สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ๑๔
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐๒-๘๓๒-๙๐๐๑
www.nationalhealth.or.th www.thailivingwill.in.th

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข

กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข

กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติ
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข
กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พิมพ์ครั้งที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ จำนวน ๕๐,๐๐๐ เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๔ จำนวน ๓๐,๐๐๐ เล่ม
เลขมาตรฐานสากล ๙๗๘-๙๗๔-๓๕๐-๖๑๕-๔

ผู้จัดพิมพ์
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ๑๔
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๒ ๘๓๒ ๙๑๐๐ โทรสาร ๐๒ ๘๓๒ ๙๐๐๑
www.nationalhealth.or.th, www.thailivingwill.in.th

ภาพประกอบ
พรเนตร อร่ามมงคลวิชัย
(ขอขอบพระคุณ คุณอโนทัย เจียรสถาวงศ์ ที่เอื้อเฟื้อลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)

ศิลปกรรม
วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

พิมพ์ที่
ทีคิวพี บจก. เลขที่ ๖๘๕ ซ.ลาดพร้าว ๗๑ ถ.ลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง
เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๙๕๖ ๑๙๓๗, ๐๘๐ ๕๙๙ ๖๖๘๒

คำนำ

ปัญหาที่พบบ่อยครั้งในเวชปฏิบัติที่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว อำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะไปอยู่ในที่ญาติและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งบ่อยครั้งที่การตัดสินใจของทั้งสองฝ่ายนี้อาจไม่ลงรอยกันจนเกิดเป็นปัญหาความสัมพันธ์ หรือสิ่งที่ได้ตัดสินใจร่วมกันนั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงต้องหาหนทางที่สามารถให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วสามารถสื่อเจตนาของตนออกมาให้ผู้บริการสาธารณสุขและญาติได้รับรู้ รับทราบ เพื่อที่ทุกฝ่ายจะได้ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้จากไปอย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากมูลเหตุดังที่กล่าวมาข้างตนเป็นที่มาของแนวคิดในการร่างมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กล่าวคือ มาตรา ๑๒ นี้ได้รับรอง "สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข" ที่มนุษย์แต่ละคนมีติดตัวตนเองมาแต่กำเนิดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สิทธิดังกล่าวนี้มีรากฐานมาจาก "สิทธิในชีวิตและร่างกาย" ที่บุคคลแต่ละคนสามารถที่จะเลือกหรือวางแผนการที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลชีวิตของตนเองได้

โดยที่ การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถทำโดยวาจาหรือทำเป็นหนังสือก็ได้ แต่การที่ มาตรา ๑๒ กำหนดวิธีให้ทำเป็นหนังสือก็เพื่อต้องการให้สิทธิของบุคคลได้รับการยอมรับและปฏิบัติได้จริงและเพื่อเป็นการคุ้มครองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวงดังที่ปรากฏความในวรรค ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยรายละเอียดในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

คู่มือฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดทำเพื่อเป็นคู่มือสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยในเอกสารนี้มีแนวทางการปฏิบัติทางกฎหมายและทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณ คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ที่ได้ช่วยยกร่างและพัฒนาคู่มือฉบับนี้ขึ้นมา หากท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคู่มือฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอได้โปรดให้ข้อเสนอแนะด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

อำพล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำนำ..... ๓

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๖

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๙

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ
ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ
ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓..... ๑๓

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม
มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๒๗

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)..... ๓๓

ภาคผนวก ๑ คำแนะนำเรื่องการใช้ Palliative Performance Scale (PPS)..... ๔๓

ภาคผนวก ๒ คำแนะนำในการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)..... ๔๗

ลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญของกระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวง
เพื่อรับรองสิทธิในการเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืด
การตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย..... ๔๙

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
(Palliative Care) ในประเทศไทย..... ๕๒

รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ..... ๕๖

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตาม
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

หลักการ

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

เหตุผล

โดยที่มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติให้ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓[ก]

.....

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป[ข]

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

"หนังสือแสดงเจตนา" หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

"บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

"วาระสุดท้ายของชีวิต" หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

"การทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

"ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

[ก] ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๑๘ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

[ข] กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
นายกรัฐมนตรี

นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓[ก]

.....

เพื่อให้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาได้อย่างถูกต้องสมดังเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้เป็นไปตามแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๔

นายอำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

[ก] ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๘ ตอนพิเศษ ๕๖ ง หน้า ๑๓ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปฏิญญาลิสบอนว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ค.ศ.๑๙๘๑ (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ.๒๐๐๕) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม ว่าเป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (good death) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (futile treatment)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ยืนยันเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ในมาตรา ๔, มาตรา ๒๘ และมาตรา ๓๒ วรรคหนึ่ง และสิทธิในการตัดสินใจของตนเองเรื่องการรักษาพยาบาล ถือเป็นเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

คำแนะนำเบื้องต้น

๑) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไม่ใช่การทำการุณยฆาต (Mercy Killing) แต่อย่างใด

๒) มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน

๓) ผู้ที่ควรทำหนังสือนี้เป็นลำดับต้นๆ น่าจะได้แก่ ผู้ที่ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทกับการดำเนินชีวิตของตนที่ประสงค์จะให้การเสียชีวิตของตนมีลักษณะเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ตามแนวทางศาสนาที่ตนนับถือหรือตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ไม่ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

๔) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจทำหนังสือนี้ ในกรณีของผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้

แต่อย่างไรก็ดี การพูดคุยและปรึกษาหารือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งอันเกิดมาจากการรับบริการสาธารณสุข

๕) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง โดยโรงพยาบาลต่างๆ สามารถไปออกแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพิ่มเติมได้ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๑

