# ก่อนวันผลัดใบ

หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย

# ก่อนวันผลัดใบ

หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย

www.thailivingwill.in.th


พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง ธันวาคม 2551 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่สอง เมษายน 2552 จำนวน 10,000 เล่ม

เลขมาตรฐานสากล 978-974-93164-7-4

**ผู้จัดพิมพ์**

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา

**บรรณาธิการ**

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ และ อภิราชย์ ขันธ์เสน

**ที่ปรึกษา**

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา

วรรณา จารุสมบูรณ์

**ภาพประกอบ**

พรเนตร อร่ามมงคลวิชัย

(ขอขอบพระคุณ อโนทัย เจียรสถาวงศ์ ที่เอื้อเฟื้อลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)

**ออกแบบปกและจัดรูปเล่ม**

วัฒนสินธุ์ สุรัตนานนท์

**พิมพ์ที่**

บริษัท เอมี่ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด

โทรศัพท์ 02 415 2621 หรือ 02 415 6507 ต่อ 204

ผู้ประสงค์ขอจัดพิมพ์เอกสารชุดนี้ กรุณาติดต่อ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ 02 590 2304

"ผู้คนจำนวนไม่น้อย
ลงเอยด้วยการพยายามต่อสู้กับความตายอย่างถึงที่สุด
ฝากความหวังไว้กับเทคโนโลยีทุกชนิด
แต่การพยายามยืดชีวิตนั้น
บ่อยครั้งกลับกลายเป็นการยืดการตาย
หรือภาวะใกล้ตายให้ยาวออกไปพร้อมกับความทุกข์ทรมาน
โดยคุณภาพชีวิตและจิตใจหาได้ดีขึ้นหรือเท่าเดิมไม่"

*พระไพศาล วิสาโล*

# คำนำ

(พิมพ์ครั้งที่สอง)

ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้จัดการประชุมวิชาการ เรื่อง "สิทธิการตายอย่างมีสุขภาวะตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550" เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2551 ณ ห้องเอสแคป ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการตายในมิติทางการแพทย์ ศาสนา จิตวิญญาณ กฎหมาย และจริยธรรม ได้รับเกียรติจากวิทยากร คือพระมหาวุฒิชัย (ว.วชิรเมธี), ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ และผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก ทำให้เอกสารเผยแพร่ในเรื่องนี้หมดลงอย่างรวดเร็วจนต้องมีการจัดพิมพ์ใหม่ในครั้งนี้ ซึ่งได้ปรับปรุงเนื้อหาและเพิ่มเติมบทความใหม่หลายเรื่อง

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ โดยการสนับสนุนของ สช. ยังได้จัดประชุมรับฟังความเห็นของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุข สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างกฎกระทรวงที่ออกตามบทบัญญัติใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ตั้งแต่กลางปี 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 หลังจากนั้นจะได้รับฟังความเห็นเพิ่มเติมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะมีส่วนช่วยเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในทางการแพทย์ การเยียวยาทางจิตใจ แนวทางการทำหนังสือไม่ประสงค์รับการรักษา พื้นฐานความรู้ทางกฎหมาย รวมถึงตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาฯ แนวปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์
และโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา

# คำนำ

(พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ลงนามบันทึกความร่วมมือกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางกฎหมายสุขภาพ ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมและเป็นธรรม โดยทำงานบนหลักคิดว่า "จากบทบัญญัติแห่งกฎหมายสู่การปฏิบัติ"

"สิทธิปฏิเสธการรักษาเป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" เป็นสิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า กระบวนการยืดชีวิต (prolong life) ในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization) ซึ่งแพทยสมาคมโลก (World Medical Association) และนานาประเทศต่างให้การยอมรับในเรื่องนี้ สอดคล้องกับธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ที่ถือว่ามนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับความตาย บทบัญญัติกฎหมายนี้จึงรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เพื่อให้แต่ละคนสามารถตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ จึงร่วมกันผลักดันให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้สิทธิดังกล่าว และช่วยกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป รวมถึงสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ด้วยความปรารถนาที่จะให้คนในสังคมมีสุขภาวะอย่างแท้จริงตั้งแต่จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน ...

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์
และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ธันวาคม 2551

# สารบัญ


คำนำ (พิมพ์ครั้งที่สอง) 4
คำนำ (พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง) 6
บทสุดท้ายแห่งชีวิต 10

**เพื่อผู้ใกล้จากไป**

- ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย 15
  *ศ.พญ.สุมาลี นิมมานนิตย์*
- การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ 27
  *พระไพศาล วิสาโล*
- ปู่เย็น - นายเย็น แก้วมะณี เฒ่าทระนงแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี 49
  *ศ.นพ.สันต์ หัตถีรัตน์*

**หนทางที่เลือกได้**

- สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา - สิทธิที่จะตาย 59
  *ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์*
- แนวทางการใช้สิทธิในการตายดี 75
  *ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว*
- สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 89
  *ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

**ไขข้อข้องใจ** 121

**เริ่มเตรียมตัว**

- คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ 129
- ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาฯ 135
- แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล 139
- หนังสือแสดงเจตนาฯ ของ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 147
- หนังสือแสดงเจตนาฯ ของ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ 151

**ภาคผนวก**

- คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก 155
- คำประกาศของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับ "การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต" 158

# บทสุดท้ายแห่งชีวิต

ความตายในการรับรู้ของผู้คนส่วนใหญ่ มักเป็นภาพของการพลัดพราก ความน่ากลัว หดหู่ ไม่พึงปรารถนา ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากสื่อสารมวลชนในโลกสมัยใหม่ที่นำเสนอภาพลักษณ์ที่ว่านี้ซ้ำแล้วซ้ำเล่า นานวันเข้า จนกระทั่ง "ผี" หรือดวงวิญญาณกลายเป็นอริเป็นศัตรูที่อยู่ฝ่ายตรงข้ามของการมีชีวิต กอปรกับวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและกำลังทรัพย์อัดฉีดที่ล้นเหลือ ความปรารถนาที่จะยื้อชีวิตจึงได้รับการตอบสนอง

ภาพลักษณ์และความหมายของ "ความตาย" จึงกลายเป็นสิ่งที่หลายคนปฏิเสธ ละเลย และไม่อยากพูดถึง กระทั่งจางหายไปจากการระลึกถึงในระหว่างการดำเนินชีวิตปรกติ มนุษย์จึงขาดความเข้าใจหรือเข้าใจผิด คิดจินตนาการไปต่างๆ นานา ทั้งยังปราศจากทักษะและความเข้มแข็งภายในที่จะรับมือเมื่อ "วาระสุดท้ายของชีวิต" มาถึงจริงๆ

หากถอยกลับมาพิจารณาสัจธรรมของชีวิตในเรื่องนี้จะพบว่ามนุษย์ทุกคน ล้วนต้องเผชิญกับความตายด้วยกันทั้งสิ้น ไม่สำคัญว่าจะมาจากไหนหรือพูดภาษาใด ร่ำรวยหรือยากจน แม้ไม่อาจหลีกหนีวงจรชีวิตข้อนี้ แต่เราก็มีสิทธิที่จะขอจากไปอย่างสงบ หรือเลือกผู้ต้องการอยู่ใกล้ๆ และบรรยากาศแห่งความรักที่พึงปรารถนาในวาระสุดท้ายได้

หนังสือเล่มนี้ มุ่งหวังที่จะชวนผู้สนใจหยุดพักสักครู่เพื่อพิจารณาสาระสำคัญของวาระสุดท้ายและแนวทางการรับมือกับสถานการณ์ในข่วงยามดังกล่าว ไม่ว่าภาวะนั้นจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่น ตั้งแต่ข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองทางการแพทย์ ความต้องการที่แท้ของผู้ใกล้จากไป การเตรียมตัวและหัวใจเพื่อพร้อมเผชิญกับปริมณฑลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน ตลอดจนการวางตัวอย่างเหมาะสมของญาติและมิตรสหาย รวมทั้งข้อคิดและบทบาทที่ควรจะเป็นในหมู่แพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา

ที่สำคัญไม่แพ้กัน เนื่องจากชีวิตและความตายไม่ใช่เรื่องของปัจเจก ความขัดแย้งในหมู่ญาติและการฟ้องร้องแพทย์ผู้รับผิดชอบจึงปรากฏให้เห็นอย่างสม่ำเสมอ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงได้รับการตราขึ้นเพื่อรับรองสิทธิของบุคคลผู้ต้องการกำหนดชะตาชีวิตของตนในวาระสุดท้าย ทั้งนี้ จำต้องทำ "หนังสือแสดงเจตนา" (ความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิตแห่งตน) ซึ่งผู้เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติสนิท สามารถใช้เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ความปรารถนาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นจริงได้ด้วยการให้ความเคารพต่อความประสงค์ในสิทธิ

และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้เป็นเจ้าของร่างกาย นอกจากนี้ในเวทีการแพทย์ระดับโลกก็ให้การยอมรับกฎหมายดังกล่าวแล้ว ดังคำประกาศของแพทยสมาคมโลกและถ้อยแถลงเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาในภาคผนวกท้ายเล่ม

และด้วยกฎหมายฉบับนี้เกี่ยวโยงกับทุกคน เราๆ ท่านๆ ที่ได้อ่านหนังสือเล่มนี้ หากมีความประสงค์ที่จะแสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาหรือเสนอแนะแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ย่อมทำได้ **โดยช่วยกันกรอกความเห็นลงในหน้ากระดาษท้ายเล่ม แล้วส่งมาตามที่อยู่ที่ระบุไว้** ซึ่งคณะจัดทำจะนำทัศนะเหล่านี้ไปพัฒนาเพื่อความสมบูรณ์ที่สุดของแนวทางปฏิบัติต่อไป

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้น่าจะช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในวาระสุดท้ายของชีวิตให้แก่ผู้สนใจไม่มากก็น้อย ทั้งมิติเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ กฎหมาย ศาสนา และจิตวิญญาณ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของแต่ละคนในช่วงเวลาสำคัญดังกล่าว การที่ผู้คนร่วมใจกันพิจารณาความจริงในบทสุดท้ายของชีวิตและช่วยกันหาหนทางปฏิบัติเพื่อให้การจากลาเป็นไปอย่างสงบ นอกจากจะช่วยคลี่คลายทุกข์ที่เกิดขึ้นแล้ว ยังเกื้อกูลโอกาสให้เราได้ใคร่ครวญสาระสำคัญของ "การดำรงอยู่" ดังที่ปราชญ์ได้รจนาไว้ความว่า "การได้พิจารณาความตายคือประตูสู่การมีชีวิตอันงดงาม"

# เพื่อผู้ใกล้จากไป

“ความตายอย่างสงบเป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้
อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียง
หรือสิทธิที่จะได้รับความยุติธรรมเสียอีก
ทุกศาสนาสอนว่า
นี้เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อความปรกติสุข
และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย
ไม่มีสิ่งประเสริฐใด ๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้
นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี”

*โซเกียล รินโปเช*
จากหนังสือ *ประตูสู่สภาวะใหม่*
(The Tibetan Book of Living and Dying)

# ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์*

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนเคยได้ยินได้ฟัง และเป็นสิ่งต้องเกิดขึ้นกับทุกคนไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อใดก็เมื่อนั้น แต่คนทั่วไปส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่สนใจและรู้จักว่าความตายคืออะไร หรือมิเช่นนั้นก็ไม่รู้จักความตายตามจริง หากแต่รู้จักตามภาพที่ตนเองจินตนาการขึ้น ซึ่งมักจะทำให้รู้สึกกลัวความตายมากขึ้น ท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวไว้ในเรื่อง *ความตายไม่มี?* ว่า “ความตายทั้งทางกายและทางวิญญาณเป็นจุดรวมของความกลัวทุกชนิด” จึงไม่แปลกที่มนุษย์เกือบทุกคนกลัวความตาย ไม่อยากพูดถึง ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากให้มาเยือนตนเองหรือผู้คนที่

---

* ท่านเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันโครงการ “รักษาใจ ยามเจ็บป่วย” ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเป็นวิทยากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านถึงแก่อนิจกรรมเมื่อพ.ศ.2550 คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณน้องสาวของท่านที่ให้ความอนุเคราะห์บทความนี้

...มีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการดำเนินชีวิต... คนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ... คือศิลปะในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพ และเกิดความสงบสุขโดยทั่วกัน

แวดล้อมอยู่รอบตัว และไม่สนใจจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความตาย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลให้ความกลัวตายเพิ่มเป็นทวีคูณ กับทั้งทำให้ตั้งอยู่บนความประมาท คิดว่าความตายยังอยู่ไกลตัว โดยพยายามผลักความตายให้ออกห่างตนเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้และไม่อยู่ในบังคับบัญชาของมนุษย์ แต่มนุษย์โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และคนป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใดและผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร



จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลกจนเกิดประเด็น "การุณยฆาต" และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวธรรมตามธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่เป็นปัญหาระดับโลกจนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในบางประเทศว่า คนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าได้จะทำอย่างไร ถ้าไม่ได้จะทำอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้น มิใช่แต่ในด้านกฎหมาย หรือด้านการแพทย์ หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหา ด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนืองๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ "ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ" ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยผู้ใกล้ตายและแม้ตนเองในที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับความรู้ว่าอย่างไรคือการ "ตายดี" ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิด

ขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่สนใจดังนี้

## ด้านร่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษา สามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นและไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้นโดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

- เมื่อใกล้ตาย ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่
- คนใกล้ตายจะเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้
- คนใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาดและรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีผึ้งทาริมฝีปาก สำหรับตาก็ให้หยอดน้ำตาเทียม
- คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกง่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น
- เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สึกตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล
- การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้
- คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

## ด้านจิตใจ

โดยทั่วไป เมื่อกายป่วย ใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความ

ต้องการต่างกันไป ฉะนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

## ความรู้เกี่ยวกับการตาย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ในยุคก่อนไม่สนใจเรื่องความตายเลยจนเกือบจะเป็นสิ่งต้องห้ามที่ไม่ควรพูดถึงก็ได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นแล้ว วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ในบางประเทศ คนไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่รอบตัว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการตื่นตัวในเรื่องเกี่ยวกับความตายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า "การตายดี คือการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาด้านการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม"

ส่วน "การตายดี" ในแง่พุทธศาสนานั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือ *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์* เรื่อง ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายช้าว่า

> *"ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า "มีสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้นไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย*
>
> *"ที่ว่าไม่หลงตาย คือมีจิตใจไม่ฟั่นเฟือน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่าจะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า "บอกอรหัง" ก็เป็นคติที่ให้รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมาเป็นต้น*
>
> *"อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีก คือให้เป็นการตายที่ใจมีความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้*

*เพียงแค่ว่าคนที่จะตายมีจิตยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดี ก็นับว่าดีแล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็จะมีความสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ขั้นนี้แหละถือว่าดีที่สุด"*

นอกจากนั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับจิตตอนที่จะตายว่า

*"เมื่อจิตเศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหวังทุคติได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้"*

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่จะตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำจิตให้ผ่องใสในเวลาที่จะตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจ ซึ่งศาสนาอื่นทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนานั้นมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่มุมของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึงวาระสุดท้ายมนุษย์ก็ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดของชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุธรรมในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

## แนวทางการช่วยเหลือคนใกล้ตาย

เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของคนใกล้ตายและความตายดังกล่าวแล้วก็สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้โดย

**มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ**

จิตใจที่อยากช่วยเหลือเป็นคุณสมบัติแรกที่ควรต้องมี เพราะจิตใจนั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

**รู้เขารู้เรา**

คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการและทัศนคติ คนใกล้ตายก็เช่นเดียวกัน แม้จะเหมือนและคล้ายกันในบางเรื่อง แต่ก็มีความต่างกันด้วย ในการให้ความช่วยเหลือ จึงต้องรู้จักคนใกล้ตายในด้านความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งทราบได้จากแพทย์ที่ให้การรักษา และรู้จักสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรม และเศรษฐานะ ซึ่งจะรู้ได้ไม่ยาก ด้วยการให้คนใกล้ตายได้มีโอกาสระบายความรู้สึก บอกความต้องการ โดยผู้ให้ความช่วยเหลือใส่ใจรับฟังและใช้ความสังเกต เมื่อ "รู้เขา" แล้ว ก็สามารถช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสมโดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้

จิตใจสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกันก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติโดยไม่ถูกรบกวน และช่วยให้คนใกล้ตายได้ใช้พลังในตัวเขาเองเผชิญกับความตายที่จะมาถึง

สำหรับการ "รู้เรา" คือการรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเองก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ผู้ให้ความช่วยเหลือต้องมีจิตใจหนักแน่นมั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว นอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ผู้ที่เคยช่วยเหลือคนใกล้ตายมีประสบการณ์ตรงกันว่าเกิดพลังขึ้นในตนเอง เมื่อการช่วยเหลือนั้นประกอบด้วยเมตตา กรุณา และอุเบกขา

**เอาใจเขามาใส่ใจเรา**

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะทำให้สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่เขาต้องการคือใครสักคนที่พยายามเข้าใจเขา และให้ความเอาใจใส่เขา แม้เมื่อเขาไม่สามารถโต้ตอบได้ การสัมผัสหรือการจับมือก็สามารถช่วยให้เขารู้สึกดีและสงบได้

ที่กล่าวนี้เป็นเพียงส่วนน้อยนิดเท่านั้น เรื่องเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายยังมีอีกมากมาย และล้วนแต่น่าสนใจและน่าศึกษา ทั้งในด้านการแพทย์และด้านศาสนา สำหรับหนังสือภาษาไทยที่มีให้หาอ่านได้คือ *เหนือห้วงมหรรณพ และประตูสู่ภาวะใหม่* ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แปลจากหนังสือเรื่อง *The Tibetan Book of Living and Dying* โดยท่านโซเกียล รินโปเช ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตายและวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างดีเยี่ยม ควรแก่การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนหนึ่งที่ท่านไพศาลแปลไว้มีความว่า

> *"การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี้เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย*
>
> *"ไม่มีสิ่งประเสริฐใด ๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี"*

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลาหรือยังที่เราไม่ว่าจะเป็นใคร ควรที่จะให้ความสนใจศึกษาและฝึกฝนตนเองให้สามารถเผชิญกับความตายของผู้อื่นและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเอง ตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือ มีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น เป็นสัจธรรมอยู่แล้ว หากเราช่วยเหลือกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้จากกันและกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการตาย สิ่งที่จะได้ก่อนคือศิลปะในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพและเกิดความสงบสุขโดยทั่วกัน

# การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีแบบพุทธ

พระไพศาล วิสาโล
เครือข่ายพุทธิกา

ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อน

ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป

เรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทุรนทุราย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลปิตา อุบาสกผู้ป่วยหนักว่า "ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราจะไม่กระสับกระส่าย"

ในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวกได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่งบำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ดังมีบันทึกในพระไตรปิฎกว่า คราวหนึ่งทีฆาวุอุบาสกป่วยหนัก ได้ขอให้บิดาช่วยพาเข้าเฝ้าพระพุทธองค์ และกราบทูลว่า ตนเองป่วยหนัก เห็นจะอยู่ได้ไม่นาน พระพุทธองค์ทรงแนะให้ทีฆาวุอุบาสกตั้งจิตพิจารณาว่า

1. จักมีความเลื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระพุทธเจ้า
2. จักมีความเลื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระธรรม
3. จักมีความเลื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระสงฆ์
4. จักตั้งตนอยู่ในศีลที่พระอริยะสรรเสริญ

เมื่อทีฆาวุทูลว่าได้ประกอบตนอยู่ในธรรมทั้ง 4 ประการแล้ว พระพุทธองค์ก็ทรงแนะให้ทีฆาวุพิจารณาว่าสังขารทั้งปวงนั้นไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ทีฆาวุได้พิจารณาเห็นตามนั้น หลังจากนั้นพระพุทธเจ้าได้เสด็จออกไป ไม่นานทีฆาวุก็ถึงแก่กรรม พระพุทธองค์ได้ตรัสในเวลาต่อมาว่าอานิสงส์จากการที่ทีฆาวุพิจารณาตามที่พระองค์ได้ตรัสสอน ทีฆาวุได้บรรลุเป็นพระอนาคามี



ในอีกที่หนึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสสอนว่า เมื่อมีอุบาสกป่วยหนัก อุบาสกด้วยกันพึงให้คำแนะนำ 4 ประการว่า จงมีความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และมีศีลที่พระอริยะสรรเสริญ จากนั้นให้ถามว่าเขายังมีความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ 5 อยู่หรือ พึงแนะให้เขาละความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ 5 นั่นคือ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสที่น่าพอใจ จากนั้นก็แนะให้เขาน้อมจิตสู่ภพภูมิที่สูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงขั้นละจากพรหมโลก น้อมจิตสู่ความดับแห่งกายตน (สักกายนิโรธ) อันเป็นความหลุดพ้นเช่นเดียวกับการหลุดพ้นจากอาสวะกิเลส

กรณีของพระติสสะเป็นอีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจ พระติสสะได้ล้มป่วยด้วยโรคร้าย มีตุ่มขนาดใหญ่ขึ้นเต็มตัว ตุ่มที่แตกก็ส่งกลิ่นเหม็นจนผ้าสบงจีวรเปื้อนด้วยเลือดและหนอง เมื่อพระพุทธองค์ทรงทราบ จึงเสด็จไปดูแลรักษาพยาบาล ผลัดเปลี่ยนสบงจีวร ตลอดจนถูสรีระและอาบน้ำให้ พระติสสะเมื่อสบายตัวและรู้สึกดีขึ้น พระองค์ก็ตรัสว่า "อีกไม่นาน กายนี้จะนอนทับแผ่นดิน ปราศจากวิญญาณ เหมือนท่อนไม้ที่ถูกทิ้งแล้ว หาประโยชน์ไม่ได้" พระติสสะพิจารณาตาม เมื่อพระพุทธองค์ตรัสเสร็จ พระติสสะก็บรรลุเป็นพระอรหันต์ พร้อมกับดับขันธ์ไปในเวลาเดียวกัน

จากตัวอย่าง 3 กรณีที่เล่ามา มีข้อพิจารณา 2 ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายนั้น แม้จะเป็นภาวะวิกฤตหรือความแตกสลายในทางกาย แต่สามารถเป็น "โอกาส" แห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับในทางจิตวิญญาณได้ ความเจ็บ

ป่วยและภาวะใกล้ตายจึงมิได้เป็นสิ่งเลวร้ายในตัวมันเอง หากใช้ให้เป็นก็สามารถเป็นคุณแก่ผู้เจ็บป่วยได้

2. คำแนะนำของพระพุทธเจ้า สามารถจำแนกเป็น 2 ส่วนคือ

- การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัยและความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม
- การละความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย

คำแนะนำของพระพุทธเจ้าดังกล่าว เป็นแนวทางอย่างดีสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

