

# ก่อนวันผลิตใบ

หนังสือแสดงเจตนาการจากไปให้วาระสุดท้าย

# ก่อนวันผลัดใบ

หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย

## คณะบรรณาธิการ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์                      นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ  
ศาสตราจารย์ แสง บุญเฉลิมวิภาส      ปิติพร จันทรรัตน์ ณ ออยุธยา  
และไพศาล ลิ้มสถิตย์

## ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2551	จำนวน 1,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2552	จำนวน 10,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3 พฤศจิกายน 2552	จำนวน 10,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4 พฤษภาคม 2554	จำนวน 2,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5 มิถุนายน 2554	จำนวน 3,000 เล่ม

เลขมาตรฐานสากล 978-974-466-551-5

## ผู้จัดพิมพ์

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

## ภาพประกอบ

พรนตร อร่ามมงคลวิชัย  
(ขอขอบพระคุณ คุณอนันท์ เจียรสดางค์ ที่เอื้อเพื่อลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)

## ศิลปิน

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์

## พิมพ์ที่

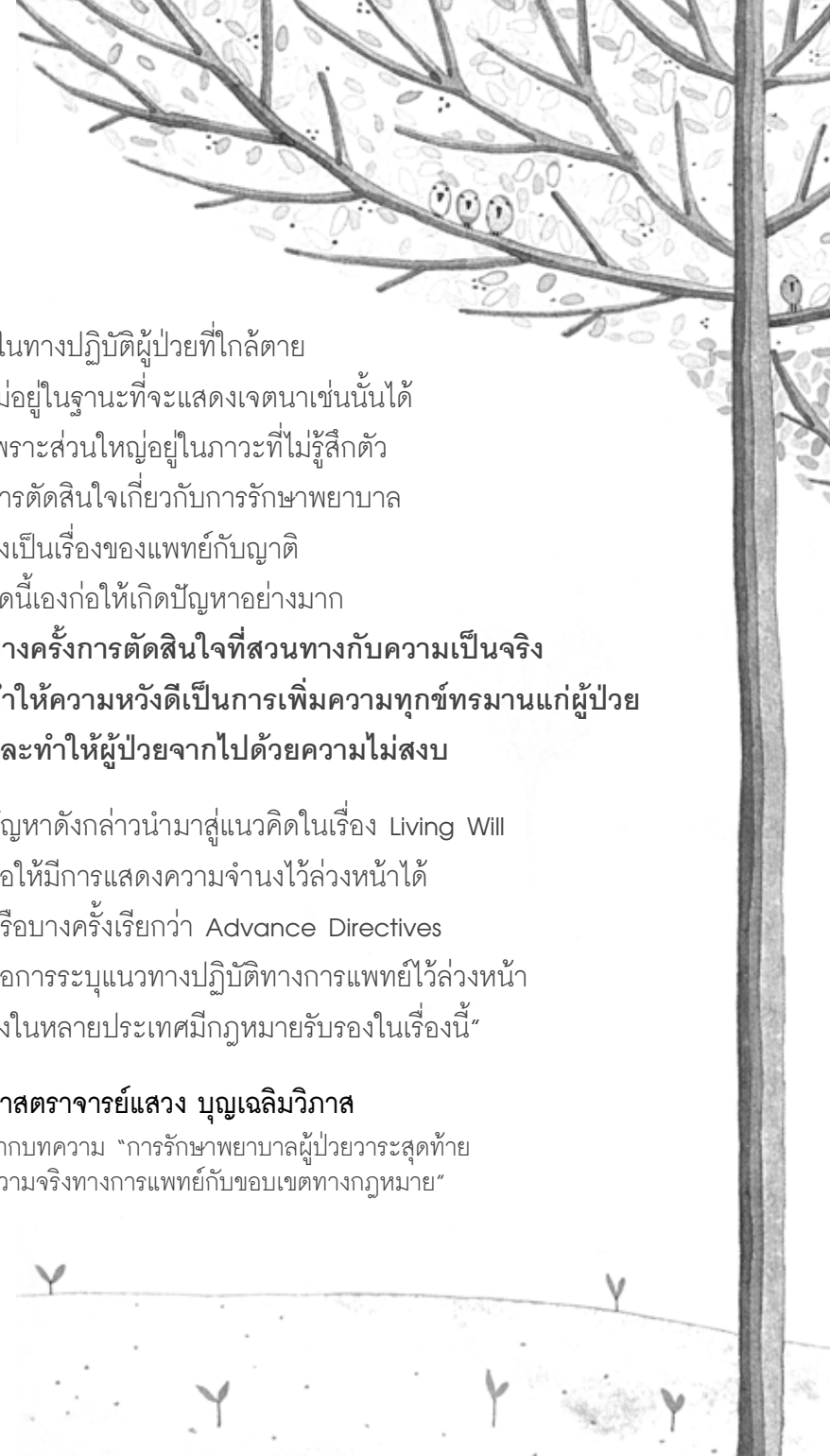
ทีคิวพี บจก. เลขที่ 685 ซ.ลาดพร้าว 71 ถ.ลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง  
เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-956-1937 080-599-6682

“ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ใกล้ตาย  
ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นนั้นได้  
เพราะส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว  
การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
จึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ  
จุดนี้เองก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก  
บางครั้งการตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริง  
ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย  
และทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ

ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวคิดในเรื่อง Living Will  
คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้  
หรือบางครั้งเรียกว่า Advance Directives  
คือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า  
ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้”

## ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส

จากบทความ “การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย  
ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย”



# คำนำ

## ในการพิมพ์ครั้งที่ 5



การแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักในโลกทุกวันนี้ พัฒนารับบนฐานความคิดและหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งมุ่งควบคุมและเอาชนะธรรมชาติ และพัฒนาจนเจริญก้าวหน้า สามารถเอาชนะโรคภัยต่างๆ ได้เป็นอันมาก แต่มีจุดอ่อนที่สำคัญสองประการคือ 1) มุ่งเน้นแต่มิติทางกายเป็นหลัก และ 2) มุ่งต่อสู้กับธรรมชาติจน “ถึงที่สุด” ทำให้เกิดการกระทำในลักษณะที่เป็น การ “หอบสังหารหนีความตาย” จนก่อให้เกิดปัญหามากมาย ทำให้การแพทย์ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อ “ช่วยเหลือ” เพื่อนมนุษย์ กลับกลายเป็นการสร้างปัญหาให้แก่มนุษย์ เพราะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยไม่เกิดประโยชน์ ซ้ำยังเป็นการละเมิดหรือทำลายศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้ไม่สามารถ “ตายอย่างสงบ” หรือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” (dying with dignity) และยังสร้างทั้งภาระและค่าใช้จ่ายอย่างมากมาย ทั้งแก่ผู้เฒ่าผู้แก่และผู้รับบริการเฒ่าผู้แก่ ในประเทศที่เจริญแล้วจึงมีความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าวนี้ด้วยการกำหนดให้ประชาชนมีสิทธิที่จะขอให้อยู่ติการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดการตาย หรือเพื่อยุติ

การทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต และให้ฝ่ายผู้เฒ่าผู้แก่สามารถตอบสนองเจตนาของมนุษย์คนไข้ได้โดยถูกต้องตามกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

ประเทศไทยซึ่งยึดการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์กระแสหลักก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกับประเทศเจริญแล้ว โดยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการกระทำที่ผิดกฎหมาย หากไม่ทำการรักษา “จนถึงที่สุด” ดังปรากฏจากการศึกษาวิจัยของศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมพบว่า มีผู้พิพากษาตุลาการจำนวนไม่น้อยมีทัศนคติว่า หากไม่ทำการรักษาจนถึงที่สุดแล้ว อาจเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น หรือความผิดฐานละเลยไม่ช่วยผู้ที่ตกอยู่ในอันตราย (ดูบทความเรื่อง “แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี” ของศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์)

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

สงบ” หรือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” โดยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย และสิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อยุติความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) สิทธิที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองต่อไปตามที่ควร สำหรับในด้านผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลดังกล่าวแล้ว “มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

หนังสือ “ก่อนวันผลัดใบ” เล่มนี้ ได้รวบรวมข้อเขียนทั้งที่สะท้อนปัญหา และความพยายามแก้ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ทั้งทางธรรมคือ “การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ” ของพระไพศาล วิสาโล เป็นต้น และทางโลกได้แก่ บทความเรื่อง “ความเข้าใจเกี่ยวกับวาระใกล้ตาย” ของ ศ.พญ.สุมาลี นิมนานันต์ “หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” ของ นพ.สถาพร ลีลานันทกิจ “Living Will : มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ของ ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ “ตายอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี” ของ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล “Palliative Care ในห้องฉุกเฉินกับดอกเห็ดในที่อับแสง” ของ ผศ.พญ.ยุวเรศมศรี สิทธิชาญบัญชา และ “สิทธิในการเลือกการรักษาและการได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายของชีวิต” ของ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นต้น บทความเหล่านี้ เขียนขึ้นก่อนที่สิทธิตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2554 แต่บทความเหล่านี้สามารถสร้างความเข้าใจในปัญหาและ

ก่อให้เกิดความคิดและแนวทางในการที่ทุกฝ่ายจะได้ช่วยกันทำให้บทบัญญัติของกฎหมายมาตรา 12 นี้ บังเกิดผลดีต่อการแก้ปัญหาและการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติมิตร เพื่อประโยชน์สุขของสังคมไทยสืบไป

หนังสือเล่มนี้ได้จัดพิมพ์เผยแพร่มาแล้ว 4 ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 5 ได้มีการแก้ไข ปรับปรุงและเพิ่มเติมเนื้อหาสาระบางประการ เพื่อให้ทันสมัยยิ่งขึ้น หวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องตามสมควร หากท่านผู้ใดมีข้อเสนอแนะ หรือติชมประการใด คณะผู้จัดทำยินดีมอบด้วยความขอบคุณ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์



## สารบัญ

### แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย

- ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย 15  
*ศ.พญ.สุมาลี นิมนานนิตย์*
- หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 25  
แบบประคับประคอง  
*นพ.สถาพร ลีลานันทกิจ*
- Living Will: มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 61  
*ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ*
- ตายอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี 71  
*นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล*
- Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน... 71  
กับดอกเห็ดในที่อับแสง  
*ผศ.พญ.ยุวเรศมศรี สิริทธิขานัญญา*

### การเยียวยาทางจิตใจและประเด็นทางจิตวิญญาณ

- การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ 85  
*พระไพศาล วิสาโล*
- การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นด้านจริยธรรม 107  
*รศ.สัิวลี ศิริโล*
- จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง "สิทธิที่จะตายดี" 121  
*อาจารย์ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์*

### สิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อการตายดี

- แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธ 131  
การรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี  
*ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์*
- หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 157  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต  
*ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส*
- Advance Care Planning and Living Will 169  
*ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว*





## สารบัญ

- สิทธิในการเลือกการรักษาและการได้รับการดูแล  
อย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต  
*รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล* 189
- แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม  
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12  
และตัวอย่างแนวปฏิบัติต่างประเทศ  
*ไพศาล ลิ้มสถิตย์* 197

### ภาคผนวก

- กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ  
ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ  
บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมาน  
จากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 243  
(ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก  
วันที่ 22 ตุลาคม 2553)

- เตรียมตัวทำหนังสือ 249
- ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา 2 แบบ 252
- ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบ  
ประคับประคอง (Palliative Care) 263
- คำแถลงเรื่อง “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า”  
ของแพทยสมาคมโลก 277  
(The World Medical Association Statement  
on Advance Directives “Living Wills”)
- คำประกาศของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับ  
“การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” 281  
(World Medical Association Declaration  
on Terminal Illness)





แนวทางการดูแลรักษา  
ผู้ป่วยไตวาย



## ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ \*



ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนเคยได้ยินได้ฟัง และเป็นสิ่งต้องเกิดขึ้นกับทุกคนไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อใดก็เมื่อนั้น แต่คนทั่วไปส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่สนใจและรู้จักว่าความตายคืออะไร หรือมีเช่นนั้นก็รู้จักจากความตายตามจริง หากแต่รู้จักตามภาพที่ตนเองจินตนาการขึ้น ซึ่งมักจะทำให้รู้สึกกลัวความตายมากขึ้น ท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวไว้ในเรื่อง *ความตายไม่มี?* ว่า “ความตายทั้งทางกายและทางวิญญาณ เป็นจุดรวมของความกลัวทุกชนิด” จึงไม่แปลกที่มนุษย์เกือบทุกคนกลัวความตาย ไม่อยากพูดถึง ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากให้มาเยือนตนเองหรือผู้คนที่แวดล้อมอยู่รอบตัว และไม่สนใจจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความตาย

---

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







ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลให้ความกลัวตายเพิ่มเป็นทวีคูณกับทั้งทำให้ตั้งอยู่บนความประมาท คิดว่าความตายยังอยู่ไกลตัว โดยพยายามผลักความตายให้ออกห่างตนเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้และไม่อยู่ในบังคับบัญชาของมนุษย์ แต่มนุษย์โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และคนป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใดและผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุดไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาค้ำให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น “การุณยฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ยุคปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมตามธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เป็นปัญหาระดับโลก จนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในบางประเทศว่าคนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าได้จะอย่างไร ถ้าไม่ได้จะอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นมีไม่แต่ในด้านกฎหมาย หรือด้านการแพทย์หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหาด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม

จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนืองๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าจะเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยผู้ใกล้ตายและแม้แต่ตนเองในที่ที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับความรู้ว่าอย่างไรคือการ “ตายดี” ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สนใจดังนี้

## คำห่่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษา สามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นและไม่เป็นประโยชน์ใด ๆ แก่ใครทั้งสิ้นโดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

- เมื่อใกล้ตาย ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่





- คนใกล้ตายจะเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้
- คนใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีย้อมทาริมฝีปาก สำหรับตาก็ให้หยอดน้ำตาเทียม
- คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกง่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น
- เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล
- การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้
- คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

## ด้านจิตใจ

โดยทั่วไปเมื่อกายป่วย ใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชีวิตก็ควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

## ความรู้เกี่ยวกับการตาย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ในยุคก่อนไม่สนใจเรื่องความตายเลย จนเกือบจะเป็นสิ่งต้องห้ามที่ไม่ควรพูดถึง ก็ได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นแล้ว วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ในบางประเทศคนไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่รอบตัว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการตื่นตัวในเรื่องเกี่ยวกับ





ความตายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า “การตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม”

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

ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มีสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าจะต้องมีจิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย”

ที่ว่าไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนี้ถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่าจะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณอย่างที่ใช้คำว่า “บอกอรหัง” ก็เป็นคติที่ถือว่ารู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีกคือ ให้เป็นการตายที่ใจมีความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่รู้ว่าคนที่จะตายมีจิต ยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดี ก็นับว่าดีแล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็จะมีแสงสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ชั้นนี้แหละถือว่าดีที่สุด

นอกจากนั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับจิตตอนที่ตายว่า

เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกคติได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำจิตให้ผ่องใสในเวลาที่จะตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจ ซึ่งศาสนาอื่นทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนานั้นมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่มุมมองของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสดลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึง



วาระสุดท้ายมนุษย์ก็ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุลุทธิธรรมในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

## แนวทางช่วยเหลือคนใกล้ตาย

★ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของคนใกล้ตาย และความตายดังกล่าวแล้ว ก็สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้โดย

### มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ

จิตใจที่อยากช่วยเหลือเป็นคุณสมบัติแรกที่ต้องมี เพราะจิตใจนั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

### รู้เขารู้เรา

คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ และทัศนคติ คนใกล้ตายก็เช่นเดียวกัน แม้จะเหมือนและคล้ายกันในบางเรื่อง แต่ก็มีความต่างกันด้วย ในการให้ความช่วยเหลือ จึงต้องรู้จักคนใกล้ตายในด้านความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งทราบได้จากแพทย์ที่ให้การรักษา และรู้จักสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจฐานะ ซึ่งจะรู้ได้ไม่ยาก ด้วยการให้คนใกล้ตายได้มีโอกาสระบายความรู้สึก บอกความต้องการ โดยผู้ให้ความช่วยเหลือใส่ใจรับฟัง และใช้ความสังเกต เมื่อ “รู้เขา” แล้ว ก็สามารถช่วยเหลือได้ถูกต้องและเหมาะสมโดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้จิตใจสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติ

โดยไม่ถูกรบกวน และช่วยให้คนใกล้ตายได้ใช้พลังในตัวเขาเองเผชิญกับความตายที่จะมาถึง

สำหรับการ “รู้เรา” คือการรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเองก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ต้องมีจิตใจหนักแน่นมั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วนอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ผู้ที่เคยช่วยเหลือคนใกล้ตาย มีประสบการณ์ตรงกันว่าเกิดพลังขึ้นในตนเอง เมื่อการช่วยเหลือนั้นประกอบด้วยเมตตา กรุณา และอุเบกขา

### เอาใจเขามาใส่ใจเรา

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะทำให้สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่เขาต้องการคือใครสักคนที่พยายามเข้าใจเขา และให้ความเอาใจใส่เขา แม้เมื่อเขาไม่สามารถโต้ตอบได้ การสัมผัส การจับมือ ก็สามารถช่วยให้เขารู้สึกดีและสงบได้

ที่กล่าวนี้เป็นเพียงส่วนน้อยนิดเท่านั้น เรื่องเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายยังมีอีกมากมาย และล้วนแต่น่าสนใจและน่าศึกษา ทั้งในด้านการแพทย์และด้านศาสนา สำหรับหนังสือภาษาไทยที่มีให้หาอ่านได้คือ *เหนือห้วงมรณพ และประตูสู่ภาวะใหม่* ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แปลจากหนังสือเรื่อง *The Tibetan Book of Living and Dying* โดยท่านโชเกียล รินโปเช ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตาย และวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างละเอียดถี่ถ้วน ควรแก่การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนที่ท่านไพศาลแปลไว้มีความว่า



การตายอย่างสงบเป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย

ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลาหรือยังที่เรา ไม่ว่าจะใคร ควรที่จะให้ความสนใจศึกษาและฝึกฝนตนเองให้สามารถเผชิญกับความตายของผู้อื่นและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเอง ตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือมีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น เป็นสัจธรรมอยู่แล้ว หากเราช่วยเหลือกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้จากกันและกัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการตาย สิ่งที่จะได้ก่อน คือศิลปะในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพและเกิดความสงบสุขโดยทั่วกัน



## หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

นพ.สถาพร ลีลานั้นทกิจ \*



**ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสถานะของการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายมาใช้จนหมดสิ้นแล้ว

**การป่วยไข้ระยะสุดท้าย** เป็นการป่วยไข้ที่โรคยังคงคุกคาม และทวีมากขึ้น แต่การบำบัดเพื่อให้หายจากการป่วยไข้ นั้นเป็นไปไม่ได้ หรือไม่เหมาะสม ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ระยะเวลาโดยมากน้อยกว่า 1 ปี โดยอาจผันแปรได้ตั้งแต่เป็นวันถึงหลายๆ เดือน

\* ที่ปรึกษาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ





การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดถือตามความเชื่อทางด้านศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ เป็นการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สบาย พร้อมด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสนับสนุนค้ำจุนครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตช่วงเวลาวิกฤติของผู้ป่วยที่ป่วยหนักและตายจากไปอย่างราบรื่น เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีช่วงเวลาค่อนข้างยาวนานพอสมควร สำหรับผู้ป่วยบางราย การดูแลนอกจากการดูแลแบบองค์รวมแล้วยังนำเอามาตรการปกป้องรักษาชีวิตให้คงอยู่ได้ยาวนานตามปกติทั่วไปเข้ามารวมไว้ใน การดูแลรักษาด้วย แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าใกล้สู่ความตาย การปกป้องรักษาชีวิตกลายเป็นเรื่องไร้ความหมายมากขึ้น การดูแลรักษาจะปรับเปลี่ยนเป็นการเน้นให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด ตามความต้องการของผู้ป่วยที่การรักษาให้หายจากโรคที่ป่วยอยู่นั้นไม่มีความเป็นไปได้ รวมถึงให้การดูแลทุกสิ่งทุกอย่างในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาที่ป่วยไข้ของผู้ป่วยและยังรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย การดูแลจะเป็นรูปแบบเดียวกันไม่ว่าผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล สถานพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อการดูแลชนิดนี้โดยเฉพาะ หรือที่บ้านผู้ป่วย

เนื่องจากในระยะแรก การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นเฉพาะการป่วยไข้ในช่วงปีหรือเดือนท้ายๆ ของชีวิตเมื่อความตายเป็นสิ่งที่สามารถแลเห็นล่วงหน้าได้มากกว่าเป็นเพียงความเป็นไปได้ ในปี ค.ศ.1990 องค์การอนามัยโลกได้สนใจกับการนำเอาการดูแลรูปแบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้การบำบัดชนิดนี้มุ่งเน้นเฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่สนองต่อการบำบัดโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ ดังนั้นการบำบัดแบบประคับประคองจึงถูกผลักดันให้เป็นการดูแลการป่วยไ้ระยะสุดท้าย ต่อมาความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นว่า หลายๆ อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตนั้น มีจุดกำเนิดตั้งแต่เริ่มป่วยไข้และหากไม่ได้รับการบำบัดแก้ไขแต่เนิ่นๆ อาการและปัญหาเหล่านั้นจะกลายเป็นเรื่องยากในการบริหารจัดการในวันท้ายๆ ของชีวิต

นियามการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2002 ที่ปรับปรุงใหม่จึงเป็นการดูแลที่

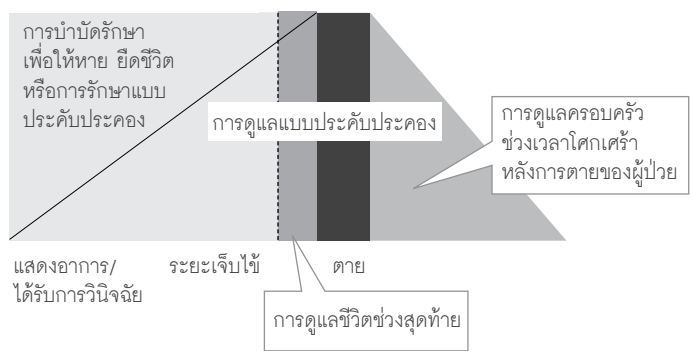
- ให้การบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์
- คำนึงถึงการมีชีวิตและความตายให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- นำเอาการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล
- จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือค้ำจุนแก่ผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำให้ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต





- จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยป่วยไข้ และช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- จัดให้มีทีมงานเข้าค้นหาความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะสำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยถ้ามีข้อบ่งชี้
- เป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมคุณภาพชีวิต และยังมีผลทางด้านบวกในอีกหลายๆ แง่มุมตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้
- สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยไข้ ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิ การผ่าตัด เคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา และยังรวมถึงการตรวจชนิดต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ดีขึ้น รวมถึงการบำบัดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ผสมผสานกับการดูแลรักษาให้หาย หากเขียนเป็นแผนภาพจะได้เป็น



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

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานแบบเป็นทีม โดยมีทีมงานที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพและมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งถ้าแสดงเป็นแผนภาพจะเป็น



แพทย์ อาจเป็นแพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เจ้าของไข้และหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่ได้ให้คำปรึกษาตามความจำเป็น เช่นเดียวกับพยาบาลอาจต้องมีพยาบาลชำนาญการเฉพาะทาง อาทิเช่น ผู้ชำนาญด้านการดูแลแผลกดทับ ทวารเทียม เป็นต้น เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

ครอบครัว ในที่นี้หมายถึงบุคคลที่อยู่ในกระบวนการให้การช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย ตามการเลือกหรือจากการบอกกล่าวของผู้ป่วย ยังหมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพิเศษ ซึ่งอาจเป็นญาติ เพื่อน





คู่มือ เพื่อนบ้าน หรือใครก็ได้ที่ให้การช่วยเหลือคำจุนแก่ผู้ป่วย โดยบุคคลนี้ยังอาจเป็นผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นตัวแทนในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหมดสติหรือไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ได้

**การแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้นและเป็นผู้ตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดเป็นคนสุดท้าย

- กฎสำคัญของ การดูแลทางการแพทย์ลักษณะนี้คือ ความต้องการและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสุด ไม่ใช่สุขภาพของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิรับรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดการบำบัด รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์จะนำมาใช้ปฏิบัติ เว้นเสียแต่ไม่ต้องการหรือปฏิเสธ
- ครอบครัว ญาติมิตร ไม่มีสิทธิในการยับยั้งบุคลากรทางการแพทย์ กับการนำเอาเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป่วยไข้มานอกกล่าวถ้าผู้ป่วยต้องการ
- จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีมาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นหรือบรรเทาจากอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน จึงไม่มีอะไรที่ถูกต้องหรือผิด ผู้ป่วยสามารถขอให้ระงับหรือขอให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา

เนื่องจากสภาพการดูแลรักษาในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น มีการนำนวัตกรรมใหม่ๆ ทางทางการแพทย์เข้ามาใช้ มีการกล่าวขานถึงการบำบัดรักษาโรคนิเวศพิเศษต่างๆ ตามสื่อต่างๆ โดยเฉพาะผู้คนที่ทั่วไปสามารถเสาะหารายละเอียดจากอินเทอร์เน็ต ทำให้สังคมมีความคาดหวังสูง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนมากจะมุ่งเน้นแต่การรักษาเฉพาะกับตัวโรคอย่างจริงจังเพียงอย่างเดียวเท่านั้น และถ้าหากมีความตายเกิดขึ้นจะรู้สึกที่ตัวเองพ่ายแพ้ แต่ในความเป็นจริงแล้วการป่วยไข้นั้น การรักษาให้หายสามารถกระทำได้เพียงบางครั้งเท่านั้น แต่การบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานสามารถกระทำได้บ่อยๆ และการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่สบายขึ้นนั้นสามารถช่วยให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์พื้นฐาน ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในใจตลอดเวลา รวมถึงรู้จักปัญหาทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ที่พบได้เสมอในเวชปฏิบัติประจำวัน

### จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง

จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ถือปฏิบัติประกอบด้วย

กฎจริยธรรมทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ (beneficence) ซึ่งขอบเขตของการกระทำจะครอบคลุมไปยังทุกสิ่งทุกอย่าง ตั้งแต่วิธีการรักษา การสื่อสารด้วยท่าทีที่ริยาที่เป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยเป็นการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย







2. หากการกระทำไม่สามารถหลีกเลี่ยงกับการต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายหรือปัญหาทางด้านร่างกายก็ต้องพยายามให้เกิดผลทางด้านลบน้อยสุดหรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงขึ้น (non - maleficence)

3. ให้ความสำคัญอิสระในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย (autonomy) ทั้งนี้จะรวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วย

4. มีความยุติธรรม (justice) ทั้งนี้จะรวมไว้ซึ่งความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการอย่างยุติธรรม การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขอย่างเหมาะสม และการไม่ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขไปในทางที่สูญเสียเปล่าหรือไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

#### เกณฑ์ของจริยธรรมทางการแพทย์

- เกณฑ์พื้นฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์คือ ความไว้วางใจ (trust) และความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ซึ่งต่างเป็นการแสดงออกถึงและการสนองตอบต่อการกระทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ร่วมกับความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ผู้ให้การบำบัดรักษาดูแลมีความสำคัญต่อจริยธรรมด้านเวชปฏิบัติอย่างมาก

#### การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล (partnership of care)

การดูแลรักษาแบบระดับประคองนั้นความเกี่ยวพันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้สั่งการดูแลบำบัดรักษาและ/หรือระหว่างผู้ป่วยกับบุคคล

ในครอบครัวหรือผู้ช่วยให้การดูแล รวมถึงทีมงานสหวิชาชีพทุกคนที่มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลด้านสุขภาพจะมีความสำคัญอย่างมากและควรเป็นหุ้นส่วนของการดูแลด้วยกัน ซึ่งด้วยวิธีการนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากที่สุด มีความขัดแย้งในด้านต่างๆ น้อยที่สุด ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ

เป้าหมายทั่วไปของการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล เพื่อให้ได้การดูแลที่มากที่สุดแก่ผู้ป่วย แพทย์และทีมงานวิชาชีพที่ให้การดูแลต้องให้ความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์และประสบการณ์ในเรื่องทางเลือกและการช่วยเหลือคำจูนที่มีอยู่ไว้พร้อมบริการและการเข้าถึงแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยนำเสนอถึงค่านิยม ความพึงพอใจ ลำดับก่อนหลัง เป้าหมาย รวมถึงแผนชีวิตของตนเองออกมา แล้วนำเอาทุกสิ่งทุกอย่างมาผสมผสานเพื่อให้เป็นเป้าหมายเดียวกันในการทำโครงสร้างหรือสร้างรูปแบบการดูแลมากกว่าการกระทำในลักษณะเผชิญหน้ากัน การตัดสินใจเลือกชนิดการดูแลรักษาจะพิจารณาที่เป้าหมายของการดูแล ชนิดหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสม สถานที่รองรับการดูแลรวมถึงเรื่องอื่นๆ ที่สัมพันธ์ร่วมกัน โดยร่วมรับผิดชอบถึงผลการตัดสินใจ สิ่งๆ ต่างเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเคารพ ความไว้วางใจ และความเชื่อซึ่งกันและกัน รวมถึงการเปิดใจพูดจากันทั้งสองฝ่ายอย่างเปิดเผยด้วยน้ำใสใจจริง

#### การเปิดเผย (disclosure)

การเปิดเผยถึงสิ่งต่างๆ ที่ดี หมายถึง การมีการสื่อสารที่ดี ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยไข้และการพยากรณ์โรค ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการกระทำนี้ การขาดข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการ





วางแผนการบำบัดด้วยตนเอง ไม่สามารถแสดงหรือให้ความยินยอม โดยความเข้าใจอย่างแท้จริง (informed consent) เกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษา รวมถึงไม่สามารถร่วมวางแผนการที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง สิ่งสำคัญคือครอบครัวผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาหรือต่อต้านการเปิดเผยความจริงให้กับผู้ป่วย และสุดท้ายที่สำคัญมากที่สุดคือ ผู้ที่จะทำการเปิดเผยความจริงให้แก่ผู้ป่วยนั้น นอกจากจะต้องเป็นผู้มีความชำนาญในการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย การพูดแต่ความจริง ทักษะการแจ้งข่าวร้าย และการรักษาความลับของบุคคลนั้นๆ ก่อนที่จะบอกความจริงกับผู้ป่วย ต้องแน่ใจว่ารู้ความจริงต่างๆ นั้นอย่างแท้จริง และที่สำคัญผู้ป่วยต้องการรับฟัง การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล ถ้ายังกระทันหันอย่างต่อเนื่อง ไม่พินิจที่จะเกิดมีคำถามใหม่ๆ ขึ้นเสมอ และควรนำมาปรึกษาหารือกันอย่างเปิดเผยด้วยความรู้สึกที่อ่อนไหว เหมาะสม เป็นไปตามเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ ครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ช่วยในการดูแลควรได้รับเชิญให้เข้ามารับรู้และเกี่ยวข้องกับการพิจารณาทุกเรื่องรวมทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งเกี่ยวกับการเปิดเผยความจริง อย่างไรก็ตามก็พบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นได้เช่นกัน เช่น

- การแจ้งผลการวินิจฉัยโรค พบมีความยากลำบากพอสมควรกับการแจ้งถึงโรคที่ป่วยไข้ โดยเฉพาะที่อยู่ในระยะลุกลามหรือไม่อาจรักษาให้หายได้ ไม่ว่าจะป่วยไข้นั้นเพียงจะได้รับการตรวจพบหรือทรุดลงหลังการบำบัดมาระยะหนึ่ง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการเกริ่นนำมาก่อนหน้า มีการรับรู้ถึงสถานะและผลต่างๆ ที่อาจตามมาจนได้รับผลการวินิจฉัย อาจทำให้ความเจ็บปวดทางใจของผู้ป่วยบรรเทาลงได้ อย่างไรก็ตามควรเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้ที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วยถึงผลการตรวจด้วยตนเองด้วยท่าที่อ่อนโยน ไม่รีบร้อน และด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

ทุกครั้งที่มีการให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้ป่วยควรมีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ช่วยให้การดูแลร่วมอยู่ด้วย เพื่อเป็นผู้ช่วยให้การคำนึงในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีความพร้อม ไม่ต้องการรับรู้ หรือมีการแต่งตั้งตัวแทนที่รับผิดชอบแทนก็ควรพิจารณาเป็นกรณีไป ผู้ป่วยควรได้รับการบอกกล่าวมากขึ้นตามความพร้อมและความต้องการที่จะรับรู้เท่านั้น แต่ถ้าเป็นการนำเสนอเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือเลือกวิธีการบำบัดแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่าให้มากที่สุดเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การให้คำยินยอมหรือตัดสินใจถึงทางเลือกไว้ล่วงหน้า

- การพูดคุยกันถึงพยากรณ์โรค มีรายงานทางการแพทย์จำนวนมากที่กล่าวถึงความไม่มีสมรรถภาพเพียงพอกับการทำนายหรือคาดคะเนว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปอีกนานเพียงใดอย่างถูกต้อง ในกรณีที่การป่วยไข้เข้าสู่ระยะลุกลาม ดังนั้นการบอกจำนวนวัน สัปดาห์ หรือเดือนที่แน่นอนชัดเจนจึงควรระงับ แต่ถ้าถูกคาดคะเน สิ่งที่เหมาะสมก็คือให้การคาดหมายด้วยการแจ้งถึงพยากรณ์โรคตามสถิติทางการแพทย์ที่ดีที่สุด และเลวร้ายที่สุดให้แก่ผู้ป่วยแทน พร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าหากปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไปในด้านดี

- การแก้ไขข้อมูลเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกส่งต่อมายังหน่วยงานดูแลรักษาแบบประคับประคองจะไม่รู้ถึงสถานการณ์การป่วยไข้ที่แท้จริง ไม่รู้ว่าการป่วยไข้ที่เป็นอยู่เลวร้ายเพียงใด หรือการพยากรณ์โรคเป็นเช่นใด ทำให้แพทย์ที่ทำงานด้านนี้จำเป็นต้องกลับไปสู่การพูดถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถานภาพที่แท้จริงในปัจจุบัน และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ





การบอกกล่าวถึงบริการที่การดูแลแบบประคับประคองจะกระทำ  
ให้ได้ โดยการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์  
ชั้นสองหรือผู้ป่วยถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลรักษาใดๆ เลย

- **เมื่อครอบครัวร้องขอไม่ให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย** เป็นสิ่งที่  
พบเห็นได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปการร้องขอนี้ควรได้รับการ  
การปฏิเสธ ปัญหานี้จะลดน้อยลง ถ้าคนในครอบครัวได้อยู่ร่วมในการ  
พูดคุยกับผู้ป่วยในครั้งก่อนๆ อย่างไรก็ตาม หากมีการร้องขอเช่นนี้ขึ้น  
ควรใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ด้วยท่าทีที่อ่อนโยน  
รวมถึงการค้นหาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลังการร้องขอ ควรให้การอธิบายถึง  
ผลร้ายที่มีความเป็นไปได้ที่จะติดตามมา ควรแจ้งให้ผู้ป่วยขอทราบ  
โดยแท้จริงแล้ว ผู้ป่วยโดยมากจะรู้หรือสงสัยกับโรคที่เจ็บไข้อยู่รวมถึง  
การพยากรณ์โรค ความกลัวและความวิตกกังกับการไม่รู้ความจริงของ  
ผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดอุปสรรคที่เพิ่มขึ้นมากมายในเวลาต่อมา มากกว่า  
การบอกให้รับรู้ถึงสถานการณ์ที่แท้จริง และควรแจ้งให้ครอบครัวที่ร้องขอ  
ทราบว่า ผู้ป่วยอาจได้รับคำตอบอย่างตรงไปตรงมาตามความเหมาะสม  
ถ้ามีการตั้งคำถามเหล่านี้ขึ้นมา

### การให้คำยินยอม (consent)

การบำบัดทุกชนิดจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและให้ความ  
ยินยอมทุกครั้ง เว้นเสียแต่ผู้ป่วยรายนั้นไม่มีสมรรถภาพเพียงพอหรือ  
มีการตั้งตัวแทนในการตัดสินใจแทนอย่างเป็นทางการ โดยมาตรการนี้  
จะช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจติดตามมา และยังเป็นการให้ความ  
เป็นอิสระแก่ผู้ป่วยรวมถึงเป็นไปตามการให้ความยินยอมโดยความเข้าใจ  
ถ่องแท้ของผู้ป่วย

### การบำบัดที่เหมาะสม (appropriate therapy)

ในการดูแลแบบประคับประคองมักจะมีคำถามเกิดขึ้นเสมอว่า  
การบำบัดชนิดใดที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะกับการนำมาใช้ปฏิบัติ โดย  
เฉพาะเรื่องสำคัญสองประการคือ การพยุงชีวิตให้อยู่รอดยาวนานขึ้น  
กับการให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานเรื่องใดควรนำมาพิจารณาใช้  
ปฏิบัติก่อน และมีความเหมาะสมเพียงใดหรือไม่ประการใดกับการไม่  
เริ่มหรือหยุดการบำบัดบางชนิด ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจระหว่างชีวิตแห่ง  
ความสามารถของชนิดการบำบัดในการก่อประโยชน์และภาวะต่างๆ  
จากการกระทำรวมถึงความเสี่ยงจากการบำบัดที่อาจเกิดขึ้นตามมา  
ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่แสดงถึงข้อพิจารณาบางประการที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เหมาะสม

สภาพภาพของผู้ป่วย	สภาพทั่วไปของร่างกาย ระยะของโรค ที่ป่วยไข้ การพยากรณ์ถึงระยะเวลา ของการอยู่รอด
การบำบัด	เป้าหมายของชนิดการบำบัดที่นำมา พิจารณา ผลข้างเคียงต่างๆ
ขีดแห่งผลประโยชน์ที่เป็นไปได้	เพียงพียงให้ชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้น ควบคุม อาการต่างๆ ให้ดีขึ้น ช่วยลดภาวะ ทุกข์ทรมานในช่วงท้ายของชีวิตและ ความตาย
ความเสี่ยง	ทำให้คุณภาพชีวิตทรุด / เลวร้ายมากขึ้น เพิ่มความทุกข์ทรมานช่วงท้ายของชีวิต รวมถึงความตาย ยืดเวลาของการตาย ออกไป เร่งให้ตายเร็วขึ้น





การไม่เริ่มหรือหยุดการบำบัดบางชนิด (withhold / withdraw) เป็นเรื่องยากลำบากพอควรกับการตัดสินใจ ต้องอาศัยพื้นฐานของการป่วยไข้รวมถึงภาวะแวดล้อมอื่นของผู้ป่วยแต่ละรายในขณะนั้นเป็นสำคัญ ผู้ป่วยไข้ระยะสุดท้าย ไม่ควรได้รับการชี้แนะให้รับการบำบัดที่ไร้ประโยชน์หรือไม่มีเหตุผลอันสมควร การตัดสินใจให้ได้รับการบำบัดแต่ละชนิดไม่ควรเพียงแค่อภิปรายว่า เป็นมาตรการทางการแพทย์ที่ดีและเหมาะสมเท่านั้น ไม่มีเหตุจำเป็นหรือเหตุผลอันควรชนิดใดกับการคงชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ให้ยาวนานด้วยการทรมานหรือการทรมานทางการแพทย์ และสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่จำกัดอย่างไร้เหตุผล แพทย์ไม่มีสิทธิใดๆ กับการสั่งการบำบัดในลักษณะของการยืดความตายหรือดึงให้มีชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่ให้ยาวนานขึ้นถ้าผู้ป่วยรายนั้นๆ ไม่มีหนทางที่จะหายจากการป่วยไข้ได้ การหยุดหรือถอนหรือยับยั้งชนิดการบำบัดที่ไร้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยไข้ระยะสุดท้าย ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือมีชีวิตที่สั้นลง ถ้าชนิดของการบำบัดนั้นๆ ไม่ใช่การใช้เครื่องมือแพทย์ในการยืดชีวิต การถอนหรือระงับชนิดการบำบัดที่ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การหยุดช่วยให้อาหารหรือสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจจึงไม่ใช่การทำยูธานาเซีย เพราะการกระทำต่างๆ ตามที่กล่าวมา เป็นความตั้งใจให้ความตายดำเนินไปตามธรรมชาติ ไม่ได้เจตนาที่จะช่วยให้ชีวิตผู้ป่วยจบเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องนี้ โดยเฉพาะการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งที่ผู้ป่วยร้องขอเอง และครอบครัวร้องขอ