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

โดยที่กฎกระทรวงประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ดังนั้นกฎกระทรวงจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

กฎกระทรวง ข้อ ๒ คำนิยาม

"หนังสือแสดงเจตนา" หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือที่ไม่ต้องการรับการบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาบางอย่าง ในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนาโดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อาการทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้

หนังสือนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถวางแผนการรักษาได้ โดยใช้หนังสือดังกล่าวเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุเนื้อหาของการแสดงเจตนาในกรณีใดกรณีหนึ่ง หรือทั้งสองกรณีดังต่อไปนี้ได้

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตายไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฯลฯ

"บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ทำหนังสือปฏิเสธไว้ ได้แก่ การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผลเพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น

การทำหนังสือแสดงเจตนานี้ไม่ได้ทำให้ผู้ทำหนังสือถูกละทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative Care)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น "วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน"

"วาระสุดท้ายของชีวิต" หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ (inevitably progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยให้บรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายอย่างมิอาจเลี่ยงได้ภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือนแล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้เอง แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ ต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่า สภาพผักถาวร (Persistent / Permanent Vegetative State - PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตไว้ การที่จะใช้ชีวิตอยู่แบบนั้นเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไป ทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อญาติ

"การทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ความเจ็บป่วยจัดเป็นอาการผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ความเจ็บป่วยจึงเป็นความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ควรยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยจริงถ้าผู้นั้นระบุว่าอาการที่มีคือความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องนี้จะต้องคำนึงถึงสภาพและความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นกรณีๆ ไปด้วย

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจ ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายหรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น

"ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามกฎกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพตามที่รัฐมนตรีกำหนด

"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๓

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

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

(๑) คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และกฎกระทรวงตามมาตรานี้ มิได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์อายุ ๑๘ ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุครบ ๑๘ ปีบริบูรณ์ มีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

(๒) การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่างๆ รอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาและสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้หรือไม่ โดยการพิจารณาเหล่านี้ควรใช้วิจารณญาณของผู้ประเมิน ตลอดจนคำนึงถึงข้อจำกัดและสภาพแวดล้อมในเวลานั้นเป็นสำคัญ แต่หากผู้นั้นยังมีสภาพอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ก็อาจนัดให้มาทำหนังสือในภายหลังได้ หรืออาจปรึกษาจิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

(๓) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอธิบายแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ ผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรอธิบายแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและความเป็นไปของโรคที่เป็นจริงในขณะนั้นให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำหนังสือ ไม่ควรปกปิดข้อมูลเพราะการปกปิดมักจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี หากเป็นความต้องการของญาติที่จะปกปิดข้อมูลแล้ว แพทย์ควรที่จะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิด และหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนทักษะเรื่อง "การแจ้งข่าวร้าย"

(breaking bad news) แก่ผู้ป่วยและญาติ

(๔) เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาจึงควรมีข้อมูลตามที่ระบุไว้ตามกฎกระทรวง ข้อ ๓ (กรุณาดูรายละเอียดในตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาในภาคผนวก) ดังนี้

๑) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการติดต่อ

การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนไข้ที่อยู่ในการดูแลของตนเอง และหากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่ไว้วางใจ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จนอาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

๓) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่ยื้อชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ดีผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข หรือผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว การถ่ายเลือด การล้างไต เป็นต้น

๔) การทำหนังสือแสดงเจตนา ทำได้ ๒ วิธีการคือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสื่อสารพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้ และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนา ในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน

(๕) การระบุชื่อผู้ใกล้ชิด

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อผู้ใกล้ชิด (เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือหรือไว้วางใจ) ซึ่งตามกฎหมายเรียกว่า "ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา" ไว้เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือร่วมปรึกษาหารือและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในขณะที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ

(๖) คำแนะนำการลงนามเป็นพยานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

กฎหมายไม่ได้ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ลงนามเป็นพยานในหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ดีแพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาที่ตนเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องมาจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาหรือละทิ้งเพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้

รายละเอียดอื่นๆ ในหนังสือแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา ให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร โดยคำนึงถึงศักยภาพ ภาระหน้าที่ของบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นเป็นสำคัญ

กฎกระทรวง ข้อ ๔

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

แม้ว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่เพื่อความรอบคอบในการทำหนังสือ ควรขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ฉะนั้นการทำหนังสือที่สถานบริการสาธารณสุขจึงมีประโยชน์ กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือสามารถขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รักษาหรือเคยให้การรักษาตนเอง ถือเป็นการวางแผนการรักษาล่วงหน้าร่วมกัน

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ควรอำนวยความสะดวกตามสมควร กล่าวคือ ดำเนินการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานมากจนเกินไป ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขไม่ควรชี้นำหรือเร่งรัดการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดการเข้าใจผิดว่าจะละทิ้งผู้ป่วยเพราะไม่อาจรักษาโรคได้แล้ว

สถานบริการสาธารณสุขควรที่จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การจัดป้ายนิเทศ การทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจหนังสือแสดงเจตนาเข้ามาปรึกษาหารือหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๕

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

(๑) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

(๒) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการจดบันทึกข้อมูล

ในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยหรือเวชปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ควรจดบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน ในกรณีพยาบาลควรจดบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Note)

(๓) การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวง ข้อ ๓ หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยานหรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ

(๔) คำแนะนำในการจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา

๑) การเก็บหนังสือแสดงเจตนาลงในเวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อเจตนาของผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขด้วยกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติและมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

๒) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนา แล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้น หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

๓) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนานั้นเพิ่มอีก ๑ ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้นั้นเข้ารับการรักษาตัวต่อไป

๔) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือนั้นไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

สิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือ ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนานี้ ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียน

การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้ ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

๒) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือนั้นเคยจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไปหรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะให้บุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้นและควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย

นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนานั้นต้องไปแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาให้ตรงกับที่แก้ไขใหม่ด้วย

กรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

เวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

๓) หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกการแก้ไขหรือยกเลิกนั้นลงในเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาลด้วย

กฎกระทรวง ข้อ ๖

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๑) และ (๒)

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ข้อ ๖ (๑) และ (๒)

การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสืออาจขอระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นการชั่วคราว หรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเลย หรืออาจยืนยันให้ดำเนินการตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาก็ได้

๒) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในอนาคต ทั้งนี้

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรย้ำว่ามิได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่ยังให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมาน

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้และผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๓)

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ปัญหาการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา และการป้องกันและแก้ไขข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

กรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่พอที่จะติดต่อสื่อสารได้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาควรปรึกษาหารือกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาปรึกษาหารือกับผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อไว้

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปรึกษาหารือกับญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ

หากไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างฝ่ายผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกับฝ่ายญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญ

สถานบริการสาธารณสุขอาจพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๔)

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

การระงับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาระหว่างการตั้งครรภ์

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการ

รักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราวจนกว่าผู้นั้นจะพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์เพื่อคุ้มครองชีวิตในครรภ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

(๑) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีเหตุฉุกเฉิน

กรณีผู้ป่วยมีเหตุฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

แต่เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ระยะหนึ่งพบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษาควรเคารพเจตนารมณ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยควรแจ้งให้ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน หรือบุคคลที่มีชื่อปรากฏในหนังสือแสดงเจตนาทราบแล้วดำเนินการตามหนังสือ โดยในการดำเนินการนั้นให้พิจารณาหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองควบคู่กันไปด้วย

(๒) การพิจารณายุติการให้การรักษาที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

กรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพิจารณายุติการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdraw) แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อป้องกันความเข้าใจผิด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการปฏิบัตินี้มาพิจารณาปรับใช้ได้ โดยควรพิจารณาปัจจัยประกอบต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยในระยะยาว ความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ ภาระค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย ฯลฯ เป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ ต้องไม่ถือเอาผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นตัวตัดสิน

(๓) การส่งตัวผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ทำหนังสือแสดงเจตนากลับบ้าน

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุความต้องการที่จะกลับบ้านไว้ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตที่บ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรประสานงานให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความเห็นเพื่อใช้ประกอบการขอใบมรณบัตรตามความเหมาะสม

(๔) ผลทางกฎหมายต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปฏิบัติตามความประสงค์ที่แสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญาแต่อย่างใด ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายต้องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเกิดความสบายใจไม่ต้องกังวลว่าจะมีความผิดเมื่อได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

ในทางกลับกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ยินยอมปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่แจ้งให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดทราบถึงเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตามผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาควรแนะนำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขท่านอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

ภาคผนวก

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปนี้สามารถแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจกรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ในเว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th

คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู

๒. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

๓. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้นั้นกำกับไว้ในหนังสือนั้นด้วย

๔. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

๕. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ ๑ ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

๖. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

๗. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัยไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

๘. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่ .....

วันที่ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

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

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้า มีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น ☐

.....

มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง ☐

.....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น ☐

.....

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา ☐

.....

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

---

๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๒. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วยหรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ *ยุติการบริการ (withdraw)* ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)
.....
☐ .....
☐ .....

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

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

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

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่ .....

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

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

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

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

☐ การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)

☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน

☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด

☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ

☐ .....

☐ .....

☐ .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้น *กรุณาหยุดการบริการ (withdraw)* ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

☐ .....

☐ .....

☐ .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

☐ การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)

☐ .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ - นามสกุล) .....ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

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

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการตายส่วนใหญ่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคมะเร็งและกลุ่มโรคทางหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจและสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ แต่บางรายอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น "ผู้ป่วยที่หมดหวัง" ที่ไม่มีวิธีการรักษาใดๆ เพิ่มเติม ทั้งๆ ที่ยังมีอีกหลายวิธีที่บุคลากรสายสุขภาพสามารถทำได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในคำภาษาไทย อาจเรียกชื่อ Palliative Care ได้หลายอย่าง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือแบบประคับประคอง หรือการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิถีแห่งการคลายทุกข์ อย่างไรก็ตาม คำในภาษาไทยทั้งหมดยังไม่สามารถอธิบายหลักการของ Palliative Care ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน ในบทความนี้จึงขอใช้คำว่า "การดูแลรักษาแบบประคับประคอง" แทน "Palliative Care" เพื่อให้ตรงกับคำในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง คืออะไร

ในปีพ.ศ.๒๕๕๓ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่าเป็น "วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย" มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ "ตายดี"

ปัจจุบัน ทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น *"วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน"*

การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช่การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำในกรณีเดียวเท่านั้นคือ เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง

เช่น ต้องการรอใครบางคนให้ทันกลับมาพบกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของคนในครอบครัว เป็นต้น

หลักการอื่นๆ ที่สำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่

- ยอมรับ "การเสียชีวิต" ว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต
- ให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลอาการทางกายเสมอ
- ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล
- การดูแลควรให้ความสำคัญต่อค่านิยม ความเชื่อ และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว
- มีระบบการดูแลที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนให้การดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว
- การดูแลควรทำในลักษณะของคณะสหวิชาชีพ เพื่อให้คณะผู้ดูแลสามารถดูแลปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีที่สุด
- สามารถทำควบคู่ไปพร้อมๆ กับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ตั้งแต่ระยะแรกๆ ของโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