**1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ**

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่เขายิ่งกว่าความเจ็บปวดทางกายด้วยซ้ำ ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตที่เปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่เขาสามารถพึ่งพาได้ และพร้อมจะอยู่กับเขาในยามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาจะมีกำลังใจเผชิญกับความทุกข์นานาประการที่โหมกระหน่ำเข้ามา

ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยน และให้อภัย เป็นอาการแสดงออกของความรัก ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตที่เปราะบาง มักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย เราสามารถช่วยเขาได้ด้วยการอดทนอดกลั้น ไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียวตอบโต้กลับไป พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น การเตือนสติเขาอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้ง แต่พึงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต จะทำเช่นนั้นได้ สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือมีสติอยู่เสมอ สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม

แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจแก่เขาอย่างไรดี เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ถึงความรักจากเราได้ เราอาจจับมือจับแขนเขา บีบเบา ๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะที่สัมผัสตัวเขา ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบ และเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้

การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งที่ชาวพุทธธิเบตนิยมใช้ก็คือ การน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย (หรือเรา) เคารพนับถือ เช่น พระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์ หรือเจ้าแม่กวนอิม ให้มีความรู้สึกว่าท่านเหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้น จินตนาการว่าท่านเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและการเยียวยาเป็นลำแสงอันนุ่มนวลอาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วยผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสมือของผู้ป่วยไปด้วย หรือนั่งสงบอยู่ข้างๆ เตียงผู้ป่วยก็ได้

**2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง**

การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึง ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาการได้ลุกลามมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปโดยปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ย่อมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจเขาไว้ก่อนก็อาจทำให้เขามีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว แต่กระนั้นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์ พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย



แต่บางครั้งหน้าที่ดังกล่าวก็ตกอยู่กับญาติผู้ป่วยเนื่องจากรู้จักจิตใจผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ ญาตินั้นมักคิดว่าการปกปิดความจริงเป็นสิ่งดีกว่า (จะดีสำหรับผู้ป่วยหรือตนเองก็แล้วแต่) แต่เท่าที่เคยมีการสอบถามความเห็นของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงจะปกปิด ในที่สุด ผู้ป่วยก็ย่อมรู้จนได้จากการสังเกตอากัปกิริยาของลูกหลานญาติมิตรที่เปลี่ยนไป เช่นจากใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม หรือจากเสียงที่พูดค่อยลง หรือจากการเอาอกเอาใจที่มีมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อบอกข่าวร้ายแล้ว ใช่ว่าผู้ป่วยจะยอมรับความจริงได้ทุกคน แต่สาเหตุอาจจะมีมากกว่าความกลัวตาย เป็นไปได้ว่าเขามีภารกิจบางอย่างที่ยังคั่งค้างอยู่ หรือมีความกังวลกับบางเรื่อง ญาติมิตรควรช่วยให้เขาเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกัน การซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้เขาระลึกรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามิอาจยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้และไม่จำต้องลงเอยเลวร้ายอย่างที่เขากลัว สิ่งที่ญาติมิตรพึงตระหนักในขั้นตอนนี้ก็คือรับฟังเขาด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าการเทศนาสั่งสอน

การช่วยให้เขาคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น บางกรณีผู้ป่วยอาจระบายโทสะใส่แพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ทั้งนี้เพราะโกรธที่บอกข่าวร้ายแก่เขาหรือโกรธที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการของเขาเป็นเวลานาน ปฏิกิริยาดังกล่าวสมควรได้รับความเข้าใจจากผู้เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วยสามารถข้ามพ้นความโกรธและการปฏิเสธความตายไปได้ เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดกับตัวเขาได้ง่ายขึ้น

ในการบอกข่าวร้าย สิ่งที่ควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่เขาว่าเรา (ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขาและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด การให้กำลังใจในยามวิกฤตก็มีประโยชน์เช่นกัน ดังกรณีเด็กอายุ 10 ขวบคนหนึ่ง อาการทรุดหนักและอาเจียนเป็นเลือด ร้องอย่างตื่นตระหนกว่า "ผมกำลังจะตายแล้วหรือ?" พยาบาลได้ตอบไปว่า "ใช่ แต่ไม่มีอะไรน่ากลัว ลูกก้าวไปข้างหน้าเลย อาจารย์พุทธทาสรออยู่แล้ว หนูเป็นคนกล้าหาญ ข้างๆ หนูก็มีคุณพ่อคุณแม่คอยช่วยอยู่" ปรากฏว่าเด็กหายทุรนทุราย และทำตามคำแนะนำของแม่ที่ให้บริกรรม "พุทโธ" ขณะที่หายใจเข้าและออก ไม่นานเด็กก็จากไปอย่างสงบ

ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการเพียบหนัก ไม่มีความรู้สึกตัว แล้วจะให้แพทย์เยียวยารักษาไปถึงขั้นไหน จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเท่าที่มี เช่น ปั๊มหัวใจ ต่อท่อช่วยหายใจและท่อใส่อาหาร หรือให้งดวิธีการดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการและปล่อยให้ค่อยๆ สิ้นลมไปอย่างสงบ บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัว ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะโคม่า ญาติมิตรจึงไม่มีทางเลือกอื่นใดนอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป และไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

**3. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม**

การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีหนึ่งที่พระพุทธเจ้าและพระสาวกมักแนะนำให้ผู้ใกล้ตายปฏิบัติก็คือ การระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ จากนั้นก็ให้ตั้งตนอยู่ในศีลและระลึกถึงศีลที่ได้บำเพ็ญมา พระรัตนตรัยนั้นกล่าวอีกนัยหนึ่งคือสิ่งดีงามหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ ส่วนศีลนั้นก็คือความดีงามที่ตนได้กระทำมา

เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตลอดจนภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน นอกจากการอ่านหนังสือธรรมะให้ฟังแล้ว การเปิดเทปธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจ ยิ่งเป็นพระที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ จะช่วยให้

กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตาม พึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนจีน ภาพพระโพธิสัตว์หรือเจ้าแม่กวนอิมอาจน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจได้ดีกว่าอย่างอื่น หากผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาของตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด

นอกจากนั้น เรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล และที่ขาดไม่ได้ก็คือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปิติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ

ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำ และมั่นใจในอานิสงส์แห่งความดีดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนหรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไร ย่อมเคยทำความดีที่น่าระลึกถึงไม่มากก็น้อย ไม่ว่าเขาจะเคยทำสิ่งเลวร้ายมามากมายเพียงใด ในยามที่ใกล้สิ้นลม สิ่งที่เราควรทำคือช่วยให้เขาระลึกถึงคุณงามความดีที่เขาเคยทำ ซึ่งเขาอาจมองไม่เห็นเนื่องจากความรู้สึกผิดท่วมท้นหัวใจ ความดีแม้เพียงเล็กน้อยก็มีความสำคัญสำหรับเขาในช่วงวิกฤต ขณะเดียวกันสำหรับผู้ป่วยที่ทำความดีมาตลอดก็อย่าให้ความไม่ดี (ซึ่งมีเพียงน้อยนิด) มาบดบังความดีที่เคยทำ จนเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเอง บางกรณีญาติมิตรจำต้องลำดับความดีที่เขาเคยทำเพื่อเป็นการยืนยันและตอกย้ำให้เขามั่นใจในชีวิตที่ผ่านมา



**4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ**

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ "ตายตาหลับ") ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจการงานที่ยังคั่งค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หาไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทุรนทุรายหนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลักไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วย แทนที่จะเป็นสุคติ

ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและฉับไวกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังคั่งค้างควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใครควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคนควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณาม

หรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิ เช่น ช่วยให้เขาเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกัน การแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

อย่างไรก็ตาม การขอโทษหรือขออภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะกับผู้น้อยหรือผู้ที่อยู่ในสถานะที่ต่ำกว่า เช่น ลูกน้อง ลูก หรือภรรยา วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้น ก่อนเขียนอาจให้ผู้ป่วยลองทำใจให้สงบ และจินตนาการว่าบุคคลผู้นั้นมานั่งอยู่ข้างหน้า จากนั้นให้นึกถึงสิ่งที่อยากจะบอกเขา พูดในใจเหมือนกับว่าเขากำลังนั่งฟังอยู่ ทีนี้ก็นำเอาสิ่งที่อยากบอกเขาถ่ายทอดลงไปในกระดาษ เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้แก่บุคคลผู้นั้น หรือเก็บไว้กับตัวก็สุดแท้แต่ สิ่งสำคัญก็คือการเปิดใจได้เริ่มขึ้นแล้ว แม้จะยังไม่มีการสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดเปลื้องความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

บ่อยครั้งคนที่ผู้ป่วยอยากขอโทษก็คือคนใกล้ชิดที่อยู่ข้างเตียงนั่นเอง อาทิ ภรรยา สามี หรือลูก ในกรณีเช่นนี้จะง่ายกว่าหากผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองในความผิดพลาดที่ผ่านมา การที่ผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนคือการเปิดทางให้ผู้ป่วยกล่าวคำขอโทษได้อย่างไม่ตะขิดตะขวงใจ แต่จะทำเช่นนั้นได้ผู้ใกล้ชิดต้องละทิฏฐิมานะหรือปลดเปลื้องความโกรธเคืองออกไปจากจิตใจก่อน

> สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทุรนทุราย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต

มีผู้ป่วยคนหนึ่ง เมื่อครั้งยังมีสุขภาพดี มีภรรยาน้อยหลายคน ไม่รับผิดชอบครอบครัว สุดท้ายทิ้งภรรยาหลวงให้อยู่กับลูกสาว ต่อมาเขาเป็นโรคมะเร็ง อาการทรุดหนักเป็นลำดับ ไม่มีใครดูแลรักษา จึงขอมาอยู่บ้านภรรยาหลวง ภรรยาหลวงก็ไม่ปฏิเสธ แต่การดูแลรักษานั้นทำไปตามหน้าที่ พยาบาลสังเกตได้ว่าทั้งสองมีทีท่าห่างเหิน และเมื่อได้พูดคุยกับผู้ป่วยก็แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดกับการกระทำของตนในอดีต พยาบาลแนะนำให้ภรรยาเป็นฝ่ายกล่าวคำให้อภัยแก่สามีเพื่อเขาจะได้จากไปอย่างสงบ แต่ภรรยาไม่ยอมปริปาก สามีมีอาการทรุดหนักเรื่อยๆ จนพูดไม่ค่อยได้ นอนกระสับกระส่ายรอความตายอย่างเดียว แต่ปรากฏว่าวันสุดท้ายสามีรวบรวมกำลังทั้งหมดลุกขึ้นมาเพื่อเอ่ยคำขอโทษภรรยา พูดจบก็ล้มตัวลงนอนและหมดสติในเวลาไม่นาน สามชั่วโมงต่อมาก็สิ้นลมอย่างสงบ กรณีนี้เป็นตัวอย่างว่าความรู้สึกผิดนั้นตราบใดที่ยังค้างคาอยู่ก็จะรบกวนจิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่สามารถตายตาหลับได้หากยังไม่ได้ปลดเปลื้องความรู้สึกผิด แต่เมื่อได้กล่าวคำขอโทษแล้วก็สามารถจากไปโดยไม่ทุรนทุราย

ในบางกรณีผู้ที่สมควรกล่าวคำขอโทษคือลูกหลานหรือญาติมิตรนั่นเอง ไม่มีโอกาสใดที่คำขอโทษจะมีความสำคัญเท่านี้อีกแล้ว แต่บ่อยครั้งแม้แต่ลูกๆ เองก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยความในใจต่อพ่อแม่ที่กำลังจะล่วงลับ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่คุ้นเคยที่จะพูดออกมา สาเหตุอีกส่วนหนึ่งก็คือคิดว่าพ่อแม่ไม่ถือสาหรือไม่รู้ว่าตนได้ทำอะไรที่ไม่เหมาะสมลงไป ความคิดเช่นนี้อาจเป็นการประเมินที่ผิดพลาดจนแก้ไขไม่ได้

มีหญิงผู้หนึ่งป่วยหนักใกล้ตาย พยาบาลแนะนำให้ลูกจับมือแม่และขอขมาแม่ แต่หลังจากที่ลูกพูดเสร็จแล้ว แม่ก็ยังมีทีท่าเหมือนมีอะไรค้างคาใจ พยาบาลสังเกตเห็นจึงถามลูกว่า มีอะไรที่ยังปกปิดแม่ไว้อยู่หรือเปล่า ลูกได้ฟังก็ตกใจ สารภาพว่ามีเรื่องหนึ่งที่ยังไม่ได้บอกแม่ เพราะคิดว่าแม่ไม่รู้ นั่นก็คือเรื่องที่ตนได้อยู่กินกับหญิงคนหนึ่งจนมีลูกด้วยกัน สุดท้ายลูกได้ไปบอกความจริงแก่แม่ และขอโทษที่ได้ปกปิดเอาไว้ แม่ได้ฟังก็สบายใจ ที่สุดก็จากไปโดยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจอีก

การขอโทษหรือขอขมานั้น อันที่จริงไม่จำเป็นจะต้องเจาะจงต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้ เพราะคนเราอาจกระทำการล่วงเกินหรือเบียดเบียนใครต่อใครได้โดยไม่เจตนาหรือโดยไม่รู้ตัว ดังนั้น เพื่อให้รู้สึกสบายใจและไม่ให้มีเวรกรรมต่อกันอีก ญาติมิตรควรแนะนำผู้ป่วยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกัน หรือขออโหสิกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินกันมา ทางด้านญาติมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ ควรกล่าวคำขอขมาต่อผู้ป่วย นี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโหสิกรรมต่อญาติมิตรได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ลูกหลานหรือญาติๆ อาจร่วมกันทำพิธีขอขมาโดยประชุมพร้อมกันที่ข้างเตียง และให้มีตัวแทนเป็นผู้กล่าว เริ่มจากการกล่าวถึงคุณงามความดีของผู้ป่วย บุญคุณที่มีต่อลูกหลาน จากนั้นก็กล่าวคำขอขมา ขออโหสิสำหรับกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน เป็นต้น



**5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ**

การปฏิเสธความตาย ขัดขืนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาขัดขืนดิ้นรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตรตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่า ทรัพย์สมบัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

ในการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย พระพุทธองค์ทรงแนะนำว่า นอกจากการน้อมจิตผู้ใกล้ตายให้ระลึกและศรัทธาในพระรัตนตรัยตลอดจนการบำเพ็ญตนอยู่ในคุณงามความดีแล้ว ขั้นต่อไปก็คือการแนะนำให้ผู้ใกล้ตายละความห่วงใยในสิ่งต่างๆ อาทิ พ่อแม่ บุตรภรรยา รวมทั้งทรัพย์สมบัติและรูปธรรมนามธรรมที่น่าพอใจทั้งหลาย ปล่อยวางแม้กระทั่งความหมายมั่นในสวรรค์ทั้งปวง สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนี่ยวรั้งจิตใจ ทำให้ขัดขืนฝืนความตาย ทุรนทุรายจนวาระสุดท้าย ดังนั้น เมื่อความตายมาถึง ไม่มีอะไรดีกว่าการปล่อยวางทุกสิ่ง แม้กระทั่งตัวตน

ในบรรดาความติดยึดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึกๆ คนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าวเพราะทำให้ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่เชื่อเรื่องสวรรค์หรือภพหน้า ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด

ในทางพุทธศาสนา ตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง หากเป็นสิ่งที่เราทึกทักขึ้นมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนามาก่อน อาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากก็น้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะเข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกาย เราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริงว่าสักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปก็คือการช่วยแนะให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆ เป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญมั่นหมายว่า "ฉันเจ็บ" แทนที่จะเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉยๆ

การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำได้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้าย สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

**6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ**

ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ญาติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องห่มร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติหรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ ดังจะได้กล่าวต่อไป

นอกจากนั้น ลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิ อานาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกใน

ใจว่า "พุท" หายใจออก นึกในใจว่า "โธ" หรือนับทุกครั้งที่หายใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้วเริ่มต้นใหม่

หากกำหนดลมหายใจไม่สะดวกก็ให้จิตจดจ่อกับการขึ้นลงของหน้าท้องขณะที่หายใจเข้าออก โดยเอามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง เมื่อหายใจเข้า ท้องป่องขึ้น ก็นึกในใจว่า "พอง" หายใจออก ท้องยุบ ก็นึกในใจว่า "ยุบ" มีผู้ป่วยมะเร็งบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ ให้จิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกหรือการพองยุบของท้อง ปรากฏว่าแทบไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย อีกทั้งจิตยังแจ่มใส ตื่นตัวกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาดังกล่าวอีกด้วย การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน โดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่าเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

แม้ความสงบในจิตใจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในทางพุทธศาสนาถือว่าสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (และกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าปกติหรือเจ็บไข้) ก็คือ การมีปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่ตัว (อนัตตา) ความเป็นจริง 3 ประการนี้หมายความว่าไม่มีอะไรสักอย่างที่เราจะยึดมั่นถือมั่นได้เลย ความตายเป็นสิ่งน่ากลัวเพราะเรายังยึดติดบางสิ่งบางอย่างอยู่ แต่เมื่อใดเราเข้าใจกระจ่างชัดว่าไม่มีอะไรที่จะติดยึดไว้ได้ ความตายก็ไม่น่ากลัว และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างย่อมแปรเปลี่ยนไป ไม่มีอะไรเที่ยงแท้ ความตายก็เป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าไม่มีตัวตนที่เป็นของเราจริงๆ ก็ไม่มี "เรา" ที่เป็นผู้ตาย และไม่มีใครตาย แม้แต่ความตายก็เป็นแค่การเปลี่ยนสภาพจากสิ่งหนึ่งไปเป็นอีกสิ่งหนึ่งตามเหตุปัจจัยเท่านั้น ปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจในความเป็นจริงดังกล่าวนี้แหละที่ทำให้ความตายมิใช่เรื่องน่ากลัวหรือน่ารังเกียจผลักไส และช่วยให้สามารถเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบ

การช่วยเหลือที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ หลายวิธีสามารถนำมาใช้ได้แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าหรือหมดสติ ผู้ป่วยดังกล่าวแม้จะไม่มีอาการตอบสนองให้เราเห็นได้ แต่ใช่ว่าเขาจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังหรือกระแสจิตจากผู้ที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยบางคนเล่าว่าขณะที่อยู่ในภาวะโคม่าเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ ตนสามารถได้ยินเสียงหมอและพยาบาลพูดคุยกัน บ้างก็ได้ยินเสียงสวดมนต์จากเทปที่ญาตินำมาเปิดข้างหู มีกรณีหนึ่งที่หมดสติเพราะหัวใจหยุดเต้น ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนด้วยการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ ก่อนที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลผู้หนึ่งได้ถอดฟันปลอมของเขา ไม่นานเขาก็มีอาการดีขึ้น สัปดาห์ต่อมา เมื่อชายผู้นี้เห็นหน้าพยาบาลคนดังกล่าว เขาจำเธอได้ทันที ทั้งๆ ที่ตอนที่พยาบาลถอดฟันปลอมนั้นเขาหมดสติและจวนเจียนจะสิ้นชีวิต

พ.ญ.อมรา มลิลา เล่าถึงผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งประสบอุบัติเหตุอย่างหนักระหว่างที่นอนหมดสติอยู่ในห้องไอซียูนานเป็นอาทิตย์ เขารู้สึกเหมือนลอยเคว้งคว้าง แต่บางช่วงจะรู้สึกว่ามีมือมาแตะที่ตัวเขา พร้อมกับมีพลังส่งเข้ามา ทำให้ใจที่เคว้งคว้างเหมือนจะขาดหลุดไปนั้นกลับมารวมตัวกัน เกิดความรู้ตัวขึ้นมา สักพักความรู้ตัวนั้นก็เลือนรางไปอีก

เป็นอย่างนี้ทุกวัน เขามารู้ภายหลังว่ามีพยาบาลผู้หนึ่งทุกเช้าที่ขึ้นเวร จะมาจับมือเขาแล้วแผ่เมตตาให้กำลังใจ ขอให้มีกำลังและรู้สึกตัว ในที่สุดเขาก็ฟื้นตัวกลับเป็นปกติ ทั้งๆ ที่หมอประเมินแต่แรกว่ามีโอกาสรอดน้อยมาก กรณีนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ว่าแม้จะหมดสติแต่จิตก็สามารถสัมผัสรับรู้กระแสแห่งเมตตาจิตของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้

ด้วยเหตุนี้ ลูกหลานญาติมิตรจึงไม่ควรท้อแท้หมดหวังเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะโคม่าแล้ว ยังมีหลายอย่างที่เราสามารถทำได้ เช่น อ่านหนังสือธรรมะให้เขาฟัง พูดเชิญชวนให้เขาระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือนึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศล รวมทั้งระลึกถึงความดีที่เคยบำเพ็ญ การพูดให้เขาหายกังวลกับลูกหลานหรือสิ่งที่ตนผูกพัน หรือแนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ ก็มีประโยชน์เช่นกัน ที่สำคัญก็คือการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ลูกหลานญาติมิตรควรระมัดระวังคำพูดและการกระทำขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ไม่ควรร้องไห้ฟูมฟาย ทะเลาะเบาะแว้ง หรือพูดเรื่องที่อาจกระทบกระเทือนใจผู้ป่วย พึงระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในยามเขายังรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ ก็ควรทำอย่างเดียวกันนั้นเมื่อเขาหมดสติ หากเคยชักชวนเขาทำวัตรสวดมนต์ หรือเปิดเทปบรรยายธรรมให้เขาฟัง ก็ขอให้ทำต่อไป

**7. กล่าวคำอำลา**

สำหรับผู้ที่อยากเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เช่น ขอโทษหรือกล่าวคำอำลาเขา ยังไม่สายเกินไปที่จะบอกกล่าวกับเขา มีหญิงชราผู้หนึ่งนั่งอยู่ข้างเตียงสามีด้วยความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจมากเพราะไม่เคยบอกสามีว่าเธอรักเขาเพียงใด มาบัดนี้ สามีของเธอเข้าขั้นโคม่าและใกล้ตาย เธอรู้สึกว่าสายเกินไปแล้วที่เธอจะทำอะไรได้ แต่พยาบาลให้กำลังใจเธอว่าเขายังอาจได้ยินเธอพูดแม้จะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ เลยก็ตาม ดังนั้น เธอจึงขออยู่กับเขาอย่างเงียบๆ แล้วบอกสามีว่าเธอรักเขาอย่างสุดซึ้งและมีความสุขที่ได้อยู่กับเขา หลังจากนั้น เธอก็กล่าวคำอำลาว่า "ยากมากที่ฉันจะอยู่โดยไม่มีเธอ แต่ฉันไม่อยากเห็นเธอทุกข์ทรมานอีกต่อไป ฉะนั้น หากเธอจะจากไปก็จากไปเถิด" ทันทีที่เธอกล่าวจบ สามีของเธอก็ถอนหายใจยาวแล้วสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ

ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ "ความดับไม่เหลือ" ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอำลา

แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่ แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมีประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยอยู่ในห้องไอซียูและมีสัญญาณชีพอ่อนลงเจียนตาย หมอและพยาบาลมักจะพยายามช่วยชีวิตทุกวิถีทาง เช่น

กระตุ้นหัวใจ หรือใช้เทคโนโลยีต่างๆ เท่าที่มี บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความวุ่นวาย และยากที่ลูกหลานญาติมิตรจะกล่าวถ้อยคำใดๆ กับผู้ป่วย เว้นแต่ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้าว่า ขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว ญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกลุ้มรุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้ว สถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้แก่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่
โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา
เลขที่ 90 ซอยอยู่ออมสิน ถนนจรัลสนิทวงศ์ 40 แขวงบางยี่ขัน
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02 883 0592 หรือ 02 886 9881



# ปู่เย็น - นายเย็น แก้วมะณี เฒ่าทระนงแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี*

นพ.สันต์ หัตถีรัตน์

## ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 62

หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ.2551 พาดหัวหน้าแรกด้านบนสุดว่า "ปิดตำนานเฒ่าทระนง 'ปู่เย็น' สิ้นใจสงบ" มีใจความโดยย่อดังนี้

*"...เมื่อเวลา 09.15 น. วันที่ 12 ตุลาคม ผู้สื่อข่าวได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกำลังให้การช่วยเหลือเพื่อยื้อชีวิต นายเย็น แก้วมะณี อายุ 108 ปี หรือ 'ปู่เย็น เฒ่าทระนงแห่งลุ่มน้ำ*

* จาก นิตยสาร *หมอชาวบ้าน* ฉบับที่ 355 เดือนพฤศจิกายน 2551 คอลัมน์ "มาเป็นหมอกันเถิด"

*เพชรบุรี' จึงเดินทางไปยังโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบอาการปู่เย็น พบว่าแพทย์และพยาบาลช่วยกันปั๊มหัวใจ พร้อมใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อยื้อชีวิตให้แก่ปู่เย็น สอบถามทราบว่า...*

*"พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าไปตรวจปู่เย็นตอนเข้าตามปกติทุกวัน... หลังตะโกนเรียกอยู่หลายครั้ง ไม่มีเสียงตอบ จึงลงไปลากเรือเข้ามาที่ริมตลิ่ง เมื่อเข้าไปในเรือ พบปู่เย็นนอนหมดสติในสภาพตัวซีดขาว ตัวเกร็งแข็งที่อ หลังตรวจชีพจรพบว่าหยุดเต้น จึงช่วยกันปั๊มหัวใจเบื้องต้น ก่อนประสานเจ้าหน้าที่นำส่งโรงพยาบาล...*

*"รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเผยว่า ระหว่างการนำตัวส่งโรงพยาบาลชีพจรหยุดเต้นและม่านตาขยายเปิดกว้าง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลได้ช่วยกันปั๊มหัวใจยื้อชีวิตปู่เย็นนานกว่า 1 ชั่วโมง แต่ระบบคลื่นหัวใจไม่ตอบสนอง และสภาพร่างกายไม่ยอมรับยากระตุ้นหัวใจ ทำให้ปู่เย็นเสียชีวิตในเวลา 10.35 น. ...*

*"ด้านแพทย์เวรอายุรกรรมกล่าวว่า ปู่เย็นเสียชีวิตเนื่องจากหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ ก่อนปู่เย็นจะเสียชีวิต ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคขาดสารอาหาร โรคหัวใจพองโต และแผลอักเสบเรื้อรังบริเวณข้อมือซ้าย ที่สำคัญ ปู่เย็นไม่สามารถเดินได้ตามปกติมาหลายวันแล้ว จึงเป็นเหตุให้หัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด"*



ปู่เย็นเป็นชาวเพชรบุรีโดยกำเนิด นับถือศาสนาอิสลาม บิดาชื่อนายสุข แก้วมะณี มารดาชื่อนางชม แก้วมะณี เดิมรับจ้างเลี้ยงวัวและแต่งงานอยู่กินกับ "ย่าเอิบ แก้วมะณี" ชาวไทยพุทธจากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยไม่มีฝ่ายใดเปลี่ยนศาสนา ซึ่งทั้งสองครองรักกันยืนยาว แต่ไม่มีลูกด้วยกัน มีแต่ลูกสาวบุญธรรม 2 คน ซึ่งเมื่อเติบใหญ่ก็แยกย้ายไปมีครอบครัวของตนเอง

ต่อมา 'ย่าเอิบ' ล้มป่วยและเสียชีวิตเมื่ออายุ 94 ปี ปู่เย็นร้องไห้กับการจากไปของภรรยาถึง 3 เดือน แล้วจึงย้ายออกจากบ้านเช่าราคาเดือนละ 800 บาท ขนทรัพย์สมบัติที่มีอยู่ไม่กี่ชิ้นไปอาศัยอยู่ในเรือลำเล็ก ลอยลำอยู่ในแม่น้ำเพชรบุรี โดยมักใช้บริเวณใต้สะพานลำไยในเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรีแทนหลังคากันแดดกันฝน

ปู่เย็นใช้ชีวิตอยู่บนเรืออย่างเดียวดายมา 10 กว่าปี เลี้ยงชีวิตด้วยการดักอวนหาปลา เหลือกินก็ขายถูกๆ กองละ 20-30 บาท และไม่คิดพึ่งพาใครแม้จะมีญาติสนิทมิตรสหาย โดยให้เหตุผลว่า "เกรงใจเขา" และ **"หอยมันไม่มีมือมีตีน มันยังหากินได้ คนมีมือมีตีน ถ้าหากินเองไม่ได้ก็ให้อายหอยมัน"** ปู่เย็นไม่ชอบให้ใครสงสาร แต่ชอบสงสารและเกรงใจคนอื่น

หลังฝนตกหนักจนเรือล่มเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2551 จนปู่เย็นต้องลงไปแช่น้ำอยู่นาน ต่อมามีคนมาเห็นและช่วยไว้ ตอนแรกปู่เย็นไม่ยอมไปโรงพยาบาล เพราะห่วงเรือ แต่ในที่สุดก็ยอมไป และทางจังหวัดได้ช่วยนำเรือไปซ่อมให้ประมาณ 2 สัปดาห์ ปู่เย็นจึงขอกลับไปอยู่ที่เรืออีกทั้งที่ไม่ค่อยสบาย และเดินลงเรือเองไม่ได้ แต่ทางโรงพยาบาล

> ผู้ป่วยชาวมุสลิมที่ใกล้ตาย ญาติจึงมักจะขอพาผู้ป่วยกลับ ไปตายที่บ้าน เพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนาให้แก่ผู้ป่วยก่อนตายและหลังตายทันที
>
> การตรวจรักษาผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึง “คน” (ผู้ป่วย วัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย) มากกว่าการอยากทำตามใจชอบของแพทย์และพยาบาลที่ขาดความตระหนักรู้ถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นคน”

ก็ให้พยาบาลไปเยี่ยมดูแลทุกเช้า จนเช้าวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ.2551 ที่พบปู่เย็นหมดสติ นอนตัวเกร็งแข็งที่ออยู่ในเรือ ในลักษณะตาเบิกโพลง ปากเปิดอ้า และม่านตาขยายกว้าง เป็นการจบตำนานของ “เฒ่าทระนงแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี” ที่เป็นตัวอย่างของผู้ที่ไม่ยอมงอมืองอเท้า ต่อสู้เพื่อดำรงชีวิตของตนอย่างทรหด เรียบง่าย สมถะ และสันโดษ ไม่ยอมขอความช่วยเหลือหรือคิดพึ่งพาผู้อื่น แม้แต่แพทย์และโรงพยาบาล เพราะรู้สึก “เกรงใจ” และไม่อยากเบียดเบียนผู้อื่น

แต่จากข่าวการตายของ “ปู่เย็น” และภาพการปั๊มหัวใจชายชราอายุ 108 ปีในสื่อมวลชนต่างๆ รวมทั้งสถานีวิทยุโทรทัศน์ได้แสดงให้



เห็นถึงการขาดวิจารณญาณและจริยธรรมของแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น

- การเผยแพร่ภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับคำอนุญาตของผู้ป่วยและ/หรือญาติที่มีสิทธิโดยชอบธรรมตามกฎหมาย เป็นการผิดมารยาทในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- การพยายามกู้ชีพหรือการพยายามฟื้นชีวิต (เช่น ปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ) ในคนที่ตัวเย็นซีดและแข็งทื่อแล้ว เป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์ เพราะคนๆ นั้นเสียชีวิตมานานแล้ว ไม่สามารถฟื้นชีวิตขึ้นมาได้ การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ ฯลฯ จึงเป็นการ “ทำร้าย” (ทำอันตราย) ต่อศพ (ร่างกายของผู้เสียชีวิต) เพราะจะทำให้กระดูกหัก ปากคอเป็นแผล ผิวหนังเป็นรอยไหม้จากการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้า เป็นต้น
- การใช้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ มาทำการกู้ชีพ “ปู่เย็น” อยู่ชั่วโมงกว่า เป็นการใช้บุคลากรและทรัพยากรที่ควรเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ อย่างผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ไม่ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเท่าที่ควร โดยเฉพาะในวันหยุดราชการ (วันอาทิตย์) ที่จะมีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่าปกติอยู่แล้ว
- การปฏิบัติการกู้ชีพในผู้ป่วยที่ตายแล้ว การปฏิบัติการกู้ชีพในผู้ป่วยที่ชราภาพมากแล้วและเป็นโรคต่างๆ ที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น และการปฏิบัติการกู้ชีพเป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (แม้แต่กับผู้ป่วยทั่วไปที่หัวใจหยุดเต้นโดยไม่มีโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังใดๆ) เป็นสิ่งต้องห้าม (ไม่ควรทำ)

ในหลักสูตรการฝึกอบรมการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support) ที่ใช้กันทั่วโลก

- การทำอันตรายต่อศพ (ร่างกายของผู้เสียชีวิต) เป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลาม และการกู้ชีพทำให้ต้องงดพิธีกรรมทางศาสนาในระยะแรกที่จะส่งจิตวิญญาณของผู้เสียชีวิตไปสู่พระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์) โดยทั่วไป ผู้ป่วยชาวมุสลิมที่ใกล้ตาย ญาติจึงมักจะขอพาผู้ป่วยกลับไปตายที่บ้าน เพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนาให้แก่ผู้ป่วยก่อนตายและหลังตายทันที

การตรวจรักษาผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึง "คน" (ผู้ป่วย วัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย) มากกว่าการอยากทำตามใจชอบของแพทย์และพยาบาลที่ขาดความตระหนักรู้ถึง "ศักดิ์ศรีของความเป็นคน" ตลอดจนเจตนารมณ์และความปรารถนาของผู้ป่วย เช่นเดียวกับที่เคยกระทำต่อท่านอาจารย์พุทธทาสและผู้ป่วยอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก

**หลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาจะเป็นต้องมีการปฏิรูปกันเสียที**

ชีวิตคนเหมือนสะพาน
มีขึ้น มีลง มีสูง มีต่ำ
พอสุดท้ายก็ตาย

*เย็น แก้วมะณี (ปู่เย็น)*

หนทางที่เลือกได้

"การเรียนรู้ชีวิตใกล้ตาย ทำให้มีปัญญาที่สมบูรณ์ขึ้น
เราจะศึกษาความเจ็บ ความตาย ความทุกข์ ให้มันชัดเจน
ไม่สบายทุกทีก็ฉลาดขึ้นทุกทีเหมือนกัน"

*พุทธทาสภิกขุ*
จากหนังสือ *ปัจฉิมอาพาธ พุทธทาสมหาเถระ*

# สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา สิทธิที่จะตาย

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ถ้าเรามองจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง คือ แพทย์ที่ทำคลินิกส่วนตัว กับผู้ป่วยที่ไปหาแพทย์ในเชิงนิติสัมพันธ์ทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ทางสัญญาชนิดหนึ่ง ดังที่คำพิพากษาฎีกาที่ 287/2507 วินิจฉัยว่า กิจการของสถานพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ตั้งขึ้นรับพยาบาลผู้เจ็บป่วย และรับทำคลอดบุตรให้แก่หญิงมีครรภ์ ลักษณะเป็นการจ้างทำของ แต่ไม่ว่าจะเป็นลักษณะสัญญาประเภทใด ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่จะให้มีผลทางกฎหมายทั้งสองฝ่ายต้องแสดงเจตนาตรงกัน ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดสำคัญผิดในข้อตกลงนั้น การแสดงเจตนาทางกฎหมายก็ถือว่าใช้ไม่ได้

ดังนั้น ทั้งแพทย์และผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไม่ยอมให้แพทย์คนใดคนหนึ่ง

รักษาตนด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งไว้ก็ได้ ส่วนแพทย์ก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งได้ แต่แพทย์นั้นมีจรรยาแพทย์กำกับไว้อีกชั้นหนึ่งว่า แพทย์จะปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยเลือกปฏิบัติเรื่องฐานะ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือสิทธิการเมืองมิได้ รวมทั้งต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับการขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ด้วย [1]

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการในสถานบริการของรัฐ หรือให้บริการในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยไม่มีเหตุสมควรในทุกกรณี เพราะต้องให้บริการในฐานะให้บริการสาธารณะของบริการภาครัฐ

ส่วนผู้ป่วยที่ไปขอรับบริการนั้น เมื่อได้รับคำอธิบายจากผู้ประกอบวิชาชีพ จนเข้าใจลักษณะของบริการต่างๆ แล้ว มีสิทธิที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธบริการประเภทใดประเภทหนึ่งก็ได้ เรียกว่า "สิทธิที่จะเลือก" (Informed Choice) และเมื่อตัดสินใจขอรับบริการใดบริการหนึ่งแล้วก็แสดงความยินยอมเรียกว่า "ความยินยอมที่ได้รับคำอธิบายแล้ว" (Informed Consent) ความยินยอมลักษณะนี้ในบางประเทศถือเป็นเงื่อนไขสำคัญในการให้บริการ เพราะถ้าไม่ได้รับการยินยอมลักษณะนี้จากผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้บริการอาจต้องรับผิดทางกฎหมาย (แพ่ง)

[1] ข้อบังคับสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพของทุกสภาวิชาชีพ บัญญัติไว้คล้ายกันทุกสภาวิชาชีพ



ต่อผู้ป่วยในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา การยอมรับสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะรัฐธรรมนูญของสหรัฐฯ ให้การรับรองไว้ ซึ่งต่อมา เมื่อมีปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติก็ได้บัญญัติไว้ชัดเจน ดังนี้

ข้อที่ 1 มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอิสระเสรีและเท่าเทียมกัน ทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิ ทุกคนได้รับการประสิทธิประสาท เหตุผล และมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันท์พี่น้อง [2]

สำหรับสังคมไทยดูจะยังไม่คุ้นเคยการยอมรับสิทธิในการตัดสินใจของตนเอง จนกระทั่งเมื่อมีการบัญญัติเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันก็นำมาบัญญัติไว้ในทำนองเดียวกัน (ในมาตรา 4, มาตรา 24, และมาตรา 28 และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างหนึ่งก็คือสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับเรื่องเฉพาะตัว (the right of self-determination หรือ human autonomy) ในอดีตนั้นผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับการปฏิเสธการรักษา และอย่าว่าแต่ปฏิเสธเลย ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะถามแพทย์ด้วยซ้ำว่าจะให้การรักษาอะไรแก่เขา และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่

[2] *สิทธิมนุษยชน*. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษยชน (กปส) 2540 :4 (แปลและเรียบเรียงโดย คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ UNESCO)

ได้รับการผ่าตัดจากแพทย์ไปแล้ว ก็ยังไม่รู้ว่าแพทย์ได้ผ่าเอาอะไรออกไปจากตัวเขาเลย [3]

ในสหรัฐอเมริกา มีนิกายศาสนาคริสอยู่ 2 นิกาย ที่ปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ คือ "นิกายคริสเตียนไซแอนด์" (Christian Science) ซึ่งปฏิเสธการรักษาพยาบาลจากแพทย์อย่างสิ้นเชิง เพราะเขาเชื่อว่าพระเจ้าเท่านั้นที่จะรักษาเขาได้ เขาจึงสวดอ้อนวอนพระเจ้าเพียงอย่างเดียวเมื่อเจ็บป่วย เขามีความเชื่อว่าถ้าเขาไปรักษากับแพทย์จะแสดงถึงความไม่เลื่อมใสในพระเจ้า อีกนิกายหนึ่งคือ "พยานพระยะโฮวา" (Jehovah's witness) นิกายนี้มีผู้นับถือทั่วโลกหลายล้านคน รวมทั้งมีคนไทยจำนวนหนึ่งด้วย กลุ่มผู้นับถือศาสนาจะปฏิเสธที่จะรับเลือดและผลิตภัณฑ์ใดๆ จากเลือดทุกชนิด เพราะเชื่อและเคร่งครัดในคัมภีร์ไบเบิลที่ระบุว่าพระเจ้าห้ามมนุษย์กินเลือดสัตว์ เนื่องจากเลือดเป็นสัญลักษณ์ของชีวิต การให้เลือดเข้าร่างกายมนุษย์โดยวิธีการทางการแพทย์ก็ถือว่าเป็นการกินเลือดนั่นเองเพราะเข้าสู่ร่างกายเหมือนกัน ทำนองเดียวกับกลุ่มมุสลิมที่ปฏิเสธยาหรือเวชภัณฑ์ที่ผลิตมาจากส่วนหนึ่งส่วนใดของหมู สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษานี้ ศาลอเมริกันเคยวินิจฉัยไว้ว่าเป็นสิทธิส่วนตัวตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ แต่การใช้สิทธิต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่าจะ

[3] บรรลุ ศิริพานิช, เอกสารสัมมนาเรื่อง *สิทธิผู้ป่วย* วันพุธที่ 9 มิ.ย. 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดลการแพทยสภา. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล : 12-15.



ไม่กระทบกระเทือนประโยชน์สาธารณะ และเสรีภาพที่จะกระทำตามความเชื่อของตนนั้นอาจถูกจำกัดโดยศาล ศาลจะพิจารณาถึงดุลยภาพระหว่างเสรีภาพที่จะกระทำตามความเชื่อกับผลประโยชน์ของรัฐที่จะรักษาสุขภาพ ความปลอดภัย และการเกื้อกูลสังคม โดยใช้อำนาจรัฐทางเจ้าหน้าที่ตำรวจ เช่น การที่ศาลสั่งห้ามการนำงูพิษมาประกอบพิธีทางศาสนา การบังคับให้เด็กในโรงเรียนรัฐบาลต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีคดีตัวอย่างอีกมากที่ศาลได้วางเกณฑ์การปฏิเสธในเรื่องนี้ เช่น [4]

คดีที่ 1 เด็กชายอายุ 2 ปี ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการดาวน์ ลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิดและปัญญาอ่อน กุมารแพทย์ 2 คน มีความเห็นตรงกันว่าเด็กควรจะได้รับการผ่าตัดรักษาลิ้นหัวใจ ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กมีชีวิตยืนยาวออกไปอีก บิดามารดาเด็กไม่อนุญาตให้แพทย์ทำการผ่าตัด สถานคุ้มครองเด็กและเยาวชนจึงยื่นคำร้องต่อศาลว่าเด็กรายนี้ไม่ได้รับการดูแลจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิต ศาลชั้นต้นยกคำร้อง เพราะเห็นว่าพยานหลักฐานของผู้ร้องไม่ชัดเจน ต่อมา ศาลอุทธรณ์แห่งรัฐแคลิฟอร์เนียพิพากษา โดยให้เหตุผลว่า อำนาจอิสระของบิดามารดาในการปกครอง

[4] Harold L., Hirah and Howard Philfer. "The Interface of Medicine Religion, Objections to Medical Treatment". *Medical Law* (1985) 4 : 121-139. (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ แปลลงใน *วารสารนิติศาสตร์* 2529 ; (16) : 161-181. ต่อมาตีพิมพ์ใน *นิติเวชสาร* ฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2533 : 161-182.

บุตรนั้น จะให้อยู่กับความเชื่อในศาสนาที่มีอยู่เดิม และอำนาจนี้ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ คำวินิจฉัยทางกฎหมายใดๆ ที่ยอมรับคุณค่าของแนวทางการเลี้ยงดูเด็กควรคงไว้ อย่างน้อยที่สุดก็จนกว่าเด็กนั้นจะมีความสามารถบริบูรณ์ แต่ภายใต้หลักกฎหมายครอบครัว (Parens Patriae) รัฐย่อมมีสิทธิและหน้าที่จะต้องคุ้มครองเด็กๆ ถ้าบิดามารดาของเด็กละเลยในการจัดหาการรักษาพยาบาลแก่เด็กอย่างเพียงพอ รัฐก็ย่อมมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปแทรกแซงหน้าที่ของบิดามารดาได้ โดยรัฐจะต้องคำนึงถึงความรุนแรงของอันตรายที่เด็กกำลังจะไม่รับหรืออาจจะได้รับในอนาคต การประเมินผลของการรักษาพยาบาลและอันตรายที่จะต้องเสี่ยงด้วย อย่างไรก็ดี ศาลฎีกาแคลิฟอร์เนียได้พิพากษากลับคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ โดยได้สั่งแต่งตั้งสามีภรรยาคู่หนึ่ง ซึ่งมีความคุ้นเคยกับเด็กให้ทำหน้าที่บิดามารดาทางใจ (Psychological Parents) ซึ่งมีอำนาจให้ความยินยอมในการผ่าตัดเด็กผู้นี้ได้

คดีที่ 2 ผู้ป่วยเป็นโรคลมชัก เนื่องจากสมองได้รับอันตรายระหว่างคลอด มารดาไม่ยอมให้เด็กรับการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากเหตุผลทางศาสนา จนเมื่อเด็กอายุได้ 12 ปี มีการยื่นคำร้องต่อศาลว่าเด็กถูกทอดทิ้ง ศาลจึงสั่งให้เด็กอยู่ในปกครองของกรมบริการสังคม (Department of Social Service) และแพทย์ได้ให้ยากันชักแก่ผู้ป่วย ต่อมาศาลฎีกาได้เพิกถอนคำสั่งศาลชั้นต้นโดยให้เหตุผลว่า ชีวิตของเด็กยังไม่อยู่ในสภาพที่ล่อแหลมต่ออันตราย สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษายังได้รับการรับรองโดยบทบัญญัติของกฎหมายและเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางจิตวิญญาณตามที่มารดาเด็กต้องการ



เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับยากันชัก ทำให้ผู้ป่วยกลับชักติดต่อกันเป็นช่วงๆ จนทำให้แขนขาข้างซ้ายเป็นอัมพาต แขนขวาเคลื่อนไหวไม่ได้ดีขากรรไกรเคลื่อน กรมบริการสังคมจึงยื่นคำร้องต่อศาลอีกครั้งหนึ่ง และได้นำแพทย์ไปเบิกความเป็นพยานว่า ถ้าการชักเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยกินอาหารอาจจะเกิดการสำลักอาหารเข้าในหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยถึงตายได้ ศาลก็ยกคำร้องด้วยเหตุผลเดิมของศาลฎีกา ต่อมามีการอุทธรณ์ต่อศาลฎีกา ศาลฎีกาโคโลราโดพิพากษากลับคำพิพากษาศาลชั้นต้นโดยกล่าวว่า เมื่อข้อเท็จจริงเพิ่มขึ้นใหม่ ศาลชั้นต้นควรตั้งผู้ปกครองให้เด็กได้ เพราะบทบัญญัติของกฎหมายไม่อาจให้ความคุ้มครองสิทธิของบิดามารดาอยู่ตลอดไปจนถึงจุดที่ชีวิตของเด็กตกอยู่ในภาวะที่ล่อแหลมต่ออันตรายที่เกิดขึ้นจากการที่ได้รับการรักษาไม่ครบตามแผนการรักษาทางการแพทย์ การให้เด็กได้รับการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ที่ยอมรับกันทั่วไปไม่ถือว่าเป็นการทำลายเสรีภาพในการนับถือศาสนา สิทธิที่จะปฏิบัติศาสนากิจโดยอิสระนั้น ไม่รวมถึงสิทธิหรืออิสรภาพที่จะปล่อยให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเผชิญต่อความเจ็บป่วยหรือความตาย

แต่สำหรับการปฏิเสธการรักษา สำหรับผู้ใหญ่ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษานั้น ตัวอย่างเช่น [5] โจทก์ได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์จนหมดสติจากการเสียเลือดจำนวนมาก แพทย์เวรสั่งให้ถ่ายเลือดให้ผู้ป่วย เพื่อช่วย

[5] Bernat E. "The living will : Does on advance refusal of treatment made with capacity always survive any supervening incapacity?" *Med Law* (1999) ; 4 : 1-21.

