหมายของแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง

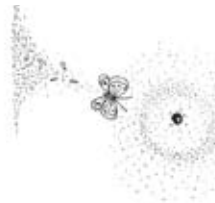
เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขใช้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือตามความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว มาตรา 12 วรรคท้ายของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดเนื้อหาชัดเจนว่า ให้ความคุ้มครองแพทย์ พยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข มิให้ถือว่าการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นความผิดทางอาญา เป็นที่น่าสังเกตว่า ตามหลักกฎหมายนั้น การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องนี้ ถือเป็นความผิดตามกฎหมายใดๆ อยู่แล้ว เช่น ไม่ถือเป็นความรับผิดตามกฎหมายอาญา เพราะเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ แต่ผู้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต้องการให้เกิดความสบายใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงบัญญัติข้อความในมาตรา 12 วรรคสามนี้

ดังนั้น การปล่อยให้ผู้ป่วยใกล้ตายเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ตกอยู่ในสภาพทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะไม่มีประโยชน์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยออกไป ไม่ถือเป็นการผิดตามกฎหมายอาญาแต่อย่างใด ทำนองเดียวกันกับการปิดหรือหยุดเครื่องมือช่วยชีวิตที่กำลังใช้กับผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย เสมือนเป็นการเลิกให้การรักษานั้นเอง<sup>16</sup> ผู้เขียนใคร่ขอวิเคราะห์ประเด็นกฎหมายโดยสรุปคือ การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของบุคคลกรทางการแพทย์นั้น ไม่มีความผิดอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาแต่อย่างใด ดังนี้

<sup>16</sup> วิฑูรย์ อิงประพันธ์, นิติเวชศาสตร์ ฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2533), หน้า 94-95.







1. ไม่เข้าฐานความผิดเรื่องการฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หรือการทำร้ายร่างกายผู้อื่นให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจตามมาตรา 295 เพราะขาดองค์ประกอบความผิดทั้งเรื่องการกระทำและเจตนาที่จะมุ่งประสงค์ขีวิตหรือทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแล รักษาผู้ป่วย ต่างก็ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยคามหลักวิชาแพทย์และมิเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ

2. ไม่เข้ากรณีการยุยงสนับสนุนให้บุคคลอื่นฆ่าตนเองหรือฆ่าตัวตาย ตามมาตรา 292 และมาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เนื่องจากกรณีสถกการรับการรักษา เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง ที่ต้องการจะเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาตินั้น ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีการเร่งการตาย จึงมิใช่การยุยงหรือช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย (assisted suicide) ซึ่งขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และแพทยสมาคมโลก (WMA) ไม่ยอมรับในเรื่องนี้

3. ไม่เข้ากรณีความผิดฐานไม่ช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิตที่อาจช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นความผิดลหุโทษตาม มาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะไม่เข้าองค์ประกอบความผิดตามกฎหมายอาญา กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล มิได้ตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ที่มีสาเหตุจากการกระทำหรือองค์ประกอบของการกระทำของบุคคลอื่นแต่อย่างใด เพราะภาวะหรือความเป็นไปของโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผลจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือการบาดเจ็บที่เขาได้รับอยู่แล้ว ซึ่งเมื่อถึงจุดหนึ่งที่มีผู้ให้การรักษา

วินิจฉัยว่าเป็นภาวะสุดท้ายของชีวิต ก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจมีผู้ใดช่วยเหลือให้ฟื้นคืนชีพได้ เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาทำหนังสือหรือแจ้งโดยวาจาเกี่ยวกับความประสงค์จะให้รักษาต่อไป ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องยึดถือการตายของผู้ป่วยออกไป จึงไม่ถือเป็นความผิดอาญาตามมาตรา 374

4. ไม่เข้าฐานความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะแพทย์ พยาบาลมิได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด<sup>17</sup> กล่าวคือผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงได้รับการดูแลรักษา เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด อาการทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เรียกว่าการดูแลแบบประคับประคอง จนเสียชีวิตในที่สุด อีกทั้งแพทย์ไม่มีหน้าที่ขี้อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกไปซึ่งขัดต่อความประสงค์ของผู้ป่วย ดังนั้น การทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาของผู้ป่วยจะช่วยให้ทราบความต้องการของผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น และป้องกันปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยญาติ

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์เข้ารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลย่อมมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่และจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ ตามที่ระบุใน “ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการ

---

<sup>17</sup> แสดง อนุญเฉลิมวิภาส และอนุช นิมจินดา, กฎหมายการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน, 2540), หน้า 153-155.





**รักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549**<sup>18</sup> แต่หากต่อมาผู้ป่วยรายนั้นอาการไม่ดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าการรักษาต่อไปจะไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แพทย์ก็สามารถหยุดปฏิบัติผู้ป่วยเพื่อที่จะขอความเห็นชอบในการยุติการรักษาได้ แต่หากผู้ป่วยรายนั้นได้เคยทำหนังสือปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตในภาวะสุดท้ายไว้ หรือไม่เคยยกทฤษฎีฆาตกรรมกับวิธีการรักษาบางอย่าง เมื่อแพทย์ พยาบาลทราบเรื่องนี้ ก็ควรปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือ แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยก็ไม่ถือว่าละเว้นหน้าที่รักษาผู้ป่วย หรือไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามกฎหมายแต่อย่างใด

ในทางกลับกันแพทย์ พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย กฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้กำหนดโทษไว้ และหากเป็นการดำเนินการด้วยเจตนาดีก็เป็นความผิดตามกฎหมาย เช่น แพทย์ พยาบาลบางท่านอาจจะไม่สบายใจที่จะยุติการให้สารอาหาร หรือนำ หรือยุติการรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย เนื่องจากต้องการจะดูแลผู้ป่วย แต่ไม่เข้าใจสิทธิธรรมของชีวิต หรือมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยอย่างมาก ในกรณีนี้แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ต้องการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนา ควรแจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบในพื้นที่ และอำนวยความสะดวกให้แก่แพทย์หรือพยาบาลท่านอื่น หรือทีมรักษาที่มีความชำนาญด้าน palliative care เข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายแทนตามความเหมาะสม

<sup>18</sup> ข้อ 28 “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนันทันทีเหมาะสม”

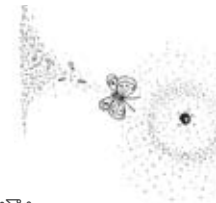
สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ระงับหรือกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือฯ ทั้งๆ ที่ในทางจริยศาสตร์หรือหลักจริยธรรมสามารถดำเนินการได้ ผู้ป่วยหรือญาติอาจยกเรื่องนี้ขึ้นข้ออ้างปฏิเสธไม่ชำระค่าบริการ ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายใดๆ เกี่ยวกับการใช้บริการผู้ป่วยที่ขัดต่อเจตนาของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายค่อนข้างสูงมาก เช่น ผู้ป่วยที่รักษาตัวในห้องไอซียู

**4.2 ประเด็นจริยธรรมกรณีการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing of treatment) และการงดให้สารอาหาร สรรน้ำ**

- การยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภาวะหนึ่ง แต่ไม่อาการดีขึ้นหรือทรุดหนักกว่าเดิม จนแพทย์วินิจฉัยว่าคงมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก สิ่งที่แพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายมีความวิตกกังวลและเป็นเรื่องที่ยากในการตัดสินใจคือ การถอดเครื่องช่วยพยุงชีพให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ หรือยุติการตายให้ล่าช้าออกไปที่เรียกว่า การยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing of treatment) หรือยุติการรักษาแบบยื้อชีวิต (life-sustaining treatment) แพทย์ พยาบาลบางท่านมีความเชื่อว่า การกระทำในเรื่องนี้จะเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกผิด แต่แพทย์บางท่านก็เห็นว่าจะต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยในขณะที่นั้นว่า การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ดังกล่าว เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวดีขึ้นหรือไม่ หากการรักษาไม่ประนีประนอมกว่าผลการกระทบอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย หรือมีสภาพเป็นผักการ (PVS) โอกาสที่จะฟื้นคืนสติมีน้อยมาก





ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาพนั้นเป็นเวลานานหลายปี ญาติผู้ป่วย คนใกล้ชิดที่เห็นผู้ป่วยในสภาพนั้นย่อมมีแต่ความโศกเศร้าเป็นทุกข์ไปด้วย และต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง

หลายประเทศมีหลักกฎหมายและแนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพที่ยอมรับว่าสามารถดำเนินการได้ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ กล่าวคือเมื่อเวชปฏิบัติของแพทย์ พยายามทำด้วยเจตนาดี สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์ การถอดเครื่องอวัยวะต่อจรรยาบรรณแต่อย่างใด บางท่านเห็นว่าทางเลือกชีวิตเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนมีอาจเสียได้ เพียงแต่มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์เข้าไปแทรกแซงให้ชีวิตเวลาออกไปเท่านั้น สิ่งที่ต้องให้ความสนใจมากกว่าคือการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักการดังกล่าวได้รับการยืนยันโดยองค์การวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขของนานาชาติ

**องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO)** ได้ออก “ปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป” (A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe) มีเนื้อหาหลักว่าถึงสิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลในภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี และในข้อ 3.2 ระบุว่าผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น

คู่มือการดูแลรักษาแบบประคับประคองของสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง

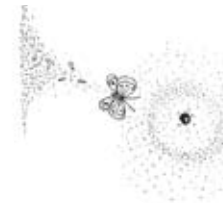
(IAHPC) ระบุว่า การพิจารณาว่าการยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา คือ สิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient’s best interests)<sup>19</sup>

แนวทางการพิจารณาของต่างประเทศในเรื่องนี้ มีดังนี้ ศาลอังกฤษเคยวางหลักกฎหมายในเรื่องนี้ไว้ในคดี Re B<sup>20</sup> กรณีเด็กทารกป่วยเป็นโรค Down Syndrome และมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal Obstruction) ซึ่งหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดจะทำให้เด็กมีอาการทรุดหนักลง ในกรณีนี้ผู้ปกครองตัดสินใจว่าผลประโยชน์สูงสุดของเด็กจึงปล่อยให้เด็กเสียชีวิตเอง ผู้พิพากษา Lord Templeman เห็นว่า การยื่นคำขอต่อศาลของผู้ปกครองที่จะให้เด็กไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไปเสียชีวิตตามธรรมชาตินั้น เป็นสิ่งที่ไม่ควรถูกขัดขวาง การตัดสินใจของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กจึงควรได้รับการเคารพ

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจสามารถปฏิเสธการรักษา ซึ่งรวมถึงการยกเลิกการรักษาที่ทำไปก่อนหน้านี้ แม้ว่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงในที่สุดก็ตาม แต่แพทย์จะต้องไม่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หน้าที่ของแพทย์คือการรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ แต่แพทย์ก็ไม่มีหน้าที่รักษาผู้ป่วย หากพบว่าการรักษานั้นไม่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยอีกต่อไป เช่น การรักษาผู้ป่วยในสภาพ PVS ย่อมถือว่าเป็นสิ่งเกินความจำเป็น หรือสร้างภาระอันเกินสมควร

<sup>19</sup> Doyle D. and Wooduff R. *supra* note 14.  
<sup>20</sup> In Re B (A Minor) (Wardship: Medical Treatment) (1990) 3 All ER 927; (1981) 1 WLR 1424





ศาลสูงสุดของอังกฤษ (House of Lords) ตัดสินคดี Tony Bland<sup>21</sup> ว่าจะหักกฎหมายในเรื่อง withdrawal of treatments ไว้ว่า

- การให้สารอาหารและสารน้ำแก่ผู้ป่วยถือเป็นการรักษาทางการแพทย์อย่างหนึ่ง
- ไม่มีข้อแตกต่างระหว่างการยับยั้งการรักษา (withholding) กับการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing)
- การพิจารณาว่าจะรักษาต่อไปหรือไม่ จะต้องคำนึงว่าการรักษาเพื่อชีวิตผู้ป่วยใกล้ตายออกไป จะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหรือไม่
- ความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องนำมาใช้ประเมินเรื่องประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

ข้อเท็จจริงในคดีนี้คือ ผู้ป่วยชื่อ นาย Tony Bland ได้รับบาดเจ็บทางสมอง เนื่องจากประสบเหตุได้รับบาดเจ็บในการเข้าชมฟุตบอลในปี ค.ศ. 1989 ขณะนั้นมีอายุ 18 ปี จนอยู่ในสภาพผักในลักษณะ PVS (Persistent Vegetative State<sup>22</sup>) อีก 4 ปีต่อมาคือ ค.ศ. 1993 บิดา มารดาและโรงพยาบาลได้ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขออนุญาตให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรี (die with dignity) จนกระทั่งศาลมีคำสั่งอนุญาตให้ยุติการให้อาหาร (artificial nutrition) แก่ผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลง

<sup>21</sup> Alredde NHS Trust v Bland (1993) AC 789

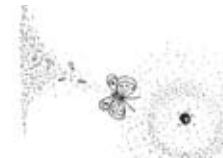
<sup>22</sup> นายแพทย์ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักแบบ PVS ยังสามารถหายใจด้วยตัวเอง อวัยวะสำคัญของร่างกาย (vital organs) ซึ่งทำงานเป็นปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือตอบสนองต่อคนรอบข้างได้ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารตามปกติได้ต้องให้การให้อาหารทางสาย

ตามธรรมชาติเมื่ออายุได้ 22 ปี โดยผู้พิพากษา Lord Browne Wilkinson ได้ให้เหตุผลว่าแพทย์เจ้าของไข้ได้พิจารณาจนได้ข้อสรุปว่า การให้เครื่องมือนัดชีวิตผู้ป่วยออกอย่างต่อเนืองนั้น มีสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (the best interests of the patient) แพทย์จึงไม่สามารถนัดชีวิตผู้ป่วยอีกต่อไป คดีสำคัญนี้ถือเป็นคดีแรกที่ศาลอังกฤษตัดสินในเรื่องการยกเลิกการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เป็นการนัดชีวิตออกไป และถือเป็นรากฐานในคดีอื่นๆ

เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ แพทยสมาคมประเทศอังกฤษ (British Medical Association - BMA) จึงได้ออกเอกสารแสดงจุดยืนในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตหลายเรื่อง เนื่องจากเห็นว่าประเด็นดังกล่าวมีความสำคัญมาก แพทยสมาคมฯ มีความเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลแบบประคับประคองในขณะที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต แต่ผู้ป่วยไม่ควรมีสติที่จะขอให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย สรรุประศาสน์สำคัญดังนี้

- ก) ผู้ป่วยที่มีความสามารถตามกฎหมาย สามารถปฏิเสธกระบวนการรักษาที่มีลักษณะเป็นการยัดยัดใจในบางกรณี แพทย์เจ้าของไข้จะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยบงการยัดยัดใจต่อไป แพทย์ก็ควรให้การรักษาแก่ผู้ป่วยตามความประสงค์กล่าว
- ข) การทำหนังสือแสดงเจตนาของบุคคลที่จะปฏิเสธการรักษาที่ทำไว้นานแล้ว หรือมีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับทางเลือกในการรักษาในปัจจุบัน ก็ควรมีการปรึกษาหารือกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปรับปรุงหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

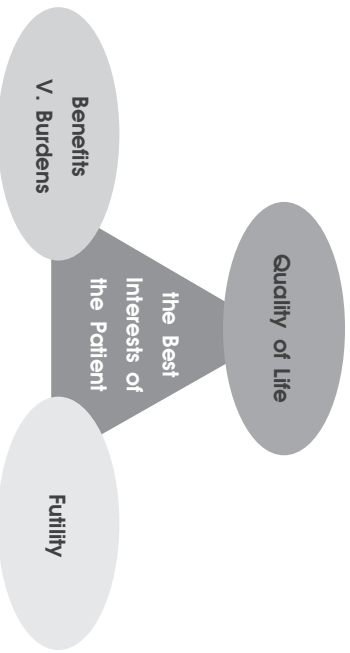




แพทยสมาคมประเทศอังกฤษมีความเห็นในเรื่องนี้ว่า<sup>23</sup> การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (to prolong life) โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรือการละเมิด ๆ นั้น เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยที่ใกล้ตายออกไปได้ก็ตาม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง (severe brain damage) อาจจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกหลายปี หากมีการรักษาด้วยการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะสิ้นหวัง ไม่อาจฟื้นคืนสติได้ตาม ฉะนั้นการดำเนินการที่เหมาะสมในกรณีนี้คือ การยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการอยู่ในขณะนั้น (withholding or withdrawing treatments) ซึ่งเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับหลักการสำคัญคือ การตัดสินใจดังกล่าวทำเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย และควรคำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วย และผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือคนในครอบครัวด้วย ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพและศาลอังกฤษเห็นว่ากรณี withholding or withdrawing ไม่มีข้อแตกต่างในด้านกฎหมายและประเด็นจริยธรรม<sup>24</sup>