## ปัญหาด้านโภชนาการและการให้สารน้ำ (nutrition and hydration)

### - ด้านโภชนาการ (Nutrition)

ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดสามารถเกิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ชนิดต่างๆ ได้เป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งและอาจเป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และบ่อยครั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการร้องขอจากสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยให้ช่วยให้สารอาหาร (artificial feeding)

ตามที่ทราบดีว่า ภาวะน้ำหนักลดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการสันดาปในร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดกลุ่มอาการผอมแห้ง (cachexia)<sup>1</sup> ที่ไม่ได้เกิดจากการขาดอาหารโดยตรงเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีกลุ่มอาการ cachexia ซึ่งมีจำนวนไม่มากอาจบอกทิว แต่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงปริมาณไม่มาก ไม่มีพยานหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ความผิดปกติจากการสันดาปของกลุ่มอาการ cachexia นั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้สารอาหารทางลำไส้หรือหลอดเลือดดำ (Enteral or Parenteral Nutrition - TPN) ซึ่งมาตรการช่วยให้สารอาหารเหล่านี้ถูกพิจารณาว่า

<sup>1</sup> cachexia เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียพลังงานและน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง พบได้ในผู้ป่วยระยะลุกลาม โดยเกิดภาวะทุพโภชนาการจากการสันดาปหรือความต้องการสารอาหารไปเลี้ยงดูก้อนเนื้อทุม และที่สำคัญ ปัจจุบันยังขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะสันดาปผิดปกติจากการชักนำของก้อนเนื้อทุมที่เป็นอยู่บ่อยครั้ง การนำอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพร้อมให้รับประทานได้ทันทีที่ต้องการ แนะนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ให้พยายามหรือบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานมากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการอาจช่วยได้ในบางราย





ไร้ประโยชน์ TPN ยังไม่ได้ช่วยให้อัตราอยู่รอดดีขึ้นหรือทำให้การบำบัดโรคที่ป่วยไข้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ในทำนองกลับกันอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อและจำเป็นต้องใส่ central catheter ทำให้ต้องมีการตรวจตราบริเวณที่ใส่ central catheter อย่างสม่ำเสมอ อาจจำเป็นต้องเข้าพักในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ส่วนการให้สารอาหารทางลำไส้ ก็พบว่าไม่ได้ประโยชน์เช่นเดียวกัน และยังก่อให้เกิดอาการปวดเสียดท้อง ท้องเสีย ต้องใส่สายสำหรับช่วยให้อาหาร ซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่เบื่ออาหารและผอมแห้งที่ไม่เหมาะกับการให้ artificial feeding บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างถ่องแท้และเพียงพอ การลองให้ corticosteroids หรือ progestrogens พร้อมด้วยมาตรการด้านโภชนาการรูปแบบอื่น เช่น ให้รับประทานอาหารคราวละไม่มากแต่บ่อยครั้ง นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบและพร้อมให้รับประทานได้ทันทีที่ต้องการ แนะนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ให้พยายามหรือบังคับผู้ป่วยรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการ

**- การให้สารน้ำ (hydration)**

ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ อาจไม่สามารถดื่มหรือรับประทานสารน้ำได้ในปริมาณมากเท่าปกติ ซึ่งสภาพเช่นนี้ อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเรียกร้องให้ช่วยให้สารน้ำ (artificial hydration) แก่ผู้ป่วย

สภาพร่างกายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดสารน้ำ (terminal dehydration) ได้ถูกคาดหมายว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปากคอแห้ง กระหายน้ำ และไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายอย่างไรก็ตาม มีรายงานหลายแหล่งที่กล่าวถึงอาการต่างๆ ว่า สามารถพบเห็นได้แม้แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือได้ฉีดยาเพียงอย่างเดียว ทำให้เข้าใจได้ว่าภาวะที่ร่างกายขาดน้ำกับการได้รับการช่วยให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอาการต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยที่ใกล้ตายไม่พบมีการร่ำร้องว่าทุกข์จากปากคอแห้ง และภาวะเช่นนี้ สามารถเยียวยาให้บรรเทาลงได้ด้วยมาตรการง่าย ๆ ด้วยการบำบัดเฉพาะที่ เช่น จิบน้ำ หรือใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำให้ชุ่มเช็ดริมฝีปาก

สภาพร่างกายที่ขาดน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ่อยครั้งที่พบว่ากลับเป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วย การขาดน้ำทำให้ลดการขับปัสสาวะ รวมถึงลดการคั่งของปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ ช่วยลดสารคัดหลั่งในปอด เป็นการช่วยลดภาวะหายใจลำบาก รวมถึงลด terminal congestion ของปอด การลดสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารและลำไส้จะช่วยลดภาวะท้องเสีย รวมถึงลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสำลักและยังช่วยลดการใช้เครื่องช่วยดูดสารคัดหลั่งต่างๆ อาการบวม น้ำ และน้ำในช่องท้อง ช่องปอดอาจลดน้อยลง ทำให้ลดความทุกข์แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อทวม พบว่าการลดภาวะการบวมน้ำรอบก้อนเนื้อทวมอาจช่วยทำให้ความปวดลดลง รวมถึงช่วยให้การบรรเทาปวดกระทำได้ง่ายขึ้น

สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นทุกข์ กังวลกับความต้องการให้มีการช่วยให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องทำความเข้าใจ ให้การ





ชี้แนะว่า การกระทำเช่นนี้ อาจไปเพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และไม่ได้ทำให้อาการต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ดีขึ้นหรือมีผลลัพธ์ไปในด้านบวก

### หยุดการบำบัดต่อโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยอยู่ (stopping anticancer therapy)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ เมื่อเข้าสู่การป่วยใช้ระยะหนึ่งจะพบว่า การมุ่งมันให้การบำบัดต่อตัวโรคมะเร็งอย่างจริงจัง ไม่ได้ช่วยให้การลุกลามของโรคหยุดยั้งได้ ผู้ป่วยส่วนมากจะถูกหยุดให้การบำบัดที่เป็นการเฉพาะกับตัวโรคมะเร็ง แต่นั่นไม่ได้หมายความว่ามาตรการที่ใช้บำบัดในขณะนั้นจะไม่ได้ผลเสมอไป ซึ่งบางครั้งอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประคับประคองอาการบางชนิดที่เกิดขึ้น แต่โชคร้ายสิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยได้รับคำบอกกล่าวหลังหยุดการบำบัดต่อโรคมะเร็งคือ “ไม่มีอะไรที่จะช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยได้อีกแล้ว” ซึ่งไม่เป็นความจริงและอาจถูกผู้ป่วยและครอบครัวแปลความว่าถูกแพทย์ทอดทิ้ง การดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายในการยอมรับถึงความไม่มีประโยชน์ หากยังรับการบำบัดโรคมะเร็งต่อไป สำหรับผู้ที่ยังยืนกรานหรือร้องขอให้ทำการบำบัดรักษาในรูปแบบเดิมต่อไป ควรได้รับการบอกกล่าวถึงประโยชน์และความเสี่ยง จากการบำบัดแต่ละชนิดหรือแนะนำให้เข้าร่วมการบำบัดที่อยู่ในการวิจัย

### การบำบัดเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ (treating the terminal ill)

เกณฑ์ตามตารางที่ให้ไว้ในหัวข้อการบำบัดที่เหมาะสมนั้น จะช่วยในการตัดสินใจถึงการยับยั้งหรือลดถอนการบำบัดบางชนิดให้แก่ผู้ป่วยที่การป่วยไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย เช่น ปัญหาที่พบได้บ่อยมากคือ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และพบว่าปอดติดเชื้อ (pneumonia) ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดด้วยยาปฏิชีวนะไหม? สิ่งที่จะต้องนำมาใช้ประกอบการพิจารณาประกอบด้วย ผู้ป่วยนั้นเข้าใกล้ความตายเพียงใด เป็นความปรารถนาของคนในครอบครัวหรือของใคร ความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เพียงใดจากการกระทำเช่นนี้ ถ้ายาปฏิชีวนะเพียงแต่ช่วยยืดกระบวนการของความตายให้เนิ่นนานออกไปเท่านั้น การกระทำที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการยับยั้งการให้ยาปฏิชีวนะ แต่ถ้ายาปฏิชีวนะสามารถใช้บรรเทาภาวะทุกข์ทรมานที่ไม่อาจใช้มาตรการอื่นมาบำบัด เช่น ไข้สูง เพื่อ หรือเจ็บออกมากผิดปกติ ก็สมควรกับการพิจารณานำเอายาปฏิชีวนะมาให้แก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ หรืออีกตัวอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยพอสมควร คือการบำบัดภาวะล้มเหลวของไต (renal failure) จากการมีภาวะอุดตันของท่อไต (ureteric obstruction) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งภายในช่องท้องส่วนล่างหรือช่องเชิงกรานลุกลาม ถ้าเป็นกรณีของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากโรคมะเร็งและก่อนที่จะมีโรคแทรกซ้อนด้วย renal failure ผู้ป่วยมีสภาพล้มเหลวครั้งตัว มีแผล خونไหลทะลุ ระหว่างท่อไตกับช่องคลอดหรือไส้ตรงกับท่อไตและช่องคลอด (urethrovaginal or recto - urethrovaginal fistula) รวมถึงการมีแผลกดทับอย่างรุนแรง (severe bedsore) การบำบัดอย่างจริงจังในรายเช่นนี้ อาจต้องยับยั้งไว้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ถึงแม้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค แต่ก่อนหน้าที่มีอาการ renal failure ยังมีสภาพทั่วไปที่ค่อนข้างดี มีการพยากรณ์โรคว่ายังมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะเวลาพอสมควร ก็มีความเหมาะสมกับการทำหัตถการเพื่อแก้ไข เช่น พิจารณาทำ stenting หรือ nephrostomy insertion แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการบางประการที่อาจต้องพิจารณาให้การแก้ไขอย่างฉุกเฉิน แม้ผู้ป่วยจะเข้าใกล้ความตาย เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ ไซเตียมต่ำกว่าปกติ





หรือกรณีมีอาการและอาการแสดงของการกดทับของไขสันหลัง หรือการกระจายของมะเร็งไปยังสมอง ถ้าผู้ป่วยรายนั้นๆ มีพยากรณ์โรคว่ายังสามารถอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่ง (หลายวันหรือหลายสัปดาห์) การส่งปรึกษาให้การรักษาดูแลด้วยรังสีรักษาในรูปแบบประคับประคองอย่างฉุกเฉิน ก็เป็นการที่สมควรและจำเป็นอย่างยิ่ง หรือกรณีที่พบมีความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างผู้ป่วย กับคนในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ช่วยให้การดูแลบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องเข้าช่วยแก้ไขทำความเข้าใจทันที

### การไม่กู้ชีวิต (do not resuscitate order)

ถ้าหากมีการจัดตั้งรูปแบบการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลทีมงานสหวิชาชีพ อย่างเป็นกิจลักษณะโดยมีการตัดสินใจถึงมาตรการบำบัดและเป้าหมายการบำบัดไว้ล่วงหน้าความแตกต่างด้านความคิดเห็นว่าผู้ป่วย ควรได้รับการกู้ชีวิต” หรือ “ไม่ต้องมีการช่วยกู้ชีวิต” จะไม่เกิดขึ้นซึ่งในขณะเดียวกันแพทย์ควรได้มีการพูดคุยกันถึงการช่วยกู้ชีวิตด้านหัวใจและปอด (Cardio Pulmonary Resuscitation - CPR) กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทน ถึงข้อดีและข้อเสียในการทำเฉพาะรายผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ถ้าการพยากรณ์โรคพบว่าผู้ป่วยนั้นยังคงสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานนับสัปดาห์หรือหลายๆ เดือน การทำ CPR ยังเป็นเรื่องที่เหมาะสม มีการกล่าวขานกันว่า การแสดงเจตนาถึงการ “ไม่ให้ช่วยกู้ชีวิต” หมายถึงการปฏิเสธการมีความหวังของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องระยะสุดท้าย การหลีกเลี่ยงหรือไม่นำเอาเรื่องเช่นนี้ขึ้นมาปรึกษาหารือกันก่อนถือว่าเป็นการสร้างความหวังที่ผิดๆ ให้กับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ความตาย หากยังมีสติสัมปชัญญะการย้ำถามผู้ป่วยถึงการยืนยันหรือรับรองข้อความที่ตัดสินใจไว้เดิมหรือสามารถเปลี่ยนใจ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่อาจให้คำยืนยันได้ ตัวแทนที่ผู้ป่วยแต่งตั้งไว้อาจกระทำหน้าที่แทน ซึ่งเมื่อถึงช่วงเวลาเช่นนี้บ่อยครั้งที่พบว่าตัวแทนที่ไม่ใช่คนในครอบครัวโดยตรงอาจเกิดอาการอ้าอึ้ง อีหลักอือเหลือ ไม่กล้าตัดสินใจแทน

### การนำผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit - ICU)

เป็นปกติวิสัยที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใกล้หรืออยู่ในกระบวนการของความตาย พบมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านลบของสัญญาณชีพ มีอาการหายใจลำบาก แพทย์ที่ทำการรักษาจำนวนไม่น้อยจะสั่งให้นำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในหอวิกฤติ ซึ่งเป็นการใช้สถานที่ที่ผิดวัตถุประสงค์และทำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในหอวิกฤติไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยความเป็นจริง ถ้าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โอกาสรอดไม่มี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ควรพิจารณานำเข้าบำบัดในหอวิกฤติ ซึ่งนอกจากจะไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังเป็นภาระกีดกัน การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยกับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอวิกฤติอยู่เดิมและเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายบุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้เกิดความสะดวกแก่ครอบครัวได้มีโอกาสเข้าพบหรืออยู่กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้นานขึ้นเป็นกรณีพิเศษ และให้ความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัว ซึ่งมีผู้สรุปไว้ดังนี้

1. ได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงท้ายๆ ของชีวิต
2. ได้มีส่วนร่วมหรือรู้สึกว่าได้ช่วยทำสิ่งที่ประโยชน์แก่ผู้ป่วย





3. ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. ได้รับรู้ถึงแผนการดูแลรักษา รวมถึงเหตุผลของการดูแลรักษาจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ
5. ได้รับการยืนยันจากผู้ให้การดูแลรักษา ถึงการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวด
6. ได้รับการยืนยันจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพว่าแผนการรักษาที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นเหมาะสมและถูกต้อง
7. ได้รับการเอาใจใส่และให้กำลังใจจากทีมงานด้านการดูแลสุขภาพ
8. ได้มีโอกาสพูดคุยถึงหรือถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกในใจ
9. ได้รับการเรียนรู้ถึงความหมายของความตายและการสูญเสียคนที่รักไป
10. มีเวลาสำหรับประกอบกิจส่วนตัวและพักผ่อนอย่างเพียงพอ

### ยูธานาเซีย (euthanasia)

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

ป่วยไข้ระยะสุดท้ายหรือมีการสมคบกันระหว่างแพทย์กับคนในครอบครัวผู้ป่วยในการทำยูธานาเซีย ผู้ป่วยที่ไม่ได้ยินยอม ดังนั้นบางประเทศที่เคยอนุญาตให้กระทำก็เริ่มมีมาตรการจำกัดวิธีการกระทำหรือห้ามการกระทำ สำหรับในประเทศไทยตามกฎหมายไม่อนุญาตให้กระทำไม่ว่าจะโดยทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

ในเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบได้ประปรายที่มีการร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซียทั้งจากผู้ป่วย และจากคนในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบางรายร้องขอช่วยให้ตายอย่างสงบหรือตายเร็วขึ้น อาจเกิดจากความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง บ่อยครั้งในกรณีเช่นนี้ เกิดจากการที่แพทย์ที่ให้การบำบัดขาดการใส่ใจ ไม่รับรู้หรือไม่ได้ให้การบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หากมีการวินิจฉัยและให้การบำบัดอย่างถูกต้องโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม พบมีผู้ป่วยน้อยรายมากที่ร้องขอการทำยูธานาเซีย นอกจากนี้อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย เช่น ความปวด ถึงแม้ปัจจุบันการดูแลรักษาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้นกว่าที่ผ่านมามากก็ตาม แต่ก็พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 ที่ความปวดยากต่อการควบคุมด้วยยาแก้ปวดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจจำเป็นต้องนำหัตถการทางการแพทย์บางชนิดเข้ามาช่วยในการบำบัด สำหรับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายในปัจจุบันพบว่าลดน้อยลงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม หากมีปัญหที่ยากต่อการแก้ไขหรือสลั้บซับซ้อนขึ้น และผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซีย การใช้ทีมงานสหวิชาชีพที่ชำนาญ ในการดูแลช่วยเหลือแก้ไขบ่อยครั้งพบว่าที่ท่าของการร้องขอ การทำยูธานาเซียปรับเปลี่ยนไปเมื่ออาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้รับการบรรเทา







นอกจากปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ ยังพบมีปัจจัยอื่น ๆ อีกไม่น้อยที่พบว่าเป็นเหตุนำไปสู่การร้องขอให้ช่วยทำยูธานาเซีย เช่น การรู้สึกถึงการสูญเสียศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การอับอายต่อการป่วยไข้ และต้องตายจากโรคที่ไม่น่าจะเป็น การต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกด้าน การมีชีวิตอยู่ไปวัน ๆ อยากรู้เป้าหมาย หรือเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอีกต่อไป ในกรณีเหล่านี้ การส่งปรึกษาผู้ชำนาญการโดยเฉพาะ ผู้ชำนาญด้านจิตวิทยา จิตสังคม และนักการศานาพบว่าช่วยได้อย่างมาก

ส่วนการร้องขอจากสมาชิกในครอบครัว โดยมากเกิดจากความสงสารในตัวผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมาน สำหรับผู้ให้การดูแลและเจ้าของไข้ บางครั้งพบมีการปรึกษาให้ช่วยทำยูธานาเซียผู้ป่วยอันมีสาเหตุเนื่องจากเกิดการเหนื่อยล้า ทั้งจากทางด้านพลังกำลังหรือทุนทรัพย์ หรือจากการที่พวกเขามีการคาดหมายถึงความสามารถในการช่วยดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันแก้ไขหรือควบคุมได้ด้วยการใช้เวลากับการประเมินถึงข้อบกพร่องต่างๆ และช่วยจัดทำแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยโดยการให้ทีมสหวิชาชีพ เข้ามาร่วมมือกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

สิ่งที่ยากและทำความเข้าใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายคือการถอดถอนเครื่องช่วยดำรงชีวิต และการให้ยาหลับลึกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสโดยไม่สามารถหรือไม่มีวิธีการอื่นใดที่มีอยู่ในขณะนั้นที่จะช่วยบรรเทาได้ นอกจากการให้ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบจนกระทั่งตายจากไปอย่างไม่ทรมานทรมาน ทั้งนี้ควรได้มีการปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยหรือกับตัวแทนหรือครอบครัวของผู้ป่วยก่อน ขอย้ำอีกครั้งว่าการหยุด

การบำบัดบางชนิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์นั้น ถือว่าถูกต้องตามจริยธรรมซึ่งไม่แตกต่างกัน จากการทำไม่ได้เริ่มให้การบำบัดและไม่ใช้การช่วยทำยูธานาเซียทางอ้อมตามที่มีคนจำนวนไม่น้อยเข้าใจกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต ชนิดของการบำบัดจำเป็นต้องเหมาะสมกับระยะเวลาของการป่วยไข้และการพยากรณ์โรคเป็นสำคัญ และสุดท้ายซึ่งสำคัญมากคือการกระทำแก่ผู้ป่วยน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นคือการช่วยผู้ป่วยได้มากที่สุด

### การดูแลช่วงเวลาใกล้เสียชีวิต (caring near the end of life)

การดูแลช่วงเวลาใกล้เสียชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลที่ดี คือการปรับเปลี่ยนที่ทำการบำบัด จากการทำมุ่งเน้นการพยุงชีวิตให้ยืดยาวออกไป หรือการบำบัดกับตัวโรคไปสู่การดูแลที่มุ่งหมายถึงความมีศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้ความช่วยเหลือคำจุนผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการช่วยลดอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากการป่วยไข้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยให้การดูแลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิทธิในการเลือกวิธีหรือชนิดของการบำบัด หากมีการให้การตัดสินใจไว้ล่วงหน้าให้ถามถึงการที่ยืนยันในความเห็นเดิมหรือต้องการเปลี่ยนแปลง ท้ายสุดคือการนำเอาข้อความการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแจ้งให้ทีมงานสหวิชาชีพทราบและนำมาใช้ปฏิบัติหากไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ความพยายามในการช่วยฟื้นคืนชีพหรือกู้ชีวิตแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟื้นขึ้นได้ทุกรายแต่ที่แน่นอนก็เป็นมาตรการที่ขัดแย้งกับการปล่อยให้เป็นการตายจากไปอย่างสงบ และยังก่อให้เกิดอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ถ้าการฟื้นจากความตายนั้นเป็นช่วงที่สั้นและอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ไม่สามารถแก้ไขได้





บ่อยครั้งในสถานการณ์เช่นนี้ มีความจำเป็นและสำคัญกับการใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยพึงพอใจในการเลือกใช้เป็นที่พักพิงรับความตาย ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและควรได้รับการเคารพในสิทธินั้น ปัจจัยสำคัญที่สุดคือจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้อย่างไร

### อาการแสดงว่าผู้ป่วยใกล้เข้าสู่กระบวนการของการตาย (signs and symptoms of the imminent dying process)

- อ่อนล้า หดเรี่ยวแรง อาการป่วยเพียงบ่งอย่างมา
- ใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่เฉพาะบนที่นอน
- ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเกือบทุกเรื่องหรือทุกเรื่อง
- สภาพร่างกายอาจชุ่มผอม ชุ่มซีด และหรือมีหนังหุ้มกระดูกเป็นส่วนใหญ่
- เชื่องซึม ง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา หรือมีภาวะการรับรู้ความเข้าใจ รวมถึงการเข้าใจที่ลึกซึ้งลดลง
- ใช้เวลากับการนอนหลับเพิ่มขึ้น
- มีความยากลำบากอย่างมากในการรวบรวมความคิดและมีข้อจำกัดอย่างมากกับการสนใจอย่างต่อเนื่องนานๆ
- มีข้อจำกัดในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะในการร่วมมือกับผู้อื่นให้การดูแล
- ไม่สามารถประมาณทิศทาง สถานที่ เวลา รวมถึงบุคคล
- เพิ่มความไม่ใส่ใจต่ออาหารและเครื่องดื่ม พร้อมกับรับประทานอาหารและน้ำลดลง
- มีความยากลำบากในการกลืนกินยามากขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำเอาอาการต่างๆ เหล่านี้มาเป็นตัวช่วยชักนำผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกันวางแผนสำหรับรองรับความตายและในการแยกแยะสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงความประสงค์และความต้องการกับการเข้าร่วมขณะที่กระบวนการการตายเริ่มเกิดขึ้น รวมถึงการค้นหาถึงสิ่งอื่นๆ ที่ยังคงคิดว่าควรกระทำเพื่อให้เกิดความพึงพอใจอย่างครบถ้วนกระบวนการ เช่น

- พวกเขามีความประสงค์อยู่ข้างกายผู้ป่วยขณะที่ความตายกำลังดำเนินการไปหรือไม่
- พวกเขาทราบไหมว่ายังมีใครบ้างที่ต้องการมาพบเพื่อกล่าวคำอำลาหรือขอโทษสิกรรมกับผู้ป่วยและผู้ป่วยยังต้องการพบใครอีกหรือไม่
- พวกเขาได้พูดทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการกับผู้ป่วยแล้วหรือไม่
- พวกเขา还有什么ความเสียใจกับบางสิ่งบางอย่างที่ยังไม่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วยและต้องการจะกระทำหรือไม่อย่างไร
- พวกเขา还有什么กังวลเกี่ยวกับเรื่องราวใดๆ บางอย่างหรือไม่
- พวกเขาปรารถนาให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเกี่ยวกับการดูแลจากที่เคยตกลงใจไว้เดิมหรือไม่อย่างไร
- ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โอกาสนี้จะ เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ ต้องมีการฝึกผู้ช่วยให้การดูแลในครอบครัวถึงวิธีการต่างๆ สำหรับไว้ใช้ปฏิบัติ รวมถึงหมายเลขโทรศัพท์สายตรงไว้พร้อมให้คำปรึกษา ส่วนกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ถ้าเป็นไปได้การจัดห้องที่เป็นสัดส่วน เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยถ้าต้องการก็จะเป็นการเหมาะสมยิ่งขึ้น





การบำบัดอาการต่างๆ แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย (symptoms management for end of life care)

มาตรการที่ใช้ในการพิจารณาเพื่อจัดการกับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ควรประกอบด้วย

- ประเมินสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการและให้การบำบัดแก้ไขทันทีถ้าทำได้
- ค้นหาปัจจัยด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในขณะนั้น นำมาประมวลเข้าด้วยกัน พิจารณาถึงข้อดีข้อด้อยหากนำมาตรกรบำบัดที่พิจารณาไว้รวมถึงมาตรการที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์มาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย
- สั่งให้ยาที่จำเป็นเท่านั้นอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง สำหรับการบำบัดที่มีความมุ่งหมายในด้านประคับประคองแก้อาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และยาที่ใช้เมื่อจำเป็น (as - needed medication) สำหรับบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

#### ปัจจัยด้านการทำงานของร่างกาย

ให้ความใส่ใจและพยายามช่วยให้ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติมากที่สุด แม้ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะใกล้ตายก็สามารถเสริมสร้างอารมณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งประกอบด้วย

#### การเคลื่อนไหว

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

- \* ควรมีการควบคุมความปวด เพื่อช่วยให้สามารถคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของร่างกาย

#### ด้านโภชนาการ

ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในด้านการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนมากมีการเปลี่ยนแปลงด้านความอยากในการรับประทานอาหาร ผู้ให้การดูแลต้องยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และอาจต้องช่วยให้อาหารเหลว หรือให้สารอาหารทางสายให้อาหารในบางกรณี ถ้ามีข้อบ่งชี้

#### ด้านสุขอนามัย

การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก บริเวณอวัยวะขับถ่าย บริเวณอับชื้น ก็สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายตัว สดชื่น และสามารถร่วมมือในการดูแลต่างๆ ได้ดีขึ้น

### ข้อควรพิจารณาบางประการสำหรับห้หาใช้ปฏิบัติในการดูแลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ห้

1. เกี่ยวกับยาแก้ปวดควรทำอย่างไร ผู้ป่วยในช่วงนี้ยังต้องการแก้ปวดหรือไม่
  - ผู้ป่วยยังคงต้องการยาแก้ปวดในกรณีที่ต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความปวดมาก่อนหน้า แม้ในขณะนั้น ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สึกรก็ตาม
  - ขนาดยาอาจต้องพิจารณาลดขนาดลงในบางราย ถ้ามีการขับถ่ายปัสสาวะลดน้อยลง
  - อาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนหรือรับประทานยาได้ตามปกติ





## 2. ทำอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนเกิดขึ้น

- ตรวจภาวะเพาะบัสสภาวะและลำไส้ตรง (อาจเป็นผลของการมีบัสสภาวะคั่งหรืออุจจาระคั่งคา)
- ในกรณีถ้าจำเป็นต้องใช้ยาให้พิจารณาใช้ haloperidol ไม่ควรใช้ diazepam หรือ midazolam

## 3. ควรพิจารณาอย่างไรกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- ถ้ามีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่เดิม พิจารณาอัตราการให้ ให้ลดลง
- ถ้าไม่มีสารน้ำไว้แต่เดิม ให้ผู้ป่วยจิบน้ำตามต้องการ รวมถึงให้การดูแลสภาพช่องปาก
- ถ้าครอบครัวผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับเรื่องการให้สารน้ำ ให้การอธิบายถึงข้อดีข้อด้อยตามที่ได้เกริ่นนำไว้แล้ว แต่ถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรพิจารณาให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง

## 4. ควรพิจารณาอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีไข้

- ใช้ผ้าเย็นที่เปียกชื้นพอประมาณเช็ดตัว
- เปิดพัดลมหรือให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
- ฉีดยา paracetamol ถ้ารับประทานไม่ได้
- โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะ

## 5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือไม่

- จำเป็นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาของการหายใจลำบาก และมีการให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการมาก่อน

## 6. เครื่องดูดเสมหะมีความจำเป็นไหมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

- โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เครื่องดูดเสมหะนอกจากจะใช้ไม่ได้ผลยังทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปั่นป่วนไม่สบายมากขึ้น

## 7. การดูแลสภาพช่องปากควรกระทำอย่างไร

กรณีผู้ป่วยไม่มีแรงแม้แต่จะบ้วนปากหรือถูฟัน ให้ช่วยด้วยการ

- ใช้ที่กดลิ้น ด้ามช้อนหรือส้อม ก้านตะเกียบไม้ พันด้วยผ้ากอซที่เปียกชื้น ทำความสะอาดช่องปาก
- ใช้สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ บ้ายบนลิ้นที่เป็นฝ้าหนา

## 8. ทำอย่างไรกับเสียงครีคราดในลำคอช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (death rattle)

- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากสารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นตามปกติของมนุษย์ทุกคนแต่ผู้ใกล้ตายไม่มีแรงพอจะกลืนได้ ไม่ได้เกิดจากมีการสำลักหรือมีของแปลกปลอมติดในลำคอ การใช้เครื่องช่วยดูดไม่ได้ช่วยทำให้มีอะไรดีขึ้น นอกจากเพิ่มความรำคาญความลำบากและความทุกข์ทรมานแก่ผู้ใกล้ตาย
- อย่าให้สารน้ำแก่ผู้ใกล้ตายมากเกินไปจนสมควร
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ และช่วยหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นสามารถไหลออกที่สะดวก
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ
- การพิจารณาให้ยากกลุ่ม hyoscine (เช่น Buscopan® หรือ Scopolamine®) ป้องกันไว้ก่อนอาจช่วยบรรเทาได้





### 9. ควรให้การดูแลดวงตาอย่างไร

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

### 10. ให้การดูแลผิวหนังอย่างไร

- ช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง
- ช่วยขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยึดและงอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อและเอ็นยึด
- ใช้ที่นอนลม น้ำหรือไฟฟ้า รวมถึงหมอนหนุนรองรับบริเวณที่มีการกดทับ

### 11. แก้ไขอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้อย่างไร

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

นอกจากนี้ ในช่วงเวลาเช่นนี้ การนำการดูแลบำบัดเสริม (complementary therapy) บางชนิดถ้ามีอยู่และผู้ป่วยต้องการเข้ามาช่วยด้วย อาจช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดูดีขึ้น เช่น การสัมผัส ดนตรี เสียง และสุนทรบำบัด เป็นต้น

เมื่อกระบวนการของการตายได้เริ่มขึ้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือการให้ความช่วยเหลือคำจุนแก่ครอบครัวผู้ป่วยด้วยการ

1. ขอพบคนในครอบครัวผู้ป่วยพร้อมกันถ้าทำได้
2. แจ้งให้ทุกคนรับทราบว่า เวลาที่ทุกคนไม่อยากพบนั้นได้เริ่มและคงสิ้นสุดในเวลาอีกไม่นานจากนี้ แต่ก็ไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าความตายจะจบลงเมื่อใด
3. อธิบายให้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลง ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งที่คาดว่าจะต้องเกิดขึ้น
4. อธิบายให้รู้ถึงวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ปฏิบัติต่อตัวผู้ป่วยในอันดับต่อไป
5. แนะนำให้สลับหรือหมุนเวียนคนในครอบครัวให้อยู่เป็นเพื่อนข้างเตียงผู้ป่วยถ้าต้องการ
6. แจ้งให้ทุกคนทราบว่าแม้ผู้ป่วยบางรายจะดูเหมือนอยู่ในภาวะหมดสติ แต่ประสาททางการได้ยิน ยังคงทำงานได้ปกติ พวกเขาสามารถถ่ายทอดคำพูดที่มีประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยได้โดยให้พูดเบาๆ ข้างหู
7. ให้การดูแลแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว
8. แสดงที่ให้เห็นถึงความห่วงใย กังวล และพร้อมช่วยเหลือเป็นธุระให้ทุกประการถ้าต้องการ





## มาตรการปฏิบัติห้สังกะระบวมการตายได้ออนสง

1. โปรดจำไว้ว่าความตายก่อให้เกิดภาวะตกใจ สะเทือนใจเสมอ แม้จะมีการเตรียมหรือเตรียมการต่างๆ ไว้อย่างดีเพียงใดก่อนหน้าแล้วก็ตาม

2. แจ้งให้คนในครอบครัวผู้ป่วยทราบว่า ความตายได้เกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว

3. แสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ

4. งานสุดท้าย

- ช่วยจัดการกับร่างผู้ตาย ตั้งแต่การช่วยยืดแขนขาให้เหยียดตรง เอาสายและท่อต่างๆ ถ้ามืดออกจากร่างผู้ตาย ทำความสะอาดร่างผู้ตายรวมถึงการตกแต่งแผลต่างๆ ให้เรียบร้อย และช่วยใส่เสื้อผ้า

- ติดต่อการฉีดยาศพ (ถ้าคนในครอบครัวต้องการ)

- เขียนใบมรณบัตร

- บอกขั้นตอนต่างๆ ทางกฎหมายในการแจ้งตาย การขนย้ายศพ การจัดงานศพ ถ้าคนในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ในบางกรณีที่คุณในครอบครัวที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นคนชรา และหรือเด็กที่ขาดผู้อุปถัมภ์ อาจต้องยื่นมือเข้าช่วยโดยการติดต่อกับองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่มีหน้าที่ในด้านนี้

5. ให้เวลาคนในครอบครัวอยู่กับร่างผู้ตาย เพื่อแสดงถึงความโศกเศร้าอย่างเพียงพอ ก่อนเคลื่อนย้ายไปยังห้องเก็บศพ

6. ในกรณีที่ความตายเกิดขึ้นในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์สามารถบรรเทาความเจ็บปวดของการสูญเสีย จากความทรงจำของครอบครัวผู้ตายได้อย่างมากด้วยการแสดงถึงความใส่ใจเป็นกังวล อาทิเช่นเดินไปส่งครอบครัวผู้ตายขณะเดินทางออกจากโรงพยาบาล

## การดูแลช่วงทุกขโคกจากการสูญเสียคนในครอบครัว (bereavement care)

การดูแลแบบประคับประคอง จะครอบคลุมถึงการดูแลความโศกเศร้าและผลกระทบจากการที่เกิดกับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย โดยทั่วไปอาการโศกเศร้ารวมถึงปฏิกิริยาต่างๆ เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีหรือภายในเวลาเป็นชั่วโมง หรืออาจเริ่มหลังจากการจัดงานศพเรียบร้อยแล้วก็ได้ ส่วนมากอาการเหล่านี้ จะคงอยู่ตั้งแต่เวลาไม่กี่เดือนหรืออาจนานได้ถึงสองปี และควรกลับคืนสู่ภาวะปกติ ถ้าหากยาวนานกว่านี้ ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ สำหรับกรณีทั่วไปทางกลุ่มงานดูแลแบบประคับประคองจะติดต่อกับครอบครัวผู้ตายเพื่อติดตามผล อาจโดยทางจดหมายหรือโทรศัพท์เป็นระยะเพื่อให้ครอบครัวรู้สึกถึงความห่วงใย โดยทั่วไปถ้าภายใน 1 ปีไม่พบสิ่งผิดปกติก็จะหยุดการติดต่อ สำหรับกรณีที่พบมีความโศกเศร้ารุนแรงอาจต้องเป็นภาระในการช่วยส่งปรึกษา นักจิตวิทยาหรือเข้าช่วยค้นหาสาเหตุเพื่อช่วยแก้ไขต่อไป





## Living Will: มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ  
สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋จฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



### การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

Palliative Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลัน และโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Palliative Care เป็นลักษณะองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย (physical) จิตใจ (psychological) สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (improve quality of life) บรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน (relief and prevent suffering) และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (dignity) จนถึงวาระสุดท้าย การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ควรครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ตั้งแต่ระยะแรกที่วินิจฉัยโรค ระยะใกล้ตาย (end-of-life care) จนผู้ป่วยเสียชีวิต และยังคงครอบคลุมถึงระยะโศกเศร้าสูญเสียหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (bereavement period)





## เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Palliative Care

จากที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายได้ดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. สามารถควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งทางกายและจิตใจได้อย่างดี
3. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และความสูญเสียต่างๆ ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำภารกิจต่างๆ ที่ยังห้วงกังวล (unfinished business) ให้สำเร็จ
5. หากจะต้องเสียชีวิต ก็ให้ผู้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยประสพกับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด
6. ป้องกัน บรรเทาปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดจากความโศกเศร้า สูญเสียของครอบครัว (bereavement) ภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

## ประเด็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care

จากประสบการณ์ของผู้เขียน ปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) แบบ Palliative Care ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์ของโรคร้ายตามจริง เนื่องจากญาติปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย แม้แพทย์ต้องการบอกให้ทราบ ดังนั้น สิทธิของการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย จึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย

(patient autonomy) ยิ่งไปกว่านั้น บางครั้งญาติเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน เช่น ฝายหนึ่งไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต อีกฝายอาจให้ “สู้เต็มที่” สร้างความลำบากใจแก่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความตายของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ในโรงพยาบาลจึงมักถูกยื้อโดยไม่จำเป็น ทำให้เจ็บปวด ทรมาน มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายสูง สร้างความทุกข์ทางใจ ทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์

ดังนั้น จึงน่าจะเป็นการดี หากแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อที่จะได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้น ว่าต้องการได้รับการดูแลในระยะใกล้ตายหรือ end-of-life care อย่างไร เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้องและลดความทุกข์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

## การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Advance Care Planning หรือ ACP)

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







อย่างไรก็ตาม แพทย์และทีมผู้ดูแลรักษามักไม่ค่อยกล้าทำ Advance care planning กับผู้ป่วยโดยตรง แม้จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเชื่อว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตาย และการวางแผนล่วงหน้าเป็นเรื่องที่อ่อนไหว (sensitive) แต่เมื่อรอจนผู้ป่วยรายนั้นป่วยหนัก ใกล้ตาย หรือผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีสมองเสื่อมและสับสน โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค ก็มักจะสายเกินไปที่ผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจเรื่องนี้ด้วยตนเอง

ดังนั้น การทำ Advance care planning ยิ่งเร็ว น่าจะยิ่งดี และหากเป็นไปได้ ควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

## หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Advance Directives)

Advance Directives คือ เอกสารหรือคำสั่งจำเพาะของบุคคล เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์ในอนาคต ซึ่งจะมีผลต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว ดังนั้น Advance Directives จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสาร หรือ Advance Care Planning ที่กล่าวข้างต้น

โดยทั่วไป Advance Directives แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

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

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

## ข้อดีของ Advance Directives มีหลายประการ

1. ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกหรือความต้องการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการ ในเวลาที่ไม่รู้สึกรู้สึกร่างหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy)
2. ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ (futility) ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจหรือการปั๊มหัวใจ
3. ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย
4. ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ ไม่ต้องห่วงว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม





## อย่างไรก็ตาม Advance Directives มีข้อจำกัดบางประการ เช่นกัน

1. เจตนาต่างๆ ที่ระบุไว้ในคำสั่งหรือ Advance Directives นั้น ย่อมไม่สามารถครอบคลุมสถานการณ์จริงหรือการรักษาทั้งหมดที่อาจเป็นไปได้ ดังนั้นการสื่อสารกับญาติสนิทบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมอบหมายหรือ Proxy เพื่อให้เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้การปฏิบัติเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น
2. Advance Directives ของผู้ป่วยอาจทำล่วงหน้าตั้งแต่มิใช่ป่วยหรือโรครังมีได้ลุกลามถึงระยะท้าย ซึ่งเปรียบเหมือนสถานการณ์สมมติ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่ออาการของผู้ป่วย การดำเนินโรค และผลการรักษาเปลี่ยนไป

## แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษาจะมีส่วนช่วยในกระบวนการ Advance Care Planning อย่างไร

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

การทำ Advance Care Planning รวมทั้ง Advance Directives นี้ ควรทำให้เร็วที่สุด ตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี สามารถตัดสินใจได้ดี ปราศจากภาวะซึมเศร้า และแพทย์ต้องดูแลรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทางกาย โดยเฉพาะอาการเจ็บปวดอย่างเต็มที่ เพื่อมิให้มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตายมักเป็นเรื่องอ่อนไหว (sensitive) ที่แพทย์มักไม่ยากเป็นฝ่ายเริ่มต้น จังหวะที่ดีที่แพทย์อาจถือโอกาสชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่อง Advance Care Planning ได้ เช่น เมื่อแพทย์แจ้งเรื่องการพยากรณ์โรคหรือทางเลือกของการรักษาที่อาจได้ผลไม่ดี ผู้ป่วยสนใจสอบถามเรื่อง Living Will หรือผู้ป่วยพูดถึงเรื่องความตายขึ้นมา อีกจังหวะที่ดีคือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือป่วยหนัก และได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตมาได้แล้ว

แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษา ควรระลึกเสมอว่าเป้าหมายการรักษาที่ร่วมกันวางไว้แล้วอาจเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น ควรหาโอกาสสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อทบทวนเป้าหมายและแผนการรักษา (Advance Care Planning) รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่ออาการของผู้ป่วย การดำเนินโรค และผลการรักษาเปลี่ยนไป

หากผู้ป่วยต้องการทำ Advance Directives เป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์ พยาบาล ทีมผู้ดูแลรักษา (อาจต้องมีนิติกรของสถานพยาบาลร่วมอยู่ด้วย) ควรช่วยเหลือด้วยการจัดหาตัวอย่างของแบบฟอร์ม Living Will อธิบายขั้นตอน วิธีการทำ รวมทั้งอธิบายข้อมูลทางวิชาการ (รวมทั้งข้อดีข้อเสีย) ของหัตถการต่างๆ ที่มักต้องระบุไว้ใน Living Will เช่น Cardiopulmonary Resuscitation, Intubation,





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

อย่างไรก็ตาม Advance Directives เป็นเพียงเอกสารหรือคำสั่งที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ในเวลาหนึ่ง เมื่อถึงเวลานำมาปฏิบัติจริง แพทย์ต้องอธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย (หากยังสื่อสารกับผู้ป่วยได้) หรือทำความเข้าใจกับ Proxy และญาติคนอื่น ๆ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้แล้ว เพื่อที่จะได้ปฏิบัติให้ตรงกับเจตนาของผู้ป่วยให้มากที่สุด

ปัญหาหนึ่งที่แพทย์จำนวนหนึ่งไม่สบายใจเกี่ยวกับ Advance Directives คือไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจริงหรือไม่ ประเด็นนี้อาจไม่ยาก หากแพทย์ได้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นมาเป็นระยะเวลานาน เห็นการดำเนินโรคของผู้ป่วยมาตลอด มั่นใจว่าอาการของผู้ป่วยเกิดตามธรรมชาติของโรคที่เป็นอยู่เดิม โดยไม่มีโรค/ภาวะที่รักษาได้ (treatable diseases/conditions) ใดๆ ที่แทรกซ้อนเข้ามา แต่ถ้าแพทย์คิดว่ายังไม่ใช่วาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยหรือไม่มั่นใจ แพทย์ควรอธิบาย/สื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจสถานการณ์ และให้การรักษาเต็มที่ไปก่อน แล้วติดตามผลการรักษาต่อไป

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





## ตายอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



### มุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีมุมมองต่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น่าสนใจอยู่สามมุมมอง คือมุมมองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย มุมมองต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และมุมมองต่อองค์กร จากการสะท้อนต่อไปนี้

#### หนึ่ง มุมมองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ลิโอ ตอลสตอย (Leo Tolstoy) เขียนไว้ในบทประพันธ์เรื่อง *ความตายของอิวาน อิลลิช (The Death of Ivan Ilych)* ในช่วงที่อิวาน ซึ่งเป็นผู้พิพากษาที่กำลังมีชื่อเสียงและการทำงานที่ก้าวหน้าพบว่าเขากำลังจะตายภายในเวลาแสนสั้นจากโรคร้ายที่รักษาไม่หาย เขาได้มีโอกาสทบทวนถึงการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง และชะตากรรมที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าพร้อมกันไป ทำให้เขาตัดสินใจในท้ายสุดว่าจะต้องใช้ชีวิตที่เหลือให้คุ้มค่าที่สุดก่อนที่จะจากไปอย่างมีความสุข แต่เขากลับพบกับความโดดเดี่ยวอันน่าพรั่นพรึง เป็นความอ้างว้างโดดเดี่ยวที่ลึกยิ่งกว่า





มหาสมุทรหรือหุบเหวใดๆ ไม่อาจแบ่งปันความรู้สึกนี้กับผู้ใด ความทุกข์  
 ทรมาณที่สำคัญของอิวานคือการโกหก (ซึ่งทุกๆ คนยอมรับ) ว่า  
 เขาเป็นเพียงคนป่วย หาใช่คนใกล้ตาย เขาปวดร้าวที่คนเหล่านั้นไม่  
 ยอมรับในสิ่งที่พวกเขาทุกคนรู้และตัวอิวานเองก็รู้ ทว่ากลับเลือกที่จะ  
 โกหก และทำให้เขาเป็นส่วนหนึ่งของการโกหกนั้น ในวันท้ายๆ ของ  
 ชีวิต อิวานเริ่มแยกแยะได้ชัดเจนระหว่าง “ชีวิตเทียม” ซึ่งเต็มไปด้วย  
 ความเห็นแก่ตัว บดบังความหมายที่แท้จริงของชีวิตและทำให้หวาดกลัว  
 ความตาย เช่น ชีวิตของเขาเอง กับ “ชีวิตที่แท้” ดังชีวิตของเจอราซิม  
 (Gerasim) เด็กรับใช้บ้านนอกซึ่งไม่หวาดกลัวความตาย เต็มเปี่ยมไป  
 ด้วยความเห็นใจ ความเข้าใจ และความเอื้ออาทร

ท่านพุทธทาสกล่าวไว้ว่า

เรื่องความเจ็บไข่นี้ เขาเปรียบว่า เหมือนถูกยิงด้วยลูกศร  
 ธรรมดาเล่มเดียว อย่าให้ถูกยิงซ้ำด้วยลูกศรที่อาบยาพิษ  
 คือเป็นความยึดมั่นถือมั่น เป็นความเจ็บไข้ของกู ความตาย  
 ของกู กูจะตาย ก็เลยเป็นทุกข์กันใหญ่ จะตายกันทั้งทีก็  
 ให้ตายอย่างมีศิลปะ มีศิลปะ คือตายอย่างไม่ตาย อย่างน้อย  
 ก็ต้องตายอย่าให้เลวกว่าสัตว์ ไม่เป็นปัญหาอะไรมาก ไม่  
 เป็นความยุ่งยากแก่ใคร เมื่อจะตายอยู่แล้วก็ยังไม่ยอมให้  
 ตาย ทำให้ลำบาก ทำให้ไม่มีระเบียบที่จะตาย คนจึงตาย  
 ไปอย่างไม่มีสติ ทำการะอย่างไม่มีสติ อย่างนี้เรียกว่าไม่มี  
 ศิลปะ

## สอง มุมมองต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ

ท่านพุทธทาสได้กล่าวต่อไปว่า

พวกหมอก็คือเป็นต้นเหตุให้คนตายอย่างไม่มีศิลปะนี้มากขึ้น  
 เขารู้กันแต่เรื่องวัตถุอย่างเดียว ไม่ยอมให้สิ้นสุดเรื่องทาง  
 วัตถุ ไม่เข้าไปในเขตของเรื่องทางจิตวิญญาณกันเสียเลย  
 ควรจะร่วมมือกันให้เขาตายอย่างมีสติ อย่างมีศิลปะ

เชอร์วิน บี. นูแลนด์ (Sherwin B. Nuland) เขียนไว้ในหนังสือ

เราตายอย่างไร (How We Die) ว่า

มีบางครั้งบางคราวที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ชักชวนให้  
 ผู้ป่วยมั่นใจจนยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษา แม้ว่า  
 ความเจ็บป่วยนั้นจะดำเนินมาถึงจุดที่เลวการถกหาเหตุผล  
 ว่า **ปริศนา** นั้นควรละไว้โดยไม่เฉลยจะดีกว่าหรือไม่ บ่อย  
 ครั้งเมื่อใกล้วาระสุดท้าย หากว่าแพทย์สามารถมองลึกลง  
 ไปภายในตนเอง เขาอาจตระหนักได้ว่าการตัดสินใจและ  
 คำแนะนำของเขา ถูกผลักดันจากความไม่สามารถที่จะ  
 ละทิ้งปริศนานั้น และยอมรับความพ่ายแพ้ แม้ว่าเขาจะมี  
 เมตตาและคำนึงถึงผู้ป่วยที่เขา รักษา ทว่าเขาก็ยอมละทิ้ง  
 ความเมตตานั่นเสีย ด้วยว่าปริศนานั้นมีความเย้ายวน  
 รุนแรงเหลือเกิน

## สาม มุมมองต่อองค์กร

เชอร์วิน บี. นูแลนด์ (Sherwin B. Nuland) ยังกล่าวอีกว่า  
 โรงพยาบาลได้นำเสนอสถานที่ซึ่งครอบครัวจะซ่อนเร้น  
 ผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่มีอะไรน่าดูซึ่งทั้งโลกและพวกเขาไม่  
 สามารถทนแบกรับได้ โรงพยาบาลกลายเป็นสถานที่สำหรับ  
 ความตายอย่างโดดเดี่ยว





## เป้าหมายในวาระสุดท้ายของชีวิต: มีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

เมื่อประมวลแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน อาจสรุปได้ว่าเป้าหมายในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับทุกคนคือการจากไปอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

อลัน กรีนสแปน (Alan Greenspan) นักการธนาคารผู้ยิ่งใหญ่ของสหรัฐฯ กล่าวว่า

*จากการที่เขาดำเนินทางไปทั่วโลก ได้เห็นความคล้ายคลึงหลายอย่างที่มนุษย์แสดงออก นั่นคือการเสาะแสวงหาเพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง (self-esteem) เป็นแรงกระตุ้นที่มีมาแต่กำเนิด มิได้เกิดจากวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ภาษา และความบังเอิญ*

การรับรู้ว่าตัวเองมีคุณค่านำมาสู่ความสุข และพร้อมจะจากโลกนี้ไปอย่างมีความสุข คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการกระทำภารกิจที่ค้างค้างให้จบสิ้น การใคร่ครวญสิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำมาในชีวิต และมองเห็นแง่มุมในด้านบวกของสิ่งเหล่านั้น การได้รำลึกหรือฟื้นฟูความสัมพันธ์กับครอบครัว การทำความเข้าใจกับความหมายในชีวิตอย่างที่ยาวนานกระทำ แม้มิได้กลับไปแก้ไขอดีต แต่เพียงความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในความหมายของชีวิตที่แท้จริง ก็สามารถปลดปล่อยสิ่งที่ค้างค้างในจิตใจได้อย่างสมบูรณ์

ความหมายแห่งชีวิตนี้เอง คือต้นทุนซึ่งเป็นที่มาแห่งความสุขตามแนวคิดสุขภาพภาวะกำเนิด (salutogenesis) ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยมีโอกาสที่จะให้การเยียวยาผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายเข้าใจความหมายของชีวิตได้ อาจจะเป็นเพียงการปรากฏอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยด้วยพลังที่เป็นบวกภายในตัวเอง หรืออาจจะต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำความเข้าใจและค่อยๆ คลายปมในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่ง ดร.นพ.สกล สิงหะ กล่าวไว้ว่า เราไม่สามารถทำอะไรใครในสิ่งที่เราไม่มี สิ่งที่เราต้องตอบกับตัวเองก็คือ “เราเห็นชีวิตเป็นอย่างไร” ทั้งนี้ การให้ความหมายแห่งชีวิตของแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

ความเชื่อ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้การดูแล มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงคุณค่าในชีวิต และทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีสติตามที่ท่านพุทธทาสแนะนำไว้ ขณะที่การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วยในการรักษาที่เหมาะสมและถ่วงน้ำหนักศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สมศักดิ์ศรี

## ประเด็นคุณภาพที่น่าสนใจ

ประเด็นคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการพิจารณาเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่กล่าวมา ผสมผสานกับการพิจารณากระบวนการที่เกี่ยวข้องซึ่งมีกำหนดอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาล เช่น การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม การวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการทุกประเด็นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็น เป็นต้น





ประเด็นคุณภาพในการปฏิบัติตามหนังสือเจตนาไม่ประสงค์รับ  
บริการสาธารณสุขฯ ที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การจัดการกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสา  
ธารณสุขฯ และการสื่อสารข้อมูลเจตนาของผู้ป่วยให้สมาชิกในทีม  
สุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ หรือเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวเมื่อจำเป็น เป็น  
สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยในบางกรณีอาจจะต้องมีการวิเคราะห์  
สถานการณ์ว่าเข้าได้กับเงื่อนไขของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้ว  
หรือไม่

2. แม้จะมีการระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ  
บริการสาธารณสุขฯ ไว้อย่างชัดเจน แต่แพทย์ก็ยังมีบทบาทสำคัญใน  
การตัดสินใจบางอย่าง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจร่วมกับข้อมูลวิชาการที่  
เหมาะสม การตัดสินใจนี้ควรเป็นไปอย่างมีเหตุผลเพื่อประโยชน์ของ  
ผู้ป่วยและเพื่อสนองต่อเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. การทบทวน ใคร่ครวญ และเรียนรู้จากการปฏิบัติตามหนังสือ  
แสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขฯ เป็นสิ่งที่พึงกระทำอย่างยิ่ง  
ในทุกครั้งที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่แสดงเจตนาดังกล่าว อันจะนำไปสู่  
ความประณีตและคุณภาพในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

การได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างมีคุณค่า  
มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี คือหน้าที่สำคัญของผู้ให้บริการ อีกทั้งเป็นโอกาส  
ในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองที่มีพลังสูงยิ่งที่ไม่ควรปล่อยให้โอกาสนั้น  
ผ่านไป



## Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน... กับดอกเห็ดในท้ออบแสง

ผศ.พญ.ยุวเรศมศรี สิริธิดาญัญญา  
ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



หนึ่งในปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงเรียน  
แพทย์นั้น ก็คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากความเป็นโรงพยาบาล  
ตติยภูมิ ที่มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคต่างๆ ที่มากกว่า  
โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากถูกส่ง  
ต่อมาตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา ซึ่งหลายๆ ราย แม้จะได้รับการ  
ตรวจ วินิจฉัย และทำการรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจไม่  
สามารถหายขาดได้ บางรายการดำเนินโรคยังคงเดินต่อไปจนเข้าสู่ระยะ  
สุดท้ายของชีวิต เมื่อการรักษาหลัก (เช่น การผ่าตัด การฉายแสง การ  
ให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง) ไม่ได้ผลอีกต่อไป ยังมีอะไรที่เราจะทำให้  
ผู้ป่วยได้อีกหรือไม่? แพทย์หลายแผนกที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยมาตลอด  
อาจลงความเห็นไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยว่า “Supportive Care” หรือ  
“Palliative Care” หรือ “ไม่นัดแล้ว” แต่ใครจะเป็นผู้ให้ Supportive  
Care หรือ Palliative Care แก่ผู้ป่วย? ส่วนใหญ่เรามักเข้าใจกันว่า  
“ใครก็ตามที่พบหรือเจอผู้ป่วย” ก็จะเป็นผู้ให้การดูแลนั้นแก่ผู้ป่วย





ซึ่งบ่อยครั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉินมักจะเป็นผู้ที่พบหรือเจอผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาอันยาวนานหรือไม่มีนัดกับแพทย์ที่ดูแลหลักแล้ว

ถึงแม้ว่าการรักษาหลักจะไม่ได้ผลอีกแล้ว แต่ตราบดีที่ชีวิตคนเรายังไม่สิ้น ความทุกข์ทรมานก็ยังคงดำเนินต่อไป ห้องฉุกเฉินที่ดูเหมือนจะเป็นที่รองรับผู้ป่วยทุกคนที่ไม่มีที่อื่นในโรงพยาบาลรองรับได้ รวมถึงผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเหล่านี้ จึงต้องทำหน้าที่ Supportive Care หรือ Palliative Care ให้แก่ผู้ป่วยไปอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งนอกเหนือจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย (การทำหัตถการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น การเจาะน้ำออกจากท้อง จากช่องเยื่อหุ้มปอดของผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งไปมาก รวมถึงการส่งยาสารน้ำ เลือด) ที่ดูเหมือนจะเป็นงานหนักของแพทย์ฉุกเฉินแล้ว การดูแลในด้านอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็น ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ อันได้แก่ การดูแลภาวะทางจิตใจ, สังคมและจิตวิญญาณนั้นอาจเป็นสิ่งที่ยากยิ่งในบริบทของห้องฉุกเฉิน โดยพบว่า การสื่อสารกับญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสำคัญมากในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ขณะที่บรรยากาศในห้องฉุกเฉินเต็มไปด้วยความวุ่นวาย เร่งรีบ แต่ผู้ป่วยและญาติที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มีปัญหาหลายประการที่ต้องการความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และเวลา จากทีมผู้ให้บริการค่อนข้างมาก ทำให้สมการของการตอบสนองและความต้องการรับบริการ ดูเหมือนจะติดลบอยู่เสมอ ผู้ป่วยและญาติที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต มักจะรู้สึกว่าไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลและให้เกียรติเพียงพอจากทีมผู้ให้บริการของห้องฉุกเฉิน

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลมักไม่มีเตียงผู้ป่วยในมากพอ ที่จะรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ ขณะที่ห้องฉุกเฉินก็จำเป็นต้องรักษาพื้นที่ไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอาจถูกจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ในขณะที่ผู้ป่วยและญาติเองยังไม่พร้อม และอาจต้องกลับมาห้องฉุกเฉินอีกในเวลาอันใกล้เพราะไม่รู้จะไปที่ไหน ทำให้ผู้ป่วยและญาติหลายรายรู้สึก “ถูกไล่กลับ” ขณะที่ทีมผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินก็มักจะรู้สึกท้อแท้ไม่ไหวหน้าตาของตน ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แพทย์เจ้าของไข้เอง ควรมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ดีกว่านี้ เพื่อที่จะได้ไม่เป็นการแก่ห้องฉุกเฉิน ปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดรอยร้าวต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงภายในทีมผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วยกันเองมาช้านานและคงยังดำเนินต่อไปหากไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใดในระบบบริการของเรา...

แม้ว่า แสงแดด...จะทำให้ต้นไม้ผลิดอก งอกงาม...แต่ในภาวะที่อับแสงแดด ดอกเห็ดก็ยังสามารถงอกงามได้ฉันใด Palliative Care ก็ควรเกิดขึ้นได้ทุกที่ แม้จะมีความจำกัดอย่างห้องฉุกเฉินก็ตาม ฉะนั้นซึ่งอันที่จริงการทำ Palliative Care นั้น สามารถทำได้ทุกที่แม้ข้างถนนก็ตาม ขอเพียงมีทีมและทัศนคติที่ดีของทีมต่อการให้บริการ ด้วยแนวคิดนี้เองเราจึงเริ่มปลูกดอกเห็ด หรือ Palliative Care ในห้องฉุกเฉิน โดยเริ่มต้นจากการสร้างทีม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีทัศนคติตรงกันในการมุ่งแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน นอกเหนือจากการดูแลรักษาทางกายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแล้ว ทีมพยาบาลซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเข้ามาดำเนินการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อันได้แก่ ปัญหาทางกาย







จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และทำการประสานงานกับทีมแพทย์ ทั้งแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ หน่วยเยี่ยมบ้าน หน่วยบำบัดความปวด ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความช่วยเหลือในปัญหาต่างๆ ที่ทีมค้นพบ ตลอดจนติดตามอาการและปัญหาต่างๆ ที่ทีมได้ประสานงานให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แม้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็ตาม จนผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมจะทำการติดตามระดับประคองญาติต่อ จนกว่าจะมั่นใจว่าญาติสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

การดำเนินการดังกล่าวก่อให้เกิดผลคือ ถึงแม้จะไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติก็ได้รับการช่วยเหลือ ลดปัญหาการถูกทอดทิ้งหรือผลักไล่ให้กลับบ้านลง และมีความพึงพอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉินมากขึ้น การดำเนินการลักษณะดังกล่าวได้อาศัยหลักการของ Lean Operation เข้ามาลดขั้นตอนต่างๆ ในการประสานงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อนลง เช่น ยกเลิกการส่งใบปรึกษาแต่ใช้การโทรศัพท์ปรึกษาแทน การโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยแทนการนัดผู้ป่วยมาพบ ทำให้สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอยการบริการลงได้ถึงกว่า 50% และลดความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายในการขนส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลลง การดำเนินการที่เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เน้นการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพเอง ในส่วนของโรงพยาบาลนั้น การดำเนินการดังกล่าวช่วยลดงบประมาณในการเพิ่มเตียงผู้ป่วยในเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ และลดความขัดแย้งของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติลง

ปัจจุบัน การดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ริเริ่มที่ห้องฉุกเฉินได้รับการยอมรับมากขึ้น จนได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว ขึ้นมาเพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลรามารามิบัติ เมื่อเดือนมิถุนายน 2552 สามารถขยายการให้บริการออกไปครอบคลุมทั่วทุกส่วนงานของโรงพยาบาล ภายในช่วงเวลา 1 ปี เศษ ศูนย์สามารถให้บริการผู้ป่วยถึงกว่า 200 ราย ด้วยทีมแพทย์ พยาบาล จิตอาสา ที่เริ่มต้นจากการดำเนินการในห้องฉุกเฉินจนประสบความสำเร็จ และได้รับรางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชน จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ประจำปี 2553

มีผู้กล่าวไว้ว่า หากท่านต้องการเดินทางไปเร็วๆ ก็ให้เดินทางไปเพียงคนเดียว...แต่หากท่านต้องการเดินทางไปให้ไกล ให้ไปกันเป็นทีม

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

ด้วยพลังของทีมและใจ (เจตคติที่ดีต่อการพัฒนางาน) สามารถก่อให้เกิดความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ได้ แม้จะต้องเผชิญกับความจำกัดของสถานะแวดล้อมและทรัพยากร เจกเช่น ดอกเห็ดที่ยังคงผลิดอกได้ แม้ไร้ซึ่งแสงแดด Palliative Care ก็สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ แม้แต่ในห้องฉุกเฉินที่สับสนวุ่นวาย ขอเพียงแต่เรามีทีมที่เข้มแข็ง อดทน และใจที่มุ่งหวังที่จะช่วยให้โค้งสุดท้ายของทุกชีวิตภายใต้การบริบาลของเรา จบลงอย่างสวยงาม...





การเยียวยาทางจิตใจ  
และประเด็นทางจิตวิทยา



## การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ

พระไพศาล วิสาโล\*



ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่นั้นจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างไม่เคยประสบมาก่อน

---

\* โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา





ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่า การดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทาง จิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป เรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาย จนเกิด ความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจ แม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้อง เป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกาย ได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลปิตา อุบาสกผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราจะไม่กระสับ กระส่าย”

ในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวก ได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่ง บำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ดังมีบันทึกในพระไตรปิฎกว่า คราว หนึ่งที่ฆราวาสอุบาสกป่วยหนัก ได้ขอให้บิดาช่วยพาเข้าเฝ้าพระพุทธองค์ และกราบทูลว่า ตนเองป่วยหนัก เห็นจะอยู่ได้ไม่นาน พระพุทธองค์ทรง แนะนำให้ที่ฆราวาสอุบาสกตั้งจิตพิจารณาว่า

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

เมื่อที่ฆราวาสอุบาสกได้ประกอบตนอยู่ในธรรมทั้ง 4 ประการแล้ว พระพุทธองค์ก็ทรงแนะนำให้ที่ฆราวาสพิจารณาว่าสังขารทั้งปวงนั้นไม่เที่ยง

เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ที่ฆราวาสได้พิจารณาเห็นตามนั้น หลังจากนั้น พระพุทธเจ้าได้เสด็จออกไป ไม่นานที่ฆราวาสก็ถึงแก่กรรม พระพุทธองค์ได้ ตรัสในเวลาต่อมาว่าอานิสงส์จากการที่ที่ฆราวาสพิจารณาตามที่พระองค์ได้ ตรัสสอน ที่ฆราวาสได้บรรลุเป็นพระอนาคามี

ในอีกที่หนึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสสอนว่า เมื่อมีอุบาสกป่วยหนัก อุบาสกด้วยกันพึงให้คำแนะนำ 4 ประการว่า จงมีความเลื่อมใสอันไม่ หวั่นไหวในพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และมีศีลที่พระอริยะสรรเสริญ จากนั้นให้ถามว่าเขายังมีความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ 5 อยู่หรือ พึงแนะนำให้เขาละความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ 5 นั่นคือ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสที่ น่าพอใจ จากนั้นก็แนะนำให้เขาน้อมจิตสู่ภุมมิมิที่สูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึง ชั้นละจากพรหมโลก น้อมจิตสู่ความดับแห่งกายตน (สัkkายนิโรธ) อัน เป็นความหลุดพ้นเช่นเดียวกับการหลุดพ้นจากอาสวะกิเลส

กรณีของพระติสสะเป็นอีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจ พระติสสะได้ล้มป่วยด้วยโรคร้าย มีตุ่มขนาดใหญ่ขึ้นเต็มตัว ตุ่มที่แตกก็ส่งกลิ่นเหม็น จนผ้าสบงจีวรเปื้อนด้วยเลือดและหนอง เมื่อพระพุทธองค์ทรงทราบ จึง เสด็จไปดูแลรักษาพยาบาล ผลัดเปลี่ยนสบงจีวร ตลอดจนฉวยชำระและ อาบน้ำให้ พระติสสะเมื่อสบายตัวและรู้สึกดีขึ้น พระองค์ก็ตรัสว่า “อีก ไม่นาน กายนี้จะนอนทับแผ่นดิน ปราศจากวิญญาณ เหมือนท่อนไม้ที่ ถูกทิ้งแล้ว หาประโยชน์ไม่ได้” พระติสสะพิจารณาตาม เมื่อพระพุทธองค์ ตรัสเสร็จ พระติสสะก็บรรลุเป็นพระอรหันต์ พร้อมกับดับขันธไปในเวลา เดียวกัน





จากตัวอย่าง 3 กรณีที่เล่ามา มีข้อพิจารณา 2 ประการ คือ

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

2. คำแนะนำของพระพุทธเจ้า สามารถจำแนกเป็น 2 ส่วนคือ

1. การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัยและความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม
2. การละความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย

คำแนะนำของพระพุทธเจ้าดังกล่าว เป็นแนวทางอย่างดีสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

### 1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่ยังอยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่เขายิ่งกว่าความเจ็บปวดทางกายด้วยซ้ำ ความรัก

และกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่เขาสามารถพึ่งพาได้ และพร้อมจะอยู่กับเขาในยามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีความมั่นใจและความทุกข์นานาประการที่โหมกระหน่ำเข้ามา

ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยนและให้อภัย เป็นอาการแสดงออกของความรัก ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตใจที่เปราะบางมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย เราสามารถช่วยเขาได้ด้วยการอดทนอดกลั้น ไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียวตอบโต้กลับไป พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น การเตือนสติเขาอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้ง แต่พึงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต จะทำเช่นนั้นได้สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือมีสติอยู่เสมอ สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และความอดทนอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม

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





การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งที่ชาวพุทธนิยมนิยมใช้ก็คือ การน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย (หรือเรา) เคารพนับถือ เช่น พระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์ หรือเจ้าแม่กวนอิม ให้มีความรู้สึกของท่านเหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าท่านเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและการเยียวยาเป็นลำแสงอันนุ่มนวลอาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วยผลานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสมือของผู้ป่วยไปด้วย หรือนั่งสงบอยู่ข้างๆ เพียงผู้ป่วยก็ได้

## 2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึง ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาการได้ลุกลามมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปโดยปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ยอมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจเขาไว้ก่อน ก็อาจทำให้เขามีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว แต่แม้กระนั้นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย

แต่บางครั้งหน้าที่ดังกล่าวก็ตกอยู่กับญาติผู้ป่วยเนื่องจากผู้จักจิตใจผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ ญาตินั้นก็มักคิดว่าการปกปิดความจริงเป็นสิ่งดีกว่า (จะดีสำหรับผู้ป่วยหรือตนเองก็แล้วแต่) แต่เท่าที่เคยมียการสอบถามความเห็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงจะปกปิด ในที่สุดผู้ป่วยก็ย่อมรู้จนได้จากการสังเกตอากัปกริยาของลูกหลานญาติมิตรที่เปลี่ยนไป เช่นจากใบหน้าที่ไร้รอยยิ้ม หรือจากเสียงที่พูดค่อยลง หรือจากการเอาใจที่มีมากขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อบอกข่าวร้ายแล้ว ไข่ว่าผู้ป่วยจะยอมรับความจริงได้ทุกคน แต่สาเหตุอาจจะมามากกว่าความกลัวตาย เป็นไปได้ว่าเขาจะมีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างค้างอยู่ หรือมีความกังวลกับบางเรื่อง ญาติมิตรควรช่วยให้เขาเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้เขาระลึกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาการยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ และไม่จำเป็นต้องลงเอยเลวร้ายอย่างที่เขากลัว สิ่งนี้ญาติมิตรพึงตระหนักในขั้นตอนนี้ก็คือรับฟังเขาด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าการเทศนาสั่งสอน

การช่วยให้เขาคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น บางกรณีผู้ป่วยอาจจะบายโทษเสียแพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ทั้งนี้เพราะโกรธที่บอกข่าวร้ายแก่เขาหรือโกรธที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการของเขาเป็นเวลานาน





ปฏิกริยาดังกล่าวสมควรได้รับความเข้าใจจากผู้เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วยสามารถข้ามพ้นความโกรธ และการปฏิเสธความตายไปได้ เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดกับตัวเขาได้ง่ายขึ้น

ในการบอกข่าวร้าย สิ่งที่เราควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่เขาว่าเรา (ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขาและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด การให้กำลังใจในยามวิกฤตก็มีประโยชน์เช่นกัน ดังกรณีเด็กอายุ 10 ขวบคนหนึ่ง อาการทรุดหนักและอาเจียนเป็นเลือด ร้องอย่างตื่นตระหนกว่า “ผมกำลังจะตายแล้วหรือ?” พยาบาลได้ตอบไปว่า “ใช่ แต่ไม่มีอะไรน่ากลัว ลูกก้าวไปข้างหน้าเลย อาจารย์พุทธทาสรออยู่แล้วหนูเป็นคนกล้าหาญ ช่าง ๆ หนูก็มีคุณพ่อคุณแม่คอยช่วยอยู่” ปรากฏว่าเด็กหายทุรนทุราย และทำตามคำแนะนำของแม่ที่ให้บริกรรม “พุทโธ” ขณะที่หายใจเข้าและออก ไม่นานเด็กก็จากไปอย่างสงบ

ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการเพียบหนัก ไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวรักษาไปถึงขั้นไหน จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเท่าที่มี เช่น บีบหัวใจ ต่อท่อช่วยหายใจ และท่อใส่อาหาร หรือให้งดวิธีการดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการและปล่อยให้ค่อย ๆ สิ้นลมไปอย่างสงบ บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัวเอง ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะโคม่า ญาติมิตรจึงไม่มีทางเลือกอื่นใดนอกจากการขอให้แพทย์

แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด 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 จะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตามพึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนจีน ภาพพระโพธิสัตว์หรือเจ้าแม่กวนอิมอาจน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจได้ดีกว่าอย่างอื่น หากผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาของตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด





นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล และที่ขาดไม่ได้ก็คือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปิติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติ

ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำ และมั่นใจในอนันตสังขแห่งความดีดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่าง ๆ ที่สะสมมานั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนหรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไร ย่อมเคยทำความดีที่นาระลึกถึงไม่มากนัก น้อย ไม่ว่าเขาจะเคยทำอะไรเลวร้ายมามากมายเพียงใด ในยามที่ใกล้สิ้นลมสิ่งที่เราควรทำคือช่วยให้เขาระลึกถึงคุณงามความดีที่เขาเคยทำ ซึ่งเขาอาจมองไม่เห็นเนื่องจากความรู้สึกผิดท่วมทันทันหัวใจ ความดีแม้เพียงเล็กน้อยก็มีความสำคัญสำหรับเขาในช่วงวิกฤต ขณะเดียวกันสำหรับผู้ป่วยที่ทำความดีมาตลอด ก็อย่าให้ความไม่ดี (ซึ่งมีเพียงน้อยนิด) มาบดบังความดีที่เคยทำ จนเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเอง บางกรณีญาติมิตรจำต้องลำดับความดีที่เขาเคยทำเพื่อเป็นการยืนยันและตอกย้ำให้เขามั่นใจในชีวิตที่ผ่านมา

#### 4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “ตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน หาไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทุราย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลกไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากมายแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ

ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและจับใจกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้ำ ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่ว่าเวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจ และรู้สึกปลดปล่อยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษ และให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้







อย่างไรก็ตามการขอโทษหรือขออภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะกับผู้น้อยหรือผู้ที่อยู่ในสถานะที่ต่ำกว่า เช่น ลูกน้อง ลูก หรือภรรยา วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้นก่อนเขียนอาจให้ผู้ป่วยลองทำใจให้สงบ และจินตนาการว่าบุคคลผู้นั้นมานั่งอยู่ข้างหน้า จากนั้นให้นึกถึงสิ่งที่ยอยากจะบอกเขา พุดในใจเหมือนกับว่าเขากำลังนั่งฟังอยู่ ทีนี้ก็นำเอาสิ่งที่ยอยากบอกเขาง่ายทอดลงไป ในกระดาษ เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้แก่บุคคลผู้นั้น หรือเก็บไว้กับตัวก็สุดแท้ แต่สิ่งสำคัญก็คือการเปิดใจได้เริ่มขึ้นแล้ว แม้จะยังไม่มี การสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจ พุดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

บ่อยครั้งคนที่ผู้ป่วยอยากขอโทษก็คือคนใกล้ชิดที่อยู่ข้างเตียงนั่นเอง อาทิ ภรรยา สามี หรือลูก ในกรณีเช่นนี้จะง่ายกว่าหากผู้ใกล้ชิด เป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองในความผิดพลาดที่ผ่านมา การที่ผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนคือการเปิดทางให้ผู้ป่วยกล่าวคำขอโทษได้อย่างไม่ตะขิดตะขวงใจ แต่จะทำเช่นนั้นได้ผู้ใกล้ชิดต้องละปฏิฐิมานะหรือปลดปล่อยความโกรธเคืองออกไปจากจิตใจก่อน

มีผู้ป่วยคนหนึ่ง เมื่อครั้งยังมีสุขภาพดี มีภรณยาน้อยหลายคน ไม่รับผิดชอบครอบครัว สูดท้ายทั้งภรณยาหลงใหลอยู่กับลูกสาว ต่อมา เขาเป็นโรคมะเร็ง อาการทรุดหนักเป็นลำดับ ไม่มีใครดูแลรักษา จึงขอ มาอยู่บ้านภรณยาหลง ภรณยาหลงก็ไม่ปฏิเสธ แต่การดูแลรักษานั้น

ทำไปตามหน้าที่ พยาบาลสังเกตได้ว่าทั้งสองมีที่ทำทางเหิน และเมื่อได้ พุดคุยกับผู้ป่วย ก็แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดกับการกระทำของตนในอดีต พยาบาลแนะนำให้ภรณยาเป็นฝ่ายกล่าวคำให้อภัยแก่สามีเพื่อเขา จะได้จากไปอย่างสงบ แต่ภรณยาไม่ยอมบิปรัก สามีมีอาการทรุดหนัก เรื่อยๆ จนพุดไม่ค่อยได้ นอนกระสับกระส่ายรอความตายอย่างเดียว แต่ปรากฏว่าวันสุดท้ายสามีรวบรวมกำลังทั้งหมดลุกขึ้นมาเพื่อเอ่ยคำ ขอโทษภรณยา พุดจบก็ล้มตัวลงนอนและหมดสติในเวลาไม่นาน สามชั่วโมงต่อมาถึงสิ้นลมอย่างสงบ กรณีนี้เป็นตัวอย่างว่าความรู้สึกผิดนั้น ครอบงำได้ที่ยังค้างคาอยู่ก็จะรบกวนจิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณ ไม่สามารถตายตาหลับได้หากยังไม่ได้ปลดปล่อยความรู้สึกผิด แต่เมื่อ ได้กล่าวคำขอโทษแล้วก็สามารถจากไปโดยไม่ทุรนทุราย

ในบางกรณีผู้ที่สมควรกล่าวคำขอโทษคือลูกหลานหรือญาติมิตร นั้นเอง ไม่มีโอกาสใดที่คำขอโทษจะมีความสำคัญเท่านี้อีกแล้ว แต่บ่อย ครั้งแม้แต่ลูกๆ เองก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยความในใจต่อพ่อแม่ที่กำลังจะ ล่วงลับ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่คุ้นเคยที่จะพุดออกมา สาเหตุอีก ส่วนหนึ่งก็คือคิดว่าพ่อแม่ไม่ถือสาหรือไม่รู้ว่าตนได้ทำอะไรที่ไม่เหมาะสม ลงไป ความคิดเช่นนี้อาจเป็นการประเมินที่ผิดพลาดจนแก้ไขไม่ได้