ชีวิตฉุกเฉิน ขณะนั้นพยาบาลพบว่าในกระเป๋าสตางค์ของผู้ป่วยมีบัตรแผ่นหนึ่งมีข้อความแสดงว่า โจทก์นับถือศาสนาพยานพระยะโฮวา และไม่ต้องการเลือดเข้าร่างกายของเขา เมื่อพยาบาลแจ้งให้แพทย์ทราบ แพทย์ก็ยืนยันที่จะสั่งให้เลือดแก่โจทก์ ศาลวินิจฉัยว่าแพทย์ที่เป็นจำเลยละเมิดสิทธิในการตัดสินใจของโจทก์ ต้องชดใช้ค่าเสียหายแก่โจทก์ 20,000 เหรียญแคนาดา

ในกรณีเดียวกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขเคยหารือไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาว่า หากแพทย์ปฏิเสธความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับเลือด ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเลือดแล้วผู้ป่วยได้รับอันตราย แพทย์จะต้องรับผิดหรือไม่ คณะกรรมการกฤษฎีกามีความเห็นว่า ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายจำเป็นต้องได้รับเลือด แพทย์ต้องช่วยเหลือเมื่ออยู่ในฐานะที่จะช่วยได้หมายความว่าแพทย์ต้องให้เลือดแก่ผู้ป่วยแม้จะขัดต่อความต้องการของผู้ป่วยเองก็ตาม โดยมิได้คำนึงว่าความประสงค์ของผู้ป่วยนั้นเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่อยู่เหนือกฎหมายอื่น

สำหรับการปฏิเสธการรักษาโดยใช้เครื่องมือที่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยในการแพทย์แผนปัจจุบัน (Life Sustaining Procedure) ที่มีวิธีการต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยหายใจด้วยเครื่องมือทันสมัย แม้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้แล้วก็ตาม และผู้ป่วยก็ไม่อาจคืนความรู้สึกตัวกลับมาได้ ต้องนอนสลบตลอดเวลา กินอาหารเองไม่ได้ ไม่สามารถตอบสนองต่อการรับรู้ใดๆ การมีชีวิตด้วยเครื่องมือดังกล่าว บางทีเรียกกันว่าชีวิตแบบพืช (Persistent Vegetative State) บางรายแม้จะมีการรับรู้ได้ แต่ชีวิตต้องต่อกับเครื่องมือ ที่มีสายระโยงระยางติดตัวผู้ป่วยตลอดเวลาตลอดไป



จึงมีผู้เห็นว่าการมีชีวิตเช่นนี้จนตายจะทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization) [6] การตายในสภาพเช่นนั้นเป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กระบวนการยืดชีวิต (prolong life) ดังกล่าว จึงไม่ต่างอะไรกับการชักกะเย่อกับความตาย (delay death) การปฏิเสธการะบวนการรักษาดังกล่าวในประเทศตะวันตก โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาจึงเรียกว่า "สิทธิที่จะตาย" (the right to die) เพราะในประเทศที่ได้รับอิทธิพลของศาสนาคริสต์นั้น มีกฎหมายบัญญัติห้ามการฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะต้องรับโทษอาญา การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องใช้อำนาจศาล จึงมีการยื่นคำร้องขอให้ศาลสั่งให้แพทย์หยุดรักษา เพื่อปล่อยให้เขาตายไป ซึ่งที่ผ่านมาได้เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาตัวอย่างเช่น [7]

[6] Bok S. "Personal dictions for care at the end of life". N Eng J med 1976 ; 295-367 quoted in Almagor G, Ore L, Reis S. "Ethical and medico-legal dilemmas in care of the dying patient". *Med Law* (1987) 6 : 139-44. (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ แปลลงใน *วารสารอัยการ* 2531 ; 11 (123): 9-18).

[7] Mackay RD. "Terminating life sustaining treatment recent US development". *J Med Ethics* (1988) 14: 135 - 9. ดูใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. "สิทธิที่จะตาย". *คลินิก* 2532 ; 5 (11) : 816-822.

คดีของแคธลีน ฟาร์เรล ซึ่งป่วยเป็นโรคคล้ายเนื้อลีบ (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุและไม่มีทางรักษา กล้ามเนื้อทั้งตัวจะค่อยๆ ลีบไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1-3 ปีเท่านั้น เธอเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลถูกเจาะคอและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่เธอปฏิเสธที่จะได้รับอาหารทางสายยางที่จะใส่ผ่านจมูก ต่อมา เธอออกมาอยู่บ้านกับสามีและบุตร 2 คน ได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำ เธอเดินไม่ได้ต้องนอนตลอดเวลาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2528 เธอบอกกับครอบครัวให้ปิดเครื่องช่วยหายใจ สามีจึงได้ยื่นคำร้องต่อศาลขอให้ศาลสั่งให้เขาปิดเครื่องได้โดยไม่ต้องรับผิดทางกฎหมาย ในระหว่างการเผชิญสืบที่บ้าน เธอกล่าวว่า ต้องการให้ธรรมชาติดำเนินไปตามวิถีทางของมัน เธอเบื่อหน่ายต่อการทนทุกข์ทรมานอย่างมากและสุดท้ายศาลอนุญาตให้ปิดเครื่องได้ แต่ให้ชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน เพราะศาลได้ส่งเรื่องให้ศาลสูงพิจารณาอีกทีหนึ่ง ศาลสูงแห่งรัฐนิวเจอซี่ได้วินิจฉัยว่าสิทธิที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยนั้น มิใช่สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาด ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของการยืดชีวิตบุคคลซึ่งมี 4 ประการ คือ การคุ้มครองรักษาชีวิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย การปกป้องจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ และคุ้มครองบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนรับรู้ด้วย ในกรณีนี้ประโยชน์ทั้ง 4 ประการดังกล่าวมีน้ำหนักน้อยกว่าสิทธิในการตัดสินใจของพาร์เรล ศาลจึงรับรองให้ฟาร์เรลใช้สิทธิได้ โดยผู้ที่ปิดเครื่อง แม้จะมิใช้บุคลากรทางวิชาชีพก็ไม่ต้องรับผิดใดๆ แต่เป็นที่น่าเสียใจว่าฟาร์เรลได้เสียชีวิตไปก่อนที่จะมีคำพิพากษาดังกล่าว

คดีของลารีแมคอะฟี แห่งรัฐจอร์เจีย เขาเป็นชายหนุ่มที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกคอหัก เป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงมาต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เขายื่นคำร้องต่อศาลขออนุญาตปิดเครื่องช่วยหายใจเพื่อที่จะทำให้เขาจบชีวิตลง เพราะเบื่อหน่ายต่อชีวิตที่ต้องนอนอยู่กับเครื่องมือแพทย์อย่างนั้น ศาลพิพากษาว่า สิทธิของแมคอะฟีที่ขอปฏิเสธการรักษาเพื่อช่วยชีวิตของเขาไว้นั้น อยู่เหนือกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่จะได้รับจากการที่เขามีชีวิตอยู่ เครื่องช่วยหายใจไม่ได้เป็นการยืดชีวิตให้เขา หากแต่เป็นการยืดความตายของเขาออกไปมากกว่า ศาลยอมให้ปิดเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้กระทำไม่ต้องรับผิดทางกฎหมาย

คดีของ เคเรน แอน ควินแลน เธอผู้นี้นอนสลบอยู่ในสภาพอย่างพืชอยู่หลายปี บิดาของเธอได้ร้องขอให้ศาลตั้งเขาเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม และมีสิทธิที่จะแสดงความประสงค์แทนผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ยุติเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นวิธีรักษาพิเศษว่าการรักษาแบบธรรมดาทั่วไป ศาลสูงแห่งรัฐนิวเจอร์ซี่จึงแต่งตั้งนายควินแลนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของบุตรสาวของเขา และกำหนดว่าการจะหยุดเครื่องช่วยชีวิตหรือไม่นั้นจะไม่มีความผิด โดยผู้แทนโดยชอบธรรมและครอบครัวของผู้ป่วยกับแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ร่วมกันหาข้อสรุปตามเหตุผลของวิชาการว่า ผู้ป่วยไม่อาจฟื้นคืนสติกลับมาได้อีก และถ้าคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยอยู่รับรองก็ให้หยุดเครื่องช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

สุดท้ายเมื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจแล้ว คาเรนก็ยังหายใจได้เอง และบิดามารดาก็ยังให้อาหารต่อไปทางสายยาง ทำให้คาเรนยังมีชีวิตอยู่อย่างไม่รู้สึกตัวต่อไปอีกถึง 10 ปี และถึงแก่ความตายเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2528 ด้วยโรคปอดบวม

คดีต่างๆ ที่เกิดขึ้นดังกล่าว ศาลแต่ละแห่งได้วางหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแตกต่างกันไป สุดท้ายก็มีคดีหนึ่งที่นำไปสู่ศาลสูงของสหรัฐอเมริกา และในที่สุด ศาลสูงก็วินิจฉัยว่า สิทธิที่จะตายนั้นเป็นสิทธิส่วนตัวที่รัฐธรรมนูญสหรัฐฯ ได้รับรองไว้แล้ว [8]

เมื่อมีคดีประเภทนี้เกิดขึ้นในรัฐต่างๆ มากขึ้น หลายรัฐจึงออกกฎหมายรับรองการแสดงเจตนาของบุคคลที่ทำไว้ล่วงหน้า ที่ไม่ประสงค์จะรับการรักษาโดยเครื่องมือหรือกรรมวิธีการยืดการตาย ก่อนที่ตนเองจะไม่สามารถแสดงเจตนาได้ "หนังสือแสดงเจตนา" (Living Will) บางท่านเรียกเป็นภาษาไทยว่า "พินัยกรรมชีวิต" เพราะแปลคำว่า Will เป็นพินัยกรรม ซึ่งการแปลเช่นนั้น อาจทำให้นักกฎหมายเข้าใจผิดได้ เพราะพินัยกรรมในกฎหมายจะมีผลต่อเมื่อผู้ทำตาย แต่หนังสือแสดงเจตนานั้นมีผลเมื่อผู้นั้นยังไม่ตาย แต่อยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว ซึ่งไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ได้ กฎหมายเหล่านี้บางที่เรียกว่า "the right to die laws" บางรัฐเรียกว่าพระราชบัญญัติว่าด้วยการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Acts) [9]

[8] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. "สิทธิที่จะตาย - กฎหมายรัฐธรรมนูญของสหรัฐฯ". *สารศิริราช* 2533 ; 44 : 174-175 .

[9] Uzych L. Euthanasia. "Right to die, development in the United States". *Med Law* 1985; 4: 347-350.



ต่อมาในปี 1991 รัฐสภาสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า The Patient Self-Determination Act กำหนดให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชนได้ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าที่จะกำหนดวิธีการรักษาที่เขาต้องการหรือไม่ต้องการในภาวะที่เขาไม่อาจแสดงเจตนานั้นได้ การแสดงเจตนาดังกล่าวต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียกว่า "Advance Directives" โดยกฎหมายฉบับนี้กำหนดให้แต่ละรัฐตรากฎหมายกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการทำ Advance Directives ของอีกฝ่ายหนึ่ง [10] เมื่อมีการทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ากันมากๆ ปัญหาการนำคดีขึ้นสู่ศาลก็ย่อมจะลดลง

ในสังคมไทย เช่นเดียวกับในสังคมตะวันออกอื่นๆ คำว่า "สิทธิที่จะตาย" ไม่มีการกล่าวถึงเพราะเราไม่มีกฎหมายลงโทษผู้ที่ฆ่าตัวตายแล้วไม่ตาย (ไม่มีบทบัญญัติความผิดฐานพยายามฆ่าตัวตาย) รวมทั้งไม่มีความผิดในการช่วยให้ผู้ใดผู้หนึ่งฆ่าตัวตาย (เว้นแต่ความผิดตาม ป.อาญามาตรา 293 ที่เป็นความผิดช่วยหรือยุยงเด็กอายุไม่เกินสิบหกปีหรือผู้ซึ่งสามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนเองได้ ให้ฆ่าตนเองและได้มีการฆ่าตนเองหรือพยายามฆ่าตนเองเกิดขึ้น จึงเป็นความผิด

[10] Advance directives information: living will or durable powers of attorney for health care. Patient & Visitors Guide www.meritcare.com /guidebook/patient guide/will/index.asp

ตามมาตรานี้) ดังนั้น ในสังคมไทยและสังคมอื่นในแถบตะวันออก การฆ่าตัวตายจึงเป็นเสรีภาพมากกว่าที่จะเป็นสิทธิการปฏิเสธการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อต้องการให้เขาตายตามธรรมชาติ โดยไม่มีการแทรกแซง ขัดขวาง ด้วยการแพทย์สมัยใหม่ จึงไม่ควรมองว่าเป็นการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสังคมตะวันตก ดังนั้น ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ที่บัญญัติว่า

"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้"

ข้อความในวรรคข้างต้นนี้ ก็ควรตีความให้เข้าใจง่ายๆ ว่า ใครๆ ก็มีสิทธิทำหนังสือปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขใดๆ ก็ได้ ที่เขาเห็นว่าจะทำให้เขาตายได้ตามธรรมชาติอย่างมีสุขภาวะ หรือจะเรียกว่าเป็นการตายโดยสงบหรือตายดี ไม่ควรจะไปตีความว่าเป็นการรับรองสิทธิที่จะตายอย่างฝรั่ง ดังที่มีนักวิชาการบางคนที่ได้ไปศึกษาอยู่ในต่างประเทศเข้าใจเช่นนั้น [11] รวมทั้งสมาชิกของสภานิติบัญญัติแห่งชาติบางคนก็พยายามจะเข้าใจเช่นนั้นด้วยเช่นกัน (ดูได้จากรายงานการประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ)

[11] นันทน อินทนนท์. "สิทธิการตาย : สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ". หนังสือพิมพ์ *มติชนรายวัน* ฉบับวันที่ 22 พ.ค. 2545



ถ้าเราพยายามแปลมาตรา 12 นี้ว่า เป็นเรื่องการปฏิเสธการรักษา ซึ่งในสังคมไทยยังไม่ค่อยคุ้นเคย ดังได้กล่าวมาแล้ว การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับมาตรานี้ก็จะปลุกกระแสว่า สิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิของประชาชนนั้น สามารถปฏิเสธการรักษาได้ไม่ว่าเรื่องใด ถ้าการปฏิเสธนั้นไม่กระทบต่อประโยชน์สาธารณะที่รัฐต้องคุ้มครอง และประโยชน์ของการปฏิเสธการรักษาเช่นนั้น มีประโยชน์ต่อทั้งตัวเองและประโยชน์ของสาธารณชนอย่างไร

ส่วนในวรรคสองของมาตรานี้ที่กำหนดว่า

"การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง" นั้น กฎกระทรวงที่ออกตามมาตรานี้ ก็ควรจะมีความมุ่งหมายเพียงว่า

1. ใครๆ ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเช่นนี้ได้ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเท่านั้น
2. หนังสือต้องแสดงความชัดเจนถึงตัวบุคคลผู้ทำหนังสือ และการบริการสาธารณะสุขที่ผู้ทำหนังสือนั้นไม่ต้องการเมื่อผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. การดำเนินการตามหนังสือของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็สามารถดำเนินการได้ ถ้าข้อความในข้อ 1 และข้อ 2 ชัดเจน และถ้าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ปฏิบัติตามหนังสือนั้นจะได้รับผลอย่างไร

ดังนั้น กฎกระทรวงจึงควรครอบคลุมทั้ง 3 ข้อข้างต้นให้ครบถ้วน จึงจะตรงกับเจตนารมณ์ที่กฎหมายให้อำนาจในการออกกฎกระทรวงไว้

สำหรับวรรคสามของมาตรา 12 นี้ ที่บัญญัติว่า

"เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง" นี้เป็นบทคุ้มครองของผู้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลที่ทำหนังสือตามวรรคแรกให้ไม่ต้องรับผิดใดๆ ซึ่งข้อความแสดงชัดอยู่ในตัวแล้ว.

# แนวทางการใช้สิทธิในการตายดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว*

สิทธิในการตายดีอาจเทียบเคียงได้คล้ายกับสิทธิในการเข้าถึงธรรมะ กล่าวคือเป็นสิ่งที่เปิดกว้างสำหรับมนุษย์ทุกคน แต่การจะถึงจุดนั้นได้ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ทำแทนกันไม่ได้ ผลที่เกิดเป็นไปตามเหตุปัจจัยที่สะสมไว้ ดังนั้น การตายดีมีจิตสุดท้ายที่สงบ ไม่ใช่สิ่งที่จะหลับตานึกเอาเองได้ ถ้าจิตใจในขณะนั้นมีแต่ความประหวั่นพรั่นพรึง หรือห่วงหาอาทร การฝึกฝนให้จิตใจสงบ ยึดมั่นในสิ่งที่ดีงาม หรือพัฒนาถึงขั้นเกิดปัญญาเห็นทุกข์แต่ไม่ทุกข์ เป็นปัจจัยภายในที่ช่วยลดความลำบากในขณะเดินทางบนถนนของชีวิตและความตายได้ ผู้ที่ปฏิบัติธรรมขั้นสูงบางท่านสามารถใช้โรคและความตายที่ดำเนินอยู่เป็นอุปกรณ์ในการพิจารณาและเข้าถึงธรรมที่ละเอียดอ่อนถึงขั้นปล่อยวางจากสิ่งยึดเหนี่ยวต่างๆ ได้

---

* หน่วยเวชบำบัดวิกฤติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อย่างไรก็ดี ในทางโลกซึ่งพวกเรายังมีความเข็มแข็งภายในไม่มาก จำเป็นต้องมีการปรับปัจจัยภายนอกเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี อันได้แก่

1. การบูรณาการความรู้ทางการแพทย์ ทั้งทางตะวันตกและทางตะวันออกช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ทั้งทางกายและทางจิตใจ
2. การปรับแนวทางการดูแลรักษาของทีมผู้รักษาให้มีการเทคโนโลยีเหมาะสม ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป
3. การดูแลชีวิตแบบองค์รวม มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่สอดคล้องกับคุณค่าชีวิตตน และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ว่าใครจะตายดีแค่ไหนนั้นย่อมขึ้นกับเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละคนเป็นหลัก ดังคำกล่าวที่ว่า "living well, aging well, dying well" ในที่นี้จะกล่าวถึงความพยายามในการปรับแนวคิดการดูแลทางการแพทย์และการปรับกฎหมายให้เกื้อกูลต่อการตายดี โดยเฉพาะในประเด็นการเลือกรับเทคโนโลยีที่เหมาะสม

## แนวคิดทางกฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการตายดี

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตายเริ่มเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้ว เป็นการแสดงเจตนาปฏิเสธการใช้เทคโนโลยียื้อชีวิตในผู้ป่วยที่สมองบาดเจ็บอยู่ในสภาพคล้ายผัก (vegetative state) คือไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้น เช่น กรณีที่ผู้ปกครองของ เคเรน แอน ควินแลน (Karen Ann Quinlan) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแล้วศาลรับรองให้ทำได้ จากนั้น ตามมาด้วยคดีที่คล้ายกันของ แนนซี่ ครูซาน (Nancy Cruzan) อันเป็นการรับรองสิทธิที่ไม่ประสงค์รับการรักษาที่ไร้ประโยชน์ในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีการประกาศเป็นกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในพ.ศ.2533 และมีการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า

> *"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้*
>
> *"การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง*
>
> *"เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"*

ทั้งนี้ กฎหมายกลุ่มดังกล่าวข้างต้นแตกต่างจากกฎหมายการุณยฆาต (euthanasia) ที่ออกในประเทศเนเธอร์แลนด์หรือรัฐ Oregon ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งอนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้ การกระทำดังกล่าวถือเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมายในประเทศไทย และเราจะไม่นำมากล่าว ณ ที่นี้ ในทางการแพทย์ปัจจุบันมีมุมมองว่า การเรียกร้องซึ่งความตาย เป็นการ

สิทธิในการตายดีอาจเทียบเคียงได้
คล้ายกับสิทธิในการเข้าถึงธรรมะ
กล่าวคือเป็นสิ่งที่เปิดกว้างสำหรับมนุษย์ทุกคน
แต่การจะถึงจุดนั้นได้ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง
ทำแทนกันไม่ได้...