นอกจากนี้ แพทยสภาประเทศอังกฤษ (General Medical Council - GMC) ยังได้ออกแนวปฏิบัติในเรื่องนี้สรุปสาระได้ดังนี้<sup>25</sup> การยุติการรักษาของแพทย์ พยายามทำให้การรักษาผู้ป่วยไปแล้ว (withdrawing) เป็นเรื่องยากในการตัดสินใจอย่างมาก แต่หากวินิจฉัยได้

ว่าการรักษาผู้ป่วยต่อไป มิใช่เป็นประโยชน์ผู้ป่วยตาม “หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย” (the best interests of the patient) บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีหน้าที่ตามจริยธรรมหรือทางกฎหมายที่จะต้องรักษาผู้ป่วยต่อไป ไม่ต่างจากการนี้ที่การรักษาผู้ป่วยมาตั้งแต่แรก สำหรับหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนั้นย่อมพิจารณาจากประโยชน์กับผลเสีย หรือความเสียใจๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษานั้น และต้องเสียการรักษาที่ไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย การพิจารณาในเรื่องนี้ยังพิจารณาจากมุมมองทางการแพทย์ (medical considerations) เท่านั้น แพทย์ยังต้องเคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็ต่อเมื่อการรักษาจะไม่ถือเป็นภาระอันเกินควรหรือไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ คือให้พิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว, ประโยชน์กับผลเสียต่างๆ และการรักษานั้นเกินความจำเป็นหรือไม่ (การดูว่าแผนภาพประกอบ)



หลักเกณฑ์การพิจารณาเรื่อง “หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย”

<sup>23</sup> แพทยสมาคมประเทศอังกฤษได้ออกแนวปฏิบัติในเรื่องนี้คือ BMA, *Withdrawing & Withholding Life Prolonging Medical Treatment*, 3rd edition (London: BMA, 2007).

<sup>24</sup> Dominic Bell, *The Legal Framework for End of Life Care: a United Kingdom Perspective* (Intensive Care Medicine (2007), 33), p.160.

<sup>25</sup> *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making* (GMC, 2008)



## แพทยสมาคมสหรัฐอเมริกา (American Medical Association-

**AMA)** ให้นโยบายและความคิดเห็นว่า การรักษาด้วยวิธีการที่ยั่งยืนทางการแพทย์กับการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing and withholding life-sustaining treatment) ไม่มีข้อแตกต่างกันในประเด็นจริยธรรม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถ (competent) สามารถให้ความยินยอมล่วงหน้าที่จะขอให้แพทย์ดำเนินการ withhold หรือ withdraw เพื่อที่จะใช้ชีวิตตนเองต่อไป ผู้ป่วยสามารถแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนที่เรียกว่า surrogate ตามกฎหมายของมลรัฐนั้นๆ<sup>26</sup> นอกจากนี้ แพทย์ยังคงมีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยของตนด้วยการบำบัดความปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการเคารพศักดิ์ศรี การตัดสินใจของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เสียชีวิต นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เรียกร้องให้แพทย์ช่วยเหลือให้เขาฆ่าตัวตายหรือทำยูธานาเซีย<sup>27</sup>

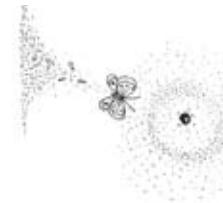
คดีสำคัญในสหรัฐคือ คดี Cruzan<sup>28</sup> ปี ค.ศ.1983 Nancy Beth Cruzan ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ และอยู่ในอาการเหมือนผักนานกว่า 8 ปี ผู้ปกครองร้องขอต่อศาลให้ยุติการให้สารน้ำและสารอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ศาลชั้นต้นมลรัฐมิสซูรี ตัดสินว่าผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาตามสิทธิในรัฐธรรมนูญของสหรัฐฯ จึงสั่งให้ยุติการ

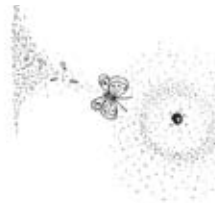
ให้สารอาหาร สารน้ำแก่ผู้ป่วย แต่ศาลสูงสุดของมลรัฐมิสซูรี กลับคำตัดสินโดยให้เหตุผลว่าไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนถึงความประสงค์ของผู้ป่วยที่จะให้ดำเนินการเช่นนั้น หลังจากนั้นเพื่อนสนิทของผู้ป่วยได้ทหาพยานหลักฐานใหม่ที่แสดงว่าผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการยุติชีวิตในสภาพเช่นนี้อีกต่อไป ต่อมามีการอุทธรณ์ต่อศาลสูงสุดของรัฐบาลกลาง (U.S. Supreme Court) ได้ตัดสินกลับคำตัดสินข้างต้น โดยอนุญาตให้ยุติการรักษาและยกเลิกการรักษาใดๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด คดีนี้เป็นการวางหลักเรื่องสิทธิในการตาย (right to die) เป็นคดีแรกในสหรัฐ ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเพื่อยุติชีวิตออกไป

ก่อนหน้านี้นี้ปี ค.ศ.1976 ศาลสหรัฐเคยออกคำตัดสินในคดี Karen Quinlan<sup>29</sup> ที่รับรองสิทธิปฏิเสธการให้เครื่องมื่อแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และหากจะมีการใช้เครื่องมื่อเช่นนี้ขึ้นก็จะมีสิทธิที่จะยุติได้ กล่าวคือศาลวางหลักกฎหมายเรื่องการยุติและยกเลิกการบำบัดรักษาในกรณีของผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งศาลสหรัฐได้ตัดสินในแนวทางเดียวกันอีกหลายคดี<sup>30</sup>

<sup>26</sup> In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976).

<sup>30</sup> ตัวอย่างคดีอื่นๆ เช่น Superintendent of Belchertown v. Saikewicz, 373 Mass. 728, 370 N.E.2d 417; Echner v. Dillon, 52 N.Y.2d 363, 420 N.E.2d 64 (1984); In re Conroy, 98 N.J. 321, 486 A.2d 1209 (1985); In re Jobes, 108 N.J. 394, 529 A.2d 434 (1987); กฤษณากู DEGRAZIA, David, *Human Identity and Bioethics* (New York: Cambridge University Press, 2005), 160.





ผลของคำตัดสินของศาลฎีกาในคดี Cruzan ยังทำให้มลรัฐต่างๆ ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพที่ต้องมีความชัดเจนมากขึ้น ในช่วงทศวรรษที่ 1990 ได้มีความริเริ่มที่จะรวบรวมกฎหมายเหล่านี้ไว้ฉบับเดียวกัน เรียกว่า “Combined Advance Directives” จนมีการออกกฎหมายของรัฐบาลกลางชื่อ “Patient Self-Determination Act” (1990) และมีการร่าง “Uniform Health-Care Decisions Act” (1993) เพื่อเป็นต้นแบบในการเสนอกฎหมายลักษณะเดียวกันในมลรัฐต่างๆ

คดีสำคัญที่รับรู้กันดีคือ คดีนางเทอร์รี ไชเอโว (Terri Schiavo) ข้อเท็จจริงมีว่า<sup>31</sup> ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1990 นางไชเอโวอายุ 26 ปี ประสบอุบัติเหตุล้มในบ้านพัก จนหมดสติไม่หายใจขณะทำให้สมองได้รับความเสียหายเพราะขาดออกซิเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟูร่างกายเป็นเวลากว่า 3 ปี ถูกเจาะคอและให้สารอาหารผ่านทางสายยาง ต่อมาในปี ค.ศ.1998 นายแมคเคิล สามีของผู้ป่วยในฐานะผู้พิทักษ์ตามกฎหมายมลรัฐฟลอริดา ครอบงำต่อศาลเพื่อขอให้ยุติการให้สารอาหารอีกต่อไป แต่ได้รับการคัดค้านจากพ่อแม่ของผู้ป่วย แพทย์ฝ่ายหนึ่งเห็นว่าผู้ป่วยมีสภาพเป็น PVS แล้ว แต่แพทย์ที่พ่อแม่ผู้ป่วยว่าจ้างกลับเห็นว่า ผู้ป่วยยังไม่อยู่ในสภาพผักกาดและมีโอกาสจะรักษาได้ ต่อมาในเดือนตุลาคม ค.ศ.2003 มีการยกเลิกการให้สารอาหารทางท่อ แต่ในช่วงสัปดาห์เดียวกันนั้น นาย Jeb Bush ผู้ว่าการมลรัฐฟลอริดาได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ด้วยพยายามเสนอ

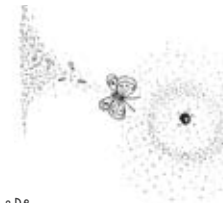
<sup>31</sup> Terri Schiavo Case of [http://en.wikipedia.org/wiki/Terri\\_Schiavo\\_case](http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case)