มีหญิงผู้หนึ่งป่วยหนักใกล้ตาย พยาบาลแนะนำให้ลูกจับมือแม่ และขอขมาแม่ แต่หลังจากที่ลูกพุดเสร็จแล้ว แม่ก็ยังมิตทำเหมือนมี อะไรค้างคาใจ พยาบาลสังเกตเห็นจึงถามลูกว่า มีอะไรที่ยังปกปิดแม่ไว้ อยู่หรือเปล่า ลูกได้ฟังก็ตกใจ สารภาพว่ามีเรื่องหนึ่งที่ยังไม่ได้บอกแม่ เพราะคิดว่าแม่ไม่รู้ นั่นก็คือเรื่องที่ดินได้อยู่กับหญิงคนหนึ่งจนมีลูก ด้วยกัน สูดท้ายลูกได้ไปบอกความจริงแก่แม่ และขอโทษที่ได้ปกปิดเอา ไว้ แม่ได้ฟังก็สบายใจ ที่สุดท้ายก็จากไปโดยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจอีก





การขอโทษหรือขอขมานั้น อันที่จริงไม่จำเป็นจะต้องเจาะจงต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้ เพราะคนเราอาจกระทำการล่วงเกินหรือเบียดเบียนใครต่อใครได้โดยไม่เจตนาหรือโดยไม่รู้ตัว ดังนั้นเพื่อให้รู้สึกสบายใจและไม่ให้มีเวรกรรมต่อกันอีก ญาติมิตรควรแนะนำผู้ป่วยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกัน หรือขอโทษกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินกันมา ทางด้านญาติมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ ควรกล่าวคำขอขมาต่อผู้ป่วย นี่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโหสิกรรมต่อญาติมิตรได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ลูกหลานหรือญาติ ๆ อาจร่วมกันทำพิธีขอขมา โดยประชุมพร้อมกันที่ข้างเตียง และให้มีตัวแทนเป็นผู้กล่าว เริ่มจากการกล่าวถึงคุณงามความดีของผู้ป่วย บุญคุณที่มีต่อลูกหลาน จากนั้นก็กล่าวคำขอขมา ขอโทษสำหรับกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน เป็นต้น

### 5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ

การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนดินรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วยอมทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติ

แก่เขาว่า ทรัพย์สมบัตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

ในการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย พระพุทธองค์ทรงแนะนำว่า นอกจากการน้อมจิตผู้ใกล้ตายให้ระลึกและศรัทธาในพระรัตนตรัย ตลอดจนการบำเพ็ญตนอยู่ในคุณงามความดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการแนะนำให้ผู้ใกล้ตายละความห่วงใยในสิ่งต่างๆ อาทิ พ่อแม่ บุตรภรรยา รวมทั้งทรัพย์สมบัติและรูปธรรมนามธรรมที่น่าพอใจทั้งหลาย ปล่อยวางแม้กระทั่งความหมายมั่นในสวรรค์ทั้งปวง สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนียวรั้งจิตใจ ทำให้ขัดขืนฝืนความตาย ทุนทุรายจนวาระสุดท้าย ดังนั้นเมื่อความตายมาถึง ไม่มีอะไรดีกว่าการปล่อยวางทุกสิ่ง แม้กระทั่งตัวตน

ในบรรดาความติดยึดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึกๆ คนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าวเพราะทำให้ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่เชื่อเรื่องสวรรค์หรือภพหน้า ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด

ในทางพุทธศาสนา ตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง หากเป็นสิ่งที่เรatikักักขึ้นมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนามาก่อน อาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะ





เข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกายว่า เราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริงว่าสักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปก็คือการช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆ เป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญมั่นหมายว่า “ฉันเจ็บ” แทนที่จะเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉยๆ

การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำได้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

### 6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่ลูกหลานด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ญาติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้าง

บรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องท่มร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวล และความซุนเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตใจของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ ดังจะกล่าวต่อไป

นอกจากนั้นลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิ อานาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “พุท” หายใจออก นึกในใจว่า “โฮ” หรือนับทุกครั้งที่ยายใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้วเริ่มต้นใหม่

หากกำหนดลมหายใจไม่สะดวก ก็ให้จิตจดจ่อกับการขึ้นลงของหน้าท้องขณะที่หายใจเข้าออก โดยเอามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง เมื่อหายใจเข้า ท้องป่องขึ้น ก็นึกในใจว่า “พอง” หายใจออก ท้องยุบ ก็นึกในใจว่า “ยุบ” มีผู้ป่วยมะเร็งบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ ให้จิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกหรือการพองยุบของท้อง ปรากฏว่าแทบไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย อีกทั้งจิตยังแจ่มใส ตื่นตัวกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาดังกล่าวอีกด้วย การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน โดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่า





เคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

แม้ความสงบในจิตใจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในทางพุทธศาสนาถือว่าสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (และกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าปกติหรือเจ็บไข้) ก็คือ การมีปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่อัตถ์ (อนัตตา) ความเป็นจริง 3 ประการนี้หมายความว่าไม่มีอะไรสักอย่างที่เราจะยึดมั่นถือมั่นได้เลย ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว เพราะเรายังยึดติดบางสิ่งบางอย่างอยู่ แต่เมื่อใดเราเข้าใจกระจ่างชัดว่าไม่มีอะไรที่จะติดยึดไว้ได้ ความตายก็ไม่น่ากลัว และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างย่อมแปรเปลี่ยนไป ไม่มีอะไรเที่ยงแท้ ความตายก็เป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าไม่มีตัวตนที่เป็นของเราจริงๆ ก็ไม่มี “เรา” ที่เป็นผู้ตาย และไม่มีใครตาย แม้แต่ความตายก็เป็นแค่การเปลี่ยนสภาพจากสิ่งหนึ่งไปเป็นอีกสิ่งหนึ่งตามเหตุปัจจัยเท่านั้น ปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจในความเป็นจริงดังกล่าวนี้แหละที่ทำให้ความตายมิใช่เรื่องน่ากลัวหรือน่ารังเกียจผลักไส และช่วยให้สามารถเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบ

การช่วยเหลือที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ หลายวิธีสามารถนำมาใช้ได้แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าหรือหมดสติ ผู้ป่วยดังกล่าวแม้จะไม่มีอาการตอบสนองให้เราเห็นได้ แต่ไข่ว่าเขาจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังหรือกระแสจิตจากผู้ที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยบางคน

เล่าว่าขณะที่อยู่ในภาวะโคม่าเนื่องจากครุฑเป็นพิษ ตนสามารถได้ยินเสียงหอมและพยาบาลพูดคุยกัน บ้างก็ได้ยินเสียงสวดมนต์จากเทปที่ญาตินำมาเปิดข้างหู มีกรณีหนึ่งที่หมดสติเพราะหัวใจหยุดเต้น ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนด้วยการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ ก่อนที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลผู้หนึ่งได้ถอดฟันทบของ เขา ไม่นานเขาก็มีอาการดีขึ้น สัปดาห์ต่อมา เมื่อชายผู้นี้เห็นหน้าพยาบาลคนดังกล่าว เขาจำเธอได้ทันที ทั้งๆ ที่ตอนที่พยาบาลถอดฟันทบนั้นเขาหมดสติและจวนเจียนจะสิ้นชีวิต

พญ.อมรมา มลิลลา เล่าถึงผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งประสบอุบัติเหตุอย่างหนักระหว่างที่นอนหมดสติอยู่ในห้องไอซียูนานเป็นอาทิตย์ เขารู้สึกเหมือนลอยแคว้งคว้าง แต่บางช่วงจะรู้สึกว่ามีมือมาแตะที่ตัวเขา พร้อมกับมีพลังส่งเข้ามา ทำให้ใจที่แคว้งคว้างเหมือนจะขาดหลุดไปนั้นกลับมารวมตัวกัน เกิดความรู้ตัวขึ้นมา สักพักความรู้ตัวนั้นก็เลื่อนรางไปอีกเป็นอย่างนี้ทุกวัน เขามารู้ภายหลังว่ามีพยาบาลผู้หนึ่งทุกเช้าที่ขึ้นเวร จะมาจับมือเขาแล้วแผ่เมตตาให้กำลังใจ ขอให้กำลังใจและรู้สึกตัว ในที่สุดเขาก็ฟื้นตัวกลับเป็นปกติ ทั้งๆ ที่หมอประเมินแต่แรกว่ามีโอกาสรอดน้อยมาก กรณีนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ว่าแม้จะหมดสติแต่จิตก็สามารถสัมผัสรับรู้กระแสแห่งเมตตาจิตของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้

ด้วยเหตุนี้ลูกหลานญาติมิตรจึงไม่ควรท้อแท้หมดหวังเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะโคม่าแล้ว ยังมีหลายอย่างที่เราสามารถทำได้ เช่น อ่านหนังสือธรรมะให้เขาฟัง พูดเชิญชวนให้เขาระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือนึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศล รวมทั้งระลึกถึงความดีที่เคยบำเพ็ญ การพูดให้เขาหายกังวลกับลูกหลานหรือสิ่งที่ตนผูกพัน หรือ





แนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ ก็มีประโยชน์เช่นกัน ที่สำคัญก็คือการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ลูกหลานญาติมิตรควรระมัดระวังคำพูดและการกระทำขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ไม่ควรร้องให้พึมพาย ทะเลาะเบาะแว้ง หรือพูดเรื่องที่อาจกระทบกระเทือนใจผู้ป่วย ฟังระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในยามเขายังรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ ก็ควรทำอย่างเดียวกันนั้นเมื่อเขาหมดสติ หากเคยชักชวนเขาทำวัตรสวดมนต์ หรือเปิดเทปบรรยายธรรมให้เขาฟัง ก็ขอให้ทำต่อไป

### 7. กล่าวคำอำลา

สำหรับผู้ที่อยากเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เช่น ขอโทษหรือกล่าวคำอำลาเขา ยังไม่สายเกินไปที่จะบอกกล่าวกับเขา มีหญิงชราคนหนึ่งนั่งอยู่ข้างเตียงสามีด้วยความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจมากเพราะไม่เคยบอกสามีว่าเธอรักเขาเพียงใด มาบัดนี้สามีของเธอเข้าชั้นโคม่าและใกล้ตาย เธอรู้สึกว่าสายเกินไปแล้วที่เธอจะทำอะไรได้ แต่พยาบาลให้กำลังใจเธอว่าเขายังอาจได้ยินเธอพูดแม้จะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ เลยก็ตาม ดังนั้นเธอจึงขออยู่กับเขาอย่างเงียบๆ แล้วบอกสามีว่าเธอรักเขาอย่างสุดซึ้ง และมีความสุขที่ได้อยู่กับเขา หลังจากนั้นเธอก็กล่าวคำอำลาว่า “ยากมากที่ฉันจะอยู่โดยไม่มีเธอ แต่ฉันไม่อยากเห็นเธอทุกข์ทรมานอีกต่อไป ฉะนั้นหากเธอจะจากไป ก็จากไปเถิด” ทันทีที่เธอกล่าวจบ สามีของเธอก็ถอนหายใจยาวแล้วสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ

ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขาชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้ง

ขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอำลา

แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่ แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมีความหมายอยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยอยู่ในห้องไอซียูและมีสัญญาณชีพอ่อนลงเจียนตาย หมอและพยาบาลมักจะพยายามช่วยชีวิตทุกวิถีทาง เช่น กระตุ้นหัวใจ หรือใช้เทคโนโลยีต่างๆ เท่าที่มี บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความวุ่นวาย และยากที่ลูกหลานญาติมิตรจะกล่าวถ้อยคำใดๆ กับผู้ป่วย เว้นแต่ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้าว่า ขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมนึกถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว ญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่ง





หมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกลุ่มรุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้วสถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้แก่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น



## การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นด้านจริยธรรม\*

รองศาสตราจารย์สิวลี ศิริไล\*\*



### ความเข้าใจ

คำว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณ หรือ “Spiritual Healing”<sup>1</sup> เป็นคำที่ไม่คุ้นเคยในสังคมไทย เพราะโดยปกติแล้วจะใช้คำว่า การดูแลด้านจิตใจโดยใช้พื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยามาเป็นส่วนประกอบ และมักจะเข้าใจว่าจิตวิญญาณเป็นเรื่องของศาสนา ซึ่งก็ถือได้ว่ามีส่วนถูกแต่ไม่ใช่ทั้งหมด ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณมนุษย์ แต่จิตวิญญาณก็ไม่ได้หมายถึงศาสนาอย่างเดียว มีความหมายกว้างและความครอบคลุมหลายสิ่งหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมของมนุษย์ อย่างไรก็ตามเมื่อนำคำว่าจิตวิญญาณมาใช้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะ

\* จากหนังสือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ลักขมี ขาญเวชช์ บรรณาธิการ) จัดพิมพ์โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, โอเอส พรินต์ติ้งเฮาส์, พ.ศ.2547

\*\* รองศาสตราจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (สาขาจริยศาสตร์)

<sup>1</sup> Taylor PB, Ferszt GG. Spiritual Healing. *Holls Nurs Pract* 1990 ; 4 : 32-8





สุดท้าย ลักษณะสำคัญของจิตวิญญาณคือ การแสวงหาความหมายของตัวตนภายในของบุคคล เป็นเรื่องของพลังใจ ความหวัง ความผูกพันระหว่างบุคคลกับบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะของความสงบสุขและความพร้อมที่จะเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ด้วยเหตุนี้การให้บริการทางสุขภาพในสังคมปัจจุบัน จึงให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณมิติที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของมนุษย์

### การดูแลกับการรักษา

โดยทั่วไปแล้วเรามักจะใช้คำว่า การดูแลรักษาควบคู่กันไป จนอาจทำให้เข้าใจว่าทั้งสองคำคือ ดูแลกับรักษาเป็นคำคำเดียวกัน แต่ถ้าพิจารณาจากความหมาย เมื่อใช้คำว่า “การรักษา” หรือ cure จะมุ่งไปที่ตัวโรคอาการของโรคโดยใช้วิธีการทางการแพทย์ ขณะที่คำว่า “การดูแล” หรือ healing มุ่งเน้นตัวบุคคลที่เจ็บป่วยในลักษณะของความเป็นองค์รวมที่ไม่อาจแยกร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณออกจากกัน การดูแลเป็นเรื่องของการถ่ายทอดความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนลึกซึ้ง เป็นเรื่องของ การเข้าถึงภาวะทางจิตวิญญาณของบุคคล<sup>2</sup> การดูแลจึงเป็นสิ่งที่เริ่มจากใจและออกจากใจของผู้ดูแลไปสู่ตัวผู้ป่วย และด้วยเหตุที่ในอดีตกาล การรักษาผู้เจ็บป่วยจะกระทำควบคู่ไปกับการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งในยุคดังกล่าวศาสนา มีบทบาทที่สำคัญ ทำให้แนวความคิดของการรักษาเชิงวิทยาศาสตร์กับการดูแลทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นหน้าที่ของศาสนาควบคู่กันมาตลอดและแสดงออกด้วยสัญลักษณ์ของงูสองตัวพันคอบเพลิง งูตัวหนึ่งหมายถึงการรักษา อีกตัวหนึ่งหมายถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ ขณะที่คอบไฟหมายถึงความปรารถนาเรื่องกล้าหาญของ

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

ผู้ให้การดูแลรักษา สัญลักษณ์งูพันคอบหรือคาดูซีอุส (caduceus) จึงกลายเป็นสัญลักษณ์สากลของการแพทย์ที่รู้จักกันดีทั่วโลก

### จิตวิญญาณคืออะไร

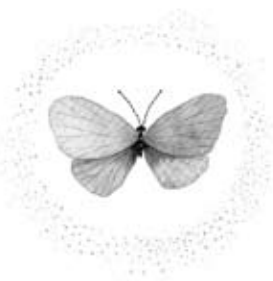
คำถามว่า จิตวิญญาณคืออะไร เป็นคำถามที่ไม่อาจให้คำตอบที่เด็ดขาดตายตัวได้ เมื่อใดก็ตามที่เราพยายามให้คำจำกัดความที่แน่นอนลงไป ก็จะไม่ใช่ความหมายที่แท้จริงของจิตวิญญาณ เพราะจะเป็นการตีกรอบให้กับความเข้าใจเพียงบางด้าน คำอธิบายที่กว้างที่สุดก็คือ จิตวิญญาณ ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดความมีชีวิตชีวา การเกิดกำลังใจตอบสนองร่วมมือกับวิธีการรักษาพยาบาล รวมถึงการเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ให้ข้อคิดเกี่ยวกับความหมายของจิตวิญญาณว่าเป็นคำที่ช่วยเสริมย้ำความรู้สึกให้หนักแน่น...อยู่ในขอบข่ายของจิต แต่เน้นด้านความรู้สึกที่ลึกซึ้ง เข้าถึงภาวะทางจิตที่มืดดำ ลึกลงไปภายในข้อคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับคำอธิบายของพจนานุกรมเวบสเตอร์ (ค.ศ.1983) ที่อธิบายว่าจิตวิญญาณเป็นตัวตนภายในที่ลึกซึ้งของบุคคล เป็นความรู้สึกละเอียดอ่อนผูกพันกับบางสิ่งทำให้เกิดพลังใจ เกิดความหวัง ความมีชีวิตชีวา มีจุดมุ่งหมาย มีความอึดเอนมใจ ทำให้บุคคลเผชิญสถานการณ์แต่ละอย่างที่เกิดขึ้นแก่ตนได้ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้หรือสิ้นหวัง

นอกจากศาสนาซึ่งเป็นจิตวิญญาณด้านหนึ่งของบุคคลแล้ว ยังมีสิ่งอื่นๆ ที่อาจมีความหมายเป็นจิตวิญญาณของบุคคลได้เช่นกัน เช่น วัตถุประสงค์ของตัวบุคคลผู้เป็นที่รัก ครอบครัว ความเชื่อบางเรื่อง สถานที่ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้อาจดูไม่มีความหมายในความรู้สึกของผู้อื่น แต่อาจเป็น





สิ่งที่มีค่าสำคัญเป็นจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยบางรายขอกลับไปยังบ้านของตนเพื่อให้ได้มีโอกาสเห็นและอยู่เป็นครั้งสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยเด็กหญิงรายหนึ่ง ติดโรคร้ายจากการถูกละเมิดทางเพศโดยปู่และอาเพื่อนบ้านนำเธอมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เมื่ออาการของเธอทรุดลงและอยู่ในวาระสุดท้าย เธอขอกลับบ้าน เพราะคิดถึงน้องคนเล็กอายุ 8 เดือนที่เคยเลี้ยงดูมา เมื่อฝ่ายรักษาพยาบาลนำเธอกลับไปถึงบ้านภาพที่ทุกคนได้เห็นด้วยความประหลาดใจก็คือ เธอสามารถลุกขึ้นเดินได้เข้าไปอุ้มน้อง ห่มผ้าให้น้อง และเมื่อเธอกลับไปโรงพยาบาล เธอมีอาการสงบ สีหน้าอึมเศร้า แววตาแจ่มใส และจากไปด้วยอาการเหมือนคนนอนหลับ กรณีของเด็กหญิงผู้นี้กล่าวได้ว่าความรู้สึกผูกพันกับน้อง การได้กลับบ้านเป็นความรู้สึกซึ่งทางวิญญาณของเธอ เมื่อได้รับการตอบสนองทำให้เธอมีพลัง มีความปีติใจและเผชิญวาระสุดท้ายได้อย่างสงบ



ความหลากหลายทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยวาระสุดท้ายแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างความหลากหลายทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ป่วย	ด้านร่างกาย	จิตใจ	สิ่งแวดล้อม (จิตสังคม)	จิตวิญญาณ
หญิงอายุ 40 ปี	การดูแลด้านอาการเจ็บป่วย	พูดคุยให้กำลังใจ	ทำความเข้าใจกับครอบครัว	ได้ยินคำพูดให้อภัยจากสามี
ชายอายุ 47 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย		ญาติมิตรที่สนิทได้มาพบ	ขอให้มารดาอุปศิระและสวดมนต์ให้ฟังเหมือนสมัยเป็นเด็ก
หญิงอายุ 10 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย	ตอบคำถาม	จัดงานวันคล้ายวันเกิด	ตุ๊กตาดมมี่จากดาราที่ตนชื่นชอบ
ชายอายุ 5 ปี	การดูแลอาการทางร่างกาย	ตอบคำถาม	อธิบายให้ครอบครัวฟังถึงอาการของโรคและระยะเวลาที่เหลือ	ได้เดินนำหน้าขบวนมิชชาในโบสถ์ วันอาทิตย์ตามที่ปรารถนา*

\* ตามธรรมเนียมประเพณีของศาสนาคริสต์คาทอลิก เมื่อประกอบพิธีมิชชา วันอาทิตย์จะมีเด็กเป็นผู้ช่วยมิชชาเดินร่วมขบวนพระสงฆ์ (บาทหลวง)







## ความเป็นไปได้ของการตอบสนองทางจิตวิทยา

การให้บริการแบบองค์รวมโดยเน้นการตอบสนองทางด้านจิตวิทยา<sup>3</sup> จะเป็นไปได้และบรรลุผลมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ

1. การตระหนักถึงความสำคัญ การเห็นความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิทยาเป็นจุดเริ่มต้น<sup>4</sup> ที่สำคัญที่สุดของการนำไปสู่การดำเนินการขั้นอื่นๆ ถ้าผู้ให้บริการสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ให้คุณค่าแก่เรื่องนี้และตระหนักว่าเป็นสิ่งเดียวกันที่จะ “อยู่กับผู้ป่วย” (being with them) เมื่อกระบวนการรักษาทางร่างกายไม่อาจทำอะไรได้แล้ว

2. ความรู้สึกเมตตาสงสาร ด้วยความรู้สึกที่เข้าใจและเห็นใจต่อสภาวะของผู้ป่วย ความรู้สึกเมตตาสงสารจะนำไปสู่ความอดทนและเพียรพยายามทำสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย

3. ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทีมงานรักษาพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจว่าทีมงานรักษาพยาบาลได้ให้สิ่งที่ดีที่สุดและทำสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

4. ความเคารพในความเป็นบุคคล ผู้ป่วยวาระสุดท้ายอาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้และตอบสนองได้อย่างภาวะปกติทั่วไป แต่ศักดิ์ศรี

ของความเป็นบุคคลเป็นมนุษย์ยังคงอยู่ และเป็นสิทธิทางจริยธรรม (moral right) ที่ผู้ป่วยพึงได้รับการปฏิบัติด้วยดี

5. การให้อภัย ในภาวะสุดท้ายของชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติอยู่ในสภาพของทุกขเวทนา อารมณ์การแสดงออกอาจไม่เป็นไปในทางที่ดีหรือเหมาะสม ผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล จำเป็นต้องมีความอดกลั้นและให้อภัย ขณะเดียวกันผู้ป่วยเกิดความรู้สึกให้อภัยต่อสิ่งที่ตนขุนข้องหมองใจ เพื่อให้จิตสงบ

6. การทำงานเป็นทีม (interdisciplinary team) การให้การดูแลด้านจิตวิทยาไม่อาจปฏิบัติได้ตามลำพังของผู้ใดคนหนึ่ง แต่จะต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันและร่วมมือ ร่วมใจปฏิบัติ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญต้องไม่พยายามกำหนดสิ่งใดตายตัวในเรื่องของ จิตวิทยาที่ไม่อาจกำหนดได้

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยลักษณะงานเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยกำลังใจ ความอดทน อุทิศเวลา เสียสละและแสวงหาความรู้และวิธีการใหม่ๆ มาช่วยเหลือผู้ป่วย ความเหนื่อยยากในการทำงาน ปัญหาที่ต้องเผชิญอาจทำให้แพทย์และพยาบาลท้อถอยและหม่นหมองทางจิตใจ (moral distress) บ้างในบางครั้ง แต่ขณะเดียวกัน ถ้าแพทย์และพยาบาลมีความตั้งใจมั่นว่าตนเป็นผู้ที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์แก่เพื่อนมนุษย์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพของการมีสุขภาพสมบูรณ์โดยเร็ว รวมถึงอยู่เคียงข้างดูแลตอบสนองด้านจิตวิทยา เมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยจะจากไป สิ่งที่แพทย์และพยาบาลให้แก่มนุษยชาติก็คือ เมตตาธรรมที่ไม่อาจตีค่าเป็นทรัพย์สินสมบัติหรือเงินทองใดๆ ได้ เป็นงานที่แสดงออกถึงจิตวิญญาณของการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายเช่นเดียวกัน

<sup>3</sup> Barnum BJ. Holistic nursing and nursing process. *Holist Nurs Pract* 1987 ; 1 : 27-35

<sup>4</sup> Cohen MZ, Sarter B, Love and work : oncology nurses' view of the meaning of their work. *Oncol Nurs Forum* 1992 ; 19 : 1481-6

<sup>5</sup> Clark CC, Cross JR, Deane DM, Lowry Lw. Spirituality : Integral to Quality care. *Holis Nurs Pract* 1991 ; 5 : 67-76





## ประเด็นจริยธรรมของการดูแลด้านจิตวิญญาณ

คำว่า “ประเด็นจริยธรรม” (ethical issues) หมายถึง เรื่องที่จะต้องพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมเรื่อง การเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วย (beneficence) เป็นสำคัญ ประเด็นจริยธรรมที่สำคัญและเกี่ยวข้องในการดูแลด้านจิตวิญญาณอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

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

การบอกข้อมูลทั่วไป ซึ่งอยู่ในดุลพินิจของทีมรักษาพยาบาลได้แก่ การบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา วิธีการรักษา ผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดและยากแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว การบอกเรื่อง que คิดว่าธรรมดา อาจไม่ธรรมดาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ และที่ยากที่สุดก็คือ การบอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ในสังคมตะวันตกประเด็นดังกล่าวนี้อาจไม่ยุ่งยากนัก เนื่องจากมีกฎหมายบังคับอยู่ว่าฝ่ายรักษาพยาบาลจะต้องบอกทุกอย่างแก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกันความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมของตะวันตกมีการพูดถึงความตายโดยตรงไปตรงมาและเปิดเผย ศาสนาคริสต์มองความตายว่าเป็นการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ไปสู่ชีวิตนิรันดร์ในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายจึงเป็นการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่

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

อีกชีวิตหนึ่ง พระพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยมองความตายตรงกับผู้ที่กำลังจะตาย แต่คนไทยส่วนใหญ่ก็ยังคงรับไม่ได้กับการที่รู้ว่าตนกำลังจะตาย ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะบอกอย่างไร แก่ญาติครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อบอกแล้วจะช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างไร

### 2. การบรรเทาความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยญาติมิตร และทีมรักษาพยาบาล การบรรเทาอาการปวดด้วยยาเป็นดุลพินิจของแพทย์ ประเด็นสำคัญของจริยธรรมที่เกี่ยวกับอาการปวดก็คือ การมองและยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเข้มแข็ง แต่บางรายก็ทุกข์ทรมานอย่างสาหัส การมองความปวดว่าเป็นอาการของโรคที่จะต้องเป็นเช่นนั้น กกับการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะทำให้มองเห็นวิธีการปฏิบัติที่ควรจะเป็น แพทย์หญิงลินดา อีมานูเอล (Linda Emanuel)<sup>7</sup> แห่งคณะแพทย์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้ข้อคิดว่า ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องไม่รู้สึกกลัวหรือหลีกเลี่ยงอาการปวดของผู้ป่วย ผู้ให้การรักษาก็สามารถรับรู้ถึงความเจ็บปวด ยอมให้ผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวด และไม่หวาดเกรงที่จะช่วยบำบัดอาการปวดนั้น (Healers can hear pain, healers give people permission to show pain, healers are not afraid to see pain.)

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





การบรรเทาความเจ็บปวดนอกจากจะกระทำได้ด้วยยาแล้ว การสัมผัส ลูบไล้ หรือจับมือผู้ป่วยตามแต่กรณี จะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยในด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสตรีสูงอายุรายหนึ่งที่เจ็บปวดจากอาการของมะเร็งกล่าวว่า “ขณะที่มือของพยาบาลลูบไล้บนขาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารู้สึกได้ถึงสัมผัสที่อ่อนโยนนุ่มนวล เมื่อเธอพูดว่าขอให้มันใจ ดิฉันจะช่วยคุณ ข้าพเจ้ารู้สึกอาการปวดลดลงอย่างประหลาด”

### 3. การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก<sup>๘</sup> (Intensive Care) “decisions about level of aggressiveness of care” เป็นอีกประเด็นหนึ่งของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาล ในปัจจุบันจุดสำคัญของปัญหาคือการพิจารณาว่าจะพยายามช่วยด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มความสามารถเพื่อช่วยชะลอความตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเมตตารวมอย่างหนึ่ง กับการรักษาตามอาการและไม่พยายามใช้เครื่องมือหรือวิธีการใดๆ ในการที่จะช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่บังเกิดผลและเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยก็เป็นเมตตารวมอีกด้านหนึ่ง บางครั้งญาติอาจเป็นฝ่ายขอร้องให้ยุติการพยายามเหนียวรั้ง และในบางครั้งฝ่ายรักษาพยาบาลเองก็อาจเป็นฝ่ายอธิบายแก่ญาติว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด โดยหลักการของจริยศาสตร์การแพทย์แล้ว ไม่พึงกระทำสิ่งใดๆ ที่อาจ

<sup>๘</sup> Baggs JG, Schmitt MH. Intensive care decision about level of aggressiveness of care. *Res Nurs Health* 1995 ; 18 : 345-55

เป็นการทำให้เกิดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (first do no harm : Hippocratic Oath) แต่ตามสภาพความเป็นจริงบางครั้งอาจมีองค์ประกอบอื่นมาทำให้จำเป็นต้องกระทำในสิ่งที่ฝ่ายรักษาพยาบาลเองไม่ประสงค์ที่จะกระทำ เช่น การถูกขอร้องจากญาติให้ช่วยอย่างเต็มที่จนกว่าจะถึงวินาทีสุดท้าย การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ อบอุ่นในการจากไปกับการตายภายใต้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ควรเลือกเส้นทางใด บางครั้งก็เป็นสิ่งที่มีอาจตอบได้ง่ายๆ

### 4. ลางสังหรณ์ใกล้ตาย (symbolic expression of dying patient)<sup>๙</sup>

ผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตายบางคนมักจะพูดหรือแสดงกิริยาบางอย่างที่ออกมาจากภายในตัวตน โดยอาจมองว่าเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิดหรือเพ้อ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อสังเกตว่า หากผู้ที่ดูแลใกล้ชิดให้ความสนใจและความสำคัญแก่ประเด็นนี้พอสมควร ก็อาจเป็นโอกาสที่จะได้ตอบสนองหรือให้สิ่งที่ดีที่สุดตามที่ต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตายรายหนึ่ง ยกมือไขว่คว้าและเรียกชื่อบุคคลออกมาพยาบาลผู้ดูแลในขณะนั้นจับมือผู้ป่วยไว้และลูบหลังมือเบาๆ พูดกับผู้ป่วยว่า “ต้องการแสดงออกอะไรหรือ” ลางสังหรณ์ของผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตายมักอยู่ในช่วงของการไม่รู้สึกรู้สิดของผู้ป่วย ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะเป็นผู้ที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก

<sup>๙</sup> Dugan DO. Symbolic expressions of dying patients : communications , not hallucinations. *Nurs Forum* 1989 ; 24 : 18-27





และพยาบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสได้พบได้เห็นและได้ยินในสิ่งเหล่านี้ การช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายอย่างสงบ ไม่กระสับกระส่ายทรมานทรมาย เป็นสิ่งที่ยอมรับทางวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์โดยทั่วไป ดังนั้นการเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นการแสดงออกจากส่วนลึกของจิตใจ (symbols of solace) อาจช่วยให้ตอบสนองทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้

### 5. การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

ตามที่ได้กล่าวมาในตอนต้นของบทความแล้วว่า จิตวิญญาณของบุคคลคือส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้น การสามารถรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายและได้ตอบสนองสิ่งนั้นแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญและเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ เช่น การได้รับ “การดูใจ” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็น “ผ้าเหลือง” (พระภิกษุ) การได้ฟังเสียงสวดมนต์ หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ทั้งหมดนี้ย่อมแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อความค้ำประกันคือการตอบสนองทางจิตวิญญาณ<sup>10</sup> ที่แท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของตัวผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ตามความเห็นของผู้อื่นที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตามที่ฝ่ายดูแลต้องการ

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

## สรุป

ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือฝัดผ่อน มนุษย์โดยทั่วไปหวาดกลัวต่อความตายและไม่ปรารถนาที่จะพูดถึง อย่างไรก็ตามถ้าเรายอมรับความจริงได้ว่า ความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นแก่มนุษย์ทุกคน ทำอย่างไรเราจึงจะช่วยให้คนที่เผชิญกับความตายก่อนได้พบกับภาวะของความตายอย่างไม่น่าหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน และเจ็บเหงาเดียวตาย ผู้ป่วยมะเร็งในมรณวิถีส่วใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับทุกขเวทนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมตลอดไปถึงญาติมิตรของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะของความทุกข์โศกดังกล่าวนี้ด้วยเช่นกัน การที่แพทย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย ประคับประคองในด้านจิตใจให้บรรเทาที่สะดวกสบายอบอุ่น รวมถึงการให้กำลังใจปลอบใจ แก่ครอบครัวของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว แต่เป็นการกลับที่สงบสุข สบายงามและไปดี นอกจากจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีแก่ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังเป็นการแสดงออกถึงความหมายที่แท้จริงของความเมตตากรุณา ความรักที่มนุษย์ให้แก่กัน อันเป็นการกระทำที่มีอาจตีค่าเป็นเงินทองใดๆ หรือเกียรติยศใดๆ ได้ทั้งสิ้น ดังข้อความที่อริสโตเติลกล่าวไว้และยังคงเป็นความจริงมาตลอด





## จากแนวคิดสู่การปฏิบัติในเรื่อง “สิทธิที่จะตายดี”

อาจารย์ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์



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

ในกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินั้น มาตรา 12 เป็นมาตราที่ได้ใช้เวลาพิจารณาโดยผ่านการถกแถลงกันอย่างกว้างขวางหลายขั้นตอนในระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการเปิดรับฟังจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทุกฝ่าย นักกฎหมาย ภาคประชาชน ฯลฯ และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ พระคุณเจ้าที่กรุณาให้หลักคิดพื้นฐานและการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง “ตายดี” ไว้อย่างมากมายทั้งทางธรรมและทางโลก ทั้งนี้เพราะเป็นเรื่องใหม่และเรื่องใหญ่ในสังคมไทย ที่จะต้องทำความเข้าใจถึงหลักคิดและแนวทางปฏิบัติให้เข้าใจชัดเจนเหมาะสมตรงกันด้วยความสุขุมรอบคอบรอบด้าน

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





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

## 2. ความหมายของการ “ตายดี” อันเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการมีชีวิต

### 2.1 ท่านพุทธทาส ได้เทศนาสั่งสอนไว้ว่า :-

“ตายดี” คือ การตายอย่างสงบ และมีสติ จุดตัดสินมิตได้อยู่ที่สภาพการตายหรือความเจ็บปวดที่ได้รับ แต่อยู่ที่จิตใจว่าจะมีสติ ได้เตรียมตัวตาย ไม่ต่อสู้ว่าไม่อยากตาย แต่สมัครใจตายอย่างเป็นไปตามธรรมชาติของสังขารที่ไม่เที่ยง และต้องดับไปในที่สุดอย่างสงบเย็น เป็นอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา

“ตายให้เป็น” คือ ตายก่อนตาย ไม่ยึดมั่นในตัวตน ตัวกู-ของกู ร่างกายจะแตกดับไปก็ให้ตายอย่างปลงสังขาร ปลงอายุได้ อันเป็นการสมัครใจตายด้วยสติปัญญา และเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ถ้าตายโดยไม่อยากตายทางร่างกายก็ถือ เป็นการตายโหง

และท่านได้ตอกย้ำว่า หากเรายังจมอยู่ในกระแสเวียนว่ายตายเกิด มีกิเลส ทำกรรม รับผลกรรม เป็นประจำวันตราบใด ก็เท่ากับจมอยู่ในกองกิเลส กองทุกข์ อันเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกรู้สึก ตัวกู-ของกู ฉะนั้นต้องทำให้กิเลสตายเสียก่อน ซึ่งถือว่าตายก่อนร่างกายตาย จึงเป็นเรื่องสงบเย็นเป็นนิพพาน

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

การตายดี คือ มีสติ ไม่หลงการตาย จิตใจสงบ จุดตัดขาดมิตได้อยู่

ที่สภาพการตายหรือการเจ็บปวดที่ได้รับ แต่อยู่ที่จิตใจที่สงบ ไม่พัวพันเพื่อน ศรัทธามองขุนมัว เข้าถึงและยอมรับความจริงของชีวิตของ ความตาย ฉะนั้นเราจึงต้องพยายามสร้างบรรยากาศเงื่อนไขปัจจัยให้ผู้ป่วยตายดี

การบรรลุธรรม มนุษย์สามารถบรรลุธรรมได้แม้ถึงวาระสุดท้าย เพราะความเจ็บปวดทรมานที่เกิดขึ้นจะเกื้อหนุนให้เกิดปัญญา ฉะนั้นต้องใช้ปัญญาทำให้ดีที่สุดในพิจารณาถึงมิติทางร่างกาย จิตใจ การใช้เทคโนโลยี และความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการมีชีวิตที่แท้จริง ซึ่งต้องอาศัยเจตนาดีที่สุด พร้อมทั้งความมีเมตตา กรุณา ปรานี และประกอบด้วยปัญญาควบคู่กันไปอยู่เสมอ

### 2.3 พระไพศาล วิสาโล ได้กรุณาชี้แนะไว้ว่า :-

คนธรรมดาสามารถเข้าถึงความสงบในระยะสุดท้ายได้เหมือนกัน สภาพแวดล้อม มีส่วนสำคัญช่วยให้เราตายอย่างสงบได้ แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ เราต้องฝึกฝนพัฒนาตนไม่เฉพาะเวลาใกล้ตาย หากต้องทำทั้งชีวิตด้วยการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องตามทำนองคลองธรรม หมั่นสร้างคุณธรรมดีอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เผชิญความตายอย่างสงบ คือ ตายดีได้ มีคำถามอยู่ทุกยุคสมัยว่า “ตายแล้วไปไหน” ซึ่งไม่สำคัญเท่ากับว่า “ทำอย่างไรจึงจะตายอย่างสงบคือตายดีได้”

## 3. หากทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี ซึ่งสะท้อนถึงผลจากการมีชีวิตอยู่ที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญ

3.1 ความตายคือปลายสุดของชีวิต เรามีชีวิตอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น หากเราปรารถนาจะตายอย่างสงบ ตายดีเราก็ต้องบ่มเพาะความสงบขึ้นในจิตใจเรา และมีวิถีดำเนินชีวิตของเราให้ได้เป็นจริง





**3.2 ความตายมิใช่เป็นเพียงวิกฤตของชีวิตเท่านั้น แต่เป็นโอกาสทางจิตวิญญาณที่จะนำพาให้ผู้ตายที่มีจิตเป็นกุศลสงบเย็น และถ้ายังสามารถมีสติเต็มที ที่จะเห็นโทษของการติดยึดสังขาร ก็ยังสามารถละวางได้จริง**

**3.3 การบำเพ็ญเพียรจะทำให้เห็นความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จึงควรบ่มเพาะมรณานุสติขึ้นมา เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับการดับสลายของจิต ด้วยการทำสมาธิพิจารณาถึงความตาย และมุ่งนึกถึง “โพธิจิต” ในขณะที่จะสิ้นใจได้ง่าย (โพธิจิต-หมายถึงจิตที่ตื่นแล้ว และมุ่งมั่นจะบรรลุพุทธภาวะเพื่อให้พ้นทุกข์)**

**3.4 การตายดีต้องมีสติตั้งแต่เดี๋ยวนี้ มีการเตรียมพร้อมที่จะตาย โดยไม่ต้องสู้อาไม่ยอมตาย สมัยครใจตายให้แตกดับพร้อมสังขาร โดยดับความยึดมั่นถือมั่น**