สะท้อนความทุกข์ที่ผู้พูดไม่เห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงได้ โดยส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงการดูแลที่ไม่ตอบสนองต่อความทุกข์ของคนไข้ระยะสุดท้ายเพียงพอ ควรที่**เราจะช่วยกันหาความหมายและต้นตอของคำเรียกร้อง พร้อมทั้งช่วยกันทุเลาปัญหานั้นอย่างเต็มที่ มากกว่าการมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายตามคำร้องขอนั้น**

## แนวคิดทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการตายดี

สำหรับในทางการแพทย์ การตายในทัศนะการแพทย์แบบชีวกลไกหมายถึงการสิ้นสุดของสัญญาณชีพ ที่สำคัญร่วมกันคือ การไม่หายใจ หัวใจหยุดเต้น และไม่รู้สึกตัว ได้ถูกให้ความหมายเพิ่มขึ้นโดยการแพทย์แบบองค์รวมว่า การตายเป็นกระบวนการธรรมชาติของแต่ละคน เราไม่ควรไปเร่งหรือยืดการตาย แต่ถ้าความตายจะเกิดขึ้นก็ขอให้เป็นการตายที่ดี คือมีการปฏิบัติต่อกันเหมือนเพื่อนมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี มีความรู้สึก และมีความสุขสงบทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่ร่วมดูแล (dying with peace and dignity) ปัจจัยสำคัญที่นำสู่สิ่งนี้ประการหนึ่ง คือการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า (advance care planning)

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ กลไกทำให้เกิดสิ่งนี้มีได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเอกสารทางกฎหมาย หมายรวมตั้งแต่

- การพูดคุยตกลงกันทั้งในครอบครัว และแพทย์ผู้ดูแลให้ชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมการเพื่อลดความกังวลในด้านต่างๆ เช่น ภาระทางการเงิน ปมขัดแย้งในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา
- การเขียนบันทึกความต้องการเป็นลายลักษณ์อักษร (Advance Directives)
- การมอบหมายให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นตัวแทนแสดงความต้องการ (Surrogate Decision Makers)

**การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า** เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. กระบวนการคิดคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย และเป้าหมายในการดูแล (goals of care) สิ่งนี้จะเกิดได้ดี ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองถึงเหตุปัจจัยหรืออคติที่มีผลต่อความคิดความเชื่อคุณค่าชีวิต ความทุกข์ การเลือกรับหรือปฏิเสธเทคโนโลยี มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่อาจเหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาได้ผลที่ต้องการ ภาระหรือค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความรู้สึกผิดที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีการเรียนรู้และปรับตัวเองเสมอเมื่อเผชิญกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น มุมมองความต้องการนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

2. การสื่อสารความปรารถนาดังกล่าวกับญาติใกล้ชิด คนที่ให้ตัดสินใจแทนในวาระสุดท้าย และทีมผู้ดูแลทางการแพทย์ การสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรงๆ ในเรื่องนี้ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่นการพูดคุยทัศนคติเรื่องการตายที่ผ่านมาของพ่อแม่ เพื่อน หรือการตายของบุคคลในข่าว การสื่อแสดงเจตจำนงล่วงหน้าอาจมีหลายลักษณะ เช่น การตกลงด้วยวาจา การเขียนเป็นจดหมาย การถ่ายวิดีทัศน์ การเขียนบันทึกสรุปในแฟ้มผู้ป่วยหลังการประชุมครอบครัว หรือการเขียนเป็นเอกสารทางกฎหมายเพื่อความชัดเจนในการกำหนดตัวผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน (a durable power of attorney) และการระบุขั้นตอนการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ (Living Will)

อย่างไรก็ตาม การเขียนเป็นเอกสารทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิเลือกหรือปฏิเสธการรักษามีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งรณรงค์เรื่องนี้มายาวนาน ยังมีผู้เขียนหนังสือแสดงเจตนา (พินัยกรรมชีวิต) เพียงร้อยละ 30 ทั้งบางส่วนก็ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ทราบว่าอยู่ไหน ไม่ได้นำมาโรงพยาบาล หรือมีปัญหาปฏิบัติได้ยากในสถานการณ์จริง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่ลุกลามมาก มาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการติดเชื้อหรือความผิดปกติของสารเคมีบางตัวในเลือด ถ้าแก้ปัญหานี้ได้อาจอยู่อย่างเป็นปกติได้อีกเป็นเดือนหรือเป็นปี จะได้ประโยชน์อย่างมากจากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาระบุไม่ให้รักษา เป็นต้น

จากประสบการณ์ดังกล่าว ในปัจจุบันยังส่งเสริมให้มีการสื่อสารและกำหนดตัวผู้ช่วยตัดสินใจแทนในระยะสุดท้าย แต่ไม่สนับสนุนให้เขียนระบุหัตถการทางการแพทย์เป็นข้อๆ (procedures-oriented) แต่เน้นให้ยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals-oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเพียงเครื่องมือนำไปสู่

เป้าหมายนั้น เช่น ถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่ให้ทรมานและสิ้นเปลืองครอบครัวโดยเปล่าประโยชน์ ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเหนื่อยจากภาวะปอดแฟบหรือติดเชื้อที่รักษาง่าย การใส่เครื่องช่วยหายใจช่วยทำให้หายเหนื่อย ช่วยขยายปอด และช่วยให้เวลาในการที่ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค เมื่ออาการดีขึ้นจึงถอดเครื่องช่วยหายใจออก หรือถอดหลอดคอออกได้ แต่ถ้าไม่ตอบสนองต่อการรักษา แม้ได้พยายามร่วมกันคิดอ่านหาทางช่วยเหลือโดยผู้เชี่ยวชาญหลายด้านแล้ว อาจกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษาและพบว่าเครื่องช่วยหายใจทำให้เกิดความทรมานมากกว่าประโยชน์แล้ว ก็ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตไม่ได้เป็นมาตรฐานการรักษาแล้ว แต่ยังเป็นทางเลือกที่หลีกเลี่ยงไม่ทำได้ยาก ทั้งนี้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ความเชื่อมั่นในเทคโนโลยี ความกลัวความผิดทางกฎหมาย ความรู้สึกถึงความผิดบาป หรือความจำเป็นทางสังคม ดังจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นแพทย์หรือมีฐานะทางสังคมสูงหลายท่านกลับไม่ได้ตายดี เนื่องจากการได้รับการรักษาชนิดรุกล้ำเข้าในร่างกายส่วนต่างๆ มากเกินไป

## แนวทางปฏิบัติเพื่อการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า

ในทางปฏิบัติ การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้ายังเป็นกลยุทธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วยตามความคิดปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้ แม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนาเนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติใกล้ชิดและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนารมณ์ที่แท้จริงของการเขียนข้อความต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนร่วมกันเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งไม่มีใครทราบแน่ว่าจะเกิดเหตุไม่คาดฝันใดขึ้นอีก

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้าสู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายเรื่อง ได้แก่

**1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม**

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกคน น่าจะได้ประโยชน์จากการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเกิดขึ้นบ่อยๆ และควรมีการทำทุกราย เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

**2. ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ**

ผู้ป่วยสูงอายุที่ความจำเลอะเลือนหรือพูดจาสับสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเสมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยยังมีความสามารถบางส่วนที่สามารถตัดสินใจในคำถามง่ายๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่นการถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลือกพูดคุยในยามที่ท่านอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วนย่อมดีกว่าการประเมินว่าท่านไม่สามารถบอกอะไรได้เลย

**3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ**

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลือกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นทำได้ง่ายกว่า

ดังนั้นจึงไม่ควรจำกัดสิทธิผู้ป่วยเฉพาะผู้ที่เขียนพินัยกรรมชีวิตเท่านั้น และไม่ควรจำกัดสิทธิเพียงเพราะสูงอายุหรือมีปัญหาทางสมอง ควรมีการประเมินเป็นเรื่องๆ เน้นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็นอย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดประเมินผลที่จะได้กับภาระความลำบากที่จะเกิดตามมา และการตัดสินใจเลือกได้ ในสถานการณ์จริงผู้ป่วยอาจเคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกไอซียูหลายครั้ง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดตามประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้ไม่ยาก ถ้าไม่แน่ใจ อาจให้ถามซ้ำในลักษณะที่แตกต่างกัน

**4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น**

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ก่อนเกิดปัญหาวิกฤต หรือเมื่อเริ่มรับรู้ว่าชีวิตมีข้อจำกัด ทั้งนี้ เนื่องจากการรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจมีกลไกปฏิเสธความจริงอยู่นานกว่าจะยอมเผชิญหน้าได้ บางครั้งจึงอาจต้องเริ่มต้นด้วยการใช้วิธีที่นุ่มนวลกว่า เช่น การชวนคุยเรื่องการเตรียมตัวตายหลังผ่านการป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนอื่นที่ใกล้ชิด หรือการที่ผู้ป่วยพูดเปรยๆ เรื่องความตาย

**5. ใครควรเป็นผู้ที่เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้**

การเริ่มต้นอาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นท่านใด ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่า อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นได้ทั้งดีขึ้นหรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคนกลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก้ความเข้าใจผิด และกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว รับรู้ความต้องการทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

**6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้**

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีที่สงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึงเรื่องความตายของคนๆ หนึ่งด้วยท่าทีที่ธรรมดาแต่อ่อนโยนเป็นทักษะที่สามารถลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้ว ควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ “ถาม - ตอบ - ถาม” เริ่มจากการถามสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติรับรู้และต้องการในสถานการณ์นี้ จากนั้นเป็นการพูดอธิบายและถามความเข้าใจ หรืออาจใช้ทักษะการถามความต้องการ การตอบสนองทางอารมณ์ต่อสารที่ได้รับ และการถามถึงความหมายของสารนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

**7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง**

ข้อนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อย ควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนๆ นั้น นอกจากจะรู้จักความคิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกเศร้าโศก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจมีอคติในการตัดสินใจที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป และน่าจะเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ บุคคลผู้นั้นควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปพร้อมกับผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้สม่ำเสมอ

เรื่องอื่นๆ ที่ควรคุยคือคุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองไม่ได้ ไม่ปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลังสิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของ เป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้ง ผู้ป่วยเองอาจเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติใกล้ชิดจะลำบากหรือเป็นกังวลหรือไม่อยากขัดใจญาติ ถ้าทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกันก็จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาสสุดท้ายที่ทุกคนจะมีส่วนร่วมในการทำอะไรเพื่อผู้ป่วย อันจะเป็นการชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

**8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้**

ในสังคมตะวันออก บ่อยครั้งไม่อยากพูดเรื่องความตายเพราะกลัวเป็นลางไม่ดี หรือเป็นการนำพาเคราะห์ร้ายมา ไม่อยากพูดถึงเพราะรู้สึกรับฟังไม่ได้ ญาติอาจช่วยให้กำลังใจและให้สติว่า ทุกคนก็หวังว่าผู้ป่วยจะดีที่สุดเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ญาติควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้น หรืออาจชวนพูดคุยเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการเขียนในไดอารี สำหรับญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องให้เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับการตายที่เกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิดสำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

## สรุป

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ให้เข้ากับคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คุณค่าและปรารถนา เป็นกระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม เพื่อหาเป้าหมายการดูแลร่วมกันฉันกัลยาณมิตร จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤตก่อนเข้าสู่วาระสุดท้ายทุกราย กฎหมายที่รับรองสิทธิในการเลือกรับการรักษาที่เหมาะสมในวาระสุดท้าย เป็นกลไกสำคัญเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะๆ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าการยึดตายตัวตามสิ่งที่เขียนอย่างปราศจากการทบทวนเป้าหมายและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

# สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550[1]

ไพศาล ลิ้มสถิตย์[2]

**มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้**

**การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง**

**เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง**

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

---

[1] ปรับปรุงจากบทความตีพิมพ์ใน *รพีสาร* (สิงหาคม 2551), หน้า 135-150. และบทความ "สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี : กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ" วาร*สารสภาทนายความคิด* (ปีที่ 14 ฉบับที่ 86-87, กันยายน-ตุลาคม 2549).

[2] ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบันและอนาคต มีส่วนช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น เพราะสามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ในอดีต ยิ่งกว่านั้น ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหรือในวาระสุดท้ายยืดชีวิตออกไป และมีสภาพที่ไม่ต่างจากผักอย่างถาวร (persistent vegetative state) คือผู้ป่วยไม่สามารถรู้สึกตัว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยอุปกรณ์การแพทย์ยืดการตายที่จะต้องเกิดขึ้นตามธรรมชาติออกไป โดยแพทย์ก็ไม่มีหนทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากสภาพดังกล่าวได้ แพทย์บางท่านอาจไม่บอกความจริงในเรื่องนี้แก่ญาติผู้ป่วย กฎหมายต่างประเทศและแนวปฏิบัติของนานาชาติได้กำหนดให้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่สามารถแสดงความประสงค์จะตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยแพทย์และผู้เกี่ยวข้องมีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของตน ทั้งนี้ เป็นคนละกรณีกับการเร่งการตายหรือการฆ่าตัวตายซึ่งขัดต่อจริยธรรม*

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 บัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า "Living Will" โดยกฎหมายนี้เพิ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550 อันที่จริงแล้ว เรื่องนี้ก็มิใช่เรื่องใหม่เพราะมีการถกเถียงอภิปรายกันในสังคมไทยเป็นเวลากว่า 30 ปี คนในสังคมในขณะนั้นยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างถูกต้อง บางท่านไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลตนเองได้ บางท่านเข้าใจว่าเป็นเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือเป็นกรณี Active Euthanasia หรือที่เรียกว่า "การุณยฆาต" (Mercy Killing) ซึ่งเป็นเรื่องที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใดๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่มีนักวิชาการที่เห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมาย จริยธรรมแห่งวิชาชีพและความเชื่อทางศาสนา เพราะคือการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหนี่ยวรั้งความตาย [3]

สิทธิตามมาตรา 12 ตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปัจจุบัน) โดยเฉพาะมาตรา 4 มาตรา 28 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, มาตรา 32 วรรคหนึ่ง สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สอดคล้องกับที่ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า สิทธิที่จะตาย (right to die) อย่างมีศักดิ์ศรี ถือเป็นสิทธิทางธรรมชาติหรือ "สิทธิมนุษยชน" อย่างหนึ่งเช่นเดียวกันกับสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (right to life) กล่าวคือเป็นการยอมรับให้มนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ

[3] ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส, "มาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต" (เอกสารประกอบการประชุม "เขียน Living will อย่างไรให้มีผลทางกฎหมาย" เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2551 ณ ห้องประชุมจิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตนเอง (the right to self-determination) หรืออาจเรียกว่า ความอิสระเสรีของมนุษย์ (human autonomy) [4]

"สิทธิปฏิเสธการรักษา" เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง องค์กรระหว่างประเทศโดยเฉพาะแพทยสภาคมโลก (WMA) ได้ออกคำแถลงเรื่อง *เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก* (The World Medical Association Statement on Advance Directives ("Living Wills") นอกจากนี้ ยังมีบัญญัติไว้ในกฎหมายหลายประเทศ [5] เช่น

- ประเทศสหรัฐอเมริกา "Patient Self-Determination Act" (1990)/ "Uniform Health-Care Decisions Act" (1993) และกฎหมายของมลรัฐ

[4] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "สิทธิที่จะตาย (The Right to Die)", ดุลพาห (เล่ม 4 ปีที่ 43, ตุลาคม-ธันวาคม 2539), หน้า 93-94. และข้อมูลการสัมภาษณ์ ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2549 ณ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[5] กรุณาดู รายงานวิจัย เรื่อง สิทธิปฏิเสธการรักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปรับปรุงมีนาคม 2552).



- ประเทศออสเตรเลีย
  - มลรัฐ Northern Territory - "Natural Death Act" (1988)
  - มลรัฐ South Australia - "Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act" (1995)
  - มลรัฐ Australian Capital Territory - "Medical Treatment Act" (1994)
  - มลรัฐ Victoria - "Medical Treatment Act" (1988)
- ประเทศอังกฤษ - "Mental Capacity Act 2005"
- ประเทศสิงคโปร์ - "Advance Medical Directive Act" (1996)
- ประเทศเดนมาร์ก - "Law No.482 of 1 July 1998 on patients' rights"

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 วรรคสอง กำหนดให้การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ต้องออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดประชุมหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมจัดทำร่างกฎกระทรวงดังกล่าว บทความนี้อธิบายแนวคิดเรื่องการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามแนวปฏิบัติและกฎหมายที่นานาประเทศยอมรับและความพร้อมของประเทศไทย

## แนวทางปฏิบัติและกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ได้แก่ "ปฏิญญาลิสบอนเรื่องสิทธิผู้ป่วย" และ "คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า" ของแพทยสมาคมโลก รวมทั้งคดีความที่ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) เคยตัดสินวางหลักการไว้

**แพทยสมาคมโลก**

แพทยสมาคมโลก (World Medical Association-WMA) ในฐานะองค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้องค์กรวิชาชีพของแพทย์ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรในประเทศอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ประเทศสมาชิกเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดูแลความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำหรืองดเว้นกระทำการที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อ

หลักจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมากได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ (right to die) [6] แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

"ปฏิญญาลิสบอนเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก" (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) [7]

แพทยสมาคมโลกออกปฏิญญา "สิทธิผู้ป่วย" ตั้งแต่ค.ศ.1981 ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดเมื่อค.ศ.2005 มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง หัวใจสำคัญคือแพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบเคารพผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย อันที่จริงแล้ว เนื้อหาของปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยแต่ละข้อ ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น ในที่นี้จะยกเพียงบางข้อมาวิเคราะห์ เพื่อปรับใช้อย่างเหมาะสมกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น หลักการสำคัญมีดังนี้

---

[6] ผู้เขียนจะใช้คำนี้ในความหมายของสิทธิในการตายตามกระบวนการธรรมชาติ มิได้หมายถึงกรณีการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือกรณี "Euthanasia" ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก

[7] กรุณาดู "ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก" แปลโดย ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และไพศาล ลิ้มสถิตย์

ข้อ 10 ของปฏิญญานี้รับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

"ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้"

ข้อความนี้สอดคล้องกับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีมีมนุษยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับหลักความยินยอม สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ของผู้ป่วย ซึ่งปรากฏในปฏิญญาฯ ข้อ 3 และสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในข้อ 4 มีเนื้อหาดังนี้

"ข้อ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึง ผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม..."

"ข้อ 4 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับการอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย



กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น..."

สิทธิผู้ป่วยข้างต้นเป็นสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป ตัวอย่างเช่น การยกเลิกการบำบัดรักษาที่สิ้นหวัง มีผลเพียงยืดการตายของผู้ป่วยออกไป และใช้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแทน แพทย์มิได้ละทิ้งผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานแต่อย่างใด แพทย์ยังคงให้การดูแลในลักษณะประคับประคอง (palliative care) [8] เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน [9] ต่างจากกรณีการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และกรณี "ยูธานาเซีย" (Euthanasia)

---

[8] หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามอาการที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญทั้งทางกายภาพ สภาพจิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ใช้วิธีการรักษาแบบหักโหมเพื่อยื้อชีวิตและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาณ แพทย์จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงการให้อาหารและน้ำตามความเหมาะสมจำเป็น ไม่เร่งการตายและไม่ยืดการตายของผู้ป่วย หากปล่อยให้เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ การดูแลลักษณะนี้สามารถทำที่บ้านโดยคนในครอบครัวและญาติมิตรที่ได้รับคำแนะนำแล้ว สรุปความจาก WHO Definition of Palliative Care

[9] Medical Ethics Manual, (France: World Medical Association, 2005), pp. 57-59.

ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก [10] ที่มีความหมายใกล้เคียงกับกรณี "การุณยฆาต" (Mercy Killing) ซึ่งเป็นการกระทำหรืองดเว้นกระทำการโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

นอกจากนี้ การช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และยูธานาเซียตามนัยข้างต้น ยังขัดต่อ "the Hippocratic Oath" อีกด้วย กล่าวคือ แพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย จะไม่กระทำการใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย จะไม่มอบยาพิษที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายแม้ว่าผู้ป่วยต้องการก็ตาม ดังเนื้อความตอนหนึ่งของคำปฏิญาณฮิปโปรเครติสว่า

"...I will keep them from harm and injustice. I will neither give a deadly drug to anybody who asked for it, nor will I make a suggestion to this effect....") [11]

[10] ที่ประชุมสามัญของแพทยสมาคมในค.ศ.2002 ณ กรุงวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีมติยืนยันว่า "ยูธานาเซีย" เป็นสิ่งที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิก ไม่ให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม อ้างจาก The World Medical Association Resolution on Euthanasia (2002).

[11] คำแปลจากภาษากรีกโดย EDELSTEIN, Ludwig, The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation, (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1943).



ฉะนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตจำต้องมีการทำความเข้าใจปรึกษาหารือกับผู้ป่วย และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสมอ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาพยาบาลในภาวะเช่นนั้น ซึ่งแม้จะมีผลถึงชีวิตของเขาคือทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในที่สุด แพทย์ก็ต้องยอมรับที่จะปฏิบัติตาม [12] หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรู้สึกตัวหรือสื่อสารกับคนอื่นได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาคือผู้ป่วยเคยแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อตนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย ซึ่งการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ยืดการตายเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้ฟื้นคืนดีได้ ถ้าแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยเคยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เรียกว่า "Advance Directive" หรือมีพยานหลักฐานยืนยันการแสดงเจตนาในเรื่องนี้ แพทย์ก็ต้องเคารพเจตจำนงของผู้ป่วย

"คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก" (The World Medical Association Statement on Advance Directives ("Living Wills")) [13]

[12] See supra note 9, *Medical Ethics Manual*, p.60.