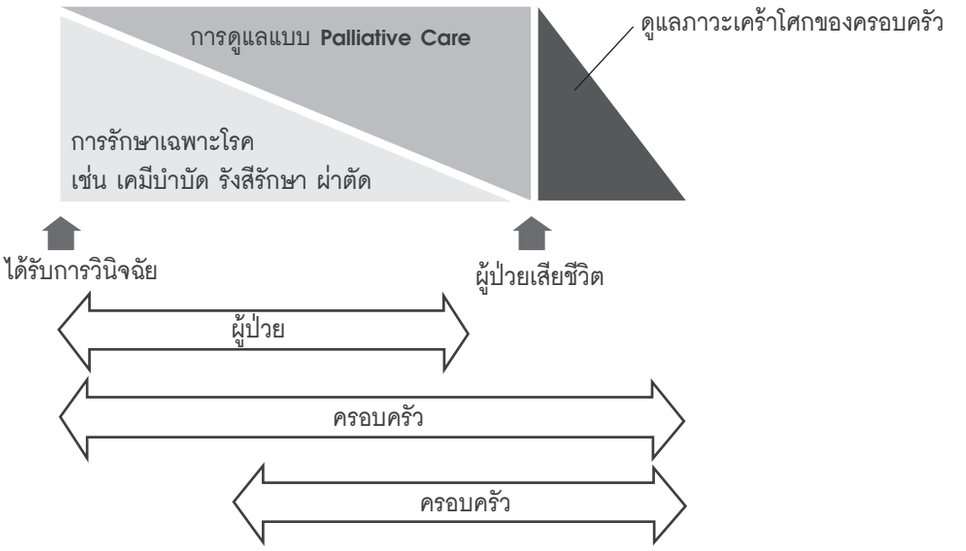
ใครบ้างที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือป่วยในระยะสุดท้าย ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกที่เหลือในครอบครัวในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักก็อาจจะมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงินของครอบครัว การดูแลรักษาแบบประคับประคองจึงต้องเริ่มต้นด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแลโดยให้ความเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

การดูแลรักษาแบบประคับประคองจึงไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ในบางกรณีผู้ดูแลหลักอาจไม่ใช่สมาชิกครอบครัว โดยอาจเป็นเพื่อนสนิท คนรู้จัก หรือคนที่จ้างมาดูแลแทน ในกรณีดังกล่าว มีความจำเป็นที่คณะผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้เห็นประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลมากเกินไป หรือรู้สึกเศร้าโศกรุนแรงหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไป

การดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเริ่มเมื่อใด

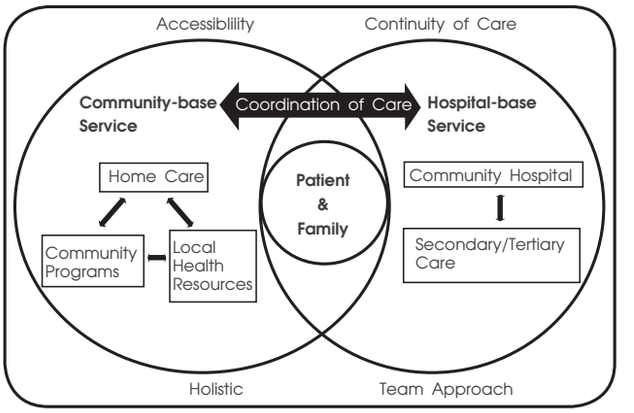
การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวควรเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลจะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ที่สำคัญ การดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมีลักษณะ "เชิงรุก" คือ สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาของการดำเนินโรค ดังรูปที่ ๑



รูปที่ ๑ แสดงภาพรวมของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถทำได้ที่ไหน

การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถทำได้ทั้งที่สถานพยาบาลและในส่วนของชุมชน ดังแสดงในรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ แสดงรูปแบบการจัดบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคองในชุมชน

สถานพยาบาลอาจจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ในระดับของชุมชน อาจจะประกอบไปด้วยทีมเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หน่วยงานภาคประชาชน หรือองค์กรอิสระต่างๆ ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยการดูแลรักษาแบบประคับประคองตลอดจนแหล่งทรัพยากรสุขภาพในชุมชน ที่สามารถเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในมิติต่างๆของ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เช่น วัด เป็นต้น ที่สำคัญคือ ในแต่ละส่วนของการดูแล ทั้งในสถานพยาบาลหรือในชุมชน ควรมีการประสานงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility) มีการดูแลแบบเป็นองค์รวม (holistic care) โดยทีมสหวิชาชีพ (team approach) และมีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

การดูแลรักษาแบบประคับประคองทำได้อย่างไร

แบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น ๔ ส่วนหลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม เพื่อให้ง่ายในการนำไปปฏิบัติ จึงสรุปเป็นตัวย่อของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วย Palliative Care และครอบครัว โดยใช้คำย่อว่า "LIFESS" ซึ่งมีความหมายของอักษรแต่ละตัว ดังนี้

L = "Living Will"

หมายความรวมถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา (goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ในส่วนนี้ครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การใส่ท่ออาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือปั๊มหัวใจ เมื่อโรคทรุดลง
- บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยป่วยหนักจนอาจจะไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Power of Attorney หรือ POA)
- สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิต เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาล โดยอาจจะเป็นสถานที่เดียวกัน หรือคนละที่ก็ได้
- สิ่งคั่งค้างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ (unfinished business) หรือปรารถนาที่จะทำ (wishes) ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ผู้ป่วยอาจใช้วิธีเขียนหนังสือแสดงเจตนา หรือแจ้งกับครอบครัว หรือคณะที่ดูแล เพื่อสื่อสารความต้องการของตนเอง

I = "Individual Belief"

หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย หรือการเสียชีวิต ในส่วนนี้จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- สิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยเองมากที่สุดในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
- ศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ
- ประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ ควรเป็นการดูแลตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องระวังไม่นำเอาความเชื่อของคณะที่ดูแลไปมีผลต่อวิธีการดูแลผู้ป่วย

- ในกรณีที่คณะที่ดูแลไม่ทราบเกี่ยวกับศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย ควรถามผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หรือแนะนำให้ปรึกษาผู้มีความรู้หรือผู้นำทางศาสนาที่สามารถให้คำแนะนำแก่คณะได้

- เครื่องมือที่สามารถนำเข้ามาใช้ในการประเมินทางความคิดและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ FICA ซึ่งย่อมาจาก

F: Faith หมายถึง อะไรคือความเชื่อ หรือสิ่งที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน

I: Importance and Influence หมายถึง ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร

C: Community หมายถึง ชุมชนหรือสังคมที่มีความเชื่อเดียวกันกับผู้ป่วย มีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างไร ชุมชนในที่นี้อาจหมายถึงกลุ่มศาสนาที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิก

A: Address or Application หมายถึง ผู้ป่วยต้องการให้คณะที่ดูแลปฏิบัติต่อเขาอย่างไรให้เหมาะสมตามความเชื่อของเขา

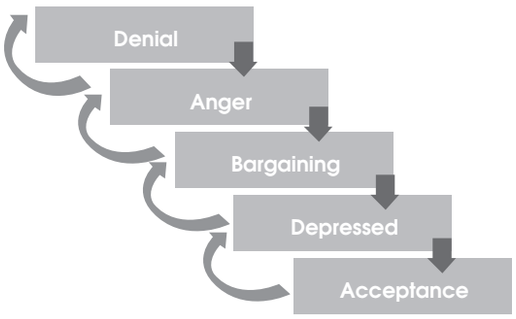
F = "Function"

หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินนี้อาจจะนำเอาแบบประเมินต่างๆ เข้ามาใช้ เช่น Palliative Performance Scale (PPS) เป็นต้น
PPS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน ๕ หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว สำหรับรายละเอียดของ PPS สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ใน ภาคผนวก ๑

E = "Emotion and Coping"

หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรู้สึกดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยอาจรู้สึกเสียใจที่ทราบว่าตัวเองอาจจะมีเวลาเหลืออยู่ไม่มาก ในขณะเดียวกันก็รู้สึกดีใจที่มีครอบครัวคอยเป็นกำลังใจให้ หรือคิดว่าอย่างน้อยก็เป็นกำไรของชีวิตที่ได้อยู่มานานกว่าระยะเวลาที่เคยคิดไว้แต่แรก และได้ทำในสิ่งที่อยากทำครบแล้ว

คณะที่ดูแลควรเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับรู้ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการดำเนินโรค คูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) ได้เสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็นลำดับขั้น ๕ ขั้น ดังรูปที่ ๓ อย่างไรก็ตาม ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องเกิดตามลำดับขั้น และอาจจะมีการเปลี่ยนไปมาได้ระหว่างการดำเนินโรค



รูปที่ ๓ แสดงปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวจากทฤษฎีของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross)

การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างคณะที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้คณะที่ดูแลเข้าใจผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวในแง่มุมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น เข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การยอมรับต่อตัวโรค วิธีการรับมือกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆ ในครอบครัว หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและสามารถช่วยประเมินได้ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง ให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างสงบ นอกจากการดูแลดังกล่าวแล้ว คณะที่ดูแลควรให้ความสำคัญต่อการประเมินภาวะความเศร้าโศกหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิต เพื่อช่วยดูแลเรื่องการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวที่เหลืออยู่

S = "Symptoms"

หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การประเมินอาจจะใช้วิธีการซักถามประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด หรือใช้แบบประเมินอาการ เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น ๐-๑๐ เรียงลำดับจากอาการน้อยไปมาก สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ใน ภาคผนวก ๒

S = "Social and Support"

หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองทางครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับยา หรือติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจจำเป็นต้องหยุดงาน เพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นคณะที่ดูแลควรให้ความสำคัญในการประเมินปัญหาด้านสังคมและอาจจะปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นสมาชิกในคณะเข้าไปประเมินและหาทางช่วยเหลือในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่างเหมาะสม ตลอดจนการช่วยนำทรัพยากรหรือองค์กรในชุมชนเข้ามาร่วมช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

คำว่า "LIFESS" นอกจากหมายถึงการดูแลชีวิตของผู้ป่วยไปจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ยังครอบคลุมถึงการดูแลชีวิตอีกหลายชีวิตที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และยังครอบคลุมถึงคณะที่เข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วย การดูแลซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิกคณะผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญไม่แพ้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หลายๆ ครั้งที่ทุกคนในคณะพยายามให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มที่ แต่อาจลืมประเมินสมาชิกในคณะ ที่อาจจะมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจรุนแรงที่ผู้ป่วยจากไป รวมทั้งอาจรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยและต้องการกำลังใจเช่นกัน

การดูแลความเศร้าโศก (Grief) สามารถทำได้อย่างไร

ความเศร้าโศก (Grief) เป็นสิ่งปกติที่เกิดได้จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และเป็นสิ่งที่คณะที่ดูแลควรจะตระหนักถึง และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

ความเศร้าโศก หมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสีย อาจรวมถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสูญเสียด้านอื่นๆ เช่น การสูญเสียบทบาท ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสัมพันธ์ต่างๆ ของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ด้วย