กฎหมายชื่อ “Terri’s Law” เพื่อที่จะมีอำนาจสั่งให้ยุติชีวิตผู้ป่วยออกไปอีกหากศาลมีคำสั่งให้ถอดสายให้อาหาร น้ำ มีผลทำให้ตั้งนางผู้ป่วยไปใส่ท่ออีกครั้ง ต่อมาศาลสูงสุดของรัฐฟลอริดาตัดสินว่ากฎหมาย Terri ชุดต่อรัฐธรรมนูญ ในที่สุดผู้พิพากษา Geer ชุดสั่งให้ถอดท่อให้สารนำสารอาหารจากผู้ป่วย โดยปฏิเสธคำร้องขอฝ่ายพ่อแม่ที่คัดค้านในเรื่องนี้ที่อ้างว่าไม่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ได้ปฏิบัติตามคำสั่งศาล ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากนั้น 13 วันคือ เสียชีวิตในวันที่ 31 มีนาคม 2005 เป็นการต่อสู้คดีระหว่าง 2 ฝ่ายเป็นเวลาจนถึง 15 ปี และมีการต่อสู้คดีนานกว่า 8 ปี

ในกรณีที่แพทย์หรือพยาบาลบางรายไม่ยินยอมที่จะปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ที่ต้องการยกเลิกการรักษาที่มีผลต่อผู้ป่วยที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing) ไม่ว่าจะเพราะความเชื่อส่วนตัวหรือเหตุผลใดๆ ของแพทย์ก็ตาม แพทย์หรือพยาบาลท่านนั้นควรชี้แจงเหตุผลและให้ญาติมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยที่ยินยอมปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย หรืออาจมีการขอย้ายไปสถานพยาบาลอื่นก็ได้ หลักการเหล่านี้ได้รับการรับรองอย่างชัดเจนโดยแพทยสมาคมโลก (World Medical Association- WMA) ตามข้อเสนอมะเร็งเรื่อง Living Will<sup>32</sup> และการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ผู้ป่วยที่มีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

<sup>32</sup> ข้อ 5 คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตนาส่วนตัวของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”), ค.ศ.2003) แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อัมระพันธ์ และไพศาล ลิ้มสถิตย์





รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง รวมถึงสิทธิปฏิบัติสิทธิการรักษา และสิทธิในการเลือกข้อให้ใช้ชีวิตแบบประคับประคอง (ข้อ 6) อีกทั้งแพทย์จะต้องไม่ใช้วิธีการใดๆ ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (ข้อ 7)<sup>33</sup>

## บทสรุป

แนวทางปฏิบัติในการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาที่ออกตามกฎกระทรวงความ มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะเป็นประโยชน์แก่ทีมผู้ให้การรักษาโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดการระงับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็น

แพทย์ พยาบาล สถาบันการสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และสมาชิกวิชาชีพ สามารถเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตาม มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

1. สถาบันการสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาล ควรกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างจริงจัง เพราะถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของ “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (hospital accreditation - HA) เช่น ผู้ถือบรมบถผลการทางการแพทย์ให้มีความรู้

<sup>33</sup> คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วย “การเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” (World Medical Association Declaration on Terminal Illness) แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อังประพันธ์ และปวีศล ลิ้มลิตไทย

ในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 โดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นสำคัญ และถ้าสถาบันการสาธารณสุขแห่งใดมีความพร้อม ก็ควรพิจารณาตั้งแต่ตั้งคณะกรรมการจริยธรรมของสถานพยาบาล ที่ประกอบด้วยสมาชิกวิชาชีพ นักกฎหมาย นักจิตศาสตร์ คนทั่วไปที่อาจเป็นตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคหรือผู้ป่วย เพื่อช่วยพิจารณาประเด็นจริยธรรม กฎหมาย ตลอดจนพัฒนาปกป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

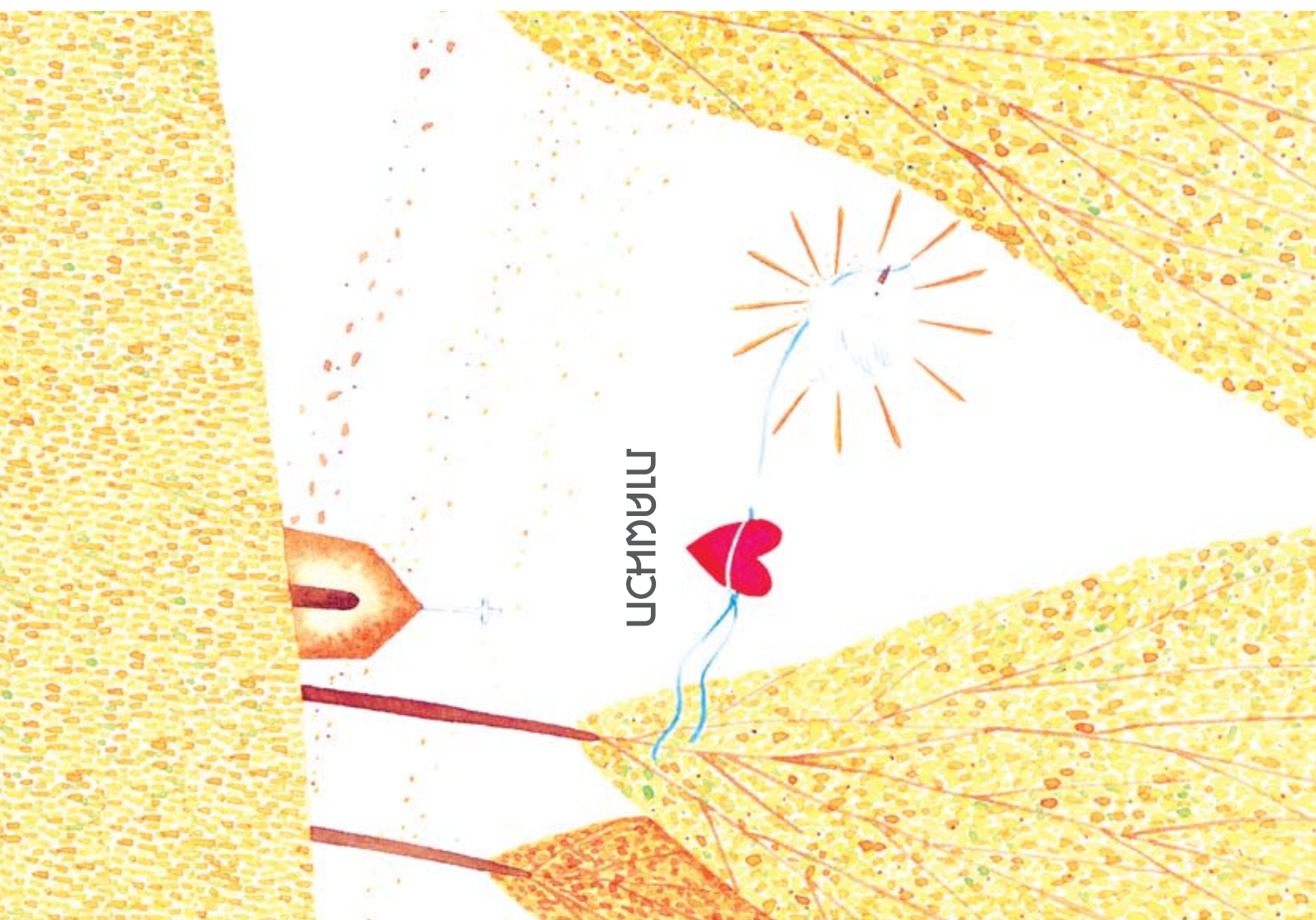
2. แพทย์ พยาบาล และทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย ควรได้รับการฝึกอบรมด้านทักษะ ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และสิทธิปฏิบัติการรักษาตามมาตรา 12 และควรเผยแพร่ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้ป่วยและญาติว่า เป็นสิทธิผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะเลือกใช้หรือไม่ได้ ผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มิได้ถูกทอดทิ้งแต่อย่างใด ผู้ให้การรักษาคควรชี้แจงประโยชน์หรือผลของการทำหนังสือนี้

3. โรงเรียนแพทย์ควรพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใกล้ตาย และปลูกฝังทัศนคติของนิสิตนักศึกษาแพทย์ ให้มีความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมทางการแพทย์ และธรรมชาติของชีวิต