**3.5 สิทธิจะตายดี มิใช่สิทธิจะฆ่าตัวตาย เพราะการฆ่าตัวตายเป็นการหนีปัญหาด้วยจิตที่เป็นอกุศล เศร้าหมอง เคียดแค้น หลงผิด ฯลฯ**

**3.6 ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายทรุดโทรมจนไม่อาจฟื้นคืน ควรจะมีสิทธิตายดีตามธรรมชาติได้ โดยไม่ถูกแทรกแซงยื้อยุดไว้ด้วยยา รวมทั้งเทคโนโลยีนานาประการ**

**3.7 หนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ตาม มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหรือที่บางคนเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” เป็นวิธีการที่จะช่วยเกื้อกูลให้เราสามารถเลือกวิธีตายอย่างสงบ คือ “ตายดี” ได้ ซึ่งมีใช่การแข่งตนเอง แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะจะทำให้แพทย์ผู้รักษาครอบครัว และญาติพี่น้องให้ความเคารพ และสามารถทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง**

การที่มีการถกเถียงกันมากเกี่ยวกับประเด็นการทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น ก็เนื่องด้วยเหตุที่ไม่เข้าใจถึงการตายดี ตายเป็น ตายอย่างสงบเย็น ที่เป็นผลจากการมีชีวิตอยู่ที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญ

#### **4. การเจริญ “มรณานุสติ” เป็นพื้นฐานอันจำเป็นในการเตรียมตัวเตรียมใจตายอย่างมีสติหรือตายดี**

- 4.1 องค์ทะไลลามะ ทรงสั่งสอนไว้ให้หมั่นพิจารณาดังนี้ :-**
- (1) การเจริญมรณานุสติ จะช่วยให้เราใช้เวลาและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า
  - (2) ระวังตัวไม่ให้ตกอยู่ในความประมาท โดยผิดผ่อนเวลาปฏิบัติออกไป
  - (3) ตระหนักว่าคนเราไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใด ก็ต้องถึงจุดสิ้นสุด ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงพ้นความตายได้
  - (4) อย่าคิดว่ายังมีเวลาเหลืออีก เพราะอายุหรือช่วงเวลาจะจากไปไม่แน่นอน อีกทั้งสาเหตุการตายก็มีมากมาย
  - (5) เผชิญกับวาระสุดท้ายอย่างมีสติด้วยการปฏิบัติของตนเอง เพราะไม่มีใครช่วยได้





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

- (1) ให้เห็นความจริงว่า ชีวิตมนุษย์ไม่แน่นอน จึงควรเห็นคุณค่าของเวลา ไม่ตั้งอยู่ในความประมาท
- (2) ให้รู้เท่าทันความจริงว่า ตายแล้วเอาอะไรไปไม่ได้ ฟังรู้จักวิธีใช้สอยสินทรัพย์ให้เกิดประโยชน์ รู้จักเห็นใจผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ให้ผู้ยากไร้ มีเมตตาต่อกันไว้
- (3) ให้ตระหนักในความจริงที่ว่า ทุกคน “มีกรรมเป็นของตน ฟังมุ่งทำความดีไว้”
- (4) ให้ระลึกถึงหลักธรรมดว่า ทุกคนรักชีวิต กลัวความตาย ฟังทำกับเขาเช่นที่อยากให้เราทำกับเรา

### 5. ข้อสังเกตเกี่ยวกับความหมายแท้จริงของ "ความตาย"

5.1 พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้ยกข้อสังเกตที่สำคัญคือ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ทางการแพทย์และเทคโนโลยีมากมาย แต่ก็ยังไม่อาจให้ความรู้เกี่ยวกับชีวิตคนว่า “ดับเมื่อไรแน่” ซึ่งทางพุทธศาสนาถือว่า “เมื่อจิตสุดท้ายดับ” แต่วิทยาศาสตร์เชื่อในระดับรูปธรรมหรือร่างกาย โดยที่ความรู้ที่สมบูรณ์ของชีวิตที่จะบรรจบกันทั้งร่างกายและจิตใจยังมีไม่เพียงพอ จึงกล่าวได้ว่า ยังมีปัญหาของความไม่สอดคล้องระหว่างความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ/กับการมีเครื่องมือจัดการกับธรรมชาติอยู่อีกมาก ฉะนั้นในการไม่รู้จักความจริงชัด แต่ไม่อาจรอได้ ก็ต้องใช้ปัญญาตัดสินใจให้ดีที่สุดในการปฏิบัติ โดยใช้หลักการ 2 ชั้น คือ

- (1) หลักการเกี่ยวกับความเป็นจริงตามธรรมชาติ
- (2) หลักการเกี่ยวกับการสนองความต้องการของมนุษย์ ว่าจะปฏิบัติอย่างไรในกรณีที่มี ความจริงเท่าที่รู้ ที่เกี่ยวกับ “ความตาย” ทั้งนี้ต้องประกอบด้วยความมีเมตตา กรุณา ปราณี ที่ประกอบด้วยปัญญาความอยู่ด้วยเสมอ

5.2 นอกจากแนวคิดข้างต้นแล้ว นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ ยังได้กล่าวถึงเรื่อง “ความตายในคน” ไว้ว่า เป็นสิ่งสมมุติ สุดแต่เราจะกำหนดว่าอะไรคือความตาย ซึ่งจะเปลี่ยนไปได้เรื่อยๆ ตามความเชื่อและการกำหนดเกณฑ์กติกาต่างๆ ของสังคมแต่ละแห่งในแต่ละยุคสมัย

### 6. คำส่งท้าย

ข้อเขียนข้างต้น เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และเก็บเกี่ยวสาระสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวกับเรื่อง “การตายดี” และ “สิทธิการตายดี” ที่ผู้เขียนได้จากการติดตามเข้าร่วมประชุมที่กล่าวถึงในหัวข้อที่ 1 ข้างต้นของเอกสารนี้ ประกอบกับการศึกษาจากเอกสารธรรมะต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่า ในการที่จะมุ่งหวังให้ประชาชนได้มี “สิทธิตายดี” ได้จริงตามเจตนารมณ์ของพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 นั้น สังคมส่วนรวมจะต้องมีความเข้าใจดีพอควร ทั้งในด้านแนวคิดพื้นฐานรวมทั้งหลักการที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ตลอดจนหลักการปฏิบัติของผู้อยู่ในแวดวงการให้บริการสาธารณสุข ให้สามารถร่วมมืออย่างเหมาะสมถูกต้องในการอำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้ “สิทธิในการตายดี” ของภาคประชาชนได้จริง สมดังเจตนาที่มีร่วมกัน อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้ในที่สุด







สิทธิปฏิเสธรักษา  
เพื่อการตายดี



## แนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อังประพันธ์\*



ในสังคมไทย เช่นเดียวกับสังคมตะวันตกอื่นๆ ประชาชนไม่ค่อยมีความตื่นตัวเรื่องสิทธิด้านต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิที่จะตาย (the right to die) เหมือนที่ปรากฏในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา สังคมได้มีการต่อสู้เรียกร้องเรื่องสิทธิที่จะตายเป็นเวลาหลายทศวรรษแล้ว ทั้งนี้เพราะประเทศเหล่านั้น มีกฎหมายที่ได้รับอิทธิพลมาจากคริสต์ศาสนา ที่ลงโทษผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายความว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะถูกดำเนินคดีอาญา และจะถูกลงโทษทางอาญา และผู้ที่ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ก็จะเป็นความผิดเช่นเดียวกัน เพราะรัฐถือว่า การฆ่าตัวตายเป็นการละเมิดต่อพระผู้เป็นเจ้า ผู้ให้กำเนิดชีวิต รัฐจึงต้องคุ้มครองทุกชีวิต ไม่ให้ผู้ใดทำลาย แม้จะเป็นเจ้าของชีวิตเองก็ตาม กฎหมายดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นว่าประชาชนไม่มีสิทธิที่จะ (ฆ่าตัว) ตาย

\* พ.บ.,น.บ., Dr.med. ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





สำหรับประมวลกฎหมายอาญาของไทยนั้น ไม่มีบทบัญญัติทำนองนั้นแต่อย่างใด บทบัญญัติใกล้เคียงได้แก่ มาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติความผิดสำหรับ การช่วยหรือยุงเด็กอายุไม่เกิน 16 ปี หรือผู้ซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเอง และถ้าการฆ่าตนเองนั้นได้เกิดขึ้น หรือได้มีการพยายามฆ่าตนเองเกิดขึ้นการช่วยหรือการยุงนั้น จึงจะเป็นความผิดผู้กระทำความผิดระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทบัญญัติที่อ้างข้างต้นของกฎหมายไทย ไม่ได้เอาผิดกับคนฆ่าตัวตายโดยตรง ประกอบกับทัศนคติทางพุทธศาสนาตามแนวเถรวาท ที่มีอิทธิพลต่อสังคมไทย การฆ่าตัวตาย ก็มีได้ถือว่าเป็นบาปที่ร้ายแรงในพุทธศาสนา ภิกษุที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เพียงต้องอาบัติทุกกฏ ซึ่งเป็นอาบัติที่เบาที่สุด การฆ่าตัวตายไม่ผิดศีลข้อปาณาติบาต เพราะพระพุทธศาสนามองว่า เจ้าของชีวิตมีสิทธิในชีวิตของเขา ซึ่งสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนสากล อีกทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับก็รับรองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนทุกคน

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการฆ่าตัวตายในสังคมไทยน่าจะเป็นเสรีภาพมากกว่าจะเป็นสิทธิ

สำหรับในสังคมตะวันตกนั้น เมื่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ พัฒนามาจนทำให้การช่วยชีวิตมนุษย์มีประสิทธิภาพสูงสุด ถึงขนาดที่ทำให้การช่วยชีวิต กลายเป็นการเหนี่ยวรั้ง

ชีวิต ให้ชะลอการตายออกไปได้ในระยะเวลาที่ยาวนานเกินความจำเป็น โดยชีวิตที่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพนั้น อยู่ในสภาวะไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dehumanization) อย่างแท้จริง แต่เพียงเป็นชีวิตทางชีววิทยาเท่านั้น (biological life) กล่าวคือเทคโนโลยี เพียงพุงการไหลเวียนของโลหิต ด้วยการให้สารอาหารและยาทางหลอดเลือดพุงการหายใจไว้ด้วยออกซิเจนและกลไกการเคลื่อนไหวของระบบหายใจเท่านั้น ชีวิตที่อยู่ในสภาวะเช่นนั้นส่วนมากขาดการรับรู้ และสติสัมปชัญญะใดๆ สภาวะเช่นนี้เรียกว่า “สภาพผักถาวร” (Persistent Vegetative State) เมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ มีประสิทธิภาพที่จะชะลอความตายของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพไร้ศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์เพิ่มมากขึ้น ในสังคมตะวันตกประกอบกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แพร่หลายออกไป ชาวตะวันตกโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์เจริญรุดหน้ามากที่สุด จึงเรียกร้องสิทธิที่จะตายมากขึ้น โดยใช้สิทธิทางศาลให้ศาลสั่งระงับการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวโดยให้ผู้ที่งดใช้เทคโนโลยีนั้น ไม่ต้องรับผิดชอบทางอาชญาฐานช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย บางแห่งถึงขนาดให้รัฐยกเลิกกฎหมายที่ลงโทษฐานพยายามฆ่าตัวตายเสียด้วย ซึ่งในหลายประเทศ ก็ยกเลิกกฎหมายดังกล่าวไปแล้วส่วนหนึ่ง และหลายประเทศได้ออกกฎหมายรับรองการปฏิเสธการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า เรียกว่า Living Will ให้มีผลใช้บังคับกับทุกคนที่จะต้องเคารพเจตนาของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาตามที่ผู้นั้นได้แสดงเจตนาไว้

ความจริงการปฏิเสธการรักษาในสังคมตะวันตก เป็นสิ่งที่ยอมรับกันมานานแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มคนบางจำพวกที่ปฏิเสธการรักษา





เพราะเหตุผลในทางศาสนา ในสหรัฐอเมริกา ศาสนานิกายคริสเตียน ไซแอนซ์ (Christian Science) ที่ปฏิเสธการรักษาโดยสิ้นเชิง กลุ่มนิกายนี้ เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการขาดศรัทธาในพระเจ้า และถ้ามีการสวดมนต์เพื่อเพิ่มพูนศรัทธาในพระเจ้า ความเจ็บป่วยหรืออันตรายต่างๆ จะหายไปเอง การไปพึ่งพาการแพทย์สมัยใหม่ เป็นการแสดงความเลื่อมศรัทธาในพระเจ้าของบุคคลผู้นั้น ผู้นับถือศาสนานิกายนี้ จะไม่ไปใช้บริการใดๆ ของโรงพยาบาลเลย รวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย

อีกศาสนาหนึ่งได้แก่นิกายพยานพระยะโฮวา (Jehovah's Witnesses) นิกายนี้มีผู้นับถืออยู่เป็นจำนวนมากนับล้านคนนอกจากในอเมริกาแล้ว ยังมีอยู่ในหลายประเทศในทวีปยุโรป และแม้ในประเทศไทยก็ยังมีผู้นับถือศาสนานิกายนี้จำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะทางภาคเหนือ ผู้นับถือศาสนานี้ปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดทุกกรณี เพราะพวกเขายึดมั่นในพระคัมภีร์ (เก่า) ที่บัญญัติห้ามมนุษย์กินเลือดสัตว์ทุกชนิด การได้รับเลือดจากการรักษาเข้าไปในร่างกายไม่ว่าโดยวิธีการใด พวกเขาถือว่า มีค่าเท่ากับการกินเข้าไปนั่นเอง ดังนั้นพวกเขาจึงปฏิเสธเลือดโดยสิ้นเชิง และพวกเขาจะมีบัตรประจำตัวแสดงว่านับถือศาสนานี้และในบัตรจะระบุว่า จะไม่รับการรักษาใดๆ ที่ใช้เลือด เพื่อนำเข้าสู่ร่างกายของเขาไม่ว่ากรณีใดๆ ถ้าแพทย์หรือทางโรงพยาบาลฝ่าฝืนก็จะถูกดำเนินคดีทางศาล ฐานละเมิดสิทธิในการตัดสินใจของเขา

ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาศาลยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษาของบุคคลที่นับถือศาสนาทั้ง 2 นิกายข้างต้น แต่ไม่ยอมรับการปฏิเสธการรักษาของเด็กโดยผู้ปกครองที่นับถือศาสนานี้ โดยการได้ขังน้ำหนักระหว่างสิทธิของครอบครัวและเสรีภาพในการนับถือศาสนา กับ

ผลประโยชน์ของรัฐที่เกี่ยวกับเด็กนั้น ผลประโยชน์ของรัฐ ที่ทำให้มีมาตรการบังคับให้เด็กต้องรับการรักษา ได้แก่ เหตุผล 3 ประการต่อไปนี้

- (1) เพื่อปกป้องสวัสดิภาพของเด็ก
- (2) เพื่อปกป้องหรือสงวนชีวิตเด็ก
- (3) เพื่อคุ้มครองมิให้จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของแพทย์ต้องมัวหมอง

และจากน้ำหนักของผลประโยชน์ของรัฐดังกล่าว ศาลก็จะสั่งให้ทำการรักษาเด็กเพื่อคุ้มครองชีวิตเด็กนั้น ในสหรัฐอเมริกา มีคดีเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เกี่ยวกับเด็กในครอบครัวผู้นับถือศาสนา 2 นิกายนี้ <sup>(1)</sup>

ในสังคมไทย แนวคิดในการปฏิเสธการรักษายังไม่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย เพราะการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นไปได้ยากในคนทั่วไป ในอดีตที่เรายังไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (การรักษาฟรีในปัจจุบันซึ่งเป็นนโยบายต่อเนื่องจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) คนที่ไปโรงพยาบาลแม้ว่าจะไม่เสียค่าตรวจร่างกาย แต่ก็ต้องเสียค่าตรวจอื่นๆ และยาจำนวนหนึ่ง ซึ่งคนส่วนมากที่เป็นคนยากจนต้องรับภาระหนักพอสมควร แม้มีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐก็ค่อนข้างยาก ผู้ที่มีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ก็นับว่าโชคดี ดังนั้นเมื่อเข้ารับการรักษาแล้ว การปฏิเสธการรักษาเรื่องหนึ่งเรื่องใดจึงไม่เกิดขึ้น และผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาใน

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



โรงพยาบาลแล้ว เขาก็ไม่สนใจว่าจะอะไรจะเกิดกับเขาหรือแพทย์จะให้การรักษาแก่เขาอย่างไร ไม่คิดว่าเขาจะมีสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของเขาอย่างไร ผู้ป่วยทั่วไปจะกลัวหมอ ไม่กล้าว่าจะถามหมอว่าจะรักษาเขาอย่างไร ดังนั้นผู้ป่วยจำนวนมาก เมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วจึงยังไม่ทราบว่าหมอได้ผ่าตัดเอาวัยวะอะไรของเขาออกไปบ้าง<sup>2)</sup> ต้องถือว่าสังคมไทยยังไม่รู้จักสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right of self-determination) ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ทั้งๆ ที่รัฐธรรมนูญเกือบทุกฉบับได้บัญญัติรับรองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนไว้ทั้งสิ้น และต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้ระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้อีกด้วย ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รวมสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองไว้ด้วย

สำหรับในหมูนักกฎหมายเอง สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ที่รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาด้วยนั้น ดูเหมือนว่าก็ยังไม่เข้าใจกันอย่างแพร่หลายนัก

กระทรวงสาธารณสุขเคยทำเรื่องหารือไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ว่าในกรณีผู้ที่มีนับถือศาสนาภิกษุสงฆ์พระภิกษุที่ปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือด หากแพทย์ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยตาย แพทย์ต้องรับผิดชอบเพียงใด

<sup>2)</sup> บรรลุ ศิริพานิช. เอกสารสัมมนาเรื่องสิทธิผู้ป่วย 9 มิ.ย.2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยมหิดล- แพทยสภา สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน ม.มหิดล : 12-15.

คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาเป็น 2 กรณี คือ

1. ในกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ย่อมไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน แพทย์สามารถปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้

2. กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่แพทย์จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยถ่ายเลือดเท่านั้น จึงสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาที่ต้องใช้เลือด ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยนั้นต้องเสียชีวิต ทั้งๆ ที่วิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือดสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ กรณีนี้การแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยดังกล่าว ย่อมเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ตกเป็นโมฆะตามมาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนั้นแพทย์จึงไม่สามารถปฏิบัติตามเจตจำนงดังกล่าวของผู้ป่วยได้ และถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย อาจมีความผิดตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา และยังเป็นกรปฏิบัติฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามข้อบังคับแพทยสภาด้วย (บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสรีจที่ 250/2546)

จากความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาข้างต้นจะเห็นได้ว่า นักกฎหมายส่วนหนึ่งในประเทศไทย ยังไม่เข้าใจว่าสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right to self determination) เป็นสิทธิมนุษยชน





อย่างหนึ่ง การที่คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่าการปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เลือดยุติการเพื่อช่วยชีวิตของเขาเท่านั้น เป็นการตัดสินใจที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และเป็นปฏิบัติที่หน้าตาที่พลเมืองด้วยนั้น ด้วยความเคารพต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้เขียนไม่ค่อยเห็นพ้องด้วย เพราะการตัดสินใจปฏิเสธการรับเลือดไม่ว่ากรณีใดๆ ของผู้นับถือศาสนา พยานพระยะโฮวาเป็นสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของเขา ตามความเชื่อของเขา เป็นศักดิ์ศรีของมนุษย์อย่างหนึ่ง ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 รวมถึงฉบับปัจจุบันก็บัญญัติรับรองไว้ ไม่น่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับหน้าที่ของพลเมือง และศีลธรรมอันดีของประชาชนแต่อย่างใด และยังไม่น่าจะขัดกับประโยชน์สาธารณะใดๆ ด้วย และการปฏิเสธไม่รับเลือดเพื่อการรักษาในภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ก็ไม่ใช่เจตนาในการฆ่าตัวตาย (และแม้จะเป็นการฆ่าตัวตายเราก็ไม่มีกฎหมายห้าม แล้วจะถือว่าขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชนได้อย่างไร)

นอกจากนั้น บางคนยังอ้างความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาข้างต้น ไปขยายความว่า กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย แพทย์จะมีความผิดอาญาเสียด้วยซ้ำ การอ้างเช่นนั้นเป็นการสรุปที่ไม่ตรงกับประเด็นที่คณะกรรมการกฤษฎีกาวินิจฉัยไว้ เพราะการพิจารณาว่าการกระทำของแพทย์กรณีหนึ่ง จะเป็นความผิดอาญาหรือไม่ต้องมีข้อเท็จจริงต่างๆ ในแต่ละกรณีมาประกอบการวินิจฉัยด้วย ซึ่งโดยทั่วไปคณะกรรมการกฤษฎีกาจะไม่รับการวินิจฉัยเป็นรายคดี

ในช่วงระยะเวลาประมาณ 30 ปี ที่ผ่านมา ผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมทำการวิจัย 2 เรื่อง ในการสำรวจแนวคิดของนักกฎหมายไทยเกี่ยวกับปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การยุติการรักษาของแพทย์ตามความต้องการของผู้ป่วย ได้ข้อเท็จจริงที่สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

**การวิจัยครั้งที่ 1** ทำในปี 2527<sup>(3)</sup> ผู้วิจัยได้ตั้งโจทย์โดยดัดแปลงจากเรื่องจริงที่เกิดขึ้นประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน ตามข่าวหนังสือพิมพ์รายวันฉบับหนึ่งประจำวันที่ 5 ก.ค. 2527 แล้วสร้างแบบสอบถามส่งไปยังนักกฎหมายไทย ซึ่งประกอบด้วย ตุลาการ พนักงานอัยการ ทนายความและนิติกร รวมทั้งอาจารย์สอนกฎหมายในมหาวิทยาลัย รวมทั้งสิ้น 450 ฉบับ ได้รับคำตอบคืนมา 177 ฉบับ จากตุลาการ 50 พนักงาน อัยการ 49 ทนายความและนิติกร 53 อาจารย์มหาวิทยาลัย 25 ฉบับ คำตอบที่ได้มา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ผลปรากฏว่า

**โจทย์ที่เป็นปัญหา กรณีที่ 1 :** นาง ก. ต้องการฆ่าตัวตาย ได้กินยานอนหลับเข้าไปเป็นจำนวนมาก ก่อนกินยาได้เขียนจดหมายฉบับหนึ่งมีข้อความดังนี้

“คุณหมอคะ อย่าได้นำดิฉันเข้ารักษาในห้องฉุกเฉินเลย ดิฉันไม่ต้องการให้คุณหมอเจาะคอให้น้ำเกลือหรือช่วยชีวิตดิฉันโดยวิธีใดทั้งสิ้น ลงชื่อนาง ก.”

<sup>(3)</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, พิษณุ เพ็งโงง และอนันต์ บุญเกิด, “การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับความรับผิดชอบทางอาญา”. *บทสันติคดี* 2529: 42 (3) : 111-28.



เมื่อมีผู้นำนาง ก. ส่งโรงพยาบาล นายแพทย์ ข. มาตรวจร่างกายพบกระดาษจดหมายในมือนาง ก. นายแพทย์ ข. ก็ไม่ได้ให้การรักษาใด ๆ ตามจดหมายของผู้ป่วย และนายแพทย์ ข. แจ้งให้ญาติของนาง ก. นำผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ญาติก็มีได้นำกลับ นาง ก. ถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาล ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ข.

ผลการวิจัยโดยสรุป มีดังนี้  
ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ข.

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

โจทย์ที่เป็นปัญหา กรณีที่ 2 : เหตุการณ์เดียวกับกรณีแรก แต่ นายแพทย์ ข. คนเดิมได้ช่วยชีวิตนาง ก. เต็มที่ โดยมีได้ปฏิบัติตามคำร้องขอของผู้ป่วยในจดหมาย ทำให้นาง ก. ยังคงนอนหมดสติอยู่โดยมีเครื่องช่วยหายใจติดอยู่ การใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ทำให้ชีวิตนาง ก. มีโอกาสฟื้นคืนสติขึ้นมาได้ นายแพทย์ ค. ซึ่งเป็นแพทย์ของโรงพยาบาลเดียวกับนายแพทย์ ข. เห็นว่านาง ก. หมดสติมาเป็นเวลานานแล้ว สมองเสียหน้าที่อย่างถาวรแล้ว จึงถอดเครื่องช่วยหายใจจากนาง ก.

และต่อมานาง ก. ก็ถึงแก่ความตาย ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยความผิดของนายแพทย์ ค. ซึ่งสรุปได้ดังนี้

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

มีผู้ไม่วินิจฉัย 2 ราย ในแบบสอบถาม 177 ฉบับ 175 100

งานวิจัยครั้งที่ 2 ทำในปี 2538<sup>(4)</sup> ผู้วิจัยได้ตั้งโจทย์เป็นตัวอย่างสมมุติ แล้วสร้างแบบสอบถามไปยังนักกฎหมายไทยซึ่งประกอบด้วย ตุลาการ พนักงานอัยการ ทนายความและอาจารย์สอนกฎหมายในมหาวิทยาลัย กระจายไปยังทุกภาคของประเทศ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 242 ฉบับจาก ตุลาการ 60 พนักงานอัยการ 61 ทนายความ 106 อาจารย์กฎหมาย 15 รวม 242 คำตอบ ที่ได้รับนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ผลปรากฏดังต่อไปนี้

<sup>(4)</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ วิไลวรรณ ชัยรัตนโมกร. "สิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง". วารสารสมาคมนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ 2541, 4 (1) : 27-38. ตัดตอนจากวิทยานิพนธ์เรื่องแนวคิดด้านกฎหมาย และการยอมรับของนักกฎหมาย ต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล 2540.





โจทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 1 : ผู้ป่วยอายุ 60 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอาการหมดสติทันที เพราะหลอดเลือดในสมองแตก แพทย์ตรวจพบว่า มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ในเนื้อสมอง หากทิ้งไว้ผู้ป่วยจะเสียชีวิต แต่ถ้าผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก ผู้ป่วยอาจรอดชีวิตได้ และแพทย์ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า แม้ผู้ป่วยจะยังมีชีวิต สภาพของผู้ป่วยก็หมดหวังที่จะฟื้นคืนสติกลับมาได้ ผู้ป่วยจะมีชีวิตเหมือนพืช คือนอนหมดสติไม่สามารถสนองตอบต่อการกระตุ้นใดๆ ไม่ได้ยินเสียง ไม่สนองต่อความเจ็บปวด กลืนอาหารไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง แต่ยังหายใจได้ บางระยะ อาจมีการหายใจขัดข้องบ้าง

คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัย มีดังนี้

1.1 ถ้าญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพเหมือนพืชตามที่แพทย์อธิบาย และต้องการให้ผู้ป่วยตายโดยไม่ต้องทรมานอีกต่อไป จึงไม่อนุญาตให้แพทย์ผ่าตัดเพื่อทำการรักษา และแพทย์ทำตามความประสงค์ของญาติ ต่อมาไม่นาน ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตาย โดยงดเว้นการกระทำตามหน้าที่หรือไม่

1.2 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะยอมให้แพทย์ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยหรือไม่

1.3 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการผ่าตัดช่วยชีวิตแล้ว และสภาพผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะเหมือนพืชตามที่อธิบายไว้แล้ว ต่อมาการหายใจของผู้ป่วยขัดข้อง แพทย์ขออนุญาตใช้เครื่องช่วยหายใจและเจาะคอผู้ป่วยเพื่อดูแลลมหายใจ ญาติเห็นว่าถ้าจะใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ดีขึ้น จะเป็นการเห็นยวรั้งให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องทนทุกข์ทรมาน

ต่อไปอีกนาน จึงไม่อนุญาตให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์ก็ไม่ได้ใช้ตามความต้องการของญาติ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

1.4 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะยอมให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

1.5 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการรักษาโดยเครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลานานพอสมควรแล้ว และญาติเห็นว่าการใช้เครื่องเป็นการทรมานผู้ป่วย จึงขอให้แพทย์ถอดเครื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากการทรมาน

ก ถ้าแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย ตามความต้องการของญาติ ผู้ป่วยมีชีวิต ต่อมาอีก 2 ชั่วโมงก็เสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

ข. ถ้าแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยรายนี้ตามความต้องการของญาติ ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก 30 วัน จึงเสียชีวิต แพทย์ยังมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

1.6 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นญาติของผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยหรือไม่

1.7 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในสภาวะเหมือนพืชมาเป็นเวลานานแล้ว โดยผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางตลอดเวลา ญาติเห็นว่า เป็นการยึดชีวิตของผู้ป่วยไว้อย่างทรมาน จึงขอให้แพทย์หยุดให้อาหารโดยถอดสายยางที่ให้อาหารออกจากผู้ป่วย ถ้าแพทย์ทำตามที่ญาติขอร้องและต่อมา





อีกหลายวันผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

1.8 ถ้าผู้ตอบคำถาม เป็นญาติของผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์เลิกให้อาหารตามข้อ 1.7 หรือไม่

1.9 ผู้ป่วยรายนี้ เมื่ออยู่ในสภาวะเหมือนพิษมาเป็นเวลานาน ทั้งที่ได้รับอาหารทางสายยางประกอบการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาเกิดโรคปอดบวมแทรกซ้อนหลายครั้ง ต้องใช้ยาปฏิชีวนะราคาแพงรักษา และโรคก็ลุกลามมากขึ้น ญาติเห็นว่าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เป็นการสิ้นเปลืองมากจึงขอให้แพทย์งดรักษาโรคปอดบวมเสีย แต่คงรักษาประคับประคองไปเรื่อยๆ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดบวม เมื่อแพทย์หยุดรักษาโรคปอดบวม ตามความต้องการของญาติ แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยเจตนาหรือไม่

1.10 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นญาติผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์หยุดรักษาโรคปอดบวมหรือไม่

คำตอบจากกรณีที่ 1 สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้ ตัวเลขแสดงเป็นร้อยละ

ข้อคำถาม	คำตอบที่เป็นคำวินิจฉัยความผิด			คำตอบที่แสดงการตัดสินใจเมื่อสมมติว่าเป็นญาติผู้ป่วย			ข้อคำถาม
	มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น	มีความผิดฐานอื่นๆ	ไม่ยินยอมให้รักษา	ยินยอม	ไม่แน่ใจ	
1.1	26.4	72.4	1.2	49.2	45.8	5	1.2
1.3	23.5	71.5	5	41.3	55.4	3.3	1.4
ก.	68.6	28.5	2.9	35.1	58.7	6.2	1.6
1.5							
ข.	34.3	62.4	3.3				
1.7	71.9	25.6	2.5	33.5	59.9	6.6	1.8
1.9	40.9	54.1	5	35.5	61.2	3.3	1.10

โจทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 2 : ผู้ป่วยอายุ 39 ปี ได้รับอุบัติเหตุกระดูกก้นคอหักกดไขสันหลัง เป็นอัมพาต ตั้งแต่คอลงมา ความรู้สึกตัวดี แต่ไม่สามารถขยับร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง พุดได้ ทรวงอกเคลื่อนไหวไม่ได้ หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ถ้าจะใช้เครื่องช่วยหายใจก็ต้องใช้ตลอดไป ผู้ป่วยหมดหวังที่จะเคลื่อนไหวร่างกายได้อีก ผู้ป่วยเข้าใจสถานภาพของตนดี

คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัย มีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยต้องการตาย จึงไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจ หากแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่





2.2 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์ละเว้นการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่

2.3 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ แพทย์ใช้เครื่อง และเจาะคอเพื่อดูดเสมหะไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยเบื่อหน่ายชีวิต จึงขอให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจเพื่อไม่ต้องการมีชีวิตอย่างทุกข์ทรมานต่อไปอีก แพทย์จึงหยุดเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยตายภายใน 5 นาที แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.4 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่

2.5 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดมาเป็นเวลานานแล้ว ผู้ป่วยอยากตายจึงไม่กินอาหาร แพทย์ต้องสอดสายยางเข้าร่างกายผู้ป่วย เพื่อให้อาหาร แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการที่แพทย์จะสอดสายยาง แพทย์จึงทำตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ก. ต่อมาผู้ป่วยตาย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

ข. ถ้าแพทย์ให้อาหารแก่ผู้ป่วยไประยะหนึ่ง ต่อมาผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์งดการให้อาหาร ถ้าแพทย์ปฏิบัติตามคำร้องขอของผู้ป่วย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.6 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์งดการให้อาหาร ตามข้อ ข. หรือไม่

2.7 ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาจากแพทย์ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดมา ต่อมาเกิดโรคปอดบวมแทรกซ้อน ผู้ป่วยขอให้งดการใช้ยารักษาโรคปอดบวม แต่ยอมรับการรักษาอย่างอื่น แพทย์ปฏิบัติตามคำขอ ต่อมาผู้ป่วยตายด้วยโรคปอดบวม แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่

2.8 ถ้าผู้ตอบคำถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะขอให้แพทย์งดรักษาโรคปอดบวมหรือไม่

คำตอบจากกรณีที่ 2 ของผู้ตอบแบบสอบถาม  
สรุปเป็นตารางดังต่อไปนี้ (ตัวเลขในตารางแสดงเป็นร้อยละ)

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





โจทย์ที่เป็นปัญหากรณีที่ 3 : ผู้ป่วยอายุ 55 ปี เป็นโรคมะเร็งที่รังไข่ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ต่อมาได้รับเคมีบำบัด 8 เดือน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีก แพทย์ตรวจพบว่ามะเร็งได้กระจายไปที่อุ้งเชิงกราน หมดหวังที่จะรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด กินอาหารได้น้อย ซึมเศร้า และอ่อนเพลียมาก จึงขอให้แพทย์หยุดรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่คงให้ยาแก้ปวดไว้ และให้ยารักษาตามอาการได้ แพทย์ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ต้องเพิ่มขนาดยาแก้ปวดขึ้นเรื่อยๆ การเพิ่มขนาดของยาดังกล่าวอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นได้ และสุดท้ายต่อมาผู้ป่วยตายด้วยผลของยาประกอบกับการขยายตัวของมะเร็ง

คำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามวินิจฉัยมีดังนี้

- 3.1 แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาหรือไม่
- 3.2 ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ จะปฏิเสธเคมีบำบัดหรือไม่ (ใช้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว)

ผลของคำตอบมีดังนี้

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

## วิเคราะห์งานวิจัย

จากงานวิจัย 2 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาห่างกันกว่า 10 ปี แนวคิดของนักกฎหมายไทย เกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่จะนำไปสู่การตายดี ดูจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่าตัวบทกฎหมายในประมวลกฎหมายอาญาของไทย ซึ่งเป็นบทกฎหมายที่จะนำมาใช้การตีความกับกรณีดังกล่าว ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ กล่าวคือ ในการวิจัยครั้งแรกมีนักกฎหมายเห็นว่า แพทย์ที่ไม่ให้การรักษาผู้ป่วยตามความประสงค์ของผู้ป่วยเอง แล้วผู้ป่วยตายแพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นถึงร้อยละ 71.8 ขณะที่แพทย์เมื่อให้การรักษาไปโดยฝืนความต้องการของผู้ป่วยไประยะหนึ่ง ต่อมาหยุดให้การรักษานั้น แล้วผู้ป่วยตาย แพทย์ที่หยุดการรักษาผู้ป่วยมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นร้อยละ 80.6 แต่ 10 ปีต่อมา ในการวิจัยครั้งที่ 2 ในกรณีคล้ายคลึงกัน มีนักกฎหมายที่วินิจฉัยว่า แพทย์ที่งดการรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย ต่อมาผู้ป่วยตาย มีความผิดฐานฆ่าคนตายเพียงร้อยละ 26.4 และแพทย์ที่ให้การรักษาโดยฝืนความต้องการของผู้ป่วยไปแล้ว ต่อมาหยุดให้การรักษานั้น แล้วผลคือผู้ป่วยตายมีความผิดฐานฆ่าคนตายร้อยละ 60.7 (ตารางคำตอบข้อ 2.1 และ 2.3) ซึ่งต่างไปจากผลการวิจัยครั้งแรกอย่างเห็นได้ชัด แสดงว่าระยะเวลาที่ผ่านมา 10 ปีเศษ แนวคิดของนักกฎหมายมีแนวคิดสนับสนุนการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สำหรับผลการวิจัยในครั้งที่ 2 พอจะวิเคราะห์วิจารณ์ได้ดังต่อไปนี้

กรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ และใช้เครื่องช่วยหายใจมานาน (กรณีที่ 1) หมดหวังที่จะฟื้นคืนสติกลับมาได้ เมื่อแพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจออกตามความต้องการของญาติ ซึ่งประสงค์จะให้ผู้ป่วยพ้นจากการทรมาน





และ 2 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยตาย นักกฎหมายร้อยละ 68.6 มีความเห็นว่า แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (ตารางคำตอบข้อ 1.5 ก) แต่เมื่อกำหนดเงื่อนไขว่าผู้ป่วยตาย ตายภายหลังถอดเครื่องช่วยหายใจ 30 วัน ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าแพทย์มีความผิดเพียงร้อยละ 34.3 เท่านั้น (ตารางคำตอบข้อ 1.5 ข) แสดงว่าผู้ตอบได้นำทฤษฎีการกระทำและผลของการกระทำมาพิจารณาประกอบ โดยเห็นว่า กรณีการตายเกิดขึ้นภายใน 2 ชม. หลังจากหยุดเครื่องช่วยหายใจ เป็นผลโดยตรงจากการหยุดเครื่องช่วยหายใจ ส่วนกรณีการตายภายหลังหยุดเครื่องช่วยหายใจ 30 วัน มิได้เป็นผลโดยตรง ความจริงการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังหยุดเครื่องช่วยหายใจไม่ว่า 2 ชม.หรือ 30 วัน มิได้เป็นผลโดยตรงจากการหยุดเครื่องช่วยหายใจโดยตรง แต่การหยุดหายใจแล้วผู้ป่วยตายเป็นเพราะกลไกของร่างกายผู้ป่วยเองมีความผิดปกติอยู่แล้ว การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเทคโนโลยีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกเป็นการชั่วคราว เพราะผู้ป่วยนอนหมดสติอยู่ตลอดเวลาอาจเกิดหายใจไม่สะดวกเป็นครั้งคราวเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยถูกถอดเครื่องช่วยหายใจออกไปนานเท่าใดก็ตาม เมื่อการหายใจไม่สะดวกหรือขัดข้อง ถ้าแพทย์ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยใหม่ จนผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ความรับผิดชอบทางอาญฐานฆ่าคนตายโดยเจตนาไม่ว่าจะต่างกับ กรณีที่แพทย์ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจให้ตั้งแต่แรกแต่อย่างใด ดังนั้นการนำทฤษฎีการกระทำและผลของการกระทำมาใช้น่าจะไม่เหมาะสม

กรณีการงดให้อาหารโดยถอดสายยางให้อาหาร ออกจากตัวผู้ป่วย ที่อยู่ในสภาวะพืช (บางที่เรียกว่า “ผักถาวร”) มีผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 71.9 ตอบว่าเมื่อผู้ป่วยตาย แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (ตารางคำตอบข้อ 1.7) ผู้ตอบคงเห็นว่า การให้อาหารทางสายยางเป็น

หน้าที่ทางจริยธรรมของแพทย์ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ความจริงการให้อาหารทางสายยางเป็นเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างหนึ่ง ซึ่งแพทย์ในสมัยโบราณทำไม่ได้ ดังนั้นการที่จะตัดสินว่าการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นหน้าที่ทางจริยธรรมที่ต้องนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยตามหน้าที่ (ทางจริยธรรม) น่าจะไม่เหมาะสม เพราะการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ จะมีค่าใช้จ่ายสูง และต้องนำค่าใช้จ่ายมาเป็นปัจจัยที่ต้องพิจารณาความคุ้มค่าจากการใช้ด้วย ทำนองเดียวกัน การใช้รักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาราคาแพง ในผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสฟื้นเป็นปกติได้ ต้องประเมินความคุ้มค่าเช่นกัน การที่ผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 40.9 ตอบว่า ถ้าแพทย์ไม่ให้ยาดังกล่าว แล้วผู้ป่วยตาย แพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (ตารางคำตอบข้อ 1.9) แสดงว่าผู้ตอบไม่เข้าใจถึงหน้าที่ทางจริยธรรมอย่างแท้จริง

การวินิจฉัยและการตัดสินใจกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะพืชหรือผักถาวร (PVS) ดังกล่าวเป็นเรื่องยาก และพื้นฐานความเข้าใจสภาพของผู้ป่วยในภาวะเช่นนั้น แตกต่างกันในแต่ละคน จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา<sup>(5)</sup> โดยสอบถามความเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้จากแพทย์ผู้ชำนาญทางประสาทวิทยา (Neurologists) และแพทย์ผู้ชำนาญการสถานพักฟื้น พบว่าร้อยละ 94 ของแพทย์ทางระบบประสาท และร้อยละ 93.2 ของผู้ชำนาญการสถานพักฟื้น เห็นว่าควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายจะดีกว่า

<sup>(5)</sup> Payne K et al. "Physician's Attitudes about the Care of Patients in Persistent Vegetative State: A National Survey". *Ann Intern Med* 1996 ; 125 ; 104-110.