ความเศร้าโศกเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบาย และเป็นกระบวนการที่เกิดต่อเนื่องจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาที่ครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกนั้น อาจจะเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ เช่น เมื่อครบรอบวันเสียชีวิตของผู้ป่วยทุกปี คนในครอบครัวอาจจะรู้สึกเศร้าโศกได้เป็นระยะๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก

ความเศร้าโศกเป็นเรื่องที่พบได้ปกติ แต่มีปัจจัยบางอย่าง ที่อาจจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับความเศร้าโศกได้ลำบากมากขึ้น และเกิดผลเสียตามมา เช่น ผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมีความวิตกกังวลมากเกินไป (Anxiety Disorder) หรือ มีภาวะซึมเศร้า (Depression) เกิดขึ้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถแบ่งออกได้เป็น

- ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคคลที่เศร้าโศกป่วยเป็นโรคทางจิตประสาทอยู่ก่อนหน้านี้แล้ว ทำให้กลไกที่ใช้เผชิญกับความเศร้าโศกอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร เคยมีประสบการณ์ของการสูญเสียที่เลวร้ายมาก่อน หรือได้รับการสูญเสียหลายๆ ครั้งต่อเนื่องกัน นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความตายทำให้บุคคลแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศกแตกต่างกันไป

- ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตกับครอบครัว เช่น หากคนในครอบครัวสนิทกับผู้ป่วยมาก อาจจะทำให้เกิดความเศร้าโศกได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่ค่อยมีความใกล้ชิดกัน ในทางกลับกัน หากคนในครอบครัวคนนั้นเคยทะเลาะกับผู้ป่วย หรือมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก่อน และไม่ได้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต อาจทำให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังได้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ภาวะที่คนในครอบครัวและผู้ป่วยไม่อยากพูดถึงเรื่องโรคของผู้ป่วยหรือเลี่ยงที่จะพูดกับผู้ป่วยเรื่องการเสียชีวิต (Conspiracy of Silence) เพราะไม่อยากทำร้ายความรู้สึกของผู้ป่วย

แต่ในขณะเดียวกัน การทำเช่นนี้อาจเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความรู้สึกที่แท้จริงหรือสั่งเสียบางอย่างก่อนจะเสียชีวิตได้ เนื่องจากคนในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องดังกล่าว

- ปัจจัยที่เกิดจากลักษณะของการเสียชีวิต เช่น หากผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกระทันหัน อาจจะทำให้ครอบครัวเผชิญกับความเศร้าโศกได้ลำบากกว่า รวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิตเมื่ออายุยังน้อยหรือยังไม่ถึงเวลาอันควรก็อาจจะทำให้คนในครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกได้มากกว่าปกติ

- ปัจจัยทางสังคม เช่น หากผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ค่อยมีเพื่อน หรือคนอื่นๆ ที่คอยเป็นที่ปรึกษา อาจจะทำให้มีความเศร้าโศกมากกว่าปกติ และเกิดปัญหาซึมเศร้าตามมาได้

- ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการความเศร้าโศก เช่น การใช้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือสุรา ทำให้การยอมรับความจริงของการสูญเสียลำบากยิ่งขึ้น

วิธีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญหน้ากับความเศร้าโศก

- รับฟังผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตั้งใจ (Attentive Listening) และแสดงความเข้าใจต่อการสูญเสีย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่อการสูญเสียออกมา ผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ชายมักจะมีปัญหาเรื่องการแสดงความรู้สึกของตัวเอง เนื่องจากค่านิยมของสังคมที่มองว่าผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงออกทางอารมณ์ ดังนั้นคณะที่ดูแลควรเปิดโอกาสให้คนกลุ่มนี้สามารถระบายความรู้สึกโดยจัดหาสถานที่พูดคุยที่มีความเป็นส่วนตัวและควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า "การร้องไห้ไม่ใช่สัญลักษณ์ของความอ่อนแอ แต่เป็นการแสดงออกถึงความรักที่มีต่อกัน" การเก็บความรู้สึกไว้ในใจอาจก่อให้เกิดความอึดอัดและเกิดผลเสียตามมาภายหลังได้

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักความปรารถนาดีต่อกัน ตลอดจนให้อภัยแก่กันถึงสิ่งไม่ดีที่เคยทำต่อกันมาในอดีต

- ถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการให้คณะช่วยเหลือในแง่ใดบ้าง และมีสิ่งใดที่ผู้ป่วยเป็นห่วง หรืออยากทำก่อนจะจากไปหรือไม่ (Unfinished Business)

- ประเมินว่ามีผู้ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้หรือไม่

- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือดื่มสุรา เพราะเป็นการหนีความจริง และทำให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้จริงๆ ควรจะปรึกษาแพทย์หรือคณะที่ดูแล เพื่อจะได้ให้คำแนะนำต่อไป

- หากประเมินว่ามีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ควรพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองหรือจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

การพัฒนาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเชิงระบบ

แนวทางการพัฒนางานการดูแลรักษาแบบประคับประคองเชิงระบบ ควรประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลักดังต่อไปนี้

๑. นโยบายเหมาะสม (Policy) งานการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน มีหลักการการดูแลผู้ป่วย การเบิกจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแนวทางการจัดการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน นอกจากนี้ ควรมีการกำหนดนโยบายในเรื่องการใช้ยากลุ่ม โอปิออยด์ (Opioids) และการนำยาอื่นๆ ที่จำเป็นมาใช้ในงานการดูแลรักษาแบบประคับประคองร่วมด้วย

๒. อบรมและศึกษา (Education) ควรเริ่มจากการหาผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานและการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อวางแผนเรื่องการเขียนหลักสูตร ซึ่งควรมีการอบรมทั้งสำหรับบุคลากรสายสุขภาพและประชาชนให้มีทัศนคติที่ดี รวมทั้งมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

