



เอกสารวิชาการส่วนบุคคล
(Individual Study)

หลักนิติธรรมและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

จัดทำโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์
รหัสประจำตัว ๖๕๑๐๐๓

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรม
หลักสูตรนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย รุ่นที่ ๑๐
วิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ
สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

ลิขสิทธิ์ของสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

หลักนิติธรรมและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์^๑

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป มีจุดประสงค์หลักคือการทำให้อายุผู้ป่วยหายจากภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ และสามารถกลับมาดำรงชีวิตอย่างปกติและมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดี โดยเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและมีระบบบริการทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ เพื่อจะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและรักษา บรรเทาอาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว จากการพัฒนาการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย เปลี่ยนไปจากเดิม คือการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ ลดลง เปลี่ยนเป็นการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคของการเสื่อม (non communicable diseases, NCD) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สูงที่สุดของประชากรไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ คือมีประชากรที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี จำนวนมากกว่า ๒๐% ของประชากรทั้งประเทศ การรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบัน ก็ไม่สามารถจะรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยในที่สุด ก็จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ทำให้มีการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมลงและทำให้มีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และเมื่อความเสื่อมต่างๆ เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะอยู่ในภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตก่อนที่จะเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งปัจจุบันพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีประเด็นที่ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายในสังคมไทย โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมในระยะสุดท้ายของชีวิต มีค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น โครงสร้างของระบบสุขภาพ ยังไม่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษาที่ต้องการได้ และอาจทำให้เกิดการดูแลที่มากเกินไป (ยื้อชีวิต) หรือการดูแลที่น้อยเกินไป ทำให้มีความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นมากเกินสมควร และความเข้าใจถึงหลักการในการดูแลที่เหมาะสมในระยะสุดท้ายในชีวิตรวมถึงการมีระบบสนับสนุนอื่นๆ รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เหมาะสม จะมีความจำเป็นที่จะช่วยในการแก้ไข ป้องกันปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งต้องใช้หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมให้เกิดการบูรณาการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเกิดขึ้น การใช้ข้อมูลและหลักนิติธรรมเข้ามาประยุกต์ จึงน่าจะเป็นแนวทางที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่จะสามารถเป็นหลักในการที่จะช่วยให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

^๑ อายุรแพทย์ สาขาวิชาโรคทางการแพทย์และภาวะวิกฤตทางการแพทย์, คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ในการจะพิจารณาเรื่องหลักนิติธรรมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีประเด็นพื้นฐานที่ควรเข้าใจดังนี้

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (end of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่การรักษาเฉพาะไม่สามารถมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ และมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่นาน แน่แน่นอนว่าด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน บางครั้งเป็นการยากที่จะสามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาใดอย่างแน่นอน และการให้คำนิยามของคำว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็ยังไม่มีนิยามที่ชัดเจนและมีความแตกต่างกันไปตามโรคที่ผู้ป่วยเป็น ในบางสถานการณ์แพทย์จะสามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยมีอวัยวะล้มเหลว (multiple organ failures) และต้องอาศัยอุปกรณ์กู้ชีวิตหลายชนิดในการรักษาและสภาพร่างกายไม่สามารถกลับไปเป็นปกติได้ หรือผู้ป่วยเป็นโรคที่ทางการแพทย์ทราบการพยากรณ์โรค (prognosis) ที่ค่อนข้างแน่นอน เช่น มะเร็งระยะต่างๆ ที่อาจมีข้อมูลเดิมเป็นค่าเฉลี่ยไว้คอยเทียบเคียง แต่อย่างไรก็ตามมีหลักการที่อาจพอจะช่วยพิจารณาว่าผู้ป่วยโดยอยู่ในภาวะระยะสุดท้ายของโรค ที่ทางการแพทย์และผู้ป่วยควรต้องมีการเตรียมตัวและวางแผนในการรักษาให้เหมาะสม การประหม่นด้วยคำถาม (surprise question) โดยการถามที่มบุคคลากรที่ดูแลผู้ป่วยว่า ถ้าในระยะ ๖ เดือนข้างหน้า ผู้ป่วยรายนี้จะมโอกาสมากขึ้นจนเสียชีวิตลง ผู้ที่ดูแลจะรู้สึกว่แปลกใจหรือเป็นไปได้มัย ถ้าทีมแพทย์ที่ดูแลมีความเห็นว่เป็นไปได้ม เราสามารถจะประหม่นได้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเพื่อเตรียมตัวสำหรับระยะสุดท้ายในชีวิตได้