กรณีผู้ป่วยยังมีสติคืออยู่ แต่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถยับยั้งเขยื้อนร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดได้เลย ตั้งแต่คอลงไป และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เมื่อสมมติว่า ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยรายนี้ พบว่ากว่าครึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 53.7 ถึง 58.7) ปฏิเสธที่จะรับการรักษา ด้วยวิธีการต่างๆ (ตารางคำตอบ ข้อ 2.2, 2.4, 2.6 และ 2.8) และเมื่อสมมติว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งมีอากาการปวดยังต้องการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่ออีกหรือไม่ มีผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 64.9 ที่ปฏิเสธการรักษาดังกล่าว (ตารางคำตอบ ข้อ 3.2) แสดงว่านักกฎหมายส่วนใหญ่ต้องการที่จะปฏิเสธการรักษาในสภาวะสุดท้ายของชีวิต เมื่อการรักษา นั้น เป็นเพียงการรักษาที่ไม่อาจทำให้สภาวะของเขาหายหรือฟื้นคืนสภาพได้อย่างแท้จริง

**บทสรุปการวิจัย 2** ครั้งที่ผ่านมานั้นแนวคิดของนักกฎหมาย มีการเปลี่ยนแปลงในการใช้การตีความกฎหมายเกี่ยวกับกรณีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ที่ช่วยยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกไป ในเชิงแนวโน้มยอมรับสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันเหตุการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เพราะระยะเวลาล่วงเลยจากการวิจัยครั้งที่ 2 มาถึง 15 ปี ประกอบกับเราเพิ่งจะประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เมื่อไม่นานมานี้ และใน พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว มาตรา 8 และมาตรา 12 ได้บัญญัติรับรองสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาไว้ชัดเจน นักกฎหมายควรจะได้นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ประกอบการตีความในเรื่องนี้ เพราะเทคโนโลยีสมัยใหม่ ไม่ว่าจะในทางการแพทย์หรือในทางใดๆ ก็ตาม แม้จะมีประสิทธิผลที่น่าชื่นชม

แต่อีกด้านหนึ่งของมันก็ลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลงไป อย่างไม่รู้ตัว ถ้าไม่ตระหนักในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 8 "ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้"

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

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

บทบัญญัติในมาตรานี้วรรคแรก ข้อความตอนท้ายรับรองการปฏิเสธการรักษาของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ไว้โดยเด็ดขาด ตราบใดที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ตามกฎหมาย (legal competent)





ผู้ประกอบการวิชาชีพผู้ให้บริการ จะให้บริการที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ได้ นั่นคือ การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรา 4 ในรัฐธรรมนูญแห่ง ประเทศไทย

สำหรับข้อความตอนต้นของวรรคแรกนั้น เป็นการบัญญัติหน้าที่ ของบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้ต้องแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ของตน แก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในการประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ จะรับหรือปฏิเสธบริการนั้นๆ ส่วนวรรคสองและวรรคสามของมาตรานี้ เป็นเพียงนำหลักกฎหมายทั่วไปมาบัญญัติซ้ำไว้เท่านั้น

*มาตรา 12 "บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการ ตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจาก การเจ็บป่วยได้"*

*การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง*

*เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนา ของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็น ความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"*

มาตรานี้รับรองการปฏิเสธการรักษาหรือบริการที่เป็นไปเพื่อยืด การตายในวาระสุดท้ายไว้ล่วงหน้า โดยทำเป็นหนังสือสำหรับกรณีนี้ที่ ผู้ป่วยอยู่ในฐานะที่ไม่อาจปฏิเสธการรักษาได้โดยตรง (ตามมาตรา 8)

และหนังสือดังกล่าวทำไว้ ในขณะที่เขายังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ตาม กฎหมาย ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎ กระทรวง (วรรคสอง) แต่ความสำคัญของมาตรานี้อยู่ที่วรรคสามที่ รับรองครอบคลุมไปถึงผู้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ทำหนังสือปฏิเสธการรับ บริการด้วย ให้พ้นจากความรับผิดตามกฎหมายทุกกรณี ซึ่งนับว่า เป็นการคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 4 และมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย อย่างครบถ้วน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและตามที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์นั้น ได้รวมสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (the right to self determination) เข้าไว้ด้วย ดังนั้นผู้ที่เข้าใจเรื่องการตายดีตาม หลักของศาสนาพุทธ ก็สามารถใช้สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา หรือปฏิเสธ เทคโนโลยีบางอย่าง เพื่อจะนำไปสู่การตายดีได้ โดยไม่มีอุปสรรคทาง กฎหมายใด ๆ อีก นักกฎหมายไทยควรยอมรับแนวคิดทางกฎหมายที่ ได้วิวัฒนาการขึ้นในสังคมไทยมาเป็นลำดับ จนปรากฏเป็นกฎหมายลาย ลักษณะอักษรที่ชัดเจนใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปัจจุบัน (พ.ศ.2550)





## หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต \*

ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส \*\*



เมื่อปี พ.ศ.2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้มิใช่เป็นเพียงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่กฎหมายฉบับนี้เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนโดยทั่วไปด้วย เพราะได้นิยามความหมายของคำว่า “สุขภาพ”<sup>1</sup> ในภาพกว้าง และเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทยก็คือ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่า การทำ Living Will หรือ

---

\* ปรับปรุงจากบทความเดิมที่ตีพิมพ์ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลิตใบ : หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์, พ.ย. 2552), หน้า 133-141.

\*\* ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
<sup>1</sup> พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 3 “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล





Advance Directives หนึ่งแม้ว่าใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว แต่กฎหมายดังกล่าวได้เขียนไว้ว่า การดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553”

บัดนี้กฎกระทรวงดังกล่าวได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว<sup>2</sup> โดยนายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์) ได้ลงนามเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2553 และกฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 210 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่กฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับก็คือ วันที่ 20 พฤษภาคม 2554

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

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

มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ บัญญัติไว้ว่า

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ และจากเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องการรณฆต (Mercy Killing) ไม่ใช่กรณีเร่งการตาย (Active Euthanasia) แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ

การเขียน Living Will ไว้จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้เดินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช่เครื่องมือต่างๆ จาก







เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ

## 2. กฎกระทรวงเพื่อดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

โดยที่มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มิได้กำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนา การออกกฎกระทรวงจึงต้องกำหนดให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในพระราชบัญญัตินี้ คือกำหนดได้เฉพาะเกี่ยวกับรายละเอียดในขั้นตอนดำเนินการ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความชัดเจนในถ้อยคำของมาตรา 12 ในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยในกฎกระทรวงได้เริ่มด้วยการขยายความถ้อยคำหรือข้อความในมาตรา 12 ดังนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ป่วยหนังสือแสดงเจตนา

เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากกรพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม





จากบทนิยามในกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยมีข้อสรุป ดังนี้

1. การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ ต้องทำเป็นหนังสือ

2. ผู้ทำหนังสือสามารถระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาว่า ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในเรื่องใดได้เป็นกรณีๆ ไป เช่น ปฏิเสธการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง ปฏิเสธกระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เหล่านี้เป็นต้น รวมถึงการปฏิเสธการรักษาในห้องฉุกเฉิน (ICU) เพราะเมื่อเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูก็อาจต้องรับการปฏิบัติตามแนวทางข้างต้นที่ไม่ต้องการ

3. อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ข้างต้น ก็มิได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้ง ดังที่กฎกระทรวงได้ระบุไว้ว่า “ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง” คือการดูแลตามอาการ การให้ยาบรรเทาปวด เป็นต้น

4. ถ้อยคำ “วาระสุดท้ายของชีวิต” นอกจากหมายถึงภาวะใกล้ตายแล้ว ในกฎกระทรวงนี้ยังให้รวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่

แสดงถึงการรับรู้ได้ คือรวมถึงกรณีผู้ป่วยอยู่ภาวะ PVS (Persistent Vegetative State) ซึ่งในทางการแพทย์แปลว่า สภาวะผักถาวร แต่ชาวบ้านมักจะเรียกสภาวะดังกล่าวนี้ว่า เจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา

5. ส่วนถ้อยคำ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งเป็นถ้อยคำที่มีอยู่ในมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกฎกระทรวงนี้ได้ขยายความให้ชัดเจนขึ้น โดยได้บัญญัติว่า หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ดังเช่นกรณีของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจนกลายเป็นผู้พิการตั้งแต่คอกลงไป แม้มีชีวิตรอดอยู่ แต่ก็เคลื่อนไหวอะไรไม่ได้ บุคคลกลุ่มนี้อาจจะทำหนังสือแสดงเจตนาขอปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตต่อไปอีก แต่ขอจากไปอย่างสงบ เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยในกรณีนั้นๆ

เมื่อได้ขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ให้เกิดความชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ในข้อ 3 ของกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดแนวทาง วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนี้

“ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

- (1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อนามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้





- (2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- (3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
- (4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ
- (5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์ หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบาย ความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการ เยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร”

ในข้อ 4 ของกฎกระทรวงระบุว่า การทำหนังสือปฏิเสธการรักษา นั้นสามารถทำได้ทุกที่ แต่การระบุรายละเอียดในหนังสือนั้น ควรได้รับ คำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งทราบสภาพความเจ็บป่วย การ

พยากรณ์โรคของผู้ป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาในอนาคตได้ สำหรับพยาบาลเองก็สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้เช่นกัน ข้อที่ควรระมัดระวังในการพูดคุยก็คือ อย่าให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดว่า การแสดงเจตนาทำ Living Will จะทำให้ยุติการรักษาไปด้วย

“ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร”

สำหรับวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น ในข้อ 5 และข้อ 6 ของกฎกระทรวงได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการไว้ดังนี้

“ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ”





“ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว
- (2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว
- (3) ในกรณีที่มิมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
- (4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภังค์ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภังค์”

อนึ่ง แม้ในกฎกระทรวงจะได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการต่างๆ ไว้แล้ว แต่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ในข้อ 7 ของกฎกระทรวงจึงได้กำหนดว่า

“ข้อ 7 ให้เลขานุการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา”

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การประกาศกฎกระทรวงในครั้งนี้ เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนา (Living will) เท่านั้น มิได้กำหนดในเรื่องของแบบหนังสือแสดงเจตนา เพราะกฎกระทรวงจะเขียนเกินกว่าความมุ่งหมายที่พระราชบัญญัตินี้ให้อำนาจไว้ไม่ได้ อย่างไรก็ตาม คนส่วนหนึ่งที่เป็นชาวบ้านธรรมดา มักจะสอบถามและมีความกังวลว่า รูปแบบที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร ชาวบ้านจะเขียนได้หรือไม่ เพื่อให้เกิดความสะดวกในเรื่องดังกล่าว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้ออกแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งตัวอย่างการเขียน Living Will ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ ([www.thailivingwill.in.th](http://www.thailivingwill.in.th) [www.nationalhealth.or.th](http://www.nationalhealth.or.th)) และเอกสารที่ สช.พิมพ์เผยแพร่





## Advance Care Planning and Living Will

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว\*



ในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีเพื่อพ่วงชีวิตมีความก้าวหน้ามาก แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหายหรือกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตัวโรค ในช่วงเวลาต่างๆ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันมีแรงผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งจากความเชื่อมั่นในตัวเทคโนโลยีเอง ความกังวลความผิดทางกฎหมาย ความรู้สึกบาป หรือความกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคม เช่นบุคคลสาธารณะหรือแพทย์ ซึ่งมักพบว่าได้รับการรักษาชนิดรูก้ำต่างๆ จำนวนมาก ตามมาตรฐานการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายควรมีการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกัน ทั้งจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความรู้เรื่องโรค และทีมผู้ป่วยและญาติซึ่งรอบรู้ความต้องการและข้อจำกัดของชีวิตตน ผู้ป่วยที่มีการวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า (Advance Care Planning)

---

\* หน่วยเวชบำบัดวิกฤติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและไม่ต้องการ กลไกหนึ่งที่ช่วยเรื่องนี้ได้ คือการทำหนังสือแสดงเจตนา (Advance Directives, Living Will) ดังที่ได้รับการรับรองในกฎหมายไทย

### สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษา

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่ง คือการปฏิบัติตามแนวทางเวชจริยศาสตร์เรื่อง Autonomy ซึ่งหมายถึงบุคคลมีทางเลือกอิสระในการตัดสินใจเดินทางเดินชีวิตตน (self-determination) กระบวนการสำคัญคือการขอความยินยอมในการรักษา (Informed Consent) สิ่งนี้ จะมีความสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ<sup>1</sup>

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการแยกแยะผลดีและผลเสียในการรักษาหลัก เทียบกับการรักษาอื่นๆ หรือไม่รักษาได้
2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ ที่จะสร้างความเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกที่เหมาะสม
3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจโดยปราศจากการขู่เข็ญบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในภาวะปกติผู้ป่วยสามารถทั้งรับหรือปฏิเสธการรักษาที่ไม่ต้องการได้ (informed refusal) แต่เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ช่วงวันท้ายๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์พอ นั่นคือขาดความสามารถในการตัดสินใจ (capacity) ตามหลักของ informed consent แบบทั่วไป ประกอบกับการตัดสินใจในช่วงนี้สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตหรือการสิ้นสุดชีวิต คนที่เกี่ยวข้องมองผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าอ่อนแอต้องการการปกป้องปิดบัง ทั้งมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตกคือ<sup>2</sup>

1. ในประเทศไทยไม่มีกฎหมายสนับสนุนให้ทำได้ ในสังคมตะวันตกสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) มีความสำคัญสูงสุด แม้ว่าการเลือกจะมีผลสั้นที่สุดของชีวิต แต่ในประเทศไทยสิทธิในการเลือกการรักษาไม่ได้สำคัญกว่าการรักษาชีวิต ดังที่เห็นจากคำพิพากษาศาลฎีกาที่เห็นว่าแพทย์สามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วย Jehovah's witness ที่ปฏิเสธการรับเลือดได้ แพทย์ทั่วไปมักเกรงว่าการไม่รักษาแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตไปจะเป็นความผิด
2. แนวคิดเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของคนในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่นั้น ถือเป็นส่วนย่อยของสิทธิครอบครัว (family autonomy) ในยามเจ็บป่วยญาติใกล้ชิดมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในเมืองไทยส่วนใหญ่มีคนเลือกการรักษาให้ ซึ่งอาจมีปัญหา เช่น

1. การตัดสินใจแทนโดยญาติใกล้ชิด (substitutive judgment decision) ซึ่งแม้ว่าจะมีความรักและความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากการตัดสินใจของญาติภายใต้แรงกดดันหลายอย่าง เช่นความรู้สึกผิด หรือการปฏิเสธต่อภาวะสูญเสีย
2. การตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความรู้และความปรารถนาดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากไม่เข้าใจความต้องการผู้ป่วย จากมุมมองที่เน้นเรื่องกลไกของโรคมากกว่าคน หรือความเกรงกลัวผิดกฎหมาย บังคับเหล่านี้ทำให้แพทย์มีแนวโน้มให้การรักษาพยุงชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่





โดยคิดว่าเป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุด (Best interest decision)

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

ในทางเวชจริยศาสตร์แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มีหน้าที่ให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ (Beneficence) ไม่ควรมุ่งหวังเพียงเพื่อยืดการตาย อันอาจนำความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว (non-maleficence) ควรให้การยอมรับศักดิ์ศรีของชีวิตหนึ่ง (autonomy) และให้โอกาสผู้อื่นใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างยุติธรรม (social justice) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ palliative care ยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติไม่ควรไปเร่งหรือยืดการตาย เช่นเดียวกับทางพุทธศาสนาซึ่งถือว่าการตายเป็นการคืนสู่ธรรมชาติ ทางศาสนาคริสต์หรืออิสลามถือว่าเป็นระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะที่ดีกว่า ทั้งนี้ธรรมชาติในที่นี้ไม่ได้หมายถึงสภาพที่ปราศจากเทคโนโลยี แต่เป็นธรรมชาติของเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนได้ด้วยวิธีใดๆ

การยินยอมให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ แตกต่างจากการตั้งใจปล่อยหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร อันถือเป็นการรณฆฆต (passive / active euthanasia)<sup>4</sup> การรณฆฆตและการส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย (physician assisted suicide) ถือเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรมตามประกาศของแพทยสมาคมโลก และผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาให้มุมมองว่า การเรียกร้องซึ่งความตาย น่าจะเป็นการสะท้อนความทุกข์

ที่ไม่เห็นทางออก อันเป็นผลจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ เราควรช่วยกันค้นหาและบรรเทาความทุกข์นั้นมากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตาย มีรายงานว่าผู้ป่วยกว่า 90% เปลี่ยนใจหลังได้รับการดูแลที่เหมาะสม

### กฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีพยุงชีวิต เกิดเมื่อการแพทย์มีความก้าวหน้าพอที่จะยืดชีวิตได้นานขึ้นแต่ไม่สามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มแรกเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้วผู้ปกครองของ Karen Ann Quinlan ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดอยู่ในสภาวะคล้ายผัก (Vegetative State) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาล และศาลรับรองให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เองและมีชีวิตอยู่ต่ออีกหลายปี จากนั้นตามมาด้วยคดีที่คล้ายกันของ Nancy Cruzan อันเป็นการรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์ นำไปสู่การออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2533 ตามมาด้วยการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 บัญญัติไว้ว่า

*“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”*





การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากรกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

## แนวคิดทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การทำหัตถการเพื่อการรักษาใดๆ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะบกพร่อง จำเป็นต้องมีผู้ตัดสินใจตามความคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเลือกได้จะเลือกให้ทำอะไร (substitutive judgment decision) ถ้าไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย ให้ตัดสินใจตามหลักประโยชน์สูงสุด (best interests decision) โดยเลือกการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากที่สุดเป็นหลัก (most beneficial treatment)<sup>3</sup>

สำหรับ substitutive judgment decision ยามที่ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายบางประเทศกำหนดผู้ตัดสินใจแทนเป็นลำดับขั้น เช่น คู่สมรส บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดาญาติพี่น้อง เป็นต้น ผู้ตัดสินใจไม่ใช่เอาความคิดตนเองเป็นหลัก โดยให้ช่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเลือกแนวทางการรักษาใด ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ยึดประโยชน์ในเชิงของคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดระยะเวลาของชีวิต<sup>7</sup>

ในการนี้สังคมตะวันตกได้มีความพยายามที่จะขยายสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) ให้ครอบคลุมถึงช่วงที่ป่วยหนักดังกล่าว วิธีการคือการวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (Advance Care Planning)<sup>2, 6</sup> อันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ กลไกการตัดสินใจมิได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเป็นเอกสารทางกฎหมาย ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและแนวทางการรักษา
- ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่างชัดเจน เช่น การสั่งเสียว่าไม่อยากให้บ่มหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นโดยรวมของผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษร เรียกว่า Advance Directives

**Advance Directives** เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของคน ในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ<sup>7</sup>

1. **instructive Directives** เอกสารแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิตใน







สถานการณ์ต่างๆ เอกสารนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอาการหนัก สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจได้แล้ว ตัวอย่างได้แก่ living Wills, Natural Death Act, Medical Directives ความยากลำบากในการเขียนแนวทางเลือก คือความไม่ชัดเจน เนื่องจากเหตุการณ์จริงอาจเกิดได้หลายแบบ การพยายามเขียนให้เจาะจงตามการเจ็บป่วยชนิดต่างๆ มักทำให้สับสนมากขึ้น สำหรับ Medical Directives เป็นการที่แพทย์แปลความ Living Will แล้วเขียนเป็นชุดคำสั่งการรักษา เช่น Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) ของสมาคมแพทย์ในรัฐวอชิงตัน

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

### ข้อดีของการใช้ Advance Directives <sup>8</sup>

- การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบในวาระสุดท้าย
- บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วไม่ต้องกลัวว่าจะมีปัญหาทางกฎหมายภายหลัง
- ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสอภิปรายแผนการในอนาคตกับญาติใกล้ชิด

- ทำให้ญาติใกล้ชิดไม่ต้องรับภาระในการตัดสินใจ ซึ่งยากและอาจเกิดความรู้สึกผิด

### ข้อเสียของการใช้ Advance Directives

- การประเมินความสามารถในการเข้าใจขณะเขียนใบแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยากและอาจเกิดปัญหาในการพิสูจน์ในภายหลัง
- การปฏิเสธการรักษาถ้าจะให้สมบูรณ์ตามแนวเวชจริยศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับรู้ความจริงที่จะเกิดขึ้นจริงๆ ถ้าเขียนล่วงหน้านานๆ การคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- ความก้าวหน้าทางการแพทย์อาจทำให้การตัดสินใจที่ทำไว้เดิมไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนการตัดสินใจ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องใช้อาจหาไม่พบ
- บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สบายใจที่ต้องทำตาม ในสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วย ซึ่งทางออกอย่างหนึ่ง คือการส่งต่อให้แพทย์ท่านอื่น
- สำหรับญาติใกล้ชิดส่วนใหญ่ การทำอะไรบางอย่างให้ผู้ป่วยง่ายกว่าการไม่ทำอะไร

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่<sup>6</sup>





1. กระบวนการคิดหาคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล (goals of care) ของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจน ถึงเหตุปัจจัยหรืออคติที่มีผลต่อความคิดความเชื่อ คุณค่าชีวิต ความสุขทุกข์เมื่อเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาให้ได้ผล ภาระหรือค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความรู้สึกผิดที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีศักยภาพการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤติ ดังนั้นความคิดความต้องการนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

**แนวคำถามเพื่อสำรวจการให้ความหมายเรื่องคุณภาพชีวิตและการยึดการตายของผู้ป่วย**

1. ในสถานการณ์แบบไหน ที่คุณคิดว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่
2. คุณจะเป็นอย่างไร ถ้าคุณไม่สามารถที่จะ ...
  - ดูแลตนเองได้
  - ลุกออกจากเตียงได้
  - พูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดได้
  - รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำด้วยตนเองได้
  - ตื่นรู้ตัว และรับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นรอบตัวคุณ
3. การประเมินชีวิตจำกัดการยอมรับภาระที่จะเกิดจากการรักษา
  - ถ้าการรักษาอาจทำให้คุณมีความรู้สึกไม่สบาย และมีโอกาสน้อยที่จะกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษาที่นั่นหรือไม่

- และถ้าการรักษาที่นั่นให้โอกาสคุณกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษาที่นั่นหรือไม่

4. การสื่อสารความปรารถนาในระยะสุดท้ายกับคนที่เกี่ยวข้องได้แก่ญาติใกล้ชิด แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลประจำ และบุคคลที่ถูกระบุให้ตัดสินใจแทน การสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรงๆ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่น แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการตายที่ผ่านมาของคนใกล้ชิด การตายของบุคคลในข่าว การแสดงความปรารถนาเป็นได้หลายลักษณะ เช่น การบอกกล่าวด้วยวาจา การเขียนเป็นจดหมาย การถ่ายวิดีโอที่บันทึก ซึ่งสามารถใช้ในการนำสืบได้ อย่างไรก็ตามเพื่อความชัดเจนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ควรทำเป็นหนังสือซึ่งมีรายละเอียดพอสมควร

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





## การเขียนหนังสือแสดงเจตนาโดยการเห็นที่ชนิดเทคโนโลยี หรือเป้าหมาย

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาระบุความปรารถนาที่เลือกหรือไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ (procedures oriented) แม้ว่าจะดูชัดเจน แต่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะไม่ลุกลาม มาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่นมีการติดเชื้อหรือความผิดปกติของเกลือแร่ ถ้าแก้ปัญหานี้ได้ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างยืนยาวอีกหลายเดือน หรือเป็นปี ในกรณีนี้จะได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาระบุไม่ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

จากกรณีดังกล่าวควร ยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์ควรเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเลือกหรือไม่เลือกหัตถการใดเป็นตัวช่วยสื่อถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษา ในแต่ละบริบทควรมีการชั่งเปรียบเทียบผลดีกับภาวะและความเสี่ยงในมุมมองผู้ป่วยเสมอ โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคคลที่ถูกระบุให้ช่วยอธิบายและตัดสินใจแทนในระยะสุดท้าย

เป้าหมายในการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายเดียว เช่นถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่ยอมรับทรมานและสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ในช่วงแรก ที่ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อและเหนื่อย การให้ยาปฏิชีวนะ ยากลุ่มประสาทร่วมกับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการรอเวลาออกฤทธิ์และประดับประดองไม่ให้เหนื่อยมาก ถ้าดีขึ้นก็ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าไม่ตอบสนอง แม้ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ควรกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษา และข้อบ่งชี้การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่ง

ไม่มีประโยชน์ ทำได้ภายใต้การคุ้มครองของหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน และไม่มีเจตนาเร่งการตาย

## ความเป็นจริงและข้อจำกัดของการใช้หนังสือแสดงเจตนา<sup>2</sup>

1. ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เรื่องนี้มายาวนาน ยังมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพียง 30% หรือน้อยกว่า โดยบางส่วนไม่สมบูรณ์ หาไม่เจอ หรือไม่ได้นำมาโรงพยาบาล การใช้กลไกอื่นเพื่อการตัดสินใจร่วมกันยังมีความจำเป็นและเป็นมาตรฐานอยู่
2. ความปรารถนาในอนาคตตามสถานการณ์สมมุติเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยมี 70-80% ที่คงเดิมในช่วงเวลา 1-2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงมีศักยภาพในการปรับตัว และมีชีวิตที่มีความหมายได้ ผู้ป่วยซึ่งเดิมเคยปฏิเสธมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. จากการศึกษาที่มีไม่มากพอจะประมาณได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยที่เคยแสดงไว้ตามสถานการณ์สมมุติที่อาจเกิดขึ้นตรงกับความปรารถนาจริงของผู้ป่วยเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริง เพียงสองในสาม
5. ผู้ป่วยอาการหนักส่วนใหญ่อยากได้รับการรักษาที่คาดว่าจะมีประโยชน์สูงเมื่อเทียบกับภาวะหรือความเสียหายที่น้อย และกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ให้ผลน้อยเมื่อเทียบกับภาวะหรือความเสียหายที่มาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาจมีผลเป็นความพิการของร่างกายหรือสมอง





6. การตัดสินใจเลือกรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความพิการถาวรมักมีการเปลี่ยนไปมาไม่แน่นอน
7. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจทำนายความปรารถนาของผู้ป่วยได้ไม่ตรง แม้จะมีโอกาสพูดคุยกันก่อนอย่างละเอียด แต่อย่างไรก็ตามการทำนายมักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วยเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
8. สังคมมักมีปฏิกิริยาด้านลบต่อการที่ผู้ตัดสินใจแทน ในกรณี que เลือกไม่รับการรักษา เราควรมีการประเมินและระดับประคองคนกลุ่มนี้ด้วย

## แนวทางปฏิบัติในการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า<sup>6</sup>

ในทางปฏิบัติการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้ายังเป็นกลยุทธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วยตามความคิดปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้แม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติใกล้ชิดและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนาจริงที่แท้จริง เบื้องหลังการเขียนข้อความต่างๆ อันช่วยส่งเสริมความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์อนาคต

การนำการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้าสู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายเรื่อง ได้แก่

### 1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือผู้ป่วยระยะวิกฤติทุกคน น่าจะได้ประโยชน์จากการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า

หน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเกิดขึ้นบ่อยๆ และควรมีการตรวจสอบและทำทุกรายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

### 2. ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้ป่วยสูงอายุที่ความจำละเอียดอ่อน หรือพูดจาสับสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเสมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ในความเป็นจริงผู้ป่วยยังมีความสามารถบางส่วน สามารถตัดสินใจในคำถามง่ายๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่นการถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลือกพูดคุยในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วน ย่อมดีกว่าการประเมินว่าท่านไม่สามารถบอกอะไรได้เลย

### 3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การเขียนพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลือกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นทำได้ง่ายกว่า ดังนั้นไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น และไม่ควรจำกัดสิทธิผู้สูงอายุหรือมีปัญหาด้านสมองแต่ต้นควรมีการประเมินเป็นเรื่องๆ เน้นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็นอย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดเปรียบเทียบผลที่จะได้กับความเสียหายและภาวะที่จะเกิดตามมา และผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกได้ ในผู้ป่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกไอซียูหลายครั้ง สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้ไม่ยาก ถ้าไม่แน่ใจควรถามซ้ำในลักษณะที่แตกต่างกัน





#### 4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ก่อนเกิดปัญหาวิกฤติ หรือเมื่อเริ่มรับรู้ว่าคุณชีวิตมีข้อจำกัด แต่ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจอยู่ในภาวะปฏิเสธอยู่นานกว่าจะยอมเผชิญหน้ากับความจริงได้ การสื่อสารควรใช้วิธีที่นุ่มนวลก่อน เช่นการชวนคุยการเตรียมตัวตายหลังการป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนอื่นที่ใกล้ชิด หรือการรับฟังผู้ป่วยที่พูดเปรยเรื่องความตาย

#### 5. ใครควรเป็นผู้ที่เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้

อาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นบุคลากรฝ่ายใด ขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่า อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นไปได้ทั้งดีขึ้นหรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคนกลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก่ความเข้าใจผิดและกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว รับรู้ความต้องการทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

#### 6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีที่สงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึง

เรื่องความตายด้วยท่าทีที่ธรรมดาแต่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้วควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ “ถาม - ตอบ - ถาม” เริ่มจากการถามสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติรับรู้เข้าใจ สอบถามความต้องการในขณะนั้น จากนั้นจึงเป็นการพูดอธิบาย และถามทวนถึงความเข้าใจ ความต้องการ ความรู้สึกอันเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสารที่ได้รับ และถามถึงความหมายของสารนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

#### 7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง

ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อยควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนนั้นนอกจากจะรู้จักความคิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกเศร้าโศก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจเป็นอคติในการตัดสินใจที่มากไปหรือน้อยไปได้ และเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ ผู้นั้นควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปกับผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้สม่ำเสมอ เรื่องอื่นๆ ที่ควรคุยคือคุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวตอบสนองไม่ได้ การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลังสิ่งเหล่านี้ช่วยให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของ เป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติใกล้ชิดจะลำบากหรือเป็นกังวล หรือไม่อยากขัดใจญาติ การที่ทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกัน จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาส





สุดท้ายที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำอะไรเพื่อผู้ป่วย อันจะเป็นการขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

### 8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้

ในสังคมตะวันออกบางครั้งไม่ยากพูดเรื่องความตาย เพราะกลัวเป็นลางไม่ดี หรือเป็นการทำให้โชคร้าย หรือไม่อยากพูดถึงเพราะรู้สึกทนไม่ได้ เราอาจช่วยให้กำลังใจและให้สติว่า เราก็หวังว่าผู้ป่วยจะดีที่สุดเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นด้วย หรืออาจพูดคุยทางอ้อมเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการเขียนในไดอารี่ สำหรับญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องให้เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับ การตายที่เกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิด สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

### แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา

ก่อนอื่นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ระยะสุดท้ายหรือ vegetative state ตามคำจำกัดความของกฎกระทรวง จากนั้นจึงทำการ

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

4. บุคลากรทุกคน มีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้น และจัดดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ แพทย์ควรปรึกษากับผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย หรือญาติใกล้ชิด
6. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลและแก้ไขข้อขัดแย้ง
7. บุคลากรสามารถยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย
8. กรณีผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

### สรุป

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ให้เข้ากับชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คุณค่าและปรารถนา กระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤติก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกราย การที่กฎหมายรับรองสิทธิเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายจะเป็นกลไกสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามการเติบโตทางจิตใจของผู้ป่วย มากกว่ายึดตายตัวตามสิ่งที่เขียน





## เอกสารอ้างอิง

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



## สิทธิในการเลือกทางรักษาและการได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล  
หน่วย Palliative Care โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ลองฟังเรื่องราวของผู้ป่วยเหล่านี้ซิ แล้วลองคิดว่าถ้าเป็นตัวท่านหรือคนที่ท่านรัก ท่านต้องการอะไร

แพทย์ได้บอกกับคุณสมจิตรว่ามะเร็งตับของเธอลุกลามมากแล้ว และตับของเธอก็ไม่สามารถทำงานได้ดีเนื่องจากเธอเป็นตับอักเสบเรื้อรังและมีภาวะตับแข็ง เธอรู้ดีว่าเธอกำลังจะตาย เธอได้ทำใจและเตรียมทุกอย่างพร้อมแล้ว เธออยากกลับบ้านไปอยู่กับลูกๆและคนที่เธอรัก แต่เธอมีอาการปวดเหลือเกิน หายใจก็ไม่มีเพราะในท้องเต็มไปด้วยน้ำ อาการปวดมันรุนแรงเกินที่จะทน เธอไม่กล้ากลับบ้านเพราะกลัวทนความปวดไม่ได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลแพทย์ได้สั่งยาแก้ปวดให้เธอ แต่มันไม่ได้ผลเลย เธอนอนไม่ได้ คอแห้งเพราะจิบน้ำไม่ลง รู้สึกอยากตายไปตอนนี้เลย ญาติที่มาเฝ้าไม่สามารถนอนได้เพราะเธอนอนกรีดร้องทั้งคืน กลางดึกพยาบาลมาฉีดยาแก้ปวดให้ตามที่หมอสั่ง เธอรู้ว่ายาที่ฉีดมันช่วยเธอไม่ได้เลย เธอบอกกับพยาบาลว่าไม่เอายานี้ ขอยาที่ฉีดแล้วตายไปเลยและขอเตี้ยวันนี้ ทนต่อไปไม่ไหวแล้ว วันรุ่งขึ้นทีมแพทย์ได้ปรึกษา





ทีม Palliative Care มาช่วยร่วมดูแลผู้ป่วย แพทย์ได้มาฉีดยามอร์ฟีนให้ผู้ป่วยข้างเตียงและพบว่าผู้ป่วยต้องใช้ยามอร์ฟีนในขนาดสูงถึงจะควบคุมความปวดได้ แพทย์ได้ปรับขนาดยาให้จนอาการปวดลดลงและอยู่ในสภาพที่ผู้ป่วยอยู่ได้ วันต่อมากลุ่มเพื่อนครูของนางสมจิตรมาเยี่ยมผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับเพื่อนแม้จะอ่อนแรงอย่างมาก สองวันต่อมานางสมจิตรเตรียมตัวกลับบ้านเพื่อไปอยู่กับสามีและลูก โดยมีयरะงับปวดที่แพทย์จัดให้กลับไปรับประทานที่บ้าน พร้อมแพทย์ได้ส่งต่อทีมแพทย์กลับบ้านมาช่วยดูแลต่อ

นายวิบูลย์ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ขณะนี้โรคลุกลามไปกระดูก แพทย์ได้บอกกับนายวิบูลย์แล้วว่า ไม่มีการรักษาอะไรที่จะทำได้ นอกจากการรักษาแบบประคับประคอง นายวิบูลย์เข้าใจดีแต่ขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลจนกว่าเสียชีวิต เพราะมีภาระที่ไม่สามารถรักษาที่บ้านได้ นายวิบูลย์ได้จัดการภาระต่างต่าง ๆ ไว้เรียบร้อยแล้ว หนึ่งในนายวิบูลย์มีเสมหะมากหายใจลำบาก อาการเป็นมากขึ้นเริ่มทุรนทุราย แพทย์เวรได้มาดูนายวิบูลย์ซึ่งขณะนั้นไม่สามารถสื่อสารได้ แพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจให้ วันรุ่งขึ้นนายวิบูลย์เริ่มรู้สึกตัว ได้สื่อสารกับแพทย์โดยการเขียนหนังสือบอกว่าต้องการถอดท่อออก ทีมแพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแพทย์ทีม Palliative Care มาช่วยกันดูแลผู้ป่วย แพทย์ได้สื่อสารให้ทราบว่าถ้าถอดท่อผู้ป่วยจะหายใจลำบากแต่แพทย์จะให้ยานอนหลับให้ผู้ป่วยไม่ทุรนทุราย ต่อมาแพทย์ได้ถอดท่อช่วยหายใจ นายวิบูลย์หายใจด้วยตนเองแต่มีอาการหอบ ไม่ทุรนทุรายแต่สลิมสลือ แพทย์ได้ให้ยาลดเสมหะ ในช่วงกลางวันแพทย์เพิ่มยานอนหลับให้นายวิบูลย์สงบและนอนได้ แต่ในช่วงกลางวันแพทย์ปรับลดยาลงผู้ป่วยสามารถสื่อสารพูดคุยกับครอบครัวได้บ้าง

นอนหลับเป็นช่วงๆ ถ้ามีอาการหอบมากขึ้นแพทย์ก็ปรับยานอนหลับเพิ่มจิบน้ำและอาหารเหลวได้ นายวิบูลย์ได้รับการย้ายจากไอซียูและมีครอบครัวเฝ้าอยู่ตลอด ญาตินิมนต์พระมาทำสังฆทาน ลูกๆ มาทำพิธีขอขมา นายวิบูลย์จากไปอย่างสงบหลังถอดท่อได้สองสัปดาห์โดยมีครอบครัวอยู่แวดล้อม