๒.๑ บุคลากรสายสุขภาพ แบ่งเป็น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนบำบัด นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเริ่มให้มีการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับปริญญา การศึกษาหลังปริญญา และการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสายสุขภาพทุกสาขา

๒.๒ ประชาชน แบ่งเป็น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป อาจใช้สื่อ เช่น โทรทัศน์ หรือหนังสือเป็นสื่อกลาง

๓. มียาตามต้องการ (Drug Availability)

ควรมีการวางแผนเรื่องหน่วยงาน และคนที่รับผิดชอบเรื่องยาที่จำเป็นต้องใช้ในงานการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง ในการจัดหายาที่จำเป็นมาใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และในชุมชน นอกจากนี้ ควรมีการคำนวณปริมาณโอปิออยด์ (Opioids) ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องใช้จริงๆ จากหลักการคำนวณปริมาณโอปิออยด์ พบว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมอร์ฟีนเฉลี่ยประมาณ ๑๐๐ มิลลิกรัม ต่อวัน เป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๓ เดือน จากการคำนวณพบว่า ในประเทศไทยจำเป็นต้องใช้มอร์ฟีนประมาณ ๑,๐๐๐ กิโลกรัม ต่อปี แต่ในปัจจุบันมีการใช้อยู่จริงประมาณ ๔๐ กิโลกรัม ต่อปีเท่านั้น ควรมียามอร์ฟีน ซึ่งเป็นยาที่สำคัญในการระงับปวดในรูปแบบต่างๆ เช่น มอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เนิ่น (slow-released morphine) มอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เร็ว (immediate-released morphine) สำหรับมอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เร็วถือเป็นยาที่มีความสำคัญอันดับแรกที่ควรมี อาจจะเป็นในรูปแบบยาน้ำหรือยาเม็ดก็ได้ สิ่งสำคัญคือ ควรมียามอร์ฟีนดังกล่าวในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงเรียนแพทย์ อย่างไรก็ตาม ควรมีกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมการใช้ยามอร์ฟีนอย่างเหมาะสมร่วมด้วย นอกจากยามอร์ฟีนแล้ว ยังมียาที่สำคัญสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ตัวอย่างยาที่ควรมีในสถานพยาบาลตามรายชื่อยาใน IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care ดังตารางต่อไปนี้

ตัวอย่างรายชื่อยาใน **IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care**
Opioids: Morphine, Codeine, Tramadol, Fentanyl patch, Methadone
Other pain medications: Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Amitriptyline, Gabapentin, Carbamazepine
Laxatives: Bisacodyl, Senna, Enema
Psychotropic agents: Fluoxetine , Amitriptyline, Trazodone, Mirtazapine, Haloperidol, Lorazepam, Midazolam, Diazepam
Antiemetic agents: Diphenhydramine, Metoclopramide, Octreotide, Dexamethasone
Others: Dexamethasone, Loperamide, Megestrol Acetate, Hyoscine butylbromide

๔. พัฒนางานทุกระดับ (Implementation for Palliative Care Services)

ควรมีผู้นำเพื่อพัฒนางานการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้นำในชุมชน และผู้นำทางการแพทย์ เพื่อให้มีการประสานกันและวางแผนร่วมกันในการทำงาน ผู้นำในชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้คนในชุมชนเข้าใจการดูแลรักษาแบบประคับประคองซึ่งจะทำให้งานการดูแลรักษาแบบประคับประคองดำเนินไปได้ในระยะยาว ลักษณะการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเป็นสิ่งที่คนในชุมชนรู้จัก และสามารถเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยมารับการดูแลต่อได้ นอกจากนี้ควรมีการอนุญาตให้การส่งปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เป็นการส่งปรึกษาต่อจากบุคลากรกลุ่มใดก็ได้ โดยไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นที่ส่งปรึกษาต่อ เพื่อให้งานทุกระดับสามารถพัฒนาไปได้พร้อมๆ กัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างไม่มีข้อจำกัด

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น มีหลายอย่างที่คณะที่ดูแลสามารถ "ทำได้" เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ นอกจากนั้นบุคลากรสายสุขภาพที่ได้มีโอกาสทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ประสบการณ์จากการดูแลรักษาแบบประคับประคองจะช่วยทำให้คณะที่ดูแลเกิดการพัฒนาตนเอง ได้เห็นความจริงและความงามด้านอื่นๆ ของชีวิต เห็นความรัก ความผูกพัน ความปรารถนาดี และการให้อภัยต่อกัน ทำให้ผู้ที่ทำงานด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองได้มีโอกาสย้อนกลับมาดูแลชีวิตของตนเองให้มีชีวิตอย่างไม่ประมาทและทำทุกวันให้มีค่าที่สุด

ภาคผนวก ๑
คำแนะนำเรื่องการใช้ Palliative Performance Scale (PPS)

Palliative Performance Scale หรือ PPS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ ค.ศ.๑๙๙๖ (พ.ศ.๒๕๓๙) โดย Anderson และคณะที่ Victoria Hospice Society (VHS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันโดยดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale

การให้คะแนน PPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ ๕ ด้านของผู้ป่วยคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรม และความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว เมื่อรักษาภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการซึมเศร้า อาการปวด ทำให้คะแนน PPS ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

วิธีการใช้ PPS

ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย จะให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย

ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลาง เช่น ๖๕% ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน ๖๐% หรือ ๗๐% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

สามารถใช้ประเมินได้ในหลายที่ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

ผู้ประเมินจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ PPS

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๙๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๘๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
๗๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok) (ต่อ)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การรับประทาน อาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
๖๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๕๐	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๔๐	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม+/- สับสน
๓๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม +/- สับสน
๒๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม +/- สับสน
๑๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
๐	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria Hospice Society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะกรรมการ Palliative Care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