นอกจากนี้ยังมีการให้คำนิยามของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้กว้างออกไปครอบคลุมถึงผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีอยู่ในภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต มีการเสื่อมของการทำงานของระบบสองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีความหมายและอยู่ในภาวะติดเตียง (vegetative, totally dependent) ว่าจัดอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน ในผู้ป่วยกลุ่มที่จัดว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ได้หมายความว่าทางการแพทย์จะต้องหยุดการรักษาทุกอย่าง เพียงแต่อาจต้องมีการเตรียมการในประเด็นที่สำคัญและอาจไม่เคยได้วางแผนกันไว้ก่อน โดยควรเริ่มมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางในการรักษา โดยการรักษามุ่งเน้นที่การดูแลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางร่างกายให้น้อยที่สุด และสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมของผู้ป่วยและญาติ หรือการให้การดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบหรือตายดี (good death)

สรุปประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

๑. เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่ไม่ได้มุ่งหมายรักษาโรคให้หายหรือยืดชีวิตให้นานที่สุด แต่หวังที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
๒. เป็นการดูแลที่ต้องตั้งเป้าหมายตามทีผู้ป่วยมีความต้องการ โดยผู้ป่วยควรมีโอกาสร่วมในการตัดสินใจ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่อยู่ในสภาวะที่ตัดสินใจได้เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต
๓. ต้องมีการดูแลที่เห็นแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีระบบในการดูแลทีเหมาะสม
๔. ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วย จะเปลี่ยนจากการพยายามให้การรักษาเพื่อหวังให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยและมีชีวิตที่ยืนนานที่สุด ไปเป็นการพยายามให้การรักษาให้ผู้ป่วยให้หายจากความทุกข์ทรมานทางกาย ดูแลจิตใจให้มีความสงบ ไม่เน้นการรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อยืดชีวิตออกไป แต่เป็นการรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการดูแลในลักษณะนี้ เรียกว่า palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง

การให้การดูแลแบบ Palliative care มีความหมายตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความไว้คือ

- Active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment
- The goal of palliative care is an achievement of the best quality of life for patients and their families
- Many aspects of palliative are also applicable earlier in the course of the illness in adjunction with the active treatment of the disease
- Control of pain and other symptoms and psychological, social, and spiritual problems are a key component of palliative care

จะเห็นว่าการดูแลแบบ palliative care มีความสำคัญมากในการให้การรักษาผู้ป่วยทุกรายที่มีโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่เร่งหรือยืดความตาย เน้นที่การรักษาอาการของผู้ป่วย ดูแลจิตใจ และตอบสนองความต้องการทางความเชื่อ จิตวิญญาณ การดูแลแบบ palliative care ไม่จำเป็นต้องเริ่มเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสมอไป สามารถเริ่มในระยะแรกของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และค่อยๆ เพิ่มขึ้นให้เหมาะสมตามระยะโรคของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป แต่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายทุกคนควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ไปด้วยเสมอ ดังนั้นแพทย์ทุกคนที่มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีหลักการในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้อย่างดี ที่สุดควรประกอบด้วย 5C's คือ

- Communication: การสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างทุกฝ่ายที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย
- Patient/family-centered: การดูแลแบบมีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง
- Comprehensive: มีการดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมทุกด้าน (กาย จิต วิญญาณ สังคม)
- Coordination: มีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- Continuous: ต้องมีการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของการดูแล

ในปัจจุบันมีการพัฒนาที่มิดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ขึ้นในระบบบริการสุขภาพต่างๆ แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบ palliative care ได้ และเป็นสิ่งที่ต้องมี ผลักดันให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการแบบ palliative care ได้เมื่อมีข้อบ่งชี้

ในปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๑๐) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๓ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้มีผลบังคับใช้ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของตนเอง ต่อไป ยกตัวอย่างเช่น มีการกำหนดค่านิยามปฏิบัติการของคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง, หนังสือแสดงเจตนาจำนวนการไม่ขอรับบริการทางสาธารณสุข, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ฯลฯ เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีความเข้าใจในประเด็นนี้ ตรงกัน

สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยในการรับบริการด้านสาธารณสุข

สิทธิด้านสาธารณสุขของประชาชนชาวไทยที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพจากรัฐ ได้บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งได้บัญญัติถึงสิทธิด้านสาธารณสุขของประชาชนไว้ในหมวด ๓ สิทธิ และ เสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา ๔๗ ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ...บุคคลผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ... บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และยังมี การบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายไว้ว่า “ในบั้นปลายของชีวิตบุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมี ศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่ เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวม”

ส่วนหมวดที่ ๕ หน้าที่ของรัฐ ได้มีการบัญญัติไว้ในมาตรา ๕๕ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชน ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์ แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย นอกจากนี้ใน “พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕” ได้บัญญัติไว้ในหมวด ๑ สิทธิการรับบริการด้านสาธารณสุข เช่น ในมาตรา ๕ วรรคหนึ่งระบุ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยให้ “บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

จากรายละเอียดข้างต้น จะเห็นว่าตามรัฐธรรมนูญ บริการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่เป็นหน้าที่ของ รัฐที่จะต้องจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในรายละเอียดของนิยามของคำว่าบริการ สาธารณสุข จะเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน ตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพ แต่ยังไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจนในประเด็นการบริการสาธารณสุขที่จะมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง หรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างดี อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งน่าจะมีความสำคัญไม่ต่างจากการรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ดี มีความสุข อย่างไรก็ตาม กฎหมายที่มีการกล่าวถึงสิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้มีการประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐

สิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิต

สืบเนื่องจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา ๑๒ วรรค หนึ่งว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืด การตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ในพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลไว้ว่า เมื่อถึงคราวที่เจ็บป่วยมากและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งไม่อาจ แสดงเจตนาได้ก็สามารถเขียนไว้ล่วงหน้าได้ ถ้าจะขอจากไปตามธรรมชาติ ขอตายอย่างสงบโดยไม่ ต้องการให้ใช้เทคโนโลยีใดๆ มาเหนี่ยวรั้งเพียงเพื่อยืดการตายออกไป นั่นคือหลักการของกฎหมาย ซึ่ง ใครจะทำการหนังสือไว้หรือไม่ทำก็ได้ สำหรับรายละเอียดในการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๒

เนื่องจากในปัจจุบัน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นอุปกรณ์พุงซีฟ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องฟอกไตสามารถทำงานแทนอวัยวะต่างๆ ที่ล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยที่ตามธรรมชาติของโรค ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เนื่องจากมีการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น ระบบหายใจ ระบบไต ล้มเหลว จะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะมีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ดีขึ้นและสามารถหยุด การใช้อุปกรณ์พุงซีฟได้ นับว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว แต่ก็มีผู้ป่วยอีก ส่วนหนึ่ง ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่การใช้อุปกรณ์ในการพุงซีฟจะทำให้มีชีวิตยืดยาวออกไป แต่ไม่มีโอกาสที่จะหยุดการใช้เครื่องได้ และอาจมีผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง จึงเป็นหลักการที่ว่าใน ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดความเจ็บป่วยทรมานโดยไม่จำเป็น หากแต่ผู้ป่วยยังคง ได้รับความดูแลจากแพทย์ พยาบาล ตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการต่างๆ บุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ ได้ด้วยตนเอง แต่ควรปรึกษาหารือกับแพทย์ พยาบาลที่มีความเข้าใจเรื่องนี้ ในกรณีผู้ป่วยเด็กนั้น ควรให้พ่อ แม่ ผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การดูแลมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือกับแพทย์

- ผู้ป่วยต้องเป็นผู้จัดทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว และลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน โดยต้องมี สติสัมปชัญญะที่ดี และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วนก่อนตัดสินใจ

- ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งให้คนในครอบครัว ญาติมิตร คนใกล้ชิดรับทราบเรื่องการทำหนังสือดังกล่าว และทำสำเนาให้ญาติและแพทย์หรือโรงพยาบาลเก็บไว้เป็นหลักฐานได้
- แพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย เพราะทำตามเจตนาตามความประสงค์ของผู้ป่วย และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองไว้
- แพทย์ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือสภาพของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยหรือญาติตามความเป็นจริง ไม่ควรปิดบังข้อมูลใดๆ ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงช่วงเวลาและจังหวะที่เหมาะสม
- การทำหนังสือดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามความต้องการของผู้ป่วย
- สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลควรจัดทำแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ พยาบาลควรอธิบายขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ

ตัวอย่างคำนิยามที่สำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรา ๑๒

- การรักษาพยุงชีพ (Life-Sustaining Treatment) : การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ และความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ
- การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment): การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์
- การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment): การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องพยุงชีพหวังให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย
- การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND): การตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาพยุงชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active Dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน
- การุณยฆาต (Euthanasia) การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ และไม่สามารถทำได้ด้วยข้อกฎหมายในปัจจุบัน
- การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment): สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพยุงชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิตและก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้

ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เอง ภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้ การยับยั้งการรักษาพุงซีฟ และการถอดถอนการรักษาพุงซีฟ มิใช่ เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)

หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Ethics)

นอกเหนือจากหลักนิธิธรรมแล้ว ยังมีหลักจริยธรรมทางการแพทย์เป็นแนวทางปฏิบัติที่บุคลากรทางการแพทย์ยึดถือเป็นหลักการสำคัญในการพิจารณาให้การดูแลผู้ป่วย ที่จะต้องไม่ขัดกับหลักการสำคัญของหลักจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่

๑. หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือ สิ่งที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดผลดี ผู้ประกอบวิชาชีพพึงกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นกรณีใดๆ ผู้ป่วยไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น ไม่ควรได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น จะต้องรักษาความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และทำให้เกิดความสุภาพของผู้ป่วย แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่คิดว่าตนเองมีความรู้มากกว่าผู้ป่วย

๒. หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) คือ การลดความเสี่ยง อันตรายต่างๆ สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งทางกายหรือจิตใจ จะต้องจริงใจต่อผู้ป่วย การโกหกผู้ป่วยหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ การดูแลรักษาด้วยวิธีการใดๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ควรรักษาผู้ป่วยต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการอาการดีขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก จะต้องลดผลกระทบต่างๆ ให้น้อยที่สุด

๓. หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือ การยอมรับสิทธิผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย การรักษาจะดำเนินการได้ต่อเมื่อได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอม (informed consent) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยร้องขอ หลักการในข้อนี้ใช้กับการรักษาผู้ป่วย การเลือกสถานที่ให้การรักษา และผู้ที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

๔. หลักความเป็นธรรม (Justice) คือ การจัดหาบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือสีผิว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า การให้บริการสุขภาพทั่วโลกยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรม การรักษาหลายกรณีจำกัดเฉพาะกลุ่มคนรวย หรือผู้ที่มีอำนาจ มีอิทธิพล หรือผู้ที่สามารถเรียกร้องสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าผู้อื่น

๕. การรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ในส่วนนี้มีความจำเป็นมาก เพราะผู้ป่วยมอบความไว้วางใจเล่าอาการและประวัติความเป็นมาต่างๆ ให้แพทย์ได้ทราบ ดังนั้น แพทย์จึงควรระมัดระวังในการนำข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยไปบอกเล่าให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสื่อมเสียมาถึงผู้ป่วย ยกเว้นจะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

๖. หลักความซื่อสัตย์ (fidelity) แพทย์จะต้องไม่พุดตหรือโกหกผู้ป่วย หรือพุดจาให้ผู้ป่วยหลงผิด ไม่ใช่อำนาจหน้าที่เพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตน ยึดมั่นในภาระหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบอย่างเคร่งครัดทั้งต่อหน้าและลับหลัง ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน นึกถึงประโยชน์ส่วนรวม และไม่ประพฤติกปฏิบัติผิดระเบียบหรือข้อบังคับของสังคม ไม่อวดอ้างความสามารถของตนเกินความจริง ไม่รับความดีความชอบโดยที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้กระทำ และยอมรับความจริงเมื่อผิดพลาดหรือกระทำความผิด