[13] แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และไพศาล ลิ้มสถิตย์

แพทยสมาคมโลกได้ออกคำแถลงเกี่ยวกับ "เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า" (Advance Directive/ Living Will [14]) เมื่อค.ศ.2003 มีเนื้อหาสรุปความหมายและวัตถุประสงค์สรุปได้ ดังนี้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรลงลายมือชื่อของผู้แสดงเจตจำนง บางกรณีจัดทำเป็นบันทึกต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป เพราะในอนาคต ผู้แสดงเจตจำนงอาจเจ็บป่วยถึงขั้นที่ผู้นั้นไม่รู้สึกตัว หรือไม่อาจแสดงเจตจำนงของตนเองได้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์กับตนเอง แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย ในการทำเอกสารดังกล่าว แพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการทำเอกสารฯ และควรให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

[14] คำว่า "Living Will" ที่นิยมเรียกกันในภาษาไทยว่า "พินัยกรรมชีวิต" นั้นแปลไม่น่าจะถูกต้อง เพราะคำว่า "Will" ในที่นี้หมายถึง เจตจำนง, ความปรารถนา, ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือก



กรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจถึงความมีผลทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าว หรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับเจตจำนงที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะเอกสารมักจะมีข้อความคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็จะต้องตีความเนื้อหาในเอกสารของผู้ป่วยในสภาวการณ์เช่นนั้น ในคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก ระบุให้แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากแพทย์อื่นอย่างน้อย 1 คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ (ถ้ามี) แต่ถ้าผู้ป่วยมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่สามารถรู้ตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิผู้ป่วยเช่นกัน กล่าวคือในค.ศ.1994 องค์การอนามัยโลกได้ออก "ปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป" (A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายร่วมกันของประเทศสมาชิกในยุโรป เนื้อหาของปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรปประกอบด้วยสิทธิมนุษยชนและคุณค่าของการดูแลสุขภาพ, สิทธิในข้อมูลเวชระเบียน, หลักความยินยอม, ข้อมูลที่เป็นความลับและความเป็นส่วนตัว และการดูแลรักษาพยาบาล

สาระสำคัญของปฏิญญาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก และระบุถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างชัดเจน คือ

"3.2 ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น"

"5.11 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี"

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของแพทยสมาคมโลก โดยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพในขณะนั้นคือ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป รวมทั้งนักวิชาการได้ร่วมกันจัดทำ "คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย" เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2541 แต่ยังไม่มีการจัดทำคำอธิบายหรือรายละเอียดของสิทธิผู้ป่วย รวมถึงสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

**ตัวอย่างคดีพิพาทระหว่างประเทศ**

กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีอนุสัญญาแล้วคือ "ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.1948" (Universal Declaration of Human Rights) ในข้อ 25 ได้รับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะมีมาตรฐานการดำรงชีพอย่างเหมาะสม ในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตัวเองและสมาชิกครอบครัว อันประกอบด้วยปัจจัยสี่ คืออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญที่อาศัยพื้นฐานของปฏิญญาฯ 1948 คือ "อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน" (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 3 กันยายน ค.ศ.1953 (พ.ศ.2496) และเมื่อค.ศ.2002 ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights)ได้พิจารณาตัดสินคดี Pretty Case ซึ่งเป็นคดีสำคัญเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย เนื้อหาคำตัดสินของศาลช่วยสร้างความเข้าใจพร้อมทั้งยืนยันรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือผู้ป่วยใกล้ตายไว้ด้วย

ข้อเท็จจริงในคดีดังกล่าวมีดังนี้ ค.ศ.1999 นาง Diane Pretty อายุ 42 ปี ป่วยเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Motor Neurone Disease)[15] ในขั้นรุนแรงและกำลังจะเสียชีวิต อาการของโรคนี้ทำให้นาง Pretty เป็นอัมพาตทั่วร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาช่วยเหลือตนเองได้ การหายใจ การกลืนอาหารและการพูดจากสื่อสารก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทของกระดูกไขสันหลังและบางส่วนของสมอง ซึ่งควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ทำงานอย่างอิสระ อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการคิดตัดสินใจและมีความ

[15] โรคนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อคือ ภาวะการสลายตัวเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาท (Amyotrophic Lateral Sclerosis-ALS) หรือ Lou Gehrig's disease หรือ Maladie de Charcot ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ คนที่มีชื่อเสียงที่ป่วยเป็นโรคนี้ตั้งแต่ค.ศ.1963 แต่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบันคือ สตีเฟ่น ฮ็อคกิ้ง (Stephen Hawking) นักฟิสิกส์ชื่อดัง อ้างจาก Motor Neurone Disease Association (www.mndassociation.org) และhttp://en.wikipedia.org/wiki/Motor_neurone_disease

ทรงจำเป็นปกติอยู่ โดยทั่วไปผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 2-5 ปี เพราะกล้ามเนื้อที่ควบคุมระบบการหายใจและปอดไม่สามารถควบคุมระดับก๊าซคาร์บอนไดอ็อกไซด์ในร่างกาย อาการป่วยของนาง Pretty ทรุดลงอย่างรวดเร็วทำให้รู้สึกสิ้นหวังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตัวเธอมีความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตายที่บ้านต่อหน้าคนในครอบครัวแม้ในที่สุดจะทำไม่สำเร็จ นาง Pretty ได้เสียชีวิตลงเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม ค.ศ.2002

ในขณะที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าว นาง Pretty ประสงค์จะฆ่าตัวตายด้วยตนเองเพื่อเลี่ยงความทุกข์ทรมาณจากโรคดังกล่าวแต่ไม่สามารถทำได้ จำต้องอาศัยความช่วยเหลือของผู้อื่นคือสามีของเธอ ซึ่งตามกฎหมายอังกฤษว่าด้วยการฆ่าตัวตาย (the Suicide Act 1961) การฆ่าตัวตายไม่ถือเป็นความผิดอาญา แต่ผู้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาหรือเตรียมการในการฆ่าตัวตายของผู้อื่นจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี (มาตรา 2 (1)) [16] หรืออาจถูกดำเนินคดีในความผิดต่อชีวิตฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (homicide) หรือกระทำการห้ผู้อื่นตายโดยไม่เจตนา (manslaughter) นาง Pretty จึงขอให้กลุ่ม Liberty เป็นตัวแทนทำหนังสือถึงอัยการสูงสุด (Director of Public Prosecutions) เพื่อขอคำ

[16] s 2 Criminal liability for complicity in another's suicide.

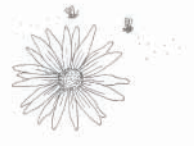
(1) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.



รับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของเธอ โดยอ้างว่าเป็นการช่วยเหลือของสามีของเธอสอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของอังกฤษ (the Human Rights Act 1998) เพราะเงื่อนไขการริเริ่มดำเนินคดีแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย จะต้องได้รับความเห็นชอบจากอัยการสูงสุด ต่อมาอัยการสูงสุดมีจดหมายตอบกลับว่าไม่สามารถให้คำรับรองในกรณีนี้ เว้นแต่จะมีหลักฐานยืนยันว่านาง Pretty และครอบครัวจะต้องตกอยู่สภาพที่ทนทุกข์ทรมาณอย่างยิ่งเท่านั้น

นาง Pretty จึงยื่นคำร้องต่อ Queen's Bench Divisional Court เพื่อขอให้สั่งให้อัยการสูงสุดรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีทางอาญากับสามีของเธอ หากมีการช่วยเหลือให้เธอฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ศาลมีคำตัดสินว่าอัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะรับรองในเรื่องนี้ล่วงหน้า และตัดสินอีกว่ากฎหมาย the Suicide Act ไม่ขัดต่ออนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน

ต่อมานาง Pretty ยื่นคำร้องต่อ the House of Lords [17] ในประเด็นว่ากฎหมาย the Suicide Act ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุอโรป และประเด็นเรื่องผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะร้องขอให้ผู้อื่นช่วยเหลือให้ตนจบชีวิตลงตามความต้องการ จะถูกยกเว้น



[17] The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department (2001) UKHL 61 (29 November 2001).

ไม่ดำเนินคดีตามกฎหมายได้หรือไม่ ผลคือมีการยกคำร้องทั้งหมดของนาง Pretty ผู้ร้อง อัยการสูงสุดไม่ได้กระทำที่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุโรปและไม่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของอังกฤษคือ the Human Rights Act 1998 ผู้พิพากษา Lord Bingham of Cornhill ให้เหตุผลเพิ่มเติมในคำนิจฉัยว่าอัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะให้การรับรองในเรื่องนี้ เพราะการใช้อำนาจดุลยพินิจที่จะไม่ใช้บทบัญญัติกฎหมายและไม่บังคับใช้กฎหมายที่มิได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา เป็นการละเมิดต่อกษัตริย์และประชาชนตามรัฐธรรมนูญอังกฤษ (the Bill of Rights of 1689) นอกจากนั้นฝ่ายผู้ร้องไม่ได้ยื่นพยานหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอตามคำร้อง [18]

เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม ค.ศ.2001 นาง Pretty ได้มอบอำนาจให้นางสาว Chakrabarti เป็นตัวแทนยื่นคำร้องต่อศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ให้พิจารณาเรื่องการปฏิเสธการรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของผู้ร้องตามกฎหมายฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย และประเด็นเรื่องกฎหมายว่าด้วยการฆ่าตัวตายของอังกฤษ ขัดต่อต่อมาตรา 2, 3, 8, 9 และ 14 แห่ง

[18] KEOWN, John, "European Court of Human Rights: Death in Strasbourg -Assisted Suicide, the Pretty Case, and the European Convention on Human Rights", *International Journal of Constitution Law* (October, 2003), para.723.



"อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน" (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) หรือไม่ ศาลรับคดีนี้ไว้พิจารณาและเห็นว่าเป็นคดีสำคัญต้องดำเนินกระบวนพิจารณาอย่างเร่งด่วน ในที่สุดศาลตัดสินว่าไม่มีการกระทำละเมิดต่ออนุสัญญาดังกล่าวแต่อย่างใด

อนึ่ง ก่อนที่ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปจะออกคำตัดสินในคดีข้างต้น ศาลฯ ได้พิจารณาผลคำตัดสินของศาลอังกฤษในคดีต่างๆ ที่นาง Pretty พิพาทกับหน่วยงานของรัฐบาลอังกฤษ, สาระสำคัญของกฎหมายอังกฤษ รวมถึงกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ"ข้อเสนอแนะเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย" (Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภายุโรป (The Parliamentary Assembly of the Council of Europe-PACE) เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน ค.ศ.1999

ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปได้พิจารณาสาระสำคัญของข้อเสนอแนะเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย ที่ระบุห้ามการทำให้ผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายต้องสิ้นชีวิตลงโดยเจตนา กล่าวคือ ประการแรก ยืนยันเรื่องสิทธิที่จะมีชีวิต (right to life) ตามมาตรา 2 แห่งอนุสัญญาฯ ประการที่สอง ความปรารถนาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง ไม่ได้ทำให้การช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายของผู้อื่นนั้นชอบด้วยกฎหมาย และประการสุดท้าย ความปรารถนาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่

ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง มิได้สร้างความชอบด้วยกฎหมายให้แก่การกระทำใดๆ ที่มีเจตนาทำให้บุคคลถึงแก่ความตาย

เนื้อหาของข้อเสนอแนะฯ ที่น่าสนใจคือ ระบุถึงมูลเหตุที่ทำให้สิทธิของผู้ที่ป่วยหนักหรือใกล้ตายถูกละเมิด เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และลดอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยที่ดีนั้นยังมีไม่เพียงพอ, การไม่ได้คำนึงถึงสภาพจิต สังคมและความสำคัญทางจิตวิญญาณ, การยืดความตายของผู้ป่วยออกไปด้วยเครื่องมือทางแพทย์ (artificial prolonging of the dying process) อย่างไม่เหมาะสมหรือยังคงให้การรักษาต่อไปแม้จะไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม ประกอบกับการขาดความเข้าใจของสังคม คนในครอบครัว ญาติพี่น้องในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะจากไปอย่างสงบ

รัฐสภายุโรปเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องห้ามการยืดการตาย (prolongation of the dying process) ที่ขัดต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้น, ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยลำพังและสิ้นหวัง หรือปล่อยให้ตกอยู่ในความกลัวว่าจะเป็นภาระของสังคม หรือต้องเป็นทุกข์กับอาการเจ็บป่วยจากโรค ฉะนั้น ประเทศสมาชิกจะต้องจำกัดการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต (life-sustaining treatment) ให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ และควรจัดตั้งเงินกองทุนและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย นอกจากนี้ รัฐสภายุโรปยังเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยดังกล่าว ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ในบทบัญญัติกฎหมาย จัดสรรเงินกองทุน และจัดให้มีบริการด้านนี้อย่างทั่วถึงและเป็นมาตรฐาน



ค.ศ.2002 ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปมีคำตัดสินในคดี Pretty v. United Kingdom (no.2346/02) โดยยกคำร้องที่อ้างว่ากฎหมายอังกฤษและการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีลักษณะขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายสิทธิมนุษยชนของยุโรปนั้น ศาลยังได้ยืนยันหลักการสำคัญเรื่องสิทธิของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือใกล้ตายที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต้องเคารพปฏิบัติตาม

## ความพร้อมของประเทศไทย

จากที่กล่าวมาแล้วว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการจัดทำ หนังสือแสดงเจตนา (Living Will) มีการพูดคุยเรื่องนี้เป็นเวลานานในสังคมไทย เมื่อราว 20-30 ปีก่อน มีการโต้เถียงกันในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมของแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง แต่ในระยะหลังคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องนี้มากขึ้น มีการเสนอข่าวสารของสื่อมวลชนทั้งทางโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์เป็นระยะๆ โดยเทียบเคียงกับการเสียชีวิตของบุคคลสาธารณะ อย่างกรณีการเสียชีวิตของนักร้องลูกทุ่ง ยอดรัก สลักใจ ที่ป่วยเป็นมะเร็งตับ ได้แสดงความประสงค์กับคนในครอบครัวและแพทย์ว่า ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจหรือใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจใดๆ หากคนไข้หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นความปรารถนาของคุณยอดรักในขณะที่ยังมีสติสัปชัญญะอยู่ โดยภรรยาและลูกได้ลงนามในหนังสือกับแพทย์ที่ให้การรักษา เป็นการแสดงเจตนาที่จะใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้า
ประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น
หรือไม่มีประโยชน์กับตนเอง
แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย
ในการทำเอกสารดังกล่าว
แพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการทำเอกสารฯ
และควรให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลง
หรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

มาตรา 12 เช่นกัน [19] หรือกรณีปู่เย็น อายุ 108 ปี ที่เสียชีวิตนานกว่า 1 ชั่วโมง แต่ถูกแพทย์ พยาบาลพยายามกู้ชีพด้วยการปั๊มหัวใจ เป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์ การปฏิบัติการกู้ชีพในผู้ป่วยที่ชราภาพมากแล้วและเป็นโรคต่างๆ ที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ต้องห้าม (ไม่ควรทำ) [20] สิ่งเหล่านี้เป็นกรณีตัวอย่างที่สะท้อนถึงความพร้อมและแง่มุมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**1. ความพร้อมทางกฎหมาย**

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยที่นานาชาติให้การยอมรับ โดยได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แล้ว และให้ความคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล มิให้ต้องรับผิดตามกฎหมายถ้าปฏิบัติตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยโดยสุจริตตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ในขณะนี้บุคคลทั่วไปสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ได้ โดยไม่ต้องรอให้มีการประกาศใช้กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แต่สิ่งสำคัญคือการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ให้แก่บุคคลทั่วไป และบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

---

[19] ไพศาล ลิ้มสถิตย์, "คุณยอดรัก กับ การใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ" (*มติชนรายวัน*, วันที่ 14 สิงหาคม 2551)

[20] นพ.สันต์ หัตถีรัตน์, "ปู่เย็น - นายเย็น แก้วมะณี เฒ่าทระนงแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี" (*หมอชาวบ้าน*, ฉบับที่ 355 เดือนพฤศจิกายน 2551)

เนื้อหาของกฎกระทรวงจะกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่ระหว่างการพัฒนาร่างกฎกระทรวง และรับฟังความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ พยาบาล สภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายและบุคคลทั่วไป ตั้งแต่กลางพ.ศ.2551

กฎกระทรวงตามมาตรา 12 นี้จะเป็นประโยชน์ในการแสดงเจตนาของบุคคลในเรื่องนี้ ซึ่งขณะนี้มีผู้ให้ความสนใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาหลายราย เพราะทำให้เกิดความชัดเจนทางกฎหมายมากขึ้น ป้องกันหรือลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติ เพราะทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ผู้ทำหนังสือสามารถตัวแทนที่เป็นผู้ใกล้ชิดเพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เมื่ออยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตนาของตนเองได้ ตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือหรือผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการโต้แย้งของญาติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของนานาชาติและกฎหมายต่างประเทศ



**2. ความพร้อมของบุคลากรด้านสาธารณสุข**

ความเข้าใจของแพทย์ในเรื่องนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยได้รับการฝึกฝนตามหลักวิชาของแพทย์ตะวันตก มุ่งแต่การรักษาผู้ป่วยให้ถึงที่สุด เพื่อเหนี่ยงรั้งชีวิตไว้ให้ยาวนานเท่าที่จะทำได้ โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น ในขณะที่ญาติผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น จึงพยายามขอให้รั้งชีวิตไว้ [21] เสมือนว่าเรื่องความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่ต้องเอาชนะให้ได้ จะต้องยืดการตายออกไปให้นานที่สุด ฐานคิดของการแพทย์สมัยใหม่มองว่าความตายเป็นเพียงจุดสิ้นสุดของชีวิต เป็นกระบวนการทางวัตถุวิสัยที่เรียกว่า ชีวิต มิได้คำนึงถึงองค์รวมของชีวิตหรือผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติทั้งกายภาพ จิตใจ คนส่วนใหญ่ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ไม่ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต [22] ยิ่งกว่านั้นยังมีความเชื่อที่ว่าแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยทุกเรื่องนั้นตามแนวคิด Medical Paternalism ไม่น่าจะถูกต้อง เพราะความรู้ ความสามารถของแพทย์ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน แพทย์จึงต้องให้มีผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างด้วย

---

[21] แสวง บุญเฉลิมวิภาส, "การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย" การประชุมทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (5 ก.พ.2547).

[22] นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ), *วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550), หน้า 11-13.

อนึ่ง ในปัจจุบันยังไม่มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์เป็นการเฉพาะ แพทย์ที่จบมาจึงยังไม่มีความรู้ความเข้าใจดีพอ ต้องอาศัยการสั่งสมประสบการณ์และเรียนรู้จากแพทย์ที่เคยทำงานด้านนี้ ปัญหาในทางปฏิบัติที่มักพบคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายที่มีฐานะดีเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ญาติของผู้ป่วยมักต้องการยื้อชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังออกไป โดยไม่ทราบสภาพของผู้ป่วยที่แท้จริงจากแพทย์ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลจนอาจถึงขั้นหมดตัวได้ในเวลาอันสั้น

แต่ก็ยังมีแพทย์และพยาบาลบางกลุ่มที่มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ มีการจัดตั้งเป็นเครือข่าย ชมรม คณะกรรมการที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลบางแห่ง นอกจากนี้ ปัจจุบันมีองค์กร เครือข่ายที่อยู่ในระบบสุขภาพหลายกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แต่ยังข้อจำกัดในการทำงานบางประการ เช่น กลุ่มชมรม เครือข่าย องค์กรเอกชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง ขาดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และขาดการประสานการทำงานร่วมกัน สำหรับกรณีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการจะไปตายที่บ้าน [23] เพื่อให้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว

[23] ญาติหรือผู้มีหน้าที่ดูแลจะได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วย การให้อาหาร การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น และจะมีทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย หรืออาสาสมัครมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติก็สามารถเข้ามารักษาตามอาการที่โรงพยาบาลได้



ญาติมิตร สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐเองก็ไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่างๆ แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนในกรณีนี้ได้ จึงต้องอาศัยการบริจาคเงินของคนทั่วไปหรือการสงเคราะห์ของแพทย์พยาบาลเป็นกรณีๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปและเสียชีวิตในที่สุด สิ่งนี้ยังส่งผลทำให้ระบบบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นข้อจำกัดในการบริการผู้ป่วยรายอื่นๆ

ข้อจำกัดในทางปฏิบัติที่สำคัญคือ ขณะนี้ยังไม่มีการพัฒนาหรือจัดทำ guidelines หรือแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติที่เป็นยอมรับกันโดยทั่วไป แต่มีการริเริ่มดำเนินการของแพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตามความสนใจเฉพาะบุคคลเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะในระยะ 5 - 6 ปีที่ผ่านมา วงการแพทย์ตื่นตัวเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบ [24] มีการบอกความจริงและทางเลือกแก่ญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วย เพื่อที่จะไม่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการยืดการตายออกไป บางครั้งก็มีสภาพที่เป็นผักอย่างถาวร (persistent vegetative state - PVS) ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นตัวได้อีกเลย

[24] วรพงษ์ เวชมาลีนนท์, *ข่ายใยมิตรภาพ: รายชื่อบุคคล องค์กร เครือข่ายและสื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (กรุงเทพฯ: โครงการเผยิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา, 2551), คำนำ.