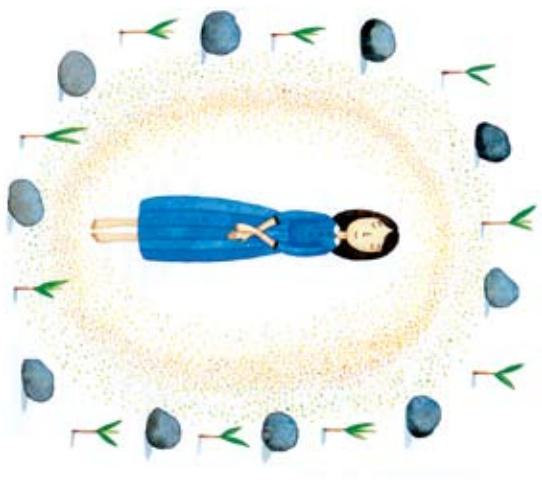
4. องค์การวิชาชีพโดยเฉพาะแพทยสภาควรขอคำแนะนำจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย หรือผู้ป่วยที่มีสภาพผกผัน (PVS)







УСМІЛКА



### กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือ  
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป  
เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต  
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. ๒๕๕๓<sup>1</sup>

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง  
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๐ นายกรัฐมนตรีและ  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบ  
วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป<sup>2</sup>

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดง  
เจตนาไว้ล่วงหน้าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง  
เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจาก  
การเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย  
ของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธี  
การที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ที่หนังสือแสดงเจตนาเพื่อ

---

<sup>1</sup> ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๙ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๑๘ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓  
<sup>2</sup> กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประสงค์จะยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรงมรณจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิบัติการสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรงมรณจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามคำสั่งของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยานและความเกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามระเบียบและคำสั่งทางศาสนา และให้บริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนึ่งในสี่แสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานที่บริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบการด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนาจความระแวดระวังสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำหนังสือแสดงเจตนาเมื่อผู้ประกอบการด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ฉบับที่ทำหลังสุดที่เขียนให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่ผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตให้ละเอียดถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และ

แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มิใช่เหตุที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษาแพทย์ตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้นโดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

นายจตุรินทร์ ลักษณวิศิษฎ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



## เตรียมตัวทำหนังสือ



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปในสามารถแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ขายแต่ละราย ทั้งนี้ ควรปรึกษาผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ กรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ในเว็บไซต์ [www.thcaillivingwill.in.th](http://www.thcaillivingwill.in.th)

### คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

1. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีผู้ที่จะทำหนังสืออายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู



2. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

3. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สามารถเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำไว้ในหนังสือไปด้วย

4. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรพิจารณาในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานผู้เขียนสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

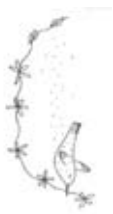
ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรพิจารณาความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

5. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ 1 ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ หรือแพทย์ที่เคยมิให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

6. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรรีบแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

7. ถูกตีผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรถกปิดข้อมูลการป่วยมิให้ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสูญเสีย รำลาง หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

8. กรณีที่มิใช่ข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือหรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง



# ตัวอย่างหนังสือแสดงตนแก่ประสงค์ วงบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)



เขียนที่ .....  
วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....อายุ.....ปี  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....  
ที่อยู่ติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์.....  
เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์  
ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า  
รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้  
ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่า  
เป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะ  
เช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด  
พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สติตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่  
อาจรู้ได้ว่าจวบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมี  
โอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลับนั้น  
.....

มีอาการล้มสนอย่างถาวร หมายความว่า  
ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้  
ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถ  
สนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง  
.....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันปกติได้อย่าง  
อิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ใดๆ อย่างชัดเจน หรือ  
เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือไปนี้ให้  
คือ บ่อนอาหาร อาน้ำ แต่งตัว เดินไปตัวเอง การฟื้นฟู  
สภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใด ๆ จะไม่ทำให้อาการ  
ดังกล่าวกระเตื้องขึ้น  
.....

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า  
ว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้รับ  
การรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไป  
ทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและ  
ปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่ง  
มีความรู้สึกว่าคุณาตกอยู่ตลอดเวลา  
.....

โปรดให้การรักษาเข้าพักรักษาตัวตามประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

<p><b>1. การฟื้นฟูการเดินของหัวใจและการหายใจ</b></p> <p>ยัดแก๊ การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ภายหลังจากหัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือนำไฟฟ้ากระตุ้น กัด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p>
<p><b>2. การพยุงการมีชีวิต</b> คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมื่อต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้</p> <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p>
<p><b>3. การรักษาสภาพที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่</b></p> <p>เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาสภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p>
<p><b>4. การให้อาหารทางท่อ</b> หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้อาหารเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>-----</p>

ในกรณีที่ผู้ป่วยประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้กรไปแล้ว โดยมีเหตุบางถึงในข้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องขอให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ (กรณีระบุ เช่น การสวมมด, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น).....
- .....
- .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล) .....

..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าขอทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล



ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....  
 ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....  
 ลงชื่อพยาน.....  
 ลงชื่อพยาน.....  
 ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์ .....

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือ  
 หารือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจพิการรวมที่ดูและรักษา  
 ไข้พวเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่มี  
 ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ทั่วประเทศ)

ชื่อ-นามสกุล .....  
 มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... เมอร์ททำงาน .....

**พยานคนที่ 1**

ชื่อ-นามสกุล .....  
 มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... เมอร์ททำงาน .....

**พยานคนที่ 2**

ชื่อ-นามสกุล .....  
 มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... เมอร์ททำงาน .....

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล .....  
 มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... เมอร์ททำงาน .....



## ตัวอย่างหนังสือแสดงตบโป่งประสงค์ ขอรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)



วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

มีตราประจำชนเลขที่ .....  
ที่อยู่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน .....

ขอแนะนำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิบัญญัติขอร้อง และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอมิให้อาการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)
- การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- กระบวนการฟื้นฟือเมื่อหัวใจหยุด
- การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- .....
- .....
- .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเป็นความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบ ความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้ประเมินการหยุดการบริการ (withdrow) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- .....
- .....
- .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้าน  
สาธารณสุขช่วยอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- การเยี่ยมเยียนทางจิตใจ (เช่น การสนทนาแบบ การเทศนาของ  
นักบวช).....
- .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล) .....  
..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็น  
ผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น  
ได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า  
หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในกรวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนา  
เอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อ  
เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถาน  
พยาบาล

ผู้แสดงเจตนา..... ลงชื่อ  
บุคคลใกล้ชิด..... ลงชื่อ  
พยาน..... ลงชื่อ  
พยาน..... ลงชื่อ

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือ  
หาวิธีแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษา  
ข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มี  
ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ใกล้เคียง หรือบุคคลอื่นที่มี

ชื่อ-นามสกุล .....  
มีความสัมพันธ์เป็น.....  
บัตรประชาชนเลขที่.....  
ที่อยู่ติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์..... เมอร์ทักงาน.....

**พยานคนที่ 1**

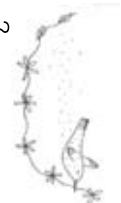
ชื่อ-นามสกุล .....  
มีความสัมพันธ์เป็น.....  
บัตรประชาชนเลขที่.....  
ที่อยู่ติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์..... เมอร์ทักงาน.....

**พยานคนที่ 2**

ชื่อ-นามสกุล .....  
มีความสัมพันธ์เป็น.....  
บัตรประชาชนเลขที่.....  
ที่อยู่ติดต่อได้.....  
เบอร์โทรศัพท์..... เมอร์ทักงาน.....

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล .....  
มีวงเล็บหลังชื่อเป็น.....  
บัตรประชาชนเลขที่ .....  
ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
เบอร์โทรศัพท์ ..... เบอร์ที่ทำงาน .....



**ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง  
(palliative care) \***

จัดทำโดย

สมาคมวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง  
(International Association for Hospice & Palliative Care)

แปลและเรียบเรียงโดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์ \*\*



**สารบัญ**

- หลักจริยธรรมทางการแพทย์
- การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล
- การข่มขู่การรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินไปแล้ว
- การให้สารอาหาร
- การให้สารน้ำ
- ความเป็นธรรมและการจัดสรรทรัพยากร

\* แปลและเรียบเรียงบางส่วนจาก “คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง” ของสมาคม  
 นานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง  
 Derek Doyle and Roger Woodruff, The IAHPC Manual of Palliative Care, 2nd  
 Edition (2008), ethical issues. at www.hospicecare.com

\*\* ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ขอขอบคุณ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์  
 และนพ.เสถียร ลีลาวัฒน์ทกิจ ที่ปรึกษาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่กรุณาช่วยแนะนำและตรวจ  
 ทวนศัพท์ทางการแพทย์

## หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้นับระบอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกกรณี จะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่อยู่ในวงการดูแลสุขภาพของชีวิต (of the end of life) ที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>1</sup> ยิ่งต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นพิเศษ หลักจริยธรรมบางเรื่องมีเป้าหมายแต่สามารถปรับใช้ได้ในทุกกรณี แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละประเทศก็ตาม หลักจริยธรรมสำคัญ 4 ประการ มีดังนี้

1. หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence)
2. หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence)
3. หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy)
4. หลักความยุติธรรม (Justice)

**1. หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือ สิ่งที่เป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดี ผู้ประกอบวิชาชีพกระทำในสิ่งที่เห็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย**

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องเป็นผลดีต่อผู้ป่วย

---

<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ให้ความหมายคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” ไว้ว่า เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเผชิญกับปัญหาต่างๆ อันเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตที่เรื้อรัง (life-threatening illness) โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการต่างๆ ตั้งแต่การค้นหามาปัญหา การประเมินโดยไม่กล่าวโทษ (impeccable assessment) รวมทั้งการรักษาอาการปวด การแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งทางกาย จิตสังคม (psychosocial) และจิตวิญญาณ (spiritual) ออกจาก เว็บไซต์ [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)

- จะต้องจริงจังต่อผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะกรณีใดๆ
  - ผู้ป่วยไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีใครจำเป็นต้องรู้
  - ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็นหรือปราศจากเหตุผล (unnecessary or futile therapies)
  - จะต้องรักษาความเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจ สิ่งคมและทำให้เกิดสุขภาพแก่ผู้ป่วย
  - แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีกว่าผู้ป่วย (paternalism - ‘doctor knows best’)
- 2. หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) คือ การลดความเสียหาย อันตรายต่างๆ**

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งทางกายหรือจิตใจ
- จะต้องจริงจังต่อผู้ป่วย การเฝ้าหผู้ป่วยหรือบอกความจริง ไม่ควรเกินจากก่อให้เกิดอันตรายได้
- การดูแลรักษาด้วยวิธีการใดๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น (possible adverse effects) แก่ผู้ป่วย
- ควรรักษาผู้ป่วยต่อเมื่อมีโอกาสรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการออกฤทธิ์ขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก
- จะต้องลดผลไม่พึงประสงค์ต่างๆ ให้น้อยที่สุด

3. หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือ การยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง (patients' rights to self-determination) ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย

- การรักษาค่าธรรมเนียมการได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอม โดยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอแล้ว (informed consent)
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆ ด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่เป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
- หลักการในข้อนี้ใช้กับชนิดของการรักษาผู้ป่วย และการเลือกสถานที่ให้การรักษา และผู้ที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

4. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ การจัดหาบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น

- โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือสีผิว
- อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพทั่วโลกยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรม
- การรักษาหลายกรณีจำกัดเฉพาะกลุ่มคนรวย หรือผู้มีอำนาจ มีอิทธิพล หรือผู้ที่สามารถเรียกร้องสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าผู้อื่น
- ในบางประเทศ การใช้มอร์ฟิน (morphine) จะให้เฉพาะผู้ป่วยที่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาได้

- ในบางประเทศ การดูแลแบบประคับประคองต้องเสียค่าใช้จ่าย และผู้ที่มีเงินอาจต้อง เสียชีวิตพร้อมความปวดอย่างล้นฟ้า โดยไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## การดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ (Clinical Practice)

หากมีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้อง จะต้องมีการประเมินว่าบุคคลใดที่มีความสำคัญ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็ประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุดเป็นลำดับแรกๆ รวมทั้งพิจารณาผลดีกับผลกระทบในการรักษาแต่ละวิธี

## การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล (Communication and Disclosure)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายสถานการณ์ที่เป็นจริงและครบถ้วนจากผู้ประกอบวิชาชีพฯ

1. ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายเท่าที่ต่อการ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การรักษา
2. หากผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนเองแล้ว

- 2.1 ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (treatment planning) ของตนเองได้
- 2.2 ผู้ป่วยจะไม่สามารถให้ความยินยอมในการรักษา
- 2.3 ผู้ป่วยจะไม่สามารถวางแผนที่เหมาะสมสำหรับตนเองและสมาชิกในครอบครัว?

<sup>2</sup> เช่น การขโมย การสังเวย การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ผู้แปล)

ผู้ให้การรักษาควรสื่อสารพูดคุยโดยตรงกับผู้ป่วย ยกเว้นกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเป็นผู้รู้ความสามารถ<sup>3</sup>
2. ผู้ป่วยได้มอบหมายให้เป็นการรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง<sup>4</sup>
3. เมื่อเป็นความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมที่จะต้องให้หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ขอยกเว้นจะสื่อสารแทน

### การสื่อสารในเรื่องที่มีความอ่อนไหว (sensitive matters)

1. ผู้ให้การรักษาจะต้องสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีท่าทีเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่เร่งรีบ
2. ต้องสื่อสารด้วยข้อมูลที่แท้จริง ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย
3. มีความจริงใจ

การไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือการโกหกผู้ป่วย มักจะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

1. มีผลการศึกษาในหลายประเทศที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต (terminally ill patients) มักจะกลัวสิ่งที่ไม่รู้มากกว่ากลัวสิ่งที่ตัวเองได้รู้ ผู้ป่วยที่ได้รับการความจริงที่ตนเองประสงค์จะทราบ มักจะทุกข์ทรมานน้อยกว่าทั้งทาง

---

<sup>3</sup> เช่น กรณีผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ หรือผู้ป่วยที่เมื่อก้าว ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ (ผู้แปล)

<sup>4</sup> ควรรวมถึงบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมีบทบาทของผู้ป่วยก็ตาม (ผู้แปล)

กายและจิตใจ

2. ในประเทศที่มีประเพณีที่จะไม่บอกอาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีความคิดดี ๆ ที่จะเตรียมพร้อมรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนเองจากผู้ให้การรักษา
3. การไม่บอกความจริงดังกล่าว ยิ่งทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจเมื่อผู้ป่วยรับทราบข้อมูลหรือคาดการณ์สถานการณ์ที่เป็นจริงได้ภายหลัง

### การยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withholding or withdrawing treatments)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ การรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> โดยไม่เร่งรัดหรือยุติการตายของผู้ป่วยออกไป (either hastening nor postponing death)

1. เป็นที่ทราบกันดีว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์
2. การยืดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ถือเป็นจริยธรรมในทางศาสนาและวัฒนธรรมใดๆทั้งสิ้น
3. สิ่งที่น่าเป็นห่วงจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มิใช่

---

<sup>5</sup> ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” (quality of life) ในรายงานนี้ จะต้องพิจารณาจาก

- สภาพของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก (person-oriented) มิใช่พิจารณาจากโรคของผู้ป่วย (not disease-oriented)
- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการยืดชีวิตของผู้ป่วย (life prolongation) เป็นลำดับแรก
- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการทำให้โรคสงบ (disease remission) ในระยะยาวเป็นลำดับแรก
- จะต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม (holistic) และมุ่งเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาทางกายและจิตใจ
- จะต้องใช้ความถี่แบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) หรือมีการทำงานของสหวิชาชีพ (interprofessional) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลต่าง ๆ
- ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเท่าเทียมของผู้ป่วย

คำนึงถึงเรื่องเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย

4. การดูแลแบบประคับประคองจะต้องไม่ถูกใช้เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (prolonging life)

การพิจารณาว่าการยืนยันถึงการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษา เช่น สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient's best interests)

1. ต้องพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
2. เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากที่จะพิจารณา
3. การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใดๆ (futile therapy, with no chance of benefit) ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย

### ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตควร ได้รับความปฏิชีวนะ (antibiotics) สำหรับการติดเชื้อบริเวณทรวงอกหรือไม่

- กรณีนี้ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ รวมถึง
- สภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต
- ความปรารถนาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

### ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นตามความเห็นของผู้ป่วย

- หากการให้ยาปฏิชีวนะจะมีผลทำให้
- ง่ายต่อการตายออกไปเท่านั้น ก็ไม่ควรให้การรักษาใดๆ
- แต่หากการให้ยาดังกล่าวจะช่วยควบคุมอาการปวดที่เมื่อยล้าของต่ออวัยวะอื่นๆ แล้ว เช่น มีอาการไข้สูง (pyrexia) หรือมีอาการเพ้อคลั่ง (delirium) ในกรณีนี้ก็อาจจะเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

### ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยไตวาย (renal failure) ที่เกิดจากโรคเมะเร็งระยะลุกลาม จะรักษาได้อย่างไร

- หากผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเพระป่วยเป็นโรคเมะเร็ง แล้วมีอาการลุกลามทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือไตวายแล้ว การรักษาเชิงรุก (active therapy) เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

- ส่วนกรณีผู้ป่วยเคยมีอาการไตในต้นแรก และช่วงอายุของชีวิตยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ มีเพียงอาการไตวายเท่านั้น การพิจารณาให้สายสวนหรือการระบายน้ำใส่สภาวะออกโดยจะใส่สายเข้าไปที่ไต (stenting or nephrostomy insertion) เป็นสิ่งที่เหมาะสม

### การให้สารอาหาร (artificial nutrition)

ประเด็นคำถามว่าการรักษาในกรณีใดที่จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควรพิจารณานำพื้นฐานของกรวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่จะต้องตามหลักฐานจรรยาบรรณ
2. ถ้าการรักษาไม่มีผลต่อผู้ป่วยแล้ว ก็ไม่ควรดำเนินการ
3. ในประเทศกำลังพัฒนามีเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย



ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงและอ่อนแอลงอันเป็นผลจากโรคดเมะเร็งขึ้น

#### ลักษณะ

1. ซึ่งเกิดจากภาวะเบื่ออาหาร ผอมแห้ง (cachexia syndrome) หรือ

2. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเผาผลาญอาหาร ภายหลังจากเป็นมะเร็ง หรือ

3. เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้สารอาหารทางทางเดินอาหาร หรือหลอดเลือดดำ (enteral or parenteral nutrition)

#### 3.1 เยื่อมเป็นการระบุระยะ

3.2 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดแต่ผู้ป่วยมักเกิดอาการร่วมต่อไปนี้

3.2.1 การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ (central venous catheterisation)

3.2.2 ภาวะติดเชื้อ (infections)

3.2.3 ค่าใช้จ่ายที่สูง

3.3 การให้สารอาหารโดยตรงมักทำให้เกิดอาการต่อไปนี้

3.3.1 ตะคริวท้อง (abdominal cramps)

3.3.2 ท้องเสีย (diarrhoea)

3.3.3 ต้องเปลี่ยนสายให้อาหาร (feeding tubes) บ่อยๆ

4. ในบางกรณีผู้ป่วยมีอาการทุพโภชนาการ และขาดอาหาร (malnutrition and starvation) ได้แก่

4.1 ผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารส่วนบนอุดตัน (upper

gastrointestinal obstruction) ซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะสุดที่ขยของโรคดเมะเร็งทำให้ไม่สามารถให้อาหารตามปกติได้ จึงต้องให้อาหารทางสายที่ใส่ผ่านรูจมูกถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือการให้สารอาหารทางสายที่จะผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร (gastrostomy)

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองเป็นเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ควรได้รับการพิจารณาให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

4.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันอยู่เสมอหรืออย่างถาวร (persistent or recurrent bowel obstruction) การพิจารณาว่าควรให้อาหารทางหลอดเลือดดำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

“การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึงการให้สารอาหารเสมอไป”

#### การให้สารน้ำ (artificial hydration)

ประเด็นคำถามว่าการรักษาในกรณีนี้จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษาไม่มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควรพิจารณาบนพื้นฐานของกรณีวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่ถูกหลักจริยธรรม

2. แต่ถ้การรักษาไม่มีผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ก็ไม่ควรดำเนินการ

ผลกระทบในเรืองการขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

1. มีภาวะปากแห้ง ซึ่งแก้ไขได้โดยการทำให้ปากชุ่มชื้น
2. มีอาการกระหายน้ำ และ
3. มีสติสัมปชัญญะหรือการตอบสนองลดลง (diminished conscious state)

### ประโยชน์ของภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

1. ปัสสาวะน้อยลงแสดงว่าการเคลื่อนไหวน้อยลง และมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง (less incontinence)
2. ลดเสมหะในหลอดลม เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบและเลือดคั่งในปอด (less pulmonary secretions reduce dyspnoea and terminal congestion)
3. ลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ จะทำให้อาการคลื่นไส้และท้องเสีย (less gastrointestinal secretions will lessen nausea and diarrhoea)
4. ลดปัญหาการบวมและน้ำก่เกิดในทรวงอกและช่องท้อง (less problems with oedema and effusions)

### ผลเสียที่อาจเกิดจากการให้น้ำแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

1. อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม
2. อาจทำให้เกิดความทรมานต่อผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือผิดพลาดไปแก่สมาชิกในครอบครัว
3. การให้สารน้ำเป็นเสมือนสิ่งขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

สำหรับการงดให้น้ำแก่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีไข้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

1. จะทำให้ผู้ป่วยกระหายน้ำ ปากแห้งและมีความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension)
2. ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับน้ำในร่างกายที่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้เช่นกัน

“การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึงการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเสมอไป”

## ความยุติธรรมในการจัดสรรทรัพยากร (justice and resource allocation)

### ความยุติธรรม

1. การจัดสรรทรัพยากรด้านบริการสุขภาพโดยเท่าเทียมกันอย่างสอดคล้องกับความเป็น โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ความเชื่อ หรือสีผิว
2. ผู้ป่วยทุกคนที่มีระยะโรคขั้นรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่รอดน้อย ควรสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลในการบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานและเพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี

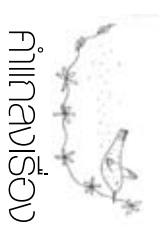
### การจัดสรรทรัพยากร

1. บางคนเชื่อว่าการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งควรคำนึงการเป็นลำดับแรก เนื่องจากจะช่วยเหลือรักษาชีวิตมนุษย์ที่มีคุณภาพชีวิตในทางเศรษฐกิจและสังคม และการสร้างงานต่างๆ

2. บางคนเชื่อว่า การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญมากกว่า เพราะสิ่งที่ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องอาการเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ (its incurably ill) ย่อมมีสิ่งที่ดีขึ้น
3. ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกพยากรณ์โรคว่า อาการของโรคอยู่ในขั้นรุนแรง ไม่สามารถใช้วิธีการรักษาต่างๆ ได้
4. ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศมีการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy drugs) และยาระงับปวด (analgesic medications) ที่มีราคาแพง แต่กลับไม่มีการรักษาอย่างง่าย ๆ (และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก) ด้วยการรักษาและภาวะใช้มอร์ฟีนเป็นส่วนผสม

**การดูแลแบบประคับประคองจะตั้งเป้าหมายพร้อมไว้**

1. เพื่อแสดงถึงความมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความมีชีวิตที่ดี และเพื่อความคุ้มค่าของการ โดยมีได้ทำเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่านั้น
2. เพื่อแสดงถึงความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย หรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยหากใช้วิธีการดูแลรักษาแบบทางเลือก (alternative forms of care)
3. เพื่อแสดงถึงผลการรักษาและประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคอง



**เอกสารแสดงข้อแบ่งช่วงท้ายของแพทยสมาคมฯ\***

(The World Medical Association Statement on Advance Directives ("Living Wills"))

แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิมลิตติย์

**น. บทนำ**

1. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อ หรือเป็นคำกล่าวต่อหน้าบุคคลที่เป็นพยานซึ่งได้บันทึกตามความต้องการของเขาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ที่เขาประสงค์หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษา เมื่อบุคคลผู้นั้นไม่รู้สึคว่าหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ในขณะนั้น

2. ประเภทของเอกสารข้างต้นจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (เช่น "living will" หรือ "biological will") การยอมรับและสถานะทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าวอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ศาสนาและปัจจัยอื่นๆ

\* ได้รับความเห็นชอบจากประชุมสมัชชาแพทยสมาคมโลก ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2003

3. บุคคลส่วนใหญ่ที่เข้าเอกสารดังกล่าวมักจะกังวลถึงการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้น ไม่มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิภาพการรักษาลดลงไป จนถึงภาวะที่ชี้ชัดว่าร่างกายและจิตใจของเธอเสื่อมสลายไปไม่อาจคืนสู่ปกติได้แล้ว

4. ปฏิญญากลีสบอนเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกระบุว่า “การณืผู้ป่วยไม่รู้สึกลัว และไม่อาจมีแพทย์ที่รับแต่งตั้งตามกฎหมาย แต่มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทາทางกาแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมไว้แล้ว นอกจากนี้ประจักษ์ชัดและปราศจากข้อสงสัยใดๆ ว่าชัดต่อเจตนาเดิมของผู้ป่วยที่ชัดแจ้งว่าผู้ป่วยจะไม่ให้ความยินยอมในการขอรับการรักษาในลักษณะนั้น”