คุณลุงบุญโอมอายุ 79 ปี รู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปอด มาติดตามรับยาเคมีบำบัดเป็นระยะ ครั้งนี้มารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง รู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งแต่ไม่รู้ว่าเป็นอยู่ระยะสุดท้ายเพราะครอบครัวยังไม่กล้าบอกความจริง ได้แต่บอกให้สู้ๆ วันหนึ่งแพทย์มาคุยกับครอบครัวลุงบุญโอมเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์บอกว่าครอบครัวและคุณลุงควรมีการพูดคุยกันถึงแผนการดูแลในช่วงสุดท้าย เช่นถ้าคุณลุงมีอาการหอบ จะให้หมอใส่ท่อหลอดลมคอหรือไม่ แต่ครอบครัวคุณลุงบอกว่าคนไข้ยังไม่รู้เลยว่าตัวเองอยู่ในระยะสุดท้าย ยังคิดว่าหมอจะช่วยให้ดีขึ้นได้ แกงยังใจสู้อยู่ ขอเวลาทำใจก่อน สองวันต่อมาคุณลุงไอบนเลือดจำนวนมาก หายใจลำบาก ครอบครัวได้ตัดสินใจให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ คุณลุงได้รับการดูแลในไอซียู ซึ่งให้ญาติเยี่ยมได้ในระยะเวลาสั้นๆ หลังการใส่ท่อคุณลุงไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่มีแรงจะเขียนหนังสือได้ตอบ ความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งแพทย์คาดว่าอาจมีภาวะมะเร็งลุกลามไปที่สมอง สิ่งที่ทีมสุขภาพรับรู้ได้คือคุณลุงจะแสดงสีหน้าทุกข์ทรมานเมื่อถูกดูแลหรือเมื่อถูกพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ ระหว่างนี้คุณลุงได้รับยาแก้ปวด แพทย์ได้มีการพูดคุยกับครอบครัวคุณลุง และได้มีการพูดคุยเรื่องการถอดถอนการใช้เครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลม ครั้งแรกครอบครัวเห็นพ้องต้องกันว่าควรยุติความทุกข์ทรมานของคุณลุง และได้บอกว่าตัว







คุณลุงไม่มีภารกิจค้างค้างอะไร ทีมแพทย์ได้ชี้แจงขั้นตอนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจและการให้ยาให้ผู้ป่วยหลับจะได้ไม่กระสับกระส่าย แต่ครอบครัวขอรถพยาบาลซึ่งทำงานอยู่ต่างจังหวัดมาก่อน หลังบุตรสาวมาครอบครัวขอเปลี่ยนใจเพราะบุตรสาวคิดว่าอาจมีทางที่คุณลุงอาจดีขึ้นและค่อยๆ ถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ และหวังว่าอาจมีปาฏิหาริย์ที่อาจช่วยให้สภาพคุณลุงดีขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปคุณลุงยังคงไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ เริ่มมีไข้แพทย์ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ครอบครัวยังยืนยันไม่ขอยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ยาปฏิชีวนะต่อ แต่ถ้าหัวใจหยุดเต้นขอปฏิเสธการปั๊มหัวใจ

ท่านฟังเรื่องราวของผู้ป่วยแล้วท่านคิดอย่างไร สิ่งที่คุณเห็นพ้องต้องกันคือเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าท่านมีโอกาสท่านอยากจะออกแบบหรือเลือกทางเดินในระยะสุดท้ายอย่างไร ทางเลือกมีเพียงสองทางคือยืดเวลาให้นานที่สุดแต่สิ่งที่ต้องแลกคือความทุกข์ทรมานแสนสาหัสทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทางเลือกคือยอมรับเวลาที่เหลืออยู่แต่ขอให้บรรเทาความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญในระยะสุดท้าย ถ้าท่านจะเลือกการยืดเวลาท่านต้องมีคำตอบว่าทำไปเพื่ออะไร บางคนอาจมีจุดมุ่งหมายที่จะรอคนที่รักกลับมา ได้ได้เห็นเหตุการณ์ที่ตัวเองเฝ้ารอคอย สำหรับคนที่จัดการภารกิจค้างค้างแล้วการยืดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานจะมีประโยชน์อะไร

เป็นสิ่งสำคัญที่คนเราสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต แม้เราจะไม่สามารถควบคุมโรคที่ลุกลามได้แต่เราสามารถออกแบบควบคุมสถานการณ์ในระยะสุดท้ายได้ โดยผ่านการแสดงเจตจำนงให้คนรอบข้างรู้ว่าเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย

เราต้องการอะไร และถ้าสามารถทำเป็นลายลักษณ์อักษรได้จะช่วยให้มั่นใจว่าความต้องการของเราได้รับการตอบสนอง เหตุการณ์ที่ทีมสุขภาพพบเป็นประจำคือ เมื่อตัวผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถสื่อสารได้ การตัดสินใจรักษาจะขึ้นอยู่กับครอบครัว บางครั้งการตัดสินใจของครอบครัวไม่ได้อยู่บนผลประโยชน์ของผู้ป่วย แต่อยู่บนความต้องการของครอบครัวเอง เช่นกลัวชาวบ้านจะติฉินนินทาว่าไม่รักษาผู้ป่วยถึงที่สุด กลัวบาปกรรมหรือรู้สึกผิดที่จะยุติหรือถอดถอนการรักษา อยากมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยนานที่สุดเพราะที่ผ่านมาไม่มีโอกาสดูแลใกล้ชิดครอบครัวลืมนึกไปว่าทุกการตัดสินใจต้องแลกด้วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

การมีโอกาสตัดสินใจเลือกทางเดินของการรักษาล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ช่วยประกันได้ว่าเราจะไม่ทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยยืดเยื้อความตาย อย่างไรก็ตามความตายที่ไม่ทุกข์ทรมานและการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบของการดูแลแบบ Palliative Care ด้วย ดังจะเรียนรู้ได้จากกรณีผู้ป่วยสามรายนี้

มาทำความรู้จักกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เรียกว่า Palliative Care กันหน่อย ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมาก แต่ขณะเดียวกันเรามีช่องโหว่ในระบบสาธารณสุขของเรา เนื่องจากเราไม่มีพัฒนาการด้าน Palliative Care เลย ทั้งทีมแพทย์และผู้ป่วยไม่รู้จักร Palliative Care แพทย์ในอดีตและส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่เคยมีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ยิ่งชาวบ้าน





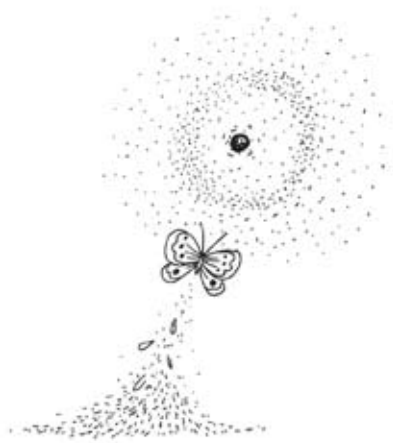
ทั่วไปไม่เคยรู้ว่ามียาทางเลือกอื่นที่จะปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เกิดประโยชน์ แต่มีทางเลือกที่จะรักษาแบบประคับประคองให้จากไปอย่างสงบ ความเข้าใจของประชาชนคือเมื่อแพทย์บอกว่าหมดหนทางรักษา หมายถึงเขาต้องไปเผชิญชะตากรรมที่เหลือน้อยด้วยตนเอง ประชาชนส่วนใหญ่จึงขอเลือกที่จะใช้เทคโนโลยีต่อซึ่งจะเป็นเครื่องรับประกันได้ว่าแพทย์ยังคงต้องอยู่กับผู้ป่วย

การแพทย์ในประเทศไทยพัฒนาไปจนเท่าเทียมกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคติดเชื่อในอดีตที่คร่าชีวิตผู้คนไปอย่างรวดเร็วถูกแทนที่ด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคมะเร็ง โรคระบบอวัยวะล้มเหลวเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ โรคไตวาย การรักษาโรคเหล่านี้ยึดเยื้อเรื้อรัง ต้องทนทุกข์ทรมานอย่างเนิ่นนานกว่าจะเสียชีวิต การใช้เทคโนโลยีต่างๆ สามารถช่วยชีวิตคนให้รอดพ้นจากความตายและยืดชีวิตให้อยู่ได้ยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อโรครมีการดำเนินจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้มาเพื่อช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยมักเป็นผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทุกข์ทรมานจากความปวด และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ การยืดชีวิตต่อโดยใช้เทคโนโลยีจะมีประโยชน์อะไรถ้าเวลาที่เหลืออยู่มีแต่ความทุกข์ทรมาน ผลสุดท้ายความตายเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมหาศาลที่ครอบครัวต้องสูญเสียจากการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การทุ่มเทการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีกลับเป็นเครื่องกีดขวางการสื่อสาร การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในสถานการณ์ที่การแพทย์มีเป้าหมายหลักในการรักษาให้หายจากโรค ให้มีชีวิตอยู่ยืนยาวที่สุด แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงระยะสุดท้าย มีความจำเป็นที่ต้องมีแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายที่ไม่มุ่งเน้นรักษาตัวโรคแต่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ปลอดภัยอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ และประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงเปลี่ยนผ่าน และสามารถเตรียมตัวเตรียมใจรับกับระยะสุดท้ายและความตายที่กำลังจะมาถึง ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การดูแลแบบ Palliative Care เป็นการดูแลในทุกมิติตั้งแต่กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว

เป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมปัจจุบันที่ต้องมีการจัดบริการแบบ Palliative Care ให้ทั่วถึง ให้ประชาชนได้มีทางเลือก และสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ การทำให้การบริการด้าน Palliative Care เกิดขึ้นได้ต้องมีการร่วมมือกันทุกส่วนทั้งภาครัฐและประชาชน ภาครัฐต้องจัดให้บริการนี้เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถรับบริการได้ในทุกที่ โดยเฉพาะในชุมชน ไม่ใช่เป็นบริการที่มีแต่ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รัฐต้องจัดหาयरาระงับปวดให้ประชาชนเข้าถึงได้ในทุกที่ สถาบันการศึกษาต้องเร่งพัฒนาหลักสูตรให้มีการจัดการเรียนการสอนในทุกโรงเรียนแพทย์และพยาบาล ต้องเร่งฟื้นฟูองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสามารถในการจัดบริการด้านนี้ได้ ที่สำคัญที่สุดคือภาคประชาชนที่ต้องมีโอกาสได้รับรู้และมีสิทธิ์ที่จะร้องขอการบริการด้านนี้





แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม  
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12  
และตัวอย่างแนวปฏิบัติต่างประเทศ

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ \*\*



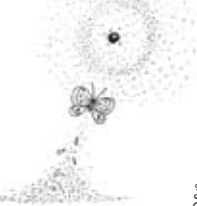
### บทนำ

การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขบางอย่าง ตามมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งที่ได้รับการรับรองจากนานาชาติว่า เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และทีมผู้ให้การรักษาดูแลการตัดสินใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองว่าจะรับการรักษาหรือไม่ อย่างไร เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือไม่ต้องการการรักษาที่เกินความจำเป็น หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น การทำหนังสือดังกล่าวไว้ล่วงหน้า มีส่วนช่วยสะท้อนความต้องการของผู้ป่วย หากในภายหลัง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจหรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ เช่น การขอเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องถูกเหนี่ยว

---

\*\* นบ., นม. ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





รังด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ต้องการให้ยึัดการตายออกไป การใช้สิทธิตามมาตรา 12 จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้ให้การรักษา

บทความนี้จะอธิบายแนวปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาของกฎกระทรวง และศึกษาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติของต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา และการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายแบบประคับประคอง

### 1. แนวคิดในเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

“สิทธิปฏิเสธการรักษา” เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง องค์การระหว่างประเทศต่างก็ให้การรับรองในเรื่องนี้ โดยเฉพาะแพทยสมาคมโลก (World Medical Association - WMA) ได้ออกคำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก นอกจากนี้ ยังมีบางประเทศที่มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องนี้ การทำหนังสือปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will/Advance Directives) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในทุกมลรัฐ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเดนมาร์ก ฯลฯ<sup>1</sup> อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสภาวิชาชีพของแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศต่างๆ

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

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษามีความแตกต่างจากกรณี mercy killing หรือ active euthanasia หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย (assisted suicide) ซึ่งเป็นสิ่งที่คนในสังคมส่วนใหญ่ไม่ให้การยอมรับ เพราะถือว่าขัดต่อศีลธรรม โดยที่ประชุมสามัญของแพทยสมาคมโลกในปี ค.ศ.2002 ได้มีมติยืนยันว่า “ยูธานาเซีย” (euthanasia)<sup>2</sup> ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก<sup>3</sup> ที่มีความหมายใกล้เคียงกับกรณี active euthanasia ถือว่าขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิก มิให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่ากรกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใด ๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น ทั้งๆ ที่มีวิธีการรักษาผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่ไม่ให้การยอมรับกรณี active euthanasia เพราะถือว่าขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์ดังที่แพทยสมาคมโลกระบุไว้

แพทยสมาคมโลกในฐานะองค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้สมาคมทางการแพทย์หน่วยงานของรัฐ และองค์กรในประเทศอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ประเทศสมาชิกเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดูแล

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

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





ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำหรืองดเว้น การทำกรที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่า ตัวตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์

สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมากได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่มุ่ง ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบ ทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิ ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

แพทยสมาคมโลกได้ออก ปฏิญญาสิทธิของว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย”<sup>4</sup> (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ในปี ค.ศ.1981 (แก้ไขล่าสุดเมื่อปี ค.ศ.2005) รับรองสิทธิ ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายไว้ในข้อ 10 กล่าวคือผู้ป่วยมี สิทธิเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ของผู้ป่วย

“ข้อ 10 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย อย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะ ช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้”

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

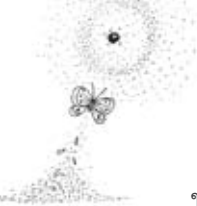
ต่อมาในปี ค.ศ.2003 แพทยสมาคมโลกได้ออก คำแถลงเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า” (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”)<sup>5</sup>) มีเนื้อหาสรุป ความหมายและวัตถุประสงค์สรุปได้ดังนี้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลาย ลักษณะอักษร ลงลายมือชื่อของผู้ทำเอกสาร บางกรณีจัดทำเป็นบันทึก ต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยาน เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการ รักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษายาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลา ออกไป เพราะในอนาคตผู้แสดงเจตจำนงอาจเจ็บป่วยถึงขั้นที่ผู้ผู้นั้นไม่ รู้สึกตัว หรือไม่อาจแสดงเจตจำนงด้วยตนเองได้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงมีความสำคัญในการกำหนดยุติ การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความ ยินยอมด้วยตนเองได้ ถือเป็นกรวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิได้มอบการตัดสินใจ

<sup>5</sup> คำว่า “Living Will” ที่นิยมเรียกกันในภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” นั้นไม่ถูกต้อง เพราะ ผู้แปลไม่เข้าใจความหมายของคำว่า “Will” ในที่นี้หมายถึงเจตจำนงหรือความประสงค์ของ ผู้ทำหนังสือหรือผู้ป่วย มิได้หมายถึงพินัยกรรมตามกฎหมาย ความสับสนนี้อาจเกิดจากการ แปลความหมายคำว่า “Will” เป็นภาษาไทยว่า “พินัยกรรม” ทั้งนี้ คำนี้ยังหมายถึง เจตจำนง, ความปรารถนา, ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือก จึงควรแปล “Living Will” ว่า “เจตจำนงเกี่ยวกับชีวิต” กรุณาดู GARNER, Bryan A., *Black’s Law Dictionary*, 7th edition (St. Paul, Minn: West Group, 1999), p.1592.





ให้แพทย์เจ้าของไข้และญาติเหมือนในอดีต เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง แพทย์จะต้องเคารพและปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย ในการทำเอกสารดังกล่าวแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการทำเอกสารฯ และควรให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

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

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

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

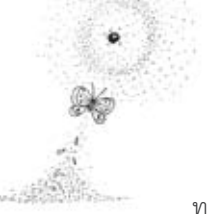
การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข บางอย่าง (ต่อไปในบทความนี้จะเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนา”) ตามมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงสอดคล้องกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยและสิทธิมนุษยชนที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยย่อมสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตนเองในอนาคต เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจหรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย ถือเป็น การวางแผนการรักษาล่วงหน้าซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้ให้การรักษานำไปสู่การตายอย่างสงบตามธรรมชาติหรือการตายดี (good death) ดังที่ท่านพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) กล่าวไว้ว่า “ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นการตายที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้นไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย... มีจิตใจเมื่อก่อนไม่เศร้าหมองไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม”<sup>8</sup> นอกจากนั้น สิทธิตามมาตรา 12 นี้ยังสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ.2550) มาตรา 4, มาตรา 28 และ มาตรา 32 วรรคหนึ่ง ในเรื่องสิทธิมนุษยชนศักดิ์ศรีความมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคล

## 2. แนวทางปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ขณะนี้มีการประกาศ “กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ

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





ทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553” ตามมาตรา 12 วรรคสอง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว<sup>๑</sup> (ต่อไปในบทความนี้จะเรียกว่า “กฎกระทรวง”) ซึ่งกฎกระทรวงนี้จะมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554

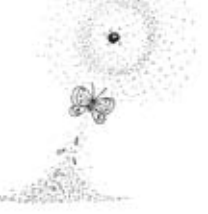
บุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรงดีหรือผู้ป่วย สามารถทำหนังสือแสดงเจตนา<sup>๑</sup> และถือว่ามีผลตามกฎหมายแล้วตามมาตรา 12 ไม่จำเป็นต้องรอให้กฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ตลอดจนประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้มอบหมายให้ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ศึกษาแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับ Living Will ในต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของไทยได้แก่

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

<sup>๑</sup> เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553

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





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

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

### 2.1 คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เนื่องจากบทบัญญัติกฎหมายคือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง มิได้กำหนดเรื่องอายุของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงควรให้ใช้เกณฑ์อายุ 18 ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ ย่อมมีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน และควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

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

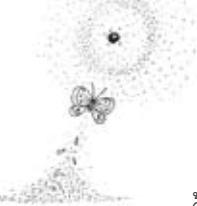
ผู้ที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ อาจเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพ หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเสียชีวิตในเวลาไม่กี่ปี โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่จะให้ข้อมูล ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักแล้วจึงจะให้คำแนะนำในเรื่องนี้ แต่ควรพิจารณาให้ความรู้ คำแนะนำตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ หรือมีอาการในเริ่มแรก เมื่อได้ทำการรักษามาระยะหนึ่งแล้ว แต่อาการป่วยยังไม่ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในเรื่องนี้ควรได้รับการฝึกอบรมเช่นกัน

### 2.2 แนวทางการสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล และการให้คำแนะนำเบื้องต้น

การสื่อสารและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยของแพทย์หรือพยาบาล ในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ต้องใช้ทักษะและการฝึกฝน ต้องมีศิลปะและความรู้ความเข้าใจภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย บางครั้งก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องอาศัยกาลเทศะที่เหมาะสม ทำนองเดียวกันกับกรณีการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ดังที่ท่านศาสตราจารย์ พญ.สุมาลี นิมนานนิตย์ เคยกล่าวว่า การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย (breaking bad news) ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบอกการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ แพทย์ต้องมีทักษะในการสื่อสารทั้งการพูด การฟังอย่างตั้งใจ ใช้ภาษาสื่อสารที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย คอยสังเกตอาการปฏิกิริยาอาการในขณะนั้น พิจารณาภาวะทางจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นว่ามีความพร้อมหรือไม่ การแจ้งข่าวร้ายควรมีสถานที่และมีเวลาที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน ใช้การพูดคุยต่อหน้า ไม่ควรแจ้งข่าว







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

สิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลควรตระหนักคือ ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยที่สนใจว่า เรื่องนี้เป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ บางกรณีอาจไม่มีความจำเป็นใดๆ ที่จะต้องทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า หากผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจตรงกัน และเห็นพ้องกันที่จะให้แพทย์ดูแลรักษาตามแนวทางที่ผู้ป่วยประสงค์ แต่ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยมีความเห็นแตกต่างกันอย่างมาก หรือมีแนวโน้มว่าจะไม่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนั้นก็ควรพิจารณาทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ข้อดีอีกประการในการทำหนังสือฯ คือ ช่วยให้เรามีโอกาสเพื่อระลึกถึงการเตรียมตัวตายในวันข้างหน้า ทำให้เห็นถึงความเป็นอนิจจังของชีวิตมนุษย์ ผู้ป่วยมีโอกาสรำลึกกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง อีกทั้งญาติผู้ป่วยก็ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา มูลค่ามหาศาลที่อาจไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน ก็มีมิติที่แตกต่างกันในเรื่องการสื่อสารให้ข้อมูลคือ หากเป็นโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยหรือญาติอาจเข้าใจผิดได้ว่า เขาจะถูกแพทย์ทอดทิ้งไม่ดูแลต่อไป แพทย์ พยาบาลควรให้ข้อมูลว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้

สิ่งที่สำคัญที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพควรคำนึงถึงอีกประการคือ ไม่ควรปกปิดข้อมูลภาวะการเจ็บป่วย ตามที่ญาติผู้ป่วยมักจะขอ โดยอาจคิดไปว่าผู้ป่วยจะได้รับความเสียใจ แพทย์ควรจะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิด และหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบในภายหลัง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น หากพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยเอง จะทำให้เขาวิตกกังวลว่า เหตุใดอาการทรุดหนักลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายจากไปอย่างไม่สงบ มีอาการทรมานทรมาย บางกรณีอาจจะมีได้สิ่งเสียหรือบอกลากับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ป่วยที่ทราบความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง มักจะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มีท่วงกังวล บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารบอกข่าวร้ายโดยเฉพาะ

ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความรู้สึกเห็นใจ เอื้ออาทร แต่ไม่ควรพูดในทำนองว่าไม่มีทางรักษาผู้ป่วยใกล้ตายอีกแล้ว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดว่าจะถูกทอดทิ้งหรือไม่มี การดูแลรักษาใดๆ อีกต่อไป แต่ควรแจ้งว่ายังสามารถให้การดูแลรักษา และควบคุมอาการแบบประคับประคองที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 2.3 เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายมิได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้<sup>12</sup> ดังนั้น หากพบว่าเนื้อหาหนังสือขาดข้อมูลบาง

<sup>11</sup> สุมาลี นิมนานนิตย์, "End-of-life care" (บทความในหนังสือปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานนิตย์ ครั้งที่ 1, ตุลาคม 2552), หน้า 43-51.

<sup>12</sup> อ้างความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 556/2553





เรื่องไป ก็มีได้ทำให้หนังสือดังกล่าวสิ้นผลทางกฎหมายแต่อย่างใด  
 ดังนั้น เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการ  
 ตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว ตามกฎกระทรวง ข้อ 3 ตาม  
 มาตรา 12 จึงควรระบุรายละเอียดในตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ  
 นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน  
 และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ที่อยู่หรือ  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการ  
 ติดต่อ

การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์  
 ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัย  
 เรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด  
 หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ (แต่พยานไม่ควรเป็น  
 แพทย์เจ้าของไข้ หรือพยาบาลที่เป็น case manager) แต่หากไม่มี  
 พยาน ก็มีได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง  
 วางใจ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ เพื่อน หรือคนใกล้ชิดทราบด้วย  
 เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จน  
 อาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือ มีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่า  
 หนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

3) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ มักได้แก่  
 การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์  
 ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความ  
 ทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสีย  
 ค่าใช้จ่ายสูง แต่แพทย์ยังมีหน้าที่รักษาแบบประคับประคอง (palliative  
 care)<sup>13</sup> แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

ประเภทของบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่  
 ต้องการจะได้รับตามมาตรา 12 และกฎกระทรวงแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

**กรณีที่ 1** การปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการ  
 ตายในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือสามารถปฏิเสธวิธี  
 การรักษาตนเองที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เพราะเป็นการรักษาที่เกินความ  
 จำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของ  
 ผู้ป่วยในระยะยาว ทั้งนี้กฎกระทรวงยังระบุให้รวมเอากรณีผู้ป่วยที่อยู่  
 สภาพผักถาวรหรือ Persistent/Permanent Vegetative State (PVS)  
 อีกด้วย การพิจารณาเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิตตามคำนิยามที่ระบุใน  
 กฎกระทรวงนั้น ที่ถือตามมาตรฐานทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ  
 กับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้วินิจฉัยได้เอง  
 หรืออาจขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

<sup>13</sup> นิยามของ Palliative Care ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-  
 WHO) คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และมิติทางจิต  
 วิญญาณ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเผชิญกับปัญหา  
 ต่างๆ อันเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตขั้นวิกฤต (life-threatening illness) เช่น  
 การบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการต่างๆ





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

**กรณีที่ 2** การปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งหมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยรายนั้นๆ ย่อมมีสิทธิปฏิเสธการรักษาต่อไปที่ทำให้ต้องเกิดความทุกข์ทรมานแก่ตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม การทำหนังสือระบุเรื่องนี้ไว้จะช่วยให้แพทย์และญาติผู้ป่วยตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาต่อไป ได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัดหรือคีโม การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วย

หายใจ การปั๊มเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าท่อผู้ป่วยหนักเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ช่วยลดการทรมานของผู้ป่วย แต่ทำให้ยืดการตายออกไปเท่านั้น ในทางกลับกันผู้ป่วยและญาติควรได้รับข้อมูลทางเลือกในการดูแลรักษาจากแพทย์ เพื่อที่จะเลือกวิธีการรักษาอื่น

4) สามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดในหนังสือ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน และมีส่วนร่วมปรึกษาหารือกับแพทย์

5) ระบุความประสงค์อื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การขอไปเสียชีวิตที่บ้าน, การเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา การเตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้สถานบริการสาธารณสุขจะอำนวยความสะดวกได้ตามความเหมาะสม

วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาตามแนวทางปฏิบัติของกฎกระทรวงสามารถทำได้ 2 วิธีคือ

วิธีที่ 1 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือผู้ป่วยสามารถเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

วิธีที่ 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ยังสามารถพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยแจ้งด้วย





วาจาต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิด และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้

## 2.4 ผู้ที่ช่วยอธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (การตีความหนังสือแสดงเจตนาที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน)

จุดเด่นในการทำหนังสือแสดงเจตนาตามกฎหมายกระทรวง มาตรา 12 คือ ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ตนไว้วางใจ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ และยังสามารถช่วยตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ได้ด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่นี้อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติหรือคนใกล้ชิด เพื่อน หรือผู้ที่เคารพนับถือ ไว้วางใจก็ได้ โดยควรมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ และควรลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย เพื่อความสะดวกในการติดต่อในภายหลัง ในต่างประเทศเรียกบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ว่า “Health Care Proxy” หรือ “agent” ข้อดีของการระบุตัวบุคคลที่ช่วยตัดสินใจแทนผู้ป่วยคือ กรณีที่เกิดข้อยุ่งยากหรือไม่อาจหาข้อสรุปในหมู่ญาติผู้ป่วยได้ว่า จะดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปอย่างไร เพราะผู้ป่วยมิได้แสดงเจตนาอย่างชัดเจนไว้ บางกรณีอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างญาติพี่น้อง จนอาจมีผลทำให้ทีมผู้ให้การรักษาไม่สามารถสรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นต่อไปได้ หรืออาจต้องทำการรักษาต่อไปในแนวทางที่ขัดต่อความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม หากพบข้อมูลอื่นๆ หรือบุคคลที่สามารถยืนยันถึงเจตนาของผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้การรักษาก็สามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาต่อไปได้เช่นกัน

## 2.5 การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ประกอบวิชาชีพฯ

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

1) การทำหนังสือปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิส่วนบุคคล สามารถทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่หากต้องการทำหนังสือนี้ ณ สถานบริการสาธารณสุข แนวทางปฏิบัติระบุให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

### 2) การจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา

2.1) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนาแล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้น หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

2.2) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนาแนบเพิ่มอีก 1 ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้แนบเข้ารับการรักษาตัวต่อไป





2.3) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือนั้นไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

สิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือ ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียน

### 3) การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

#### 3.1) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนา และลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ

ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข ต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

#### 3.2) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือนั้นเคยจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหา

ไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไปหรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะให้นุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้น และควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย

นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนาสมควรขอแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาในส่วนกรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

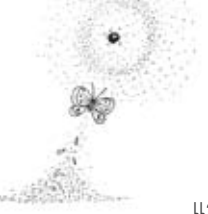
#### 4) การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญค่อนข้างมาก กล่าวคือเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยที่ทำหนังสือใกล้จะมาถึง หรือมีความเสี่ยงว่าผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบบางอย่างจากการรักษา ซึ่งทำให้เขาไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในอนาคต เช่น กำลังเข้ารับการผ่าตัดดมดมที่มีความเสี่ยงสูง ฯลฯ ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

#### 4.1) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสืออาจขอระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นการชั่วคราว หรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือ





แสดงเจตนาเลย หรืออาจยืนยันให้ดำเนินการตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาก็ได้

4.2) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษา

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้ และผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่จะปรึกษาหารือได้ ก็ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (the best interests of the patient) โดยเป็นแนวทางของสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice & Palliative Care) ที่ได้วางแนวทางการพิจารณาไว้<sup>13</sup> นอกจากนี้ แพทย์สภาประเทศ

<sup>13</sup> แนวทางการพิจารณาว่า สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย มี 3 บัญญัติคือ 1. ต้องพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย 2. เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากที่จะ

อังกฤษ (General Medical Council - GMC) ยังได้ออกแนวปฏิบัติในเรื่องนี้สรุปสาระว่า<sup>14</sup> หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนั้นย่อมพิจารณาจากประโยชน์กับผลเสีย หรือความเสี่ยงใดๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการรักษา นั้น และต้องเลี่ยงการรักษาที่ไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย การพิจารณาในเรื่องนี้มีได้พิจารณาจากมุมมองทางการแพทย์ (medical considerations) เท่านั้น แพทย์ยังต้องเคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยด้วย การยึดชีวิตผู้ป่วยออกไปจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็ต่อเมื่อการรักษานั้นไม่ถือเป็นภาระอันเกินควรหรือไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่พึงได้รับ

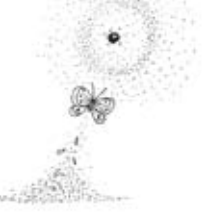
5) กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุฑ กล่าวคือ แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาระงับการใช้หนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราว จนกว่าผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุฑ เพื่อคุ้มครองชีวิตในครุฑที่มีโอกาสรอดชีวิตเป็นทารก แต่หากการปล่อยให้หญิงตั้งครุฑต่อไป จะไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของเด็กที่จะเกิดมาในอนาคตหรือมีโอกาสแท้งได้ แพทย์ก็สามารถดำเนินการตามหนังสือต่อไปได้

พิจารณา 3. การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใดๆ (futile therapy, with no chance of benefit) ก็ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย

Doyle D. and Woodruff R., *The IAHP Manual of Palliative Care*, 2nd Edition (2008)

<sup>14</sup> *Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making* (GMC, 2008).





## 2.6 การจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

กฎกระทรวง ข้อ 6 (3) บัญญัติว่า

“ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา”

ปัญหาในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา อาจเกิดจากกรณีที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ที่ให้การรักษากับฝ่ายญาติผู้ป่วย หรือเป็นปัญหาระหว่างญาติผู้ป่วยเองที่มีความเห็นแตกต่างกัน แนวปฏิบัติตามกฎกระทรวงจึงกำหนดให้แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญ

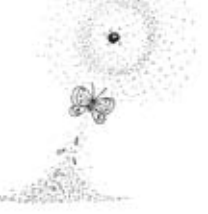
การสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างแพทย์ พยาบาลกับญาติผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมผู้ให้การรักษจะต้องเป็นผู้ฟังที่เปิดใจกว้าง มีความจริงใจในการรับฟังปัญหาต่างๆ และพยายามหาสาเหตุของความไม่เข้าใจกัน มีการประชุมกับครอบครัวเป็นระยะๆ ไข้ทักชะความรู้ของแพทย์ในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) น่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีนี้ การให้คำปรึกษาแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาก็มีความสำคัญเช่นกันที่จะช่วยบรรเทาความโศกเศร้าเสียใจ หรือให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมแก่ญาติหรือคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติตามกฎหมายกระทรวงได้ระบุแนะนำให้สถานบริการสาธารณสุข พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนี้ คณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

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

<sup>15</sup> คณะกรรมการจริยธรรมด้านคลินิกของอังกฤษประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรสหวิชาชีพ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข นักกฎหมาย ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและศาสนาและคนทั่วไป (lay members) เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาล และช่วยพัฒนานโยบายหรือแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมของสถานพยาบาล





### 3. ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง

กฎกระทรวง ข้อ 5 ตามมาตรา 12 ระบุหน้าที่บางประการที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และผู้เกี่ยวข้องพึงปฏิบัติคือ

เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องการทำหนังสือนี้ต่อสมาชิกในครอบครัวของตน หรือคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจ เพื่อให้รับทราบและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง หากผู้ทำหนังสือต้องเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข กระนั้นก็ดี สิ่งพึงทราบคือ การใช้สิทธิตามมาตรา 12 เป็นสิทธิส่วนบุคคล ผู้ทำหนังสืออาจไม่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของตนเองทราบก็เป็นได้ แต่อาจจะบอกเรื่องนี้ให้คนใกล้ชิดที่เป็นเพื่อนสนิท หรือผู้ไว้วางใจเคารพนับถือกัน

### 4. ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง

#### 4.1 ผลทางกฎหมายของแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา หรือตามความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว มาตรา 12 วรรคท้ายของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดเนื้อหาชัดเจนว่า ให้ความคุ้มครองแพทย์ พยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข มิให้ถือว่าการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา นั้นเป็นความผิดทางอาญา เป็นที่น่าสังเกตว่า ตามหลักกฎหมายนั้น การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องนี้ ก็ไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายใดๆ อยู่แล้ว เช่น ไม่ถือเป็นความรับผิดชอบตามกฎหมายอาญา เพราะเป็นเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ แต่ผู้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต้องการให้เกิดความสบายใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงบัญญัติข้อความในมาตรา 12 วรรคสามนี้

ดังนั้น การปล่อยให้ผู้ป่วยใกล้ตายเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ตกอยู่ในสภาพทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะไม่มีประโยชน์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยออกไป ไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาแต่อย่างใด ทำนองเดียวกันกับการปิดหรือหยุดเครื่องมือช่วยชีวิตที่กำลังใช้กับผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย เสมือนเป็นการเลิกให้การรักษานั้นเอง<sup>16</sup> ผู้เขียนใคร่ขอวิเคราะห์ประเด็นกฎหมายโดยสรุปคือ การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของบุคลากรทางการแพทย์นั้น ไม่มีความผิดอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาแต่อย่างใด ดังนี้

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







1. ไม่เข้าฐานความผิดเรื่องการฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หรือการทำร้ายร่างกายผู้อื่นให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจตามมาตรา 295 เพราะขาดองค์ประกอบความผิดทั้งเรื่องการกระทำและเจตนาที่จะมุ่งประสงค์ต่อชีวิตหรือทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแล รักษาผู้ป่วย ต่างก็ดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักวิชาแพทย์และมีเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ

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

3. ไม่เข้ากรณีความผิดฐานไม่ช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตที่อาจช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นความผิดลหุโทษตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะไม่เข้าองค์ประกอบความผิดตามกฎหมายอาญา กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล มิได้ตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ที่มีสาเหตุจากการกระทำหรืองดเว้นการกระทำของบุคคลอื่นแต่อย่างใด เพราะภาวะหรือความเป็นไปของโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผลจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือการบาดเจ็บที่เขาได้รับอยู่แล้ว ซึ่งเมื่อถึงจุดหนึ่งที่มีผู้ให้การรักษา

วินิจฉัยว่าเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ก็เป็นสิ่งที่ไม้อาจมีผู้ช่วยเหลือให้ฟื้นคืนดีได้ เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาทำหนังสือหรือแจ้งโดยวาจาจากภรรยาติมิตรไว้ว่าไม่ต้องการรักษาต่อไป ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องยึดการตายของผู้ป่วยออกไป จึงไม่ถือเป็นความผิดอาญาตามมาตรา 374

4. ไม่เข้าความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะแพทย์ พยาบาลมิได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด<sup>17</sup> กล่าวคือผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงได้รับการดูแลรักษา เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด อาการทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เรียกว่าการดูแลแบบประคับประคอง จนเสียชีวิตในที่สุด อีกทั้งแพทย์ไม่มีหน้าที่ยื้อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกไปซึ่งขัดต่อความประสงค์ของผู้ป่วย ดังนั้น การทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยจะช่วยให้ทราบความต้องการของผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น และป้องกันปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับฝ่ายญาติ

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลย่อมมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่และจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ ตามที่ระบุใน “ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการ

<sup>17</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส และอนง ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน, 2540), หน้า 153-155.





รักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549”<sup>18</sup> แต่หากต่อมาผู้ป่วยรายนั้นอาการไม่ดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยแล้วว่า การรักษาต่อไปจะไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แพทย์ก็สามารถหารือกับญาติผู้ป่วยเพื่อที่จะขอความเห็นชอบในการยุติการรักษาได้ แต่หากผู้ป่วยรายนั้นได้เคยทำหนังสือปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตในวาระสุดท้ายไว้ หรือไม่ยกทุกขุทรมานกับวิธีการรักษาบางอย่าง เมื่อแพทย์ พยาบาลทราบเรื่องนี้ ก็ควรปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือ แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยก็ไม่ถือว่าละเว้นหน้าที่รักษาผู้ป่วย หรือไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามกฎหมายแต่อย่างใด

ในทางกลับกันแพทย์ พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย กฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็ได้กำหนดโทษไว้ และหากเป็นการดำเนินการด้วยเจตนาดีก็ไม่ใช่ความผิดตามกฎหมาย เช่น แพทย์ พยาบาลบางท่านอาจจะไม่สบายใจที่จะยุติการให้สารอาหาร สารน้ำ หรือยุติการรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย เนื่องด้วยต้องการเอาชนะความเจ็บป่วย แต่ไม่เข้าใจสัจธรรมของชีวิต หรือมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยอย่างมาก ในกรณีนี้แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ต้องการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนา ควรแจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบในทันที และอำนวยความสะดวกให้แพทย์หรือพยาบาลท่านอื่น หรือทีมรักษาที่มีความชำนาญด้าน palliative care เข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายแทนตามความเหมาะสม

<sup>18</sup> ข้อ 28 “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม”

สิ่งหนึ่งที่สถานพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขพึงระวังคือ กรณีที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือฯ ทั้งๆ ที่ในทางวิชาชีพหรือหลักจริยธรรมสามารถดำเนินการได้ ผู้ป่วยหรือญาติอาจยกเรื่องนี้เป็นข้ออ้างปฏิเสธไม่ชำระค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าใช้จ่ายใดๆ เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่ขัดต่อเจตนาของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายค่อนข้างสูงมาก เช่น ผู้ป่วยที่รักษาตัวในห้องไอซียู

#### 4.2 ประเด็นจริยธรรมกรณีการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing of treatment) และการงดให้สารอาหาร สารน้ำ

- การยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษามาระยะหนึ่ง แต่ไม่มีอาการดีขึ้นหรือทรุดหนักกว่าเดิม จนแพทย์วินิจฉัยว่าคงมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก สิ่งที่แพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายมีความวิตกกังวลและเป็นเรื่องที่ยากในการตัดสินใจก็คือ การถอดเครื่องมือช่วยพยุงชีพให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ หรือยึดการตายให้ล่าช้าออกไปที่เรียกว่า การยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing of treatment) หรือยุติการรักษาแบบยื้อชีวิต (life-sustaining treatment) แพทย์ พยาบาลบางท่านมีความเชื่อว่า การกระทำในเรื่องนี้จะเป็นบาปหรือเกิดความรู้สึกผิด แต่แพทย์บางท่านก็เห็นว่าจะต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยในขณะนั้นว่า การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ดังกล่าว เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวดีขึ้นหรือไม่ หากการรักษา มีประโยชน์น้อยกว่าผลกระทบอื่นๆ เพราะผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย หรือมีสภาพเป็นผักถาวร (PVS) โอกาสที่จะฟื้นคืนดีมีน้อยมาก





ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาพนั้นเป็นเวลานานหลายปี ญาติผู้ป่วย คนใกล้ชิดที่เห็นผู้ป่วยในสภาพนี้ย่อมมีแต่ความโศกเศร้าเป็นทุกข์ไปด้วย และต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง

หลายประเทศมีหลักกฎหมายและแนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพที่ยอมรับว่าสามารถดำเนินการได้ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ กล่าวคือเมื่อเวชปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลทำด้วยเจตนาดี สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์ การถอดเครื่องมือก็ไม่ขัดต่อจริยธรรมแต่อย่างใด บางท่านเห็นว่าการเสียชีวิตเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนมีอาจเลี่ยงได้ เพียงแต่มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์เข้าไปแทรกแซงให้ยืดเวลาออกไปเท่านั้น สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญมากกว่าคือการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักการดังกล่าวได้รับการยืนยันโดยองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขของนานาชาติ

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

คู่มือการดูแลรักษาแบบประคับประคองของสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง

(IAHPC) ระบุว่า การพิจารณาว่าการยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาคือ สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient’s best interests<sup>19</sup>)

แนวทางการพิจารณาของต่างประเทศในเรื่องนี้ มีดังนี้

ศาลอังกฤษเคยวางหลักกฎหมายในเรื่องนี้ไว้ในคดี Re B<sup>20</sup> กรณีเด็กทารกป่วยเป็นโรค Down Syndrome และมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal Obstruction) ซึ่งหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดจะทำให้เด็กมีอาการทรุดหนักลง ในกรณีนี้ผู้ปกครองตัดสินใจว่าเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กจึงปล่อยให้เด็กเสียชีวิตเอง ผู้พิพากษา Lord Templeman เห็นว่า การยื่นคำขอต่อศาลของผู้ปกครองที่จะให้เด็กที่ไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไปเสียชีวิตตามธรรมชาตินั้น เป็นสิ่งที่ไม่ควรถูกขัดขวาง การตัดสินใจของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กจึงควรได้รับการเคารพ

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจสามารถปฏิเสธการรักษาซึ่งรวมถึงการยกเลิกการรักษาที่ทำไปก่อนหน้านี้ แม้ว่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงในที่สุดก็ตาม แต่แพทย์จะต้องไม่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หน้าที่ของแพทย์คือการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ แต่แพทย์ก็ไม่มีหน้าที่รักษาผู้ป่วย หากพบว่าการรักษานั้นไม่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยอีกต่อไป เช่น การรักษาผู้ป่วยในสภาพ PVS ย่อมถือว่าเป็นสิ่งเกินความจำเป็น หรือสร้างภาระอันเกินสมควร

<sup>19</sup> Doyle D. and Woodruff R., supra note 14.