ตัวอย่างที่ปรากฏเป็นข่าวที่ทราบกันดีคือ กรณีครูจูหลิง ปงกันมูล ครูสอนศิลปะในจังหวัดนราธิวาสที่อุทิศตัวอย่างเสียสละ ถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงบริเวณศีรษะเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2549 และเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องไอซียู โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กว่า 7 เดือน อยู่ในสภาวะที่เรียกว่า "ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง" เนื่องจากผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ [25] อาการโดยรวมมีการแต่ทรงกับทรุด เช่น ระยะหลังตรวจพบการติดเชื้อในสมอง มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรง ต่อมาได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2550 โดยในข่าวปรากฏว่าทีมแพทย์ที่ให้การรักษาได้พยายามรักษาอย่างเต็มที่และพยายามยื้อชีวิตสุดความสามารถตามวิชาชีพของแพทย์แล้ว เมื่อครูจูหลิงไม่เคยทำหนังสือแสดงเจตนา จึงไม่สามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ทั้งๆ ที่อยู่ในสภาพที่แทบจะสิ้นหวัง ประกอบกับครูจูหลิงเป็นตัวแทนของผู้เสียสละที่สังคมให้ความสนใจ จึงมีลักษณะต่างจากคนทั่วไป ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายขั้นสาหัสจนกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย หากไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่บอกข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยหรือคนในครอบครัว และควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย [26]

[25] แถลงการณ์ ฉบับที่ 1 ของคณะแพทย์ฯ ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2549

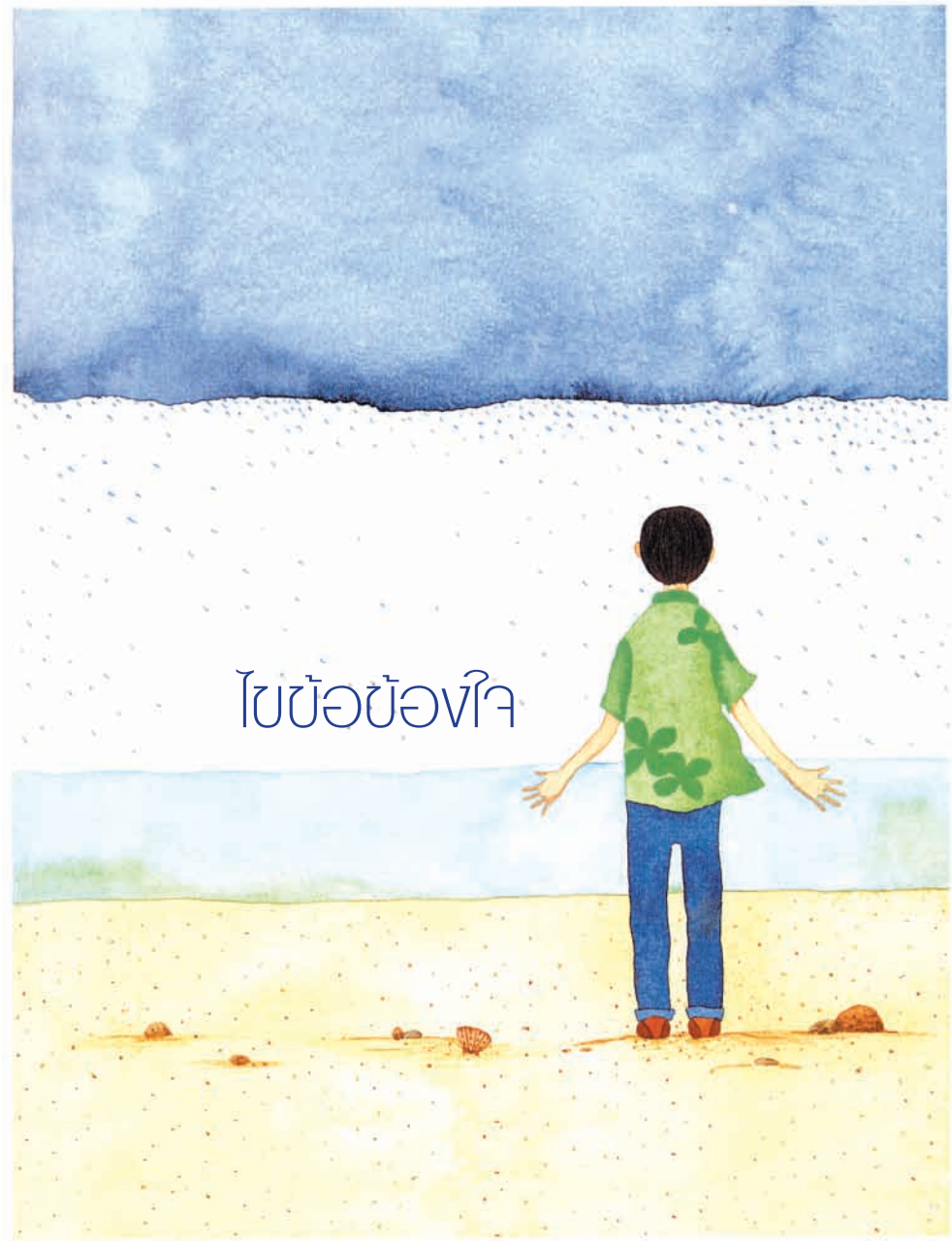
[26] อ้างจาก The World Medical Association Statement on Advance Directives ("Living Wills")



## บทสรุป

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย เป็นสิทธิที่แพทย์บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องให้ความเคารพเจตจำนงดังกล่าว เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ได้รับรองและยืนยันสิทธิดังกล่าวไว้แล้ว โรงพยาบาลทั้งหลายควรเร่งกำหนดแนวทางปฏิบัติในเรื่องนี้ และจัดฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสมและถูกต้อง แพทย์ต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรคิดในเรื่องการเอาชนะความเจ็บป่วยหรือความตายเมื่อผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในวาระสุดท้าย การดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะอย่างหนึ่งที่ต้องมีความละเอียด มีมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม รวมทั้งควรพิจารณานำเอาหลักศาสนาหรือการเยียวยาจิตใจมาใช้กับผู้ป่วยและคนใกล้ชิด โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่มุ่งในเชิงธุรกิจการค้าเป็นสำคัญไม่ควรเหนี่ยวรั้งให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่รักษาต่อไปอย่างสิ้นหวัง โดยหวังเพียงค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย

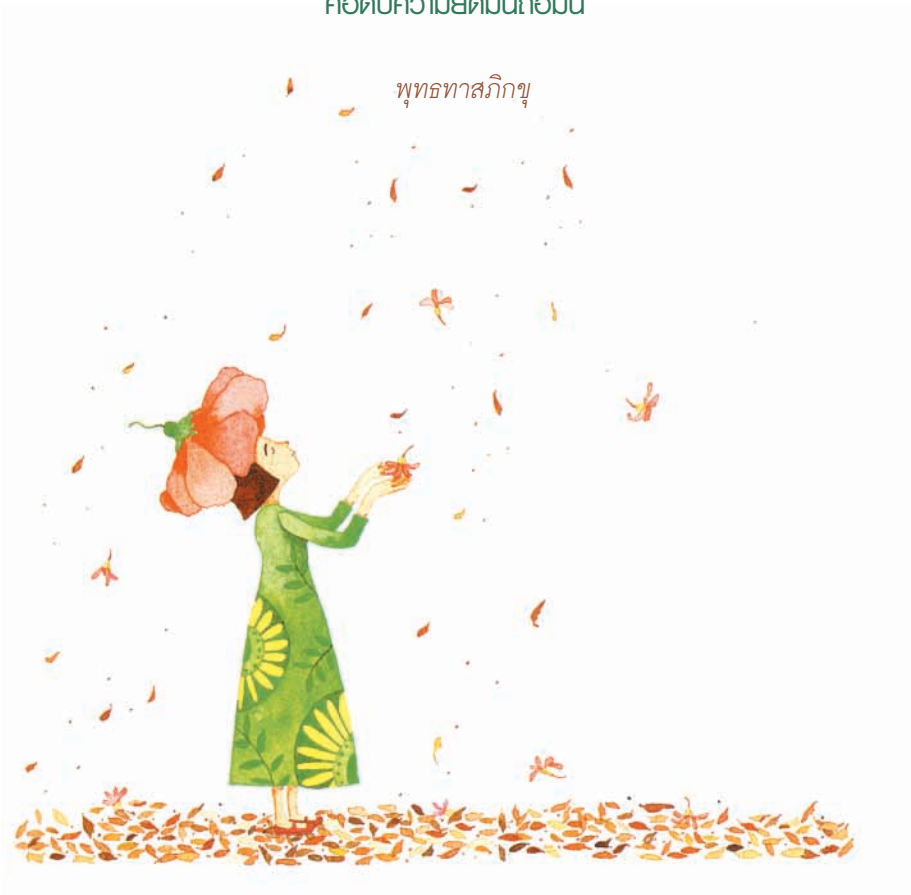
การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สาธารณชนในวงกว้าง สร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมของคนทั่วไปในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้คนทั่วไปยอมรับและเคารพต่อความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้เขียนเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าใจและปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของกฎหมายนี้ จะมีส่วนช่วยปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสถานพยาบาลต่างๆ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมอีกทางหนึ่ง


ไขข้อข้องใจ

“ถ้าตาย โดยการดิ้นรนไม่อยากตาย
นั่นคือตายโหง เพราะไม่อยากตาย แต่ก็ต้องตาย....”

“ถ้ามีสติแต่เดี๋ยวนี้ มีการเตรียมไม่ต่อสู้ว่าไม่อยากตาย
ตายโดยวัย อายุ โรค
สมัครใจตายให้แตกดับตามธรรมดาสังขาร
ถ้าอย่างนี้ ไม่เรียกว่าตาย แต่เป็นนิพพาน
คือดับความยึดมั่นถือมั่น”

*พุทธทาสภิกขุ*



# ไขข้อข้องใจ

## หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12

### หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคืออะไร

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาหรือบริการสาธารณสุข เมื่อบุคคลนั้นหมดสติ หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถพูดคุยหรือติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับความทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถบรรเทาให้ดีขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นต้น

### ใครที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนานี้ได้

ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกคน สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยอาจเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีหรือเป็นผู้ป่วยก็ได้ กฎหมายไม่ได้กำหนดอายุของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่ผู้ที่ทำหนังสือดังกล่าว

ควรมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ เพราะน่าจะมีวุฒิภาวะทางความคิดอารมณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเองได้แล้ว

กรณีผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือการบาดเจ็บที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนกลายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายในที่สุด เช่น ผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็ง โรคเอดส์ หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ สามารถทำหนังสือแสดงเจนาได้เช่นกัน แต่จะต้องให้พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือญาติที่เป็นดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับเด็กด้วยเสมอ

## การทำหนังสือแสดงเจตนามีกี่รูปแบบ

กฎหมายไม่ได้กำหนดบังคับรูปแบบการทำหนังสือไว้ จึงทำหนังสือได้หลายวิธีการ เช่น

1. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือผู้ป่วยเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตัวเอง
2. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนหนังสือได้ สามารถให้ผู้อื่นเขียนแทนได้ แล้วลงลายมือชื่อหรือพิมพ์นิ้วหัวแม่มือของผู้ป่วย และควรมีชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วย เช่น การแจ้งโดยวาจาต่อแพทย์ พยาบาล หรือญาติผู้ป่วย

## เราจะทำหนังสือแสดงเจตนานี้ได้ที่ใด หรือต้องติดต่อใคร

ทุกคนสามารถทำหนังสือแสดงเจตนานี้ได้ด้วยตนเอง ถ้าผู้นั้นมีความรู้หรือได้รับคำแนะนำจากผู้ที่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ดี บุคคลทั่วไปควรขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องนี้ หรือแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วย



## การทำหนังสือแสดงเจตนาต้องมีพยานรู้เห็นด้วยหรือไม่

กฎหมายไม่ได้กำหนดให้ต้องมีพยานรู้เห็นในการทำหนังสือแสดงเจตนา แต่ก็ควรมีพยานที่รู้เห็นอย่างน้อย 2 คน ซึ่งจะเป็นบุคคลใดก็ได้ที่เราไว้วางใจ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิด

## ถ้าผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจนาไม่รู้สึกตัว ใครจะทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจเพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามความประสงค์ของผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยบุคคลใกล้ชิดจะหารือกับแพทย์ในการตัดสินใจร่วมกัน

## หนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาเกี่ยวกับทรัพย์สินของผู้ป่วยหรือไม่

หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพย์สิน เงินทอง หรือการทำพินัยกรรมให้แก่ทายาทของผู้ป่วยแต่อย่างใดและไม่ควรระบุเรื่องนี้ไว้ในหนังสือแสดงเจตนา ผู้ป่วยที่ต้องการทำพินัยกรรมควรทำเป็นเอกสารต่างหาก หรือปรึกษากับผู้มีความรู้ในเรื่องนี้

## หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข สามารถแก้ไขหรือยกเลิกได้หรือไม่

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนหนังสือแสดงเจตนาได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือผู้ป่วยควรแจ้งให้คนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษาทราบโดยไม่ชักช้า

### การเก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรเก็บรักษาหนังสือไว้เอง และมอบสำเนาหนังสือให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัว ญาติ บุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ แพทย์ พยาบาลที่เคยให้การรักษา พยาน (ถ้ามี) ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือ (ถ้ามี)

### กรณีที่มีการให้การรักษาบางอย่างไปก่อนหน้าแล้ว โดยขัดต่อเจตนาของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลควรดำเนินการอย่างไร

กฎหมายกำหนดให้แพทย์ พยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถระงับการให้บริการนั้นได้ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้ โดยบุคคลใกล้ชิดหรือญาติร้องขอ โดยไม่ขัดต่อกฎหมายหรือจริยธรรมแต่อย่างใด เช่น ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ, ยุติการให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง หรือยุติการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด เป็นต้น

### เมื่อแพทย์ พยาบาลปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 แล้ว จะมีผลทางกฎหมายอย่างไร

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือตามความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 คุ้มครองแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข มิให้ถือว่าการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนานั้นเป็นความผิดทางอาญา เพราะเป็นเรื่องที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรือจริยธรรมแต่อย่างใด แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะต้องถูกฟ้องร้องเป็นคดีความ



### ถ้าผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 แล้ว จะมีผลทางกฎหมายอย่างไร

กฎหมายมิได้กำหนดโทษของผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้ และหากเป็นการดำเนินการด้วยเจตนาดีก็ไม่เป็นความผิดตามกฎหมาย แต่ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิปฏิเสธค่าบริการและค่าใช้จ่ายใดๆ เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยต่อโรงพยาบาล (สถานพยาบาล) ที่ขัดต่อเจตนาของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาได้ตามกฎหมายทั่วไป

### กรณีผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่คนในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดไม่เห็นด้วยกับการทำหนังสือดังกล่าว แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องควรปฏิบัติเช่นไร

แพทย์หรือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วย จะต้องเคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้ทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไว้ กล่าวคือจะต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย คนในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดไม่สามารถยกเลิกหรือแก้ไขหนังสือแสดงเจตนาโดยไม่ได้รับความยินยอมของผู้ป่วย

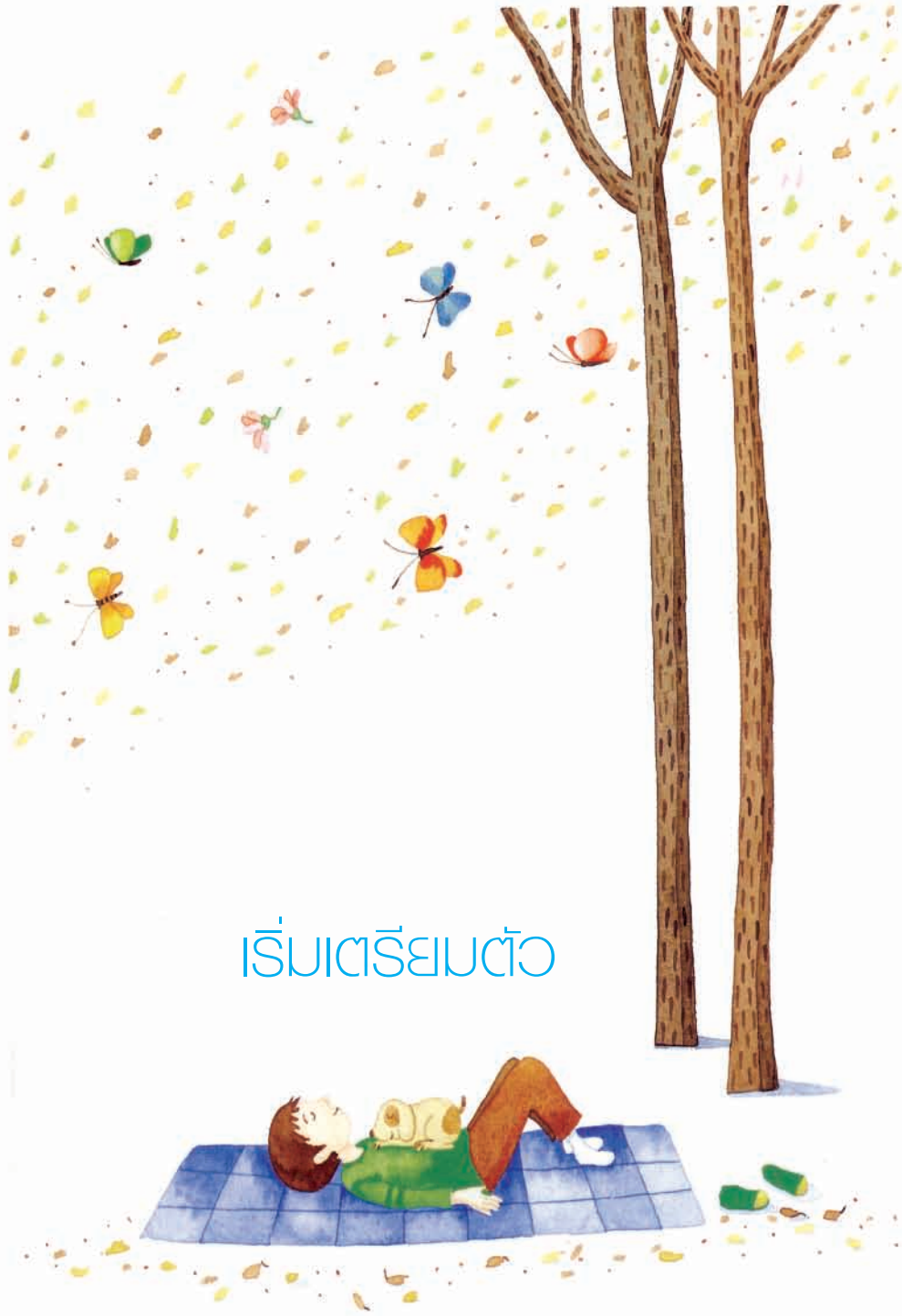
### ในกรณีผู้ป่วยมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แพทย์ควรดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างไร

กรณีที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ไว้ และผู้ป่วยอยู่ในสภาพหมดสติหรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ แพทย์ควรทำการรักษาตามแนวทางที่ญาติหรือคนใกล้ชิดเห็นชอบร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

**พินัยกรรมชีวิตต่างจากหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ หนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาเกี่ยวกับทรัพย์สินของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร**

คำว่า "พินัยกรรมชีวิต" เป็นคำเรียกติดปากคนทั่วไป แปลมาจากภาษาอังกฤษคำว่า "living will" ซึ่งก็คือ "หนังสือแสดงเจตนา" ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 นั่นเอง แต่คำว่าพินัยกรรมชีวิตจึงเป็นคำแปลที่ไม่ถูกต้องตามความหมายแท้จริง คำว่า "will" ในที่นี้หมายถึง ความปรารถ, ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือกของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือผู้ป่วย ไม่ได้หมายถึงพินัยกรรม คำว่า "พินัยกรรม" หมายถึง การแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อกำหนดเรื่องทรัพย์สินหรือเรื่องอื่นๆ ที่ผู้ทำพินัยกรรมประสงค์จะเกิดผลทางกฎหมายภายหลังจากที่ผู้ทำพินัยกรรมเสียชีวิต (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1646)

ดังนั้น หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 จึงไม่เกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สิน เงินทอง หรือการทำพินัยกรรมให้แก่ทายาทของผู้ป่วยแต่อย่างใด และไม่ควรระบุเรื่องนี้ไว้ในหนังสือแสดงเจตนา ผู้ป่วยที่ต้องการทำพินัยกรรมควรทำเป็นเอกสารต่างหาก หรือปรึกษากับผู้มีความรู้ในเรื่องนี้



# เริ่มเตรียมตัว

“การตายเป็นหน้าที่ของสังขาร
อย่างไม่มีทางเปลี่ยนแปลงแก้ไข
นอกจากการต้อนรับกันให้ถูกวิธี”

*พุทธทาสภิกขุ*
จากหนังสือ *ปัจฉิมอาพาธ พุทธทาสมหาเถระ*

# คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา และวิธีปฏิบัติเบื้องต้น

## คำแนะนำสำหรับผู้ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

1. ผู้ทำหนังสือจะต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความเข้าใจในเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา โดยควรขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ในเรื่องนี้ในการกรอกข้อมูล รายละเอียดต่าง ๆ โดยผู้ทำหนังสือสามารถเขียนหรือพิมพ์หนังสือด้วยตนเอง หรือใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาล [1]

กรณีที่เขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถพูดสื่อสารกับคนอื่น เพื่อบอกความประสงค์ของตนเองได้ โดยให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทน แล้วให้ผู้ทำหนังสือลงชื่อหรือพิมพ์นิ้วหัวแม่มือต่อหน้าพยาน ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว คนใกล้ชิดที่ไว้วางใจก็ได้

[1] สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล สามารถจัดทำแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาไว้เองได้ (กรุณาดู ตัวอย่างแบบฟอร์ม)

2. กฎหมายไม่ได้กำหนดอายุของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่ควรเป็นผู้ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ เพราะมีวุฒิภาวะในการตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว

กรณีเด็กหรือผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะคือ มีอายุยังไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้ง) โดยแพทย์พยาบาลจะต้องให้ข้อมูล และอธิบายแนวทางการรักษาให้ผู้ปกครองเด็กหรือผู้เยาว์ และอาจต้องมีการวิเคราะห์สภาพจิต อารมณ์ในขณะนั้น และให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้

3. ทุกคนสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาในขณะที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ก็ได้ แต่ผู้ที่เหมาะสมคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตตามการวินิจฉัยของแพทย์ การกรอกเนื้อหาในหนังสือที่รายละเอียดบางประการ ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

4. การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาอย่างน้อย 2 คน เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือคนใกล้ชิด ก็สามารถเป็นพยานได้ เพื่อยืนยันความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ รวมถึงเนื้อหาของหนังสือดังกล่าว

5. เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาจะระบุวิธีการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการหรือไม่ต้องการไว้ เช่น เมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ไม่ต้องการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ต้องการถูกปั๊มหัวใจ แต่ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบ หรือต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางคนในครอบครัว เป็นต้น

เนื้อหาในหนังสือจะไม่ระบุเรื่องทรัพย์สิน การทำพินัยกรรม หรือการจัดการเรื่องมรดกของผู้ทำหนังสือ เพราะควรจัดทำเป็นเอกสารต่างหากออกไป โดยขอคำแนะนำจากผู้มีความรู้ทางกฎหมาย

6. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ 1 ฉบับให้แก่ญาติ คนในครอบครัว พยาน หรือแพทย์ที่เคยทำการรักษาพยาบาลตนเอง เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

7. เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยหรือญาตินำหนังสือแสดงเจตนาหรือสำเนาหนังสือมาแสดงต่อแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้า

ในกรณีที่ไม่ได้นำหนังสือแสดงเจตนาหรือสำเนามาด้วย ญาติหรือผู้ป่วยควรแจ้งยืนยันต่อแพทย์ พยาบาลว่า ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 และให้นำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงในภายหลัง

8. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหมดสติหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ บุคคลที่ใกล้ชิดที่ผู้ทำหนังสือฯ ไว้วางใจให้ตัดสินใจแทน

ควรปรึกษาหารือกับแพทย์ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ดี จะต้องเป็นการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความประสงค์ของผู้ป่วยที่ทำหนังสือ

9. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือแก้ไขปรับปรุงหนังสือได้ทุกเมื่อ หรือถ้าทำหนังสือไว้นานหลายปีแล้ว ก็ควรขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการปรับปรุง และควรแจ้งให้พยานหรือบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบในเรื่องนี้โดยไม่ชักช้า

## คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัว ญาติ บุคคลใกล้ชิด

เมื่อผู้ป่วยที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ หรือเคยแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (สถานพยาบาล) บุคคลที่ใกล้ชิด ญาติ สมาชิกในครอบครัว ควรปฏิบัติดังนี้

1. เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ให้ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดแจ้งเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา หรือความประสงค์ของผู้ป่วยต่อแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2. ควรปรึกษาหารือกับแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และกรณีที่ญาติ คนในครอบครัวผู้ป่วยมีความเห็นแตกต่างกัน ควรหาข้อยุติที่ตรงกันโดยเร็วและคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ



3. กรณีมีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของแพทย์ ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วย ญาติ บุคคลใกล้ชิดควรปรึกษาหารือกับแพทย์ที่ให้การรักษา

4. ผู้ใกล้ชิด ญาติ สมาชิกในครอบครัวควรพูดให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เสมอ ควรให้อภัยในเรื่องที่เคยผิดใจกัน ไม่ควรตำหนิหรือพูดจาให้เสียกำลังใจ เพราะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวยังอาจได้ยินคำพูดของคนรอบข้าง

5. ในกรณีที่ทราบว่าแพทย์ปฏิเสธที่จะไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา ก็สามารถแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ เพื่อขอเปลี่ยนวิธีการรักษา เปลี่ยนแพทย์ หรือขอย้ายโรงพยาบาล

6. ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิปฏิเสธการชำระค่าบริการและค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วย เฉพาะส่วนที่ขัดต่อหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนได้

# ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข *

**(ตาม ร่างกฎกระทรวง**
**กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ**
**ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**
**ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต**
**หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ....)**

วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) ..... อายุ.....ปี
บัตรประชาชนเลขที่ .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
เบอร์โทรศัพท์ ..... เบอร์ที่ทำงาน .....