## ข. ข้อพิจารณา:

5. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าที่เหมาะสมควรได้รับการยอมรับและปฏิบัติตาม เว้นแต่จะมีเหตุผลเหมาะสมที่สนับสนุนว่าเอกสารนั้นไม่มีผล เพราะมีข้อขัดแย้งของผู้ป่วยในขณะนั้น หรือความเข้าใจของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ในขณะเวลาทำเอกสารดังกล่าว หากเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าขัดต่อความคิดเห็นของแพทย์ ควรมีการกำหนดให้โอนการดูแลผู้ป่วยไปยังแพทย์อื่นที่ผู้ป่วยยินยอมได้

6. ในกรณีที่แพทย์ไม่แน่ใจ ความมีผลทางกฎหมายของเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อยุติการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยุติการตาย แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของผู้ป่วยในเรื่องนั้นๆ และควรจะขอคำแนะนำจากแพทย์อย่างน้อย 1 คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ

สมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ที่ลงนามในเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ต้องได้รับความเชื่อถือและประสงค์ที่จะเป็นพยานในศาล เพื่อยืนยันความตั้งใจของผู้ลงนามหรือติดตามเอกสารดังกล่าว แพทย์ควรพิจารณาถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยที่เป็นผู้รู้ความสามารถ

7. ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ทบทวนเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นระยะๆ

8. หากมีข้อขัดแย้งทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่ทราบตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย



## คำประกาศของแพทยสมาคมโลก ว่าด้วย

### “การเจ็บป่วยประทุสุดท้ายของชีวิต”<sup>1</sup>

(World Medical Association Declaration on Terminal Illness)

แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์



## บทนำ

1. เมื่อกล่าวถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตและการช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตายย่อมเกิดขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ แพทยสมาคมโลกประมาณว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรม จึงเป็นที่เข้าใจว่านโยบายของแพทยสมาคมโลกในเรื่องดังกล่าวจะนำไปใช้กับคำประกาศเกี่ยวกับกรเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตนี้ด้วย

## วัตถุประสงค์

1. กรณีแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า สุขภาพผู้ป่วยไม่มีความหวังว่าจะสามารถฟื้นคืนได้ และผู้ป่วยมีอาการเลือกความตายได้ แพทย์และผู้ป่วยมักจะประสบกับกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ช่วยเพิ่มความสามารถของแพทย์ที่จะนำประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมาพูดคุยกัน อย่างไรก็ตาม ในขอบเขตของการแพทย์ที่ผ่านมายังไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องนี้กันทั้งๆ ที่ควรจะสนใจกัน ในขณะที่ความสำคัญของการวิจัยเพื่อรักษาโรคก็ควรอยู่ในลำดับต้นๆ แต่ไม่ควรให้ความสนใจในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองและการเพิ่มความสามารถของแพทย์ในการประเมินและพิจารณาองค์ประกอบอาการของโรค ซึ่งมองค้ประกอบด้านการแพทย์ และด้านจิตวิทยาในการป่วยระยะสุดท้าย ต้องยอมรับว่าคนกำลังจะตายนั้นถือเป็นส่วนสำคัญของชีวิต ในหลายประเทศมีแรงกดดันของสาธารณชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและการทำยูธานาเซียให้เป็นที่ยอมรับกันว่าเสมือนเป็นทางเลือกในการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น กฎเกณฑ์ทางจริยธรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจพิเศษ

<sup>1</sup> ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทยสมาคมโลก ครั้งที่ 35 ณ เมืองเวนิส ประเทศอิตาลี เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ.1983 และปรับปรุงโดยที่ประชุมสมัชชาแพทยสมาคมโลก ณ เมืองซาน سباร์โก ประเทศแอฟริกาใต้ เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ.2006

แพทย์ต่อการประเมินระยะเวลาที่ดีที่สุดที่จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญ เหล่านี้ และความสามารถที่พัฒนาารายละเอียดเกี่ยวกับแนวทาง ปฏิบัติว่าด้วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประยุกต์ ใช้ได้ทั่วไปนี้ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้และไม่เกิดขึ้น ดังนั้น แพทย์สมาคมโลกจึงได้เสนอหลักการสำคัญ เพื่อช่วยให้แพทย์และแพทย์ สมาคมของแต่ละประเทศในการตัดสินใจปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ดังต่อไปนี้

## หลักการ

4. หน้าที่ของแพทย์คือการเยียวยาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยที่จะทำไปดี และเพื่อคุ้มครองประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย จึง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยรับการชอนนี้แม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม

5. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรับผิดชอบสำคัญของ แพทย์คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดด้วยการควบคุม อาการต่างๆ และคำนึงถึงความต้องการทางจิตใจและสังคม และจะ ต้องช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี แพทย์ควรแจ้งให้ผู้ป่วย ทราบถึง ความเป็นไปได้ ประโยชน์และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลแบบ ประคับประคอง

6. สิทธิของผู้ป่วยที่มีอิสระในการตัดสินใจจะต้องได้รับการเคารพ เกี่ยวกับ การตัดสินใจใน วาระสุดท้ายของชีวิตตน รวมถึงสิทธิปฏิเสธ การรักษาและสิทธิในการเรียกร้องให้ใช้วิธีแบบประคับประคองเพื่อ บรรเทาความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นอันเป็นผลจากการระบวนการตาย

อย่างรัดกุม ห้ามมิให้แพทย์ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายซึ่งขัดต่อ จริยธรรม รวมถึงห้ามการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองใดๆ ซึ่ง ประโยชน์ที่ได้รับ (ตามความเห็นของแพทย์) ไม่คุ้มค่ากับผลข้างเคียงที่ จะเกิดขึ้น

7. แพทย์จะต้องไม่ใช้วิธีการใดๆ ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

8. แพทย์จะต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในการจัดทำเอกสารแสดง เจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งอธิบายถึงความปรารถนาในการดูแลในกรณีที (ผู้ป่วย) ไม่สามารถสื่อสารได้และการมอบหมายให้ ผู้มีอำนาจตัดสินใจ แทนในการตัดสินใจใช้เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ควรหารือถึงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการ แทรกแซงเพื่อชีวิตออกไป เช่นเดียวกับ การดูแลแบบประคับ ประคองที่มีผลถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในกรณีที่เป็นไปได้ ผู้มีอำนาจ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยควรอยู่ร่วมในการหารือสนทนาดังกล่าวด้วย

9. แพทย์ควรพยายามทำความเข้าใจและคำนึงถึงความต้องการ ทางจิตสังคมของผู้ป่วยของตน โดยเฉพาะในกรณีทีสิ่งเหล่านี้เกี่ยวเนื่องโดยตรงกับอาการทางกายของผู้ป่วย แพทย์ควรพยายาม เคารยมีความพร้อมด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและคนใน ครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการกับความตื่นตระหนก, ความกลัว และความเศร้าโศกเสียใจในการป่วยระยะสุดท้าย

10. การจัดการทางคลินิกในเรื่องความปวดของผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญมากทีสุดในการลดความทุกข์ทรมาน แพทย์และ

แพทย์สมาคมของแต่ละประเทศควรสนับสนุนการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงปฏิบัติที่ดีและวิธีการรักษาที่ทันสมัยที่สุดในปัจจุบัน แพทย์ควรที่จะสามารถให้การจัดการกับความปวดขั้นรุนแรงอย่างเหมาะสม โดยปราศจากความกลัวว่าจะทำผิดกฎหมายหรือได้รับผลกระทบด้านกฎหมาย

11. แพทย์สมาคมของแต่ละประเทศควรผลักดันให้รัฐบาลและสถาบันวิชาชีพต่างๆ ลงทุนด้านทรัพยากรต่างๆ ในการพัฒนาการรู้สึหายทาบาล เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักสูตรการเรียนรู้และการสอนของโรงเรียนแพทย์ควรเน้นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์ ในกรณีที่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า การพิจารณาพัฒนาการฝึกอบรมด้านการประคับประคองเป็นสาขาเฉพาะทาง

12. แพทย์สมาคมของแต่ละประเทศควรหรือเพื่อพัฒนาเครือข่ายสถาบันและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อที่จะติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือ

13. ในกรณีที่มีอายุของผู้ป่วยยุติการทำงานจนไม่สามารถทำงานเป็นปกติได้ แพทย์อาจใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อช่วยรักษาอายุวัยะให้ทำงานต่อไปเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ แพทย์จะต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมที่ออกตามปฏิญญาซีดีบีว่าด้วยการพิจารณาเรื่องการตายและการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะของแพทย์สมาคมโลก