<sup>20</sup> In Re B (A Minor) (Wardship: Medical Treatment) (1990) 3 All ER 927; (1981) 1 WLR 1424





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

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

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

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

<sup>22</sup> นายโทนี่ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักแบบ PVS ยังสามารถหายใจได้ด้วยตัวเอง อวัยวะสำคัญของร่างกาย (vital organs) ยังทำงานเป็นปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือตอบสนองต่อคนรอบข้างได้ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารตามปกติได้ต้องใช้การให้อาหารทางสาย

ตามธรรมชาติเมื่ออายุได้ 22 ปี โดยผู้พิพากษา Lord Browne Wilkinson ได้ให้เหตุผลว่าแพทย์เจ้าของไข้ได้พิจารณาจนได้ข้อสรุปว่า การใช้เครื่องมือยืดชีวิตผู้ป่วยออกอย่างต่อเนื่องนั้น มิใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (the best interests of the patient) แพทย์จึงไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยอีกต่อไป คดีสำคัญนี้ถือเป็นคดีแรกที่ศาลอังกฤษตัดสินในเรื่องการยกเลิกการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เป็นการยืดชีวิตออกไป และถือเป็นบรรทัดฐานในคดีอื่นๆ

เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ แพทยสมาคมประเทศอังกฤษ (British Medical Association - BMA) จึงได้ออกเอกสารแสดงจุดยืนในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหลายเรื่อง เนื่องจากเห็นว่าประเด็นดังกล่าวมีความสำคัญมาก แพทยสมาคมฯ มีความเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลแบบประคับประคองในขณะที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ผู้ป่วยไม่ควรมีสิทธิที่จะขอให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย สรุปสาระสำคัญมีดังนี้

ก) ผู้ป่วยที่มีความสามารถตามกฎหมาย สามารถปฏิเสธกระบวนการรักษาที่มีลักษณะเป็นการยืดชีวิตในบางกรณี แพทย์เจ้าของไข้จะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยบางต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป แพทย์ก็ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามความประสงค์ดังกล่าว

ข) การทำหนังสือแสดงเจตนาของบุคคลที่จะปฏิเสธการรักษาที่ทำไว้นานแล้ว หรือมีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับทางเลือกในการรักษาในปัจจุบัน ก็ควรมีการปรึกษาหารือกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปรับปรุงหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว





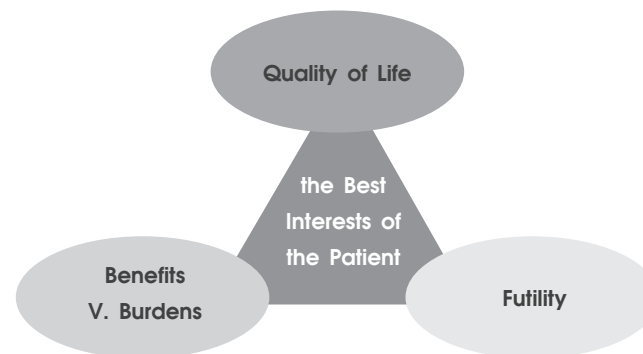
แพทยสมาคมประเทศอังกฤษมีความเห็นในเรื่องนี้ว่า<sup>23</sup> การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (to prolong life) โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรือภาวะอื่นๆ นั้น เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยที่ใกล้ตายออกไปได้ก็ตาม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง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

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

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

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

ว่าการรักษาผู้ป่วยต่อไป มิได้เป็นประโยชน์ผู้ป่วยตาม “หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย” (the best interests of the patient) บุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่มีหน้าที่ตามจริยธรรมหรือทางกฎหมายที่จะต้องรักษาผู้ป่วยต่อไป ไม่ต่างจากกรณีที่มีได้รักษาผู้ป่วยมาตั้งแต่แรก สำหรับหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนั้นย่อมพิจารณาจากประโยชน์กับผลเสีย หรือความเสี่ยงใดๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการรักษานั้น และต้องเล็งการรักษาก็ไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย การพิจารณาในเรื่องนี้มีได้พิจารณาจากมุมมองทางการแพทย์ (medical considerations) เท่านั้น แพทย์ยังต้องเคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้น การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็ต่อเมื่อการรักษานั้นไม่ถือเป็นภาระอันเกินควรหรือไม่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่พึงได้รับ คือให้พิจารณาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว, ประโยชน์กับผลเสียต่างๆ และการรักษานั้นเกินความจำเป็นหรือไม่ (กรุณาดูแผนภาพนี้ประกอบ)



หลักเกณฑ์การพิจารณาเรื่อง “หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย”

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





แพทยสมาคมสหรัฐอเมริกา (American Medical Association-AMA) ให้นโยบายและความเห็นว่า การรักษาด้วยวิธีการยับยั้งการรักษา โดยการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing and withholding life-sustaining treatment) ไม่มีข้อแตกต่างกันในประเด็นจริยธรรม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถ (competent) สามารถให้ความยินยอมล่วงหน้าที่จะขอให้แพทย์ดำเนินการ withhold หรือ withdraw เพื่อที่จะยืดชีวิตตนเองต่อไป ผู้ป่วยสามารถแต่งตั้งผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนที่เรียกว่า surrogate ตามกฎหมายของมลรัฐนั้นๆ<sup>26</sup> นอกจากนี้ แพทย์ยังคงมีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยของตน ด้วยการบำบัดความปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการเคารพศักดิ์ศรี การตัดสินใจของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เสียชีวิต นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิผล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เรียกร้องให้แพทย์ช่วยเหลือให้เขาฆ่าตัวตายหรือทำยูซานาเซีย<sup>27</sup>

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

<sup>26</sup> AMA Opinion E-2.20 *Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Medical Treatment*

<sup>27</sup> American Medical Association, *Decisions Near the End of Life* (JAMA. 1992; 267 (16): 2229-2233).

<sup>28</sup> Cruzan v. Director, *Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990).

ให้สารอาหาร สารน้ำแก่ผู้ป่วย แต่ศาลสูงสุดของมลรัฐมิสซูรี กลับคำตัดสินโดยให้เหตุผลว่าไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนที่แสดงถึงความประสงค์ของผู้ป่วยที่จะให้ดำเนินการเช่นนั้น หลังจากนั้นเพื่อนสนิทของผู้ป่วยได้หาพยานหลักฐานใหม่ที่แสดงได้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการยืดชีวิตในสภาพเช่นนี้อีกต่อไป ต่อมามีการอุทธรณ์ต่อศาลสูงสุดของรัฐบาลกลาง (U.S. Supreme Court) ได้ตัดสินกลับคำตัดสินข้างต้นโดยอนุญาตให้ยุติการรักษาและยกเลิกการรักษาใดๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด คดีนี้เป็นการวางหลักเรื่องสิทธิในการตาย (right to die) เป็นคดีแรกในสหรัฐ ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเพียงยืดชีวิตออกไป

ก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ.1976 ศาลสหรัฐเคยออกคำตัดสินในคดี Karen Quinlan<sup>29</sup> ที่รับรองสิทธิปฏิเสธการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และหากจะมีการใช้เครื่องมือที่อยู่นอกนี้ก็มิมีสิทธิที่จะยุติลงได้ กล่าวคือศาลวางหลักกฎหมายเรื่องการยุติและยกเลิกการบำบัดรักษาในกรณีของผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งศาลสหรัฐได้ตัดสินในแนวทางเดียวกันอีกหลายคดี<sup>30</sup>

<sup>29</sup> In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976).

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





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

คดีสำคัญที่เป็นรู้จักกันดีคือ คดีนางเทอร์รี่ ไชเอโว (Terri Schiavo) ข้อเท็จจริงมีว่า<sup>31</sup> ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1990 นางไชเอโว อายุ 26 ปี ประสบอุบัติเหตุล้มในบ้านพัก จนหมดสติไม่หายใจขณะทำให้สมองได้รับความเสียหายเพราะขาดออกซิเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟู่ร่างกายเป็นเวลากว่า 3 ปี ถูกเจาะคอและให้สารอาหาร สารน้ำทางสายยาง ต่อมาในปี ค.ศ.1998 นายไมเคิล สามีของผู้ป่วยในฐานะผู้พิทักษ์ตามกฎหมายมลรัฐฟลอริดา ได้ร้องขอต่อศาลเพื่อขอให้ยุติการให้สารอาหารอีกต่อไป แต่ได้รับการคัดค้านจากพ่อแม่ของผู้ป่วย แพทย์ฝ่ายหนึ่งเห็นว่าผู้ป่วยมีสภาพเป็น PVS แล้ว แต่แพทย์ที่พ่อแม่ผู้ป่วยว่าจ้างกลับเห็นว่า ผู้ป่วยยังไม่อยู่ในสภาพผักถาวรและมีโอกาสที่จะรักษาได้ ต่อมาในเดือนตุลาคม ค.ศ.2003 มีการยกเลิกการให้สารอาหารทางท่อ แต่ในช่วงสัปดาห์เดียวกันนั้น นาย Jeb Bush ผู้ว่าการมลรัฐฟลอริดาได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ด้วยพยายามเสนอ

กฎหมายชื่อ “Terri’s Law” เพื่อที่จะมีอำนาจสั่งให้ยุติชีวิตผู้ป่วยออกไปอีกหากศาลมีคำสั่งให้ถอดสายให้อาหาร น้ำ มีผลทำให้ต้องนำผู้ป่วยไปใส่ท่ออีกครั้ง ต่อมาศาลสูงสุดของมลรัฐฟลอริดาตัดสินว่ากฎหมาย Terri ขัดต่อรัฐธรรมนูญ ในที่สุดผู้พิพากษา Greer ได้สั่งให้ถอดท่อให้สารน้ำ สารอาหารจากผู้ป่วย โดยปฏิเสธคำร้องขอฝ่ายพ่อแม่ที่คัดค้านในเรื่องนี้ที่อ้างว่าไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ได้ปฏิบัติตามคำสั่งศาล ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากนั้น 13 วันคือ เสียชีวิตในวันที่ 31 มีนาคม 2005 เป็นการต่อสู้คดีระหว่าง 2 ฝ่ายเป็นเวลานานถึง 15 ปี และมีการต่อสู้คดีนานกว่า 8 ปี

ในกรณีที่แพทย์หรือพยาบาลบางรายไม่ยินยอมที่จะปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ที่ต้องการให้ยกเลิกการรักษาที่ไม่มีผลดีต่อผู้ป่วยที่ดำเนินการไปแล้ว (withdrawing) ไม่ว่าจะเป็นเพราะความเชื่อส่วนตัวหรือเหตุผลใดๆ ของแพทย์ก็ตาม แพทย์หรือพยาบาลท่านนั้นควรชี้แจงเหตุผลและให้ญาติมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยินยอมปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย หรืออาจมีการขอย้ายไปสถานพยาบาลอื่นก็ได้ หลักการเหล่านี้ได้รับการรับรองอย่างชัดเจนโดยแพทยสมาคมโลก (World Medical Association- WMA) ตามข้อเสนอนะเรื่อง Living Will<sup>32</sup> และการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ผู้ป่วยที่มีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

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

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





รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตน รวมถึงสิทธิปฏิเสธการรักษา และสิทธิในการเรียกร้องให้ใช้วิธีแบบประคับประคอง (ข้อ 6) อีกทั้งแพทย์จะต้องไม่ใช่วิธีการใดๆ ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (ข้อ 7)<sup>33</sup>

## บทสรุป

แนวทางปฏิบัติในการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาที่ออกตามกฎกระทรวงตาม มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะเป็นประโยชน์แก่ทีมผู้ให้การรักษาโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่มีความจำเป็น

แพทย์ พยาบาล สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และสภาวิชาชีพ สามารถเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตาม มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และกฎกระทรวง ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

1. สถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาล ควรกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างจริงจัง เพราะถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของ “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (hospital accreditation - HA) เช่น ฝึกรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้

<sup>33</sup> คำประกาศของแพทย์สมาคมโลกว่าด้วย “การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” (World Medical Association Declaration on Terminal Illness) แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และไพศาล ลิมลิตย

ในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 โดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นสำคัญ และถ้าสถานบริการสาธารณสุขแห่งใดมีความพร้อม ก็ควรพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมของสถานพยาบาล ที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ นักกฎหมาย นักจริยศาสตร์ คนทั่วไปที่อาจเป็นตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคหรือผู้ป่วย เพื่อช่วยพิจารณาประเด็นจริยธรรม กฎหมาย ตลอดจนพัฒนาปกป้องกัน ความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

2. แพทย์ พยาบาล และทีมที่ให้การรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย ควรได้รับการฝึกอบรมด้านทักษะ ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และสิทธิปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 12 และควรเผยแพร่ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้ป่วยและญาติว่า เป็นสิทธิผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะเลือกใช้หรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มิได้ถูกทอดทิ้งแต่อย่างใด ผู้ให้การรักษาควรชี้แจงประโยชน์หรือผลของการทำหนังสือนี้

3. โรงเรียนแพทย์ควรพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใกล้ตาย และปลูกฝังทัศนคติของนิสิตนักศึกษาแพทย์ ให้มีความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมทางการแพทย์ และธรรมชาติของชีวิต

4. องค์กรวิชาชีพโดยเฉพาะแพทยสภาควรขอคำแนะนำจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย หรือผู้ป่วยที่มีสภาพผกถาวร (PVS)







אהבה

## กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือ  
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป  
เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต  
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. ๒๕๕๓<sup>๑</sup>



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

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบ  
วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป<sup>๒</sup>

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดง  
เจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง  
เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจาก  
การเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย  
ของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธี  
การที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อ

<sup>๑</sup> ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๑๘ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

<sup>๒</sup> กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประสงค์จะยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติกรรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึง ภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การกรรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยานและความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และ

แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภังค์ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภังค์

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ  
นายกรัฐมนตรี

นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



## เตรียมตัวทำหนังสือ



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปนี้อาจแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ กรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ในเว็บไซต์ [www.thailivingwill.in.th](http://www.thailivingwill.in.th)

### คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

1. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู

2. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข หรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

3. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยื่นกำกับไว้ในหนังสือแนบด้วย

4. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะที่ทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับ พยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

5. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ 1 ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

6. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

7. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

8. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์  
จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)



เขียนที่ .....

วันที่ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์  
ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า  
รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่า  
เป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะ  
เช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด  
พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

<p>ไม่รู้สึกรับตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่ อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมี โอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น</p>	<input type="checkbox"/> .....
<p>มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถ สนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง</p>	<input type="checkbox"/> .....
<p>ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่าง อิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือ เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟู สภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการ ดังกล่าวกระเตื้องขึ้น</p>	<input type="checkbox"/> .....
<p>อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับ การรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไป ทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและ ปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่ง มีความรู้สึกที่ว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา</p>	<input type="checkbox"/> .....

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

<p><b>1. การฟื้นฟูการเดินของหัวใจและการหายใจ</b> ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กัด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p>
<p><b>2. การพยุงการมีชีวิต</b> คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p>
<p><b>3. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่</b> เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษาที่เป็นอยู่เดิม</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p>
<p><b>4. การให้อาหารทางท่อ</b> หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p>

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้วโดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น).....
- .....
- .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล) .....  
..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล



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

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือ  
หาหรือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษา  
ข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มี  
ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ivaangใจกัน)

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

#### พยานคนที่ 1

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

#### พยานคนที่ 2

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

#### ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

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



ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์  
จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)



วันที่ .....

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

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

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

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าวโดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นถอนการบริการ (withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

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

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้าน  
สาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

- การเยียวยาทางจิตใจ (เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของ  
นักบวช).....
- .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล) .....

..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็น  
ผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น  
ได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า  
หรือปรึกษาร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนา  
เอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อ  
เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถาน  
พยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือ  
หารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษา  
ข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มี  
ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ใจกว้างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....

มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

เบอร์ที่ทำงาน .....

#### พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล .....

มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

เบอร์ที่ทำงาน .....

#### พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล .....

มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

เบอร์ที่ทำงาน .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....

มีความสัมพันธ์เป็น.....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

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



## ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) \*

จัดทำโดย

สมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง  
(International Association for Hospice & Palliative Care)

แปลและเรียบเรียงโดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์ \*\*



### สารบัญ

- หลักจริยธรรมทางการแพทย์
- การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล
- การยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว
- การให้สารอาหาร
- การให้สารน้ำ
- ความเป็นธรรมและการจัดสรรทรัพยากร

\* แปลและเรียบเรียงบางส่วนจาก “คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง” ของสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง Derek Doyle and Roger Woodruff, The IAHPIC Manual of Palliative Care, 2nd Edition (2008), ethical issues. at [www.hospicecare.com](http://www.hospicecare.com)

\*\* ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอขอบคุณ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ และนพ.สถาพร ลีลานั้นทกิจ ที่ปรึกษาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่กรุณาช่วยแนะนำและตรวจทานศัพท์ทางการแพทย์

## หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics)

การดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกกรณี จะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (at the end of life) ที่ใช้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>1</sup> ยิ่งต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นพิเศษ หลักจริยธรรมบางเรื่องมีไข่มุกหมาย แต่สามารถปรับใช้ได้ในทุกกรณี แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละประเทศก็ตาม หลักจริยธรรมสำคัญ 4 ประการ มีดังนี้

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

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

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องเป็นผลดีต่อผู้ป่วย

---

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

- จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ
- ผู้ป่วยไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีเจตจำนง
- ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็นหรือปราศจากเหตุผล (unnecessary or futile therapies)
- จะต้องรักษาความเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจ สังคมและทำให้เกิดสภาวะแก่ผู้ป่วย
- แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีกว่าผู้ป่วย (paternalism - 'doctor knows best')

2. **หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence)** คือ การลดความเสี่ยง อันตรายต่างๆ

- สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งทางกายหรือจิตใจ
- จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย การโกหกผู้ป่วยหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้
- การดูแลรักษาด้วยวิธีการใด ๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น (possible adverse effects) แก่ผู้ป่วย
- ควรรักษาผู้ป่วยต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการอาการดีขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก
- จะต้องลดผลไม่พึงประสงค์ต่างๆ ให้น้อยที่สุด

3. หลักการการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือ การยอมรับสิทธิผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง (patients' rights to self-determination) ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย

- การรักษาจะดำเนินการได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอม โดยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอแล้ว (informed consent)
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆ ด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
- หลักการในข้อนี้ใช้กับชนิดของการรักษาผู้ป่วย และการเลือกสถานที่ให้การรักษา และผู้ที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

4. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ การจัดหาบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น

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

- ในบางประเทศ การดูแลแบบประคับประคองต้องเสียค่าใช้จ่าย และผู้ที่ไม่มีเงินอาจต้อง เสียชีวิตพร้อมความปวดอย่างล้าพัง โดยไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## การดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ (Clinical Practice)

หากมีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้อง จะต้องมีการประเมินว่าบุคคลใดที่มีความสำคัญ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุดเป็นลำดับแรกๆ รวมทั้งพิจารณาผลดีกับผลกระทบในการรักษาแต่ละวิธี

## การสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล (Communication and Disclosure)

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายสถานการณ์ที่เป็นจริงและครบถ้วนจากผู้ประกอบวิชาชีพฯ

1. ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายเท่าที่ต้องการ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การรักษา
2. หากผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนเองแล้ว
  - 2.1 ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (treatment planning) ของตนเองได้
  - 2.2 ผู้ป่วยจะไม่สามารถให้ความยินยอมในการรักษา
  - 2.3 ผู้ป่วยจะไม่สามารถวางแผนที่เหมาะสมสำหรับตนเองและสมาชิกในครอบครัว<sup>2</sup>

<sup>2</sup> เช่น การบอกลา การสูญเสีย การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ผู้แปล)

ผู้ให้การรักษาศรสื่อสารพูดคุยโดยตรงกับผู้ป่วย ยกเว้นกรณีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ<sup>3</sup>
2. ผู้ป่วยได้มอบหมายให้เป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง<sup>4</sup>
3. เมื่อเป็นความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมที่จะต้องให้หัวหน้าครอบครัวที่เป็นผู้ชายที่จะสื่อสารแทน

#### การสื่อสารในเรื่องที่มีความอ่อนไหว (sensitive matters)

1. ผู้ให้การรักษาคงต้องสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีท่าทีเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่เร่งรีบ
2. ต้องสื่อสารด้วยข้อมูลที่เป็นจริง ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย
3. มีความจริงใจ

การไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือการโกหกผู้ป่วย มักจะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

1. มีผลการศึกษาในหลายประเทศที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (terminally ill patients) มักจะกลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้มากกว่ากลัวสิ่งที่ตัวเองได้รู้ ผู้ป่วยที่ได้รับทราบความจริงที่ตนเองประสงค์จะทราบ มักจะทุกข์ทรมานน้อยกว่าทั้งทาง

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

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

กายและจิตใจ

2. ในประเทศที่มีประเพณีที่จะไม่บอกอาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีความคิดดี ๆ ที่จะเตรียมพร้อมรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของตนจากผู้ให้การรักษา
3. การไม่บอกความจริงดังกล่าว ยังทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจเมื่อผู้ป่วยรับทราบข้อมูลหรือคาดการณ์สถานการณ์ที่เป็นจริงได้ภายหลัง

### การยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withholding or withdrawing treatments)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ การรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> โดยไม่เร่งรัดหรือยืดการตายของผู้ป่วยออกไป (neither hastening nor postponing death)

1. เป็นที่ทราบกันดีว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์
2. การยืดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ถือเป็นจริยธรรมในทางศาสนาและวัฒนธรรมใดๆ ทั้งสิ้น
3. สิ่งที่ต้องดำเนินการจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มิใช่

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

- สภาพของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก (person-oriented) มิใช่พิจารณาจากโรคของผู้ป่วย (not disease-oriented)
- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการยืดชีวิตของผู้ป่วย (life prolongation) เป็นลำดับแรก
- จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการทำให้โรคสงบ (disease remission) ในระยะยาวเป็นลำดับแรก
- จะต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม (holistic) และมุ่งเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาทางกายและจิตใจ
- จะต้องใช้ความรู้แบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) หรือมีการทำงานของสหวิชาชีพ (interprofessional) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลด้านต่างๆ
- ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเท่าที่มีอยู่ของผู้ป่วย

คำนึงถึงเรื่องเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย

4. การดูแลแบบประคับประคองจะต้องไม่ถูกใช้เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (prolonging life)

การพิจารณาว่าการยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient's best interests)

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

#### ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตควรได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotics) สำหรับการติดเชื้อบริเวณทรวงอกหรือไม่

- กรณีนี้ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ รวมถึง
- สภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต
- ความปรารถนาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นตามความเห็นของผู้ป่วย

- หากการใช้ยาปฏิชีวนะจะมีผลทำให้
- ช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น ก็ไม่ควรให้การรักษาใดๆ
- แต่หากการใช้ยาดังกล่าวจะช่วยควบคุมอาการปวดที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาอื่นๆ แล้ว เช่น มีอาการไข้สูง (pyrexia) หรือมีอาการเพ้อคลั่ง (delirium) ในกรณีนี้ก็อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

#### ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยไตวาย (renal failure) ที่เกิดจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม จะรักษาได้อย่างไร

- หากผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเพราะป่วยเป็นโรค มะเร็ง แล้วมีอาการลุกลามทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ไตวายแล้ว การรักษาเชิงรุก (active therapy) เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม
- ส่วนกรณีผู้ป่วยเคยมีอาการดีในตอนแรก และช่วงอายุของชีวิตยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ มีเพียงอาการไตวาย เท่านั้น การพิจารณาใช้สายสวนหรือการระบายน้ำปัสสาวะ ออกโดยจะใส่สายเข้าไปที่ไต (stenting or nephrostomy insertion) เป็นสิ่งที่เหมาะสม

#### การให้สารอาหาร (artificial nutrition)

ประเด็นคำถามว่าการรักษาในกรณีใดที่จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควรพิจารณาบนพื้นฐานของการวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม
2. ถ้าการรักษาไม่มีผลต่อผู้ป่วยแล้ว ก็ไม่ควรดำเนินการ
3. ในประเทศกำลังพัฒนายังมีเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย



ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดและอ่อนแอลงอันเป็นผลจากโรคมะเร็งขั้น  
ลุกลาม

1. ซึ่งเกิดจากภาวะเบื่ออาหาร ผอมแห้ง (cachexia syndrome)  
หรือ

2. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเผาผลาญอาหาร  
ภายหลังจากเป็นมะเร็ง หรือ

3. เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้สารอาหารทางทางเดินอาหาร  
หรือหลอดเลือดดำ (enteral or parenteral nutrition)

3.1 ย่อมเป็นการไร้ประโยชน์

3.2 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยมักเกิดอาการร่วม  
ต่อไปนี้

3.2.1 การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ (central venous  
catheterisation)

3.2.2 ภาวะติดเชื้อ (infections)

3.2.3 ค่าใช้จ่ายที่สูง

3.3 การให้สารอาหารโดยตรงมักทำให้เกิดอาการต่อไปนี้

3.3.1 ตะคริวที่ท้อง (abdominal cramps)

3.3.2 ท้องเสีย (diarrhoea)

3.3.3 ต้องเปลี่ยนสายให้อาหาร (feeding tubes) บ่อยๆ

4. ในบางกรณีผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ และขาดอาหาร  
(malnutrition and starvation) ได้แก่

4.1 ผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารส่วนบนอุดตัน (upper  
gastrointestinal obstruction) ซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะสุดท้ายของโรค  
มะเร็งทำให้ไม่สามารถให้อาหารตามปกติได้ จึงต้องให้อาหารทางสายที่  
ใส่ผ่านรูจมูกถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือการให้สาร  
อาหารทางสายที่เจาะผ่านหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร  
(gastrostomy)

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้  
เองเป็นเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ควรได้รับการพิจารณาให้อาหารทาง  
หลอดเลือดดำ

4.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันอยู่เสมอหรืออย่างถาวร  
(persistent or recurrent bowel obstruction) การพิจารณาว่าควรให้  
อาหารทางหลอดเลือดดำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาอาการของผู้ป่วย  
แต่ละราย

*“การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึงการให้สารอาหาร  
เสมอไป”*

## การให้สารน้ำ (artificial hydration)

ประเด็นคำถามว่าการรักษาในกรณีใดที่จะมีส่วนช่วยฟื้นฟูหรือ  
ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1. ถ้าการรักษานั้นมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก็ควร  
พิจารณาบนพื้นฐานของการวินิจฉัยทางการแพทย์ และเป็นสิ่งที่ถูกหลัก  
จริยธรรม

2. แต่ถ้าการรักษานั้นมิได้มีผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ก็ไม่ควรดำเนินการ

ผลกระทบต่อเรื่องการขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

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

ประโยชน์ของภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

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

ผลเสียที่อาจเกิดจากการให้น้ำแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรมานหนักกว่าเดิม
2. อาจทำให้เกิดความหวังต่อผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือผิดพลาดไปแก่สมาชิกในครอบครัว
3. การให้สารน้ำเป็นเสมือนสิ่งขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

สำหรับการงดให้น้ำแก่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีไข้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

1. จะทำให้ผู้ป่วยกระหายน้ำ ปากแห้งและมีความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension)
  2. ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับน้ำในร่างกายที่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้เช่นกัน
- “การที่ต้องทำอะไรบางอย่าง มิได้หมายถึงการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเสมอไป”

## ความยุติธรรมและการจัดสรรทรัพยากร (justice and resource allocation)

ความยุติธรรม

1. การจัดสรรทรัพยากรด้านบริการสุขภาพโดยเท่าเทียมกันอย่างสอดคล้องกับความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ความเชื่อ หรือสีผิว
2. ผู้ป่วยทุกคนที่มีระยะโรคขั้นรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่รอดน้อย ควรสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลในการบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานและเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดสรรทรัพยากร

1. บางคนเชื่อว่าการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสมควรดำเนินการเป็นลำดับแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาชีวิตมนุษย์ที่มีคุณภาพประโยชน์ในทางเศรษฐกิจและสังคม และการสร้างงานต่างๆ

2. บางคนเชื่อว่า การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญมากกว่า เพราะสังคมที่ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องอาการเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ (its incurably ill) ย่อมมีไข้สังคมที่ตึ๊ง

3. ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกพยากรณ์โรคว่า อาการของโรคอยู่ในขั้นรุนแรง ไม่สามารถใช้วิธีการรักษาต่างๆ ได้

4. ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศมีการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy drugs) และยาระงับปวด (analgesic medications) ที่มีราคาแพง แต่กลับไม่มีการรักษาอย่างง่าย ๆ (และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก) ด้วยการฉีดยาและการใช้มอร์ฟีนเป็นส่วนผสม

#### การดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีการเตรียมพร้อมไว้

1. เพื่อแสดงถึงความมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อควบคุมอาการ โดยมีได้ทำเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่านั้น

2. เพื่อแสดงถึงความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย หรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยหากใช้วิธีการดูแลรักษาแบบทางเลือก (alternative forms of care)

3. เพื่อแสดงถึงผลการรักษาและประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคอง



## คำแถลงเรื่อง

# เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก\*

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

แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์



## ก. บทนำ

1. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อ หรือเป็นคำกล่าวต่อหน้าบุคคลที่เป็นพยานซึ่งได้บันทึกตามความต้องการของเขาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ที่เขาประสงค์หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษา เมื่อบุคคลผู้นั้นไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ในขณะนั้น

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

\* ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทยสมาคมโลก ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2003

3. บุคคลส่วนใหญ่ที่ได้ทำเอกสารดังกล่าวมักจะกังวลถึงการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาการรักษาออกไป จนถึงภาวะที่ชี้ชัดว่าร่างกายและจิตใจของเขาเสื่อมสลายไปจนไม่อาจคืนสู่ปกติได้แล้ว

4. ปัญญาธิสอนเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกระบุว่า “กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และไม่อาจมีผู้ที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย แต่มีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมไว้แล้ว นอกจากนี้เป็นที่ประจักษ์ชัดและปราศจากข้อสงสัยใดๆ ว่าขัดต่อเจตนาเดิมของผู้ป่วยที่ชัดแจ้งว่าผู้ป่วยจะไม่ให้ความยินยอมในการยอมรับการรักษาในลักษณะนั้น”

## ข. ข้อเสอ๓๓๓๓

5. เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าที่เหมาะสมควรได้รับการยอมรับและปฏิบัติตาม เว้นแต่จะมีเหตุผลเหมาะสมที่สนับสนุนว่าเอกสารนั้นไม่มีผล เพราะมีข้อเจตจำนงของผู้ป่วยในขณะนั้น หรือความเข้าใจของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ในขณะเวลาทำเอกสารดังกล่าว หากเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าขัดต่อความคิดเห็นของแพทย์ ควรมีการกำหนดให้โอนการดูแลผู้ป่วยไปยังแพทย์อื่นที่ผู้ป่วยยินยอมได้

6. ในกรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจ ความมีผลทางกฎหมายของเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อยุติในการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของผู้ป่วยในเรื่องนั้นๆ และควรขอคำแนะนำจากแพทย์อื่นอย่างน้อย 1 คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ

สมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมาย (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ที่ลงนามในเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ต้องได้รับความเชื่อถือและประสงค์ที่จะเป็นพยานในศาล เพื่อยืนยันความตั้งใจของผู้ลงลายมือชื่อตามเอกสารดังกล่าว แพทย์ควรพิจารณาถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

7. ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ทบทวนเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นระยะๆ

8. หากมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่ทราบตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย



## คำประกาศของแพทยสมาคมโลก ว่าด้วย

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

(World Medical Association Declaration on Terminal Illness)

แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิมสติกดิ์



#### บทนำ

1. เมื่อกล่าวถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องยูธานาเซียและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายย่อมเกิดขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ แพทยสมาคมโลกประณามว่าทั้งยูธานาเซียและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรม จึงเป็นที่เข้าใจว่านโยบายของแพทยสมาคมโลกในเรื่องดังกล่าวจะนำไปใช้กับคำประกาศเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตนี้ด้วย

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

#### อารัมภบท

1. กรณีแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า สุขภาพผู้ป่วยไม่มีความหวังว่าจะสามารถฟื้นคืนดีได้ และผู้ป่วยมีอาจหลีกเลี่ยงความตายได้ แพทย์และผู้ป่วยมักจะประสบกับกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ช่วยเพิ่มความสามารถของแพทย์ที่จะนำประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมาพูดคุยกัน อย่างไรก็ตาม ในขอบเขตของการแพทย์ที่ผ่านมายังไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องนี้นักทั้งๆ ที่ควรจะสนใจกัน ในขณะที่ความสำคัญของการวิจัยเพื่อรักษาโรคก็ควรอยู่ในลำดับต้นๆ แต่ก็ควรให้ความสนใจในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองและการเพิ่มความสามารถของแพทย์ในการประเมินและพิจารณาองค์ประกอบอาการของโรค ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการแพทย์และด้านจิตวิทยาในการป่วยระยะสุดท้าย ต้องยอมรับว่าคนกำลังจะตายนั้นถือเป็นส่วนสำคัญของชีวิต ในหลายประเทศมีแรงกดดันของสาธารณชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและการทำยูธานาเซียให้เป็นที่ยอมรับกันว่าเสมือนเป็นทางเลือกในการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น กฎเกณฑ์ทางจริยธรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

3. แพทยสมาคมโลกยอมรับว่า ทศนคติและความเชื่อเรื่องความตายและกระบวนการตาย มีความแตกต่างกันมากในวัฒนธรรมและศาสนาต่างๆ นอกจากนี้ แนวทางการดูแลแบบประคับประคองและกระบวนการยุติชีวิตจะต้องอาศัยเทคโนโลยีและ/หรือแหล่งเงินทุนซึ่งในบางแห่งอาจจะไม่มีความพร้อมในเรื่องเหล่านี้ ในการรักษาทางการแพทย์

แพทย์ต่อกรณีการป่วยระยะสุดท้ายจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญเหล่านี้ และความพยายามที่จะพัฒนารายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติว่าด้วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั่วไปนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้และไม่เกิดขึ้น ดังนั้น แพทยสมาคมโลกจึงได้เสนอหลักการสำคัญ เพื่อช่วยให้แพทย์และแพทยสมาคมของแต่ละประเทศในการตัดสินใจปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังต่อไปนี้

## หลักการ

4. หน้าที่ของแพทย์คือการเยียวยาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ และเพื่อคุ้มครองประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย จึงไม่มีข้อยกเว้นสำหรับหลักการข้อนี้แม้ว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม

5. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรับผิดชอบสำคัญของแพทย์คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดด้วยการควบคุมอาการต่างๆ และคำนึงถึงความต้องการทางจิตใจและสังคม และจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี แพทย์ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึง 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 โดยเฉพาะในกรณีที่สิ่งเหล่านี้มีเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับอาการทางกายภาพของผู้ป่วย แพทย์ควรพยายามเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการกับความตื่นตระหนก, ความกลัว และความเศร้าโศกเสียใจในการป่วยระยะสุดท้าย

10. การจัดการทางคลินิกในเรื่องความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในการลดความทุกข์ทรมาน แพทย์และ

แพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรสนับสนุนการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพทย์ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติที่ดีและวิธีการรักษาที่ทันสมัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน แพทย์ควรที่จะสามารถใช้ในการจัดการกับความปวดขั้นรุนแรงอย่างเหมาะสม โดยปราศจากความกลัวว่าจะทำผิดกฎหมายหรือได้รับผลกระทบด้านกฎหมาย

11. แพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรผลักดันให้รัฐบาลและสถาบันวิจัยต่างๆ ลงทุนด้านทรัพยากรต่างๆ ในการพัฒนาการรักษาพยาบาล เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ควรมีการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีหลักสูตรดังกล่าว ก็ควรพิจารณาพัฒนาการฝึกอบรมด้านการประคับประคองเป็นสาขาเฉพาะทาง

12. แพทยสมาคมของแต่ละประเทศควรหารือเพื่อพัฒนาเครือข่ายสถาบันและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อที่จะติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือ

13. ในกรณีที่อวัยวะของผู้ป่วยยุติการทำงานจนไม่สามารถทำงานเป็นปกติได้ แพทย์อาจใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อช่วยรักษาอวัยวะให้ทำงานต่อไปเพื่อประโยชน์ในการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ แพทย์จะต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมที่ออกตามปฏิญญาซีดนีส์ว่าด้วยเกณฑ์การพิจารณาเรื่องการตายและการฟื้นฟูอวัยวะของแพทยสมาคมโลก