ข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เป็นหลักการสำคัญที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำเป็นต้องยึดถือเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีประเด็นที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ดังนี้

ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง

ข้อ ๒๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อ ๒๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิตโดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม

จากหลักการของจริยธรรมทางการแพทย์ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย รวมถึงแนวทางในการที่ผู้ป่วยมีสิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่จะปฏิเสธการรักษาที่มีจุดประสงค์เพียงเพื่อการยื้อชีวิต เพราะในระยะของโรคการยื้อชีวิต แม้ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป แต่ไม่ได้ถือเป็นการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย กลับเป็นการทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง และยังเป็นการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัดไปโดยไม่ได้เกิดประโยชน์ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยตัดสินใจดังกล่าวและบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการตามนั้น จึงเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และเป็นไปหลักนิติธรรมที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญคือ ๑) ผู้ป่วยต้องแสดงเจตจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ๒) แพทย์ที่ดูแลมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ๓) สามารถไม่เริ่มใช้หรือหยุดใช้อุปกรณ์ที่ใช้ยื้อชีวิตได้ ๔) ต้องให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานในช่วงสุดท้ายของชีวิต และ ๕) ไม่ให้การรักษาที่เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น การดำเนินการดังกล่าวไม่ได้ถือเป็นการทำกรณฆาต เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว และผู้ป่วยเสียชีวิตจากการดำเนินโรคของผู้ป่วย ที่มีอวัยวะล้มเหลวและไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยที่แพทย์ไม่ได้เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

ผลกระทบของกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐

๑. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของการรักษา ตามความต้องการของผู้ป่วย

เดิม : รักษาให้โรคหาย ใหม่ : ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีเท่าที่สภาพและการดำเนินการของโรคจะอำนวย “ผู้ป่วยที่มาใช้หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่อาจรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ ดังนั้นบริการทางการแพทย์ที่ให้ผู้ป่วยจึงไม่ใช่การทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากอาการของโรค แต่เป็นบริการทางการแพทย์ที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค”

๒. เปลี่ยนแปลงแนวคิดในการรักษา จากการพยายามรักษาโรค มาเป็นการรักษาคนและจิตใจ

เดิม : การรักษาพยาบาลให้ความสำคัญกับ “ร่างกาย” ใหม่ : เพิ่มมิติการรักษาด้าน “จิตใจ” และ “สังคม” และให้สิทธิ์ในการตัดสินใจในการเลือกการรักษาให้อยู่กับผู้ป่วย

แต่อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่มีการถกเถียงถึงแนวการปฏิบัติตาม มาตรา ๑๒ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎกระทรวงที่มีการออกบังคับใช้ตามมาในประเด็นต่างๆ อาทิเช่น

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนา เช่นนี้ถือเป็นการแสดงเจตนาโดยสำคัญผิดในสิ่งที่เป็นสาระสำคัญแห่งนิติกรรมหรือไม่ ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา ๑๕๖ ซึ่งถือว่าการแสดงเจตนาเช่นนั้นเป็นโมฆะ เพราะโดยหลักแล้วไม่มีใครสามารถรู้ล่วงหน้าว่าตัวเองจะเสียชีวิตในลักษณะใด จากสาเหตุใด ณ สถานที่ใด และก่อนเสียชีวิตนั้นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีใด ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดใดบ้าง จะได้รับความทุกข์ทรมานเพียงใดหรือไม่ และผลการรักษาสุดท้ายจะเป็นเช่นไร ดังนั้น การแสดงเจตนา ล่วงหน้าที่จะปฏิเสธวิธีการรักษาแบบนั้นแบบนี้ การปฏิเสธที่จะไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แบบนั้นแบบนี้ จึงไม่ได้อยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงหรือเป็นการสำคัญผิดในข้อเท็จจริง ซึ่งอาจเกิดความเสียหายได้ จึงเกิดปัญหาความชอบด้วยกฎหมายของการแสดงเจตนา นี้
๒. การทำหนังสือแสดงเจตนา ตามกฎหมายและกฎกระทรวงข้อนี้ไม่ได้ต่างอะไรกับการกระทำที่เรียกว่าการุณยฆาต หรือที่รู้จักกันดีในชื่อ Mercy Killing แม้จะมีความพยายามออกตัวไว้ ในคำแนะนำเบื้องต้นว่าไม่ใช่ เพราะคำว่า “การกระทำ” มีความหมายรวมถึง “การงดเว้นการกระทำ” ด้วยตามความในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ วรรค ๕ ที่กล่าวว่า “...การกระทำให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย” ดังนั้นการที่ปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยงดเว้นไม่ให้การรักษาหรือการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อช่วยชีวิตตามมาตรฐานวิชาชีพก็มีค่าเท่ากับการกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยผู้ทิ้งตนนั่นเอง
๓. ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๒๘๘ (ฆ่าผู้อื่น) มาตรา ๒๘๙(๔) (ฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน) มาตรา ๒๙๑ (ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย) มาตรา ๓๐๗ (ทอดทิ้งผู้ป่วยเจ็บเกิดอันตรายต่อชีวิต) มาตรา ๓๐๘ (บทเพิ่มโทษ) มาตรา ๓๗๔ (เป็นการละเว้นหน้าที่ที่ช่วยได้แต่ไม่ช่วยผู้ตกในอันตราย