---

* พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มิได้บังคับเรื่องแบบฟอร์มในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 จึงสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของตัวอย่างหนังสือฯ ได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า

☐ เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ

☐ เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการถอดท่อช่วยหายใจ

☐ 2. การใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งหยุดเครื่องช่วยหายใจ (กรณีใส่ไว้แล้ว)

☐ 3. การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง รวมทั้งถอดสายยาง

☐ 4. การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)

☐ 5. การกระตุ้นระบบไหลเวียน

☐ 6. ขบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด

☐ 7. การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ

☐ 8. .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดบริการประเภทดังกล่าวด้วย



ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลรักษาด้วยการดูแลรักษา เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน โดยขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)

.....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล) ..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาลในครั้งแรก

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

**พยานคนที่ 1**

ชื่อ-นามสกุล .....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... เบอร์ที่ทำงาน .....

**พยานคนที่ 2**

ชื่อ-นามสกุล .....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... เบอร์ที่ทำงาน .....

**บุคคลใกล้ชิด** (ได้แก่คนใดคนหนึ่งในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภริยา บุตร พี่ น้อง หรือเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด เช่น เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือ หรือผู้ที่อยู่กินฉันท์สามีภริยา เป็นต้น)

ชื่อ-นามสกุล .....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... เบอร์ที่ทำงาน .....

# แนวปฏิบัติของสถานพยาบาล เพื่อปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข [1]

## ความเป็นมาและความสำคัญ

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เรียกว่า "living will" หรือ "advance directives/decision" มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถปฏิเสธการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพฟื้นไม่ได้ตายไม่ลง มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคบางโรคในระยะยาวโดยไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักลงเรื่อย ๆ การรักษาบางวิธีการอาจเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น

[1] ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่ระหว่างพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

หรือไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากโดยไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ นอกจากนั้น ยังเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม อย่างไรก็ดี แพทย์ พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนานี้ มิได้ละทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด ยังให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อระงับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12[2] วรรคสอง บัญญัติให้มีการออกกฎกระทรวงตามวรรคหนึ่ง เพื่อวางหลักเกณฑ์และวิธีการทำหนังสือแสดงเจตนา**ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้** ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการรับฟังความเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อร่างกฎกระทรวง ในร่างกฎกระทรวงข้อ 4 กำหนดให้สถานพยาบาลอาจกำหนดแนวปฏิบัติหรือระเบียบภายใน เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้สะดวก จึงได้จัดทำตัวอย่างแนวปฏิบัติในเรื่องนี้ เพื่อให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งดำเนินการปรับใช้ตามความเหมาะสม

---

[2] "มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"



## นโยบายของสถานพยาบาล

1. สถานพยาบาลแต่ละแห่งควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ให้แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

2. ควรให้ข้อมูล คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แก่ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่า อาจถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง รวมถึงแจ้งให้ญาติ คนใกล้ชิดของผู้ป่วยทราบ

3. ควรจัดเตรียมแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาของสถานพยาบาลและเอกสารเผยแพร่ความรู้

## ขั้นตอนการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลควรสอบถามว่า ผู้ป่วยเคยทำหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ และปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

*1.1 กรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยทำหนังสือแสดงเจตนา*

- ควรพิจารณาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่า อาจถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง และให้คำนึงถึงช่วงเวลา จังหวะ บรรยากาศที่เหมาะสมในการพูดคุยเรื่องนี้
- อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติโดยสังเขปให้แก่ผู้ป่วย คนในครอบครัว

และคนใกล้ชิดทราบ และสอบถามความประสงค์ในการทำหนังสือนี้

- ถ้าผู้ป่วยมีความสนใจที่จะทำหนังสือดังกล่าว และมีสติ-สัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ ก็ให้อธิบายถึงข้อดี ข้อเสีย ความจำเป็นในการทำหนังสือแสดงเจตนา
- แพทย์ควรให้ข้อมูลทางเลือกในการรักษาต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับการรักษาที่มุ่งยื้อชีวิตหรือยืดการตายในวาระสุดท้าย รวมทั้งให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายต่างๆ โดยประมาณ
- ให้คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาตามแบบฟอร์มที่สถานพยาบาลจัดเตรียมไว้ โดยอาจใช้แบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเผยแพร่เป็นตัวอย่าง (กรุณาดู ตัวอย่างแบบฟอร์มในหนังสือเล่มนี้)

*1.2 กรณีที่ผู้ป่วยที่มีหนังสือแสดงเจตนามาแสดง*

- พิจารณาเนื้อหาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือญาติ หากได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่แน่ใจเรื่องเอกสาร เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลมีดุลพินิจพิจารณาความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา โดยควรติดต่อบุคคลที่มีชื่อระบุในหนังสือแสดงเจตนา ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดที่ได้รับมอบหมายให้ตัดสินใจตามความประสงค์ของผู้ป่วย (ถ้ามี) พยาน หรือญาติผู้ป่วย
- แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพทุกคน มีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้นที่จำเป็น ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติดีอยู่ให้ขอคำยืนยันความประสงค์ที่จะให้ปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวอีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวก็ให้ปฏิบัติตามรายละเอียดในหนังสือแสดงเจตนา
- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแล้ว ให้จัดเก็บหนังสือดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย ตลอดเวลาที่รักษาตัวอยู่ หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทราบทั่วกัน และปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนานั้น วิธีปฏิบัติในการเก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาในกรณีอื่นๆ มีดังนี้
  - ก) หากผู้ป่วยถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานพยาบาลอื่น หรือถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก็ให้คืนหนังสือแสดงเจตนานั้นแก่ผู้ป่วยหรือญาติ และควรประสานงาน แจ้งเรื่องดังกล่าวแก่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวต่อไป
  - ข) กรณีที่ผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลหลายครั้ง ก็ควรขออนุญาตผู้ป่วยจัดเก็บสำเนาหนังสือแสดงเจตนาที่มีการรับรองความถูกต้องไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
  - ค) ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตลง ให้เก็บหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวหรือสำเนาเอกสารไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

2. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ เช่น หนังสือแสดงเจตนาได้ทำไว้เป็นเวลานานหลายปี หรือไม่ครอบคลุมวิธีการรักษาในปัจจุบัน แพทย์ควรปรึกษาหารือกับผู้ป่วย

(กรณีที่ยังมีสติดีอยู่) หรือบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมอบหมายให้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องนี้ หรือปรึกษาญาติผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีการระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดที่มีอำนาจตัดสินใจ เช่น สามี ภริยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ

3. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานของสถานพยาบาล เพื่อทำหน้าที่พิจารณากำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติต่างๆ ของสถานพยาบาล รวมทั้งการหาข้อยุติในกรณีต่างๆ

4. กรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวมารักษาในสถานพยาบาลจนกระทั่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ภายหลังทราบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำให้ยืดการตายออกไป ให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลดำเนินการยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย

5. กรณีเด็กหรือผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะคือ มีอายุยังไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้ง) โดยแพทย์พยาบาลจะต้องให้ข้อมูล และอธิบายแนวทางการรักษาให้ผู้ปกครองเด็กหรือผู้เยาว์ และอาจต้องมีการวิเคราะห์สภาพจิต อารมณ์ในขณะนั้น และให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้

# หนังสือแสดงเจตนาฯ
# ของ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**
**ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550**

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
22 พฤษภาคม พ.ศ.2551

ข้าพเจ้า ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
ปัจจุบันอายุ 75 ปี 3 เดือน 4 วัน
ขณะทำหนังสือฉบับนี้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีร่างกายแข็งแรงเหมาะสมกับวัย ไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงใดๆ ต้องการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต่อไปนี้

1. เมื่อข้าพเจ้ามีวัยชรามากขึ้น สภาพร่างกายเสื่อมโทรมถึงขนาดสมองทำงานไม่ปกติ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) และเมื่อข้าพเจ้าไม่สามารถเข้าใจสภาพความเป็นจริงของชีวิต ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลใดได้ ไม่รู้จักกาลเวลา สถานที่ และ

บุคคล หากข้าพเจ้าไม่สามารถจะรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยืดชีวิตของข้าพเจ้าออกไปเท่านั้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือด การให้ออกซิเจน การใส่เครื่องช่วยหายใจเทียม รวมทั้งการรักษาด้วยเทคโนโลยีอื่นใดที่เพื่อจะยืดชีวิตของข้าพเจ้าให้ยังคงอยู่ต่อไป โดยที่สภาวะของความเสื่อมทางสมองไม่สามารถฟื้นคืนเป็นปกติได้

2. เมื่อข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุ ที่ทำให้ข้าพเจ้าต้องเป็นอัมพาตถาวรทั้งแขน 2 ข้าง และขา 2 ข้าง และไม่ว่าข้าพเจ้าจะยังมีสติสัมปชัญญะอยู่หรือไม่ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อชะลอการเสียชีวิตของข้าพเจ้าออกไปเท่านั้นตามข้อ 1 โดยสิ้นเชิง

3. เมื่อข้าพเจ้าหมดสติลงไปโดยกะทันหัน ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่า การหมดสติเกิดจาก พยาธิสภาพที่อยู่ในเนื้อสมอง ซึ่งไม่อาจจะรักษาให้กลับเป็นปกติได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา โดยการผ่าตัดเพื่อนำพยาธิสภาพในสมองออก และการรักษาอื่นใดเพื่อที่จะชะลอการเสียชีวิตของข้าพเจ้าออกไปเท่านั้นตามข้อ 1 โดยสิ้นเชิง

4. เมื่อข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายจนเป็นปกติได้ เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น เมื่อร่างกายของข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรับรู้ใดๆ ได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาใดๆ เพื่อที่จะชะลอการเสียชีวิตของข้าพเจ้าออกไปเท่านั้นตามข้อ 1 โดยสิ้นเชิง



การรักษาดังกล่าวในข้อ 1 เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของข้าพเจ้าออกไปเท่านั้น แต่จะทำให้ชีวิตในขณะนั้นไม่สมบูรณ์ ปราศจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งข้าพเจ้าไม่ต้องการ

พร้อมการแสดงเจตนานี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ผู้แสดงเจตนา ..... ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

# หนังสือแสดงเจตนาฯ
# ของ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**
**ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550**

61/76 เสนานิเวศน์ 2 จระเข้บัว
ลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

1 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง แสดงเจตนารมณ์ปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
เรียน แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่เคารพ

1. ในขณะที่เขียนหนังสือแสดงเจตนารมณ์นี้ ผมมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติดีทุกประการ โดยมีญาติของผมเป็นพยาน

2. ผมขอใช้สิทธิตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยขอยืนยันสิทธิของผม ดังนี้

2.1. ในกรณีที่ผมป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม จนตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หายกลับมามีชีวิตได้อีก และผมไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาเกี่ยวกับแผนการรักษาของผมได้แล้ว

หากหัวใจผมหยุดเต้น ผมขอไม่รับการกระตุ้นหัวใจด้วยวิธีการต่างๆ

หากการหายใจของผมล้มเหลวลง ผมขอไม่รับการเจาะคอหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผมขอรับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน ไม่ขอรับการรักษาหรือรับหัตถการใดที่จะยืดการตายของผมออกไปโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผมเสียชีวิตไปโดยธรรมชาติ

2.2. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงความจำนงนี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผมไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ขอให้ภรรยาของผม (นางวงเดือน จินดาวัฒนะ) และบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ร่วมพิจารณากับแพทย์เจ้าของไข้ และให้ดำเนินการไปตามนั้นได้

3. ผมขอขอบคุณแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ให้การดูแลผมด้วยความเมตตากรุณาและให้ความเคารพสิทธิของผมเป็นอย่างดี ขอให้ทุกท่านมีความเจริญและมีความสุข

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้แสดงเจตนารมณ์

ลงชื่อ.....

(นางวงเดือน จินดาวัฒนะ)

ภรรยา - พยาน

ลงชื่อ.....

(ทพญ.ประทุม จินดาวัฒนะ)

พี่สาว - พยาน

# ภาคผนวก

# คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ของแพทยสมาคมโลก *

**(The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”))**

## ก. บทนำ

1. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อ หรือเป็นคำกล่าวต่อหน้าบุคคลที่เป็นพยานซึ่งได้บันทึกตามความต้องการของเขาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ที่เขาประสงค์หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษา เมื่อบุคคลผู้นั้นไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ในขณะนั้น

2. ประเภทของเอกสารข้างต้นจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (เช่น “Living Will” หรือ “Biological Will”) การยอมรับและสถานะทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าวอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ศาสนาและปัจจัยอื่นๆ

---

* ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมแพทยสภาโลก ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ค.ศ.2003

3. บุคคลส่วนใหญ่ที่ได้ทำเอกสารดังกล่าวมักจะกังวลถึงการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาการรักษาออกไป จนถึงภาวะที่ชี้ชัดว่าร่างกายและจิตใจของเขาเสื่อมสลายไปจนไม่อาจคืนสู่ปกติได้แล้ว

4. ปฏิญญาลิสบอนเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกระบุว่า "กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และ ไม่อาจมีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย แต่มีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมไว้แล้ว นอกจากเป็นที่ประจักษ์ชัดและปราศจากข้อสงสัยใดๆ ว่าขัดต่อเจตนาเดิมของผู้ป่วยที่ชัดแจ้งว่าผู้ป่วยจะไม่ให้ความยินยอมในการยอมรับการรักษาในลักษณะนั้น"

## ข. ข้อเสนอแนะ

5. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าที่เหมาะสมควรได้รับการยอมรับและปฏิบัติตาม เว้นแต่จะมีเหตุผลเหมาะสมที่สนับสนุนว่า เอกสารนั้นไม่มีผล เพราะมิใช่เจตจำนงของผู้ป่วยในขณะนั้น หรือความเข้าใจของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ในขณะเวลาทำเอกสารดังกล่าว หากเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าขัดต่อความคิดเห็นของแพทย์ ควรมีการกำหนดให้โอนการดูแลผู้ป่วยไปยังแพทย์อื่นที่ผู้ป่วยยินยอมได้

6. ในกรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจ ความมีผลทางกฎหมายของเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อยุติในการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของผู้ป่วยในเรื่องนั้นๆ และควรจะขอคำแนะนำจากแพทย์อื่นอย่างน้อย 1 คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ สมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย(ผู้แทนโดยชอบธรรม) ที่ลงนามในเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ต้องได้รับความเชื่อถือและประสงค์ที่จะเป็นพยานในศาล เพื่อยืนยันความตั้งใจของผู้ลงลายมือชื่อตามเอกสารดังกล่าว แพทย์ควรพิจารณาถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

7. ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ทบทวนเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นระยะๆ

8. หากมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่ทราบตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

# คำประกาศของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับ “การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต”*

**(World Medical Association Declaration on Terminal Illness)**

แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
และไพศาล ลิ้มสถิตย์

## บทนำ

1. เมื่อกล่าวถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องยูธานาเซียและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายย่อมเกิดขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ แพทยสมาคมโลกประณามว่าทั้งยูธานาเซียและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรม จึงเป็นที่

* ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทย์โลก ครั้งที่ 35 ณ เมืองเวนิช ประเทศอิตาลี เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ.1983 และปรับปรุงโดยที่ประชุมสมัชชาแพทย์โลก ณ เมืองพิลาเนสเบิร์ก ประเทศแอฟริกาใต้ เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ. 2006



เข้าใจว่านโยบายของแพทยสมาคมโลกในเรื่องดังกล่าวจะนำไปใช้กับคำประกาศเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตนี้ด้วย

## อารัมภบท

2. กรณีแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า สุขภาพผู้ป่วยไม่มีความหวังว่าจะสามารถฟื้นคืนดีได้ และผู้ป่วยมิอาจหลีกเลี่ยงความตายได้ แพทย์และผู้ป่วยมักจะประสบกับกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ช่วยเพิ่มความสามารถของแพทย์ที่จะนำประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมาพูดคุยกัน อย่างไรก็ตาม ในขอบเขตของการแพทย์ที่ผ่านมายังไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องนี้นักทั้งๆ ที่ควรจะสนใจกัน ในขณะที่ความสำคัญของการวิจัยเพื่อรักษาโรคก็ควรอยู่ในลำดับต้นๆ แต่ก็ควรให้ความสนใจในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองและการเพิ่มความสามารถของแพทย์ในการประเมินและพิจารณาองค์ประกอบอาการของโรค ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการแพทย์และด้านจิตวิทยาในการป่วยระยะสุดท้าย ต้องยอมรับว่าคนกำลังจะตายนั้นถือเป็นส่วนสำคัญของชีวิต ในหลายประเทศมีแรงกดดันของสาธารณชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและการทำยูธานาเซียให้เป็นที่ยอมรับกันว่าเสมือนเป็นทางเลือกในการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น กฎเกณฑ์ทางจริยธรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

3. แพทยสมาคมโลกยอมรับว่า ทัศนคติและความเชื่อเรื่องความตายและกระบวนการตาย มีความแตกต่างกันมากในวัฒนธรรมและศาสนาต่างๆ นอกจากนี้ แนวทางการดูแลแบบประคับประคองและกระบวนการยืดชีวิตจะต้องอาศัยเทคโนโลยีและ/หรือแหล่งเงินทุน ซึ่งในบางแห่งอาจจะไม่มีความพร้อมในเรื่องเหล่านี้ ในการรักษาทางการแพทย์ต่อกรณีการป่วยระยะสุดท้ายจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญเหล่านี้ และความพยายามที่จะพัฒนารายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติว่าด้วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั่วไปนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้และไม่เกิดขึ้น ดังนั้น แพทยสมาคมโลกจึงได้เสนอหลักการสำคัญ เพื่อช่วยให้แพทย์และแพทยสมาคมของแต่ละประเทศในการตัดสินใจปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังต่อไปนี้

## หลักการ

4. หน้าที่ของแพทย์คือการเยียวยาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ และเพื่อคุ้มครองประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย จึงไม่มีข้อยกเว้นสำหรับหลักการข้อนี้แม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม

5. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรับผิดชอบสำคัญของแพทย์คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดด้วยการควบคุมอาการต่างๆ และคำนึงถึงความต้องการทางจิตใจและสังคม และจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี แพทย์ควรแจ้งให้ผู้ป่วย



ทราบถึง ความเป็นไปได้ ประโยชน์และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลแบบประคับประคอง

6. สิทธิของผู้ป่วยที่มีอิสระในการตัดสินใจจะต้องได้รับการเคารพเกี่ยวกับการตัดสินใจใน วาระสุดท้ายของชีวิตตน รวมถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาและสิทธิในการเรียกร้องให้ใช้วิธีแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นอันเป็นผลจากกระบวนการตาย อย่างไรก็ตาม ห้ามมิให้แพทย์ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายซึ่งขัดต่อจริยธรรม รวมถึงห้ามการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองใดๆ ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับ (ตามความเห็นของแพทย์) ไม่คุ้มค่ากับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

7. แพทย์จะต้องไม่ใช้วิธีการใดๆ ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

8. แพทย์จะต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในการจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งอธิบายถึงความปรารถนาในการดูแลในกรณีที่ (ผู้ป่วย) ไม่สามารถสื่อสารได้และการมอบหมายให้ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนในกรณีที่มิได้ระบุไว้ในเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ควรหารือถึงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแทรกแซงเพื่อยืดชีวิตออกไป เช่นเดียวกันกับการดูแลแบบประคับประคองที่มีผลถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในกรณีที่เป็นไปได้ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยควรอยู่ร่วมในการหารือสนทนาดังกล่าวด้วย

9. แพทย์ควรพยายามทำความเข้าใจและคำนึงถึงความต้องการทางจิตสังคมของผู้ป่วยของตน โดยเฉพาะในกรณีที่สิ่งเหล่านี้มีเกี่ยว

เนื่องโดยตรงกับอาการทางกายภาพของผู้ป่วย แพทย์ควรพยายามเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการกับความตื่นตระหนก, ความกลัว และความเศร้าโศรกเสียใจในการป่วยระยะสุดท้าย

10. การจัดการทางคลินิกในเรื่องความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในการลดความทุกข์ทรมาน แพทย์และแพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรสนับสนุนการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติที่ดีและวิธีการรักษาที่ทันสมัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน แพทย์ควรที่จะสามารถใช้การจัดการกับความปวดขั้นรุนแรงอย่างเหมาะสม โดยปราศจากความกลัวว่าจะทำผิดกฎเกณฑ์หรือได้รับผลกระทบด้านกฎหมาย

11. แพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรผลักดันให้รัฐบาลและสถาบันวิจัยต่างๆ ลงทุนด้านทรัพยากรต่างๆ ในการพัฒนาการรักษาพยาบาล เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ควรมีการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีหลักสูตรดังกล่าว ก็ควรพิจารณาพัฒนาการฝึกอบรมด้านการประคับประคองเป็นสาขาเฉพาะทาง

12. แพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรหารือเพื่อพัฒนาเครือข่ายสถาบันและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อที่จะติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือ



13. ในกรณีที่อวัยวะของผู้ป่วยยุติการทำงานจนไม่สามารถทำงานเป็นปกติได้ แพทย์อาจใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เท่าที่มีความจำเป็นเพื่อช่วยรักษาอวัยวะให้ทำงานต่อไปเพื่อประโยชน์ในการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ แพทย์จะต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมที่ออกตามปฏิญญาซิดนีย์ว่าด้วยเกณฑ์การพิจารณาเรื่องการตายและการฟื้นฟูอวัยวะของ แพทยสมาคมโลก

# ร่วมคิด ร่างความเห็น

หน้านี้ เปิดกว้างให้ทุกท่านที่สนใจร่วมแสดงทัศนะและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในทุกมิติ เช่น มุมมองทางการแพทย์ การบริการสาธารณสุข การเยียวยาทางจิตใจ สังคม หรือประเด็นทางกฎหมาย รวมทั้งการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสบการณ์ของท่านในเรื่องนี้จะมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงานของท่านในฐานะแพทย์ พยาบาล บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำงานในสถานพยาบาล หรือผู้ที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงญาติผู้ป่วย

ทุกเสียงสะท้อน ทุกความคิดเห็น ย่อมเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในวงกว้าง กรุณาส่งความเห็นของท่านทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้ (หรือใส่ซองบริการธุรกิจตอบรับ ถ้ามีแนบมา) หรือที่เว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th

ผู้รับ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือสวนสุขภาพ (ถ.สาธารณสุข 6)
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000
วงเล็บมุมซองว่า **(ร่วมแสดงความคิดเห็น มาตรา 12)**

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....