ตารางที่ ๑ Palliative Performance Scale ฉบับ ๒ (PPSv2) ฉบับภาษาไทย

จากการศึกษาพหุวิเคราะห์ (Meta-analysis) โดยดาวนิง (Downing) และคณะ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน ๑,๘๐๘ คน จากทั้งหมด ๔ การศึกษา ได้ข้อสรุปว่า PPS สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องเวลาของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคะแนน PPS น้อย มักเหลือเวลาของการมีชีวิตอยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS มากกว่า ดังตารางที่ ๒

PPS (%)	จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิต
๑๐	๒-๕
๒๐	๔-๑๐
๓๐	๑๓-๒๔
๔๐	๒๔-๓๖
๕๐	๓๗-๔๗
๖๐	๔๘-๗๗
๗๐	๗๘-๙๐

ตารางที่ ๒ : สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกันคะแนน PPS

หลังการประเมิน จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๑๑ ระดับ ตั้งแต่ ๐% หมายถึง เสียชีวิต จนถึงคะแนนเต็ม ๑๐๐% หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพเป็นปกติ โดยสามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS> ๗๐%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS ๐-๓๐%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง ๒ กลุ่มดังกล่าว (PPS ๔๐-๗๐%)

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

๑. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในคณะที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มองภาพของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคไปในแนวทางเดียวกัน

๒. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าว ๆ และติดตามผลการรักษา

๓. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice)

๔. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน ๐-๔๐% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น

๕. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

มีข้อควรระวังว่าจำนวนวันที่สามารถกะประมาณจากคะแนน PPS นั้นเป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากงานวิจัย ไม่สามารถนำมาเป็นตัวเลขการคาดการณ์ที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้ จึงไม่ควรบอกตัวเลขที่ได้จากตารางกับผู้ป่วยโดยตรง PPS เพียงช่วยให้บุคลากรในคณะสามารถสื่อสารกันได้สะดวกมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงเวลาที่ทุกคนต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น สิ่งที่สำคัญกว่าการบอกระยะเวลาคือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่เมื่อเราประเมินผู้ป่วยได้คร่าว ๆ ว่าผู้ป่วยเหลือเวลาในชีวิตอย่างจำกัด

หมายเหตุ วิธีแยกการช่วยเหลือตัวเองของระดับ ๔๐-๖๐% เป็นดังนี้

๖๐% : ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำได้แต่ต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

๕๐% : พาผู้ป่วยไปห้องน้ำแต่ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันเองได้

๔๐% : ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำและต้องอาบน้ำแปรงฟันให้ผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยใส่ NG Tube ให้ใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการกินอาหารก่อนใส่ NG Tube ในการให้คะแนน

ภาคผนวก ๒
คำแนะนำในการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS เป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS มีชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน

อาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด ๙ อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข ๐-๑๐ โดยเลข ๐ หมายถึงไม่มีอาการและเลข ๑๐ หมายถึงมีอาการมากที่สุด

ESAS (Edmonton Sympton Assessnment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด										มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย										มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการคลื่นไส้										มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการซึมเศร้า										มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่วิตกกังวล										วิตกกังวลมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ										มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่....										
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐

รูปที่ ๑ แสดงแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทย

เหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อย หากผู้ประเมินไม่ได้ใช้แบบประเมิน ESAS อาจลืมถามในบางอาการได้ ทำให้ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนและอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS

๑. ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือคณะที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย

๒. ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองหรืออาจให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเองไม่ได้ และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้ทั้งจากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด หากเป็นไปได้แนะนำให้ทำการทดสอบ Thai MMSE ควบคู่ไปกับ ESAS ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือมีปัญหาความจำ

๓. หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล และภาวะความสุขสบายของกายและใจ

๔. ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

๕. นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก ๐-๑๐ แล้ว หากเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลของการประเมินที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดในขณะที่ประเมินเท่ากับ ๑๐ ผู้ประเมินอาจจะถามเพิ่มว่าหลังได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการปวดลดลงหรือไม่ และอยู่ในระดับเท่าใด

๖. เมื่อใช้ ESAS ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรถามคำถามง่ายๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าปวดเท่ากับ ๑๐ แต่เมื่อถามว่าปวด ๑๐ คะแนน เป็นปวดมาก ปานกลาง หรือปวดน้อย ผู้ป่วยกลับตอบว่าปวดน้อยอาจต้องสงสัยว่าคะแนนที่ได้อาจไม่น่าเชื่อถือ

๗. สามารถใช้ ESAS ในการตั้งเป้าหมายการรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวด ๑๐ คะแนน ให้ลองถามผู้ป่วย ระดับที่ผู้ป่วยพอใจหรือระดับที่ผู้ป่วยพอจะใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเพื่อตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน

๘. การประเมินอาการด้วย ESAS เป็นความเห็นส่วนบุคคล (Subjective) จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยอาจให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจไม่เท่ากัน

๙. หลังจากประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของกระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

- **กรกฎาคม ๒๕๕๓** รัฐบาลชุดที่มีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๓ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) เป็นหน่วยเลขานุการทำหน้าที่ดูแลการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- **พฤศจิกายน ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๕** มีการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยมีฐานจากงานวิชาการและมีการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากหน่วยงาน องค์กร ประชาคมและเครือข่ายต่างๆ อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ผ่านเวทีสมัชชามีผู้แสดงความเห็นรวมกว่า ๑๕๐,๐๐๐ คน
- **๑๘ ธันวาคม ๒๕๔๕** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี
- **๑๐ สิงหาคม ๒๕๔๗** คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบในหลักการ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา
- **กรกฎาคม ๒๕๔๘** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา
- **๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