ถึงแก่ชีวิต) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา ๔๒๐ (ละเมิดถึงแก่ชีวิต) ได้รับการยกเว้น โดยกฎหมายฉบับนี้ได้ทั้งหมดหรือไม่ กรณีแพทย์ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วยและตามหลักศักดิ์ของกฎหมาย (Hierarchy) กฎหมายฉบับนี้สามารถยกเว้นความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งฯ ดังที่กล่าวข้างต้นได้ทั้งหมดจริงหรือไม่

๔. ปัจจุบันในประเทศไทย ยังมีผู้ที่ได้แสดงเจตจำนงที่จะขอปฏิเสธการรักษาที่มีไว้เพื่อยื้อชีวิตเป็นจำนวนน้อยมาก ในสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายในชีวิต ยังไม่มีกฎหมายที่บัญญัติไว้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจที่จะหยุดการรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์ เพราะทางแพทย์เองก็มีความกังวลที่จะต้องรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญารวมถึงการฟ้องร้องทางแพ่ง ส่วนทางญาติเองก็มีความลำบากใจในการตัดสินใจ ทั้งที่โดยหลักการแล้วอาจเห็นตรงกันว่า การรักษาด้วยการยื้อชีวิตต่อไป อาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการใดๆ ต่อไปได้ เนื่องจากความกังวลถึงผลกระทบทางกฎหมายที่อาจตามมา
๕. ข้อเท็จจริงที่ยังไม่เป็นที่ยุติในประเด็น “วาระสุดท้ายของชีวิต” การเขียนกฎกระทรวงฉบับนี้เป็นความพยายามที่จะทำให้ข้อสมมติฐานเป็นข้อเท็จจริง ตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดในกฎกระทรวงดังกล่าวก็คือ นิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” ยังไม่เป็นที่ยุติว่าอย่างไรจึงจะถือเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสามารถทำให้ยุติได้จากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์และนักกฎหมาย ควรจะใช้ข้อเท็จจริงที่ยุติแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการตีความและนำไปสู่การฟ้องร้องในที่สุด

จะเห็นว่าจากกฎหมายดังกล่าวที่ยอมรับหลักการสำคัญที่ว่า การรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ควรมีการดำเนินการให้หยุดการรักษานั้นได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตจากการรักษาดังกล่าว โดยเน้นที่การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด แต่ขณะนี้ ได้ให้สิทธิ์ดังกล่าวเฉพาะกับผู้ที่ได้แสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า ซึ่งอาจมีจำนวนไม่มากนัก และเมื่อข้อเท็จจริงจากการรักษาทั้งหมดเป็นที่ประจักษ์ ผู้ป่วยอาจไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะตัดสินใจได้แล้ว ในต่างประเทศ จึงมีการออกกฎหมายเพื่อให้แพทย์ที่ดูแล ร่วมกับญาติของผู้ป่วย ในฐานะที่น่าจะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย สามารถร่วมกันตัดสินใจแทนผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเองไม่ได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายใดๆ ในประเทศไทยที่ให้อำนาจในการดำเนินการดังกล่าว กล่าวคือสามารถให้แพทย์และญาติผู้ป่วยดำเนินการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายให้กับผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ และไม่ได้มีการทำหนังสือแสดงเจตจำนงไว้

นอกจากนี้จากแนวคิดของการที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจวางแผนการรับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง ทำให้เริ่มการกล่าวถึงการทำการุณยฆาตว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่ และควรมีการพยายามผลักดันต่อไปหรือไม่ในประเทศไทย ในกรณีนี้ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันในสังคมไทย มีการทำแบบสอบถามประชาชนพบว่าในคนรุ่นใหม่ จำนวนมากยอมรับแนวคิดของการทำการุณยฆาต และเห็นด้วยว่าควรจะเป็นทางเลือกหนึ่งได้ แต่การดำเนินการดังกล่าว ยังน่าจะเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและความเชื่อพื้นฐานของประเทศไทย และก่อนที่จะมีการดำเนินการดังกล่าว ควรจะต้องมีการ

พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองพื้นฐานให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงอย่างถ้วนหน้า และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเป็นขั้นแรก ยังไม่ควรมีการดำเนินการเพื่อผลักดันเกี่ยวกับการทำกรณียขาดในประเทศไทยในขณะนี้

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะทำให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาที่ได้ประโยชน์อย่างเหมาะสม จนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์คุ้มค่ามากที่สุด และเป็นสิทธิ์ที่ประชาชนไทยพึงได้รับตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ การดำเนินการดังกล่าวจะมีองค์ประกอบสำคัญหลายเรื่อง เพื่อสามารถทำให้การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวได้รับผลสำเร็จและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและสังคมไทย ในด้านกฎหมาย ได้มีการดำเนินการตรากฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบังคับใช้ตามหลักนิติธรรม เป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก และได้มีการดำเนินการไปในหลายส่วน แต่ก็ยังมีประเด็นสำคัญหลายประเด็นที่ควรจะมีการพิจารณาออกกฎหมายที่เหมาะสมมารับ เพื่อเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุดคือทำให้ประชากรไทย อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตตราบนานวาระสุดท้ายของชีวิต

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓. (๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๑๘-๒๒.
- ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์. (๒๕๕๙). ความสูญเปล่าทางการแพทย์ (Medical Futility). ใน อุกฤษณ์ มิลินทางกูร ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ และนิรชา อัครวีระกุล (บ.ก.), *สุขสุดท้ายที่เลือกได้*. (น. ๗๖-๘๔). บริษัท สามดีพรีนติ้งอควิพเม้นท์ จำกัด กรุงเทพฯ.
- นภัส คำนวน. (๒๕๕๘). *ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. (๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก หน้า ๑-๑๘.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (๒๕๕๔). Advance care planning and living will. *วารสารเวชบำบัดวิกฤต*, ๑๗ (๓), ๑๐-๑๗.
- ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (๒๕๕๙). ไม่ยากที่จะให้ สุขใจที่จะรับ. ใน อุกฤษณ์ มิลินทางกูร ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ และนิรชา อัครวีระกุล (บ.ก.), *สุขสุดท้ายที่เลือกได้*. (น. ๘๖-๑๐๓). บริษัท สามดีพรีนติ้งอควิพเม้นท์ จำกัด กรุงเทพฯ.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (๒๕๓๙). สิทธิที่จะตาย (The Right to Die). *ตุลพาห ๕๙* (ตุลาคม-ธันวาคม), หน้า ๙๐-๑๒๕.
- สฤณี กิ่งแสง. (๒๕๕๗). มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย*, ๖(๒), ๑๖๔-๑๗๔.
- สิทธิพล เครือรัฐติกาล. (๔ ธันวาคม ๒๕๕๑). *แนวคิดเรื่องสิทธิที่จะตาย (the right to die) และ การุณยฆาต (euthanasia) ในสังคมไทย*. <http://kositthiphon.blogspot.com/2008/12/right-to-die-euthanasia.html>
- อรพรรณ จันทร์วงศ์ไพศาล. (๓ กันยายน ๒๕๖๐). *กิตติพงศ์ อูร์พีพัฒน์พงศ์ ออกแบบความตาย สร้าง 'พินัยกรรมชีวิต' เพื่อความสุจริตสุดท้าย*. <https://www.matichon.co.th/news/650989>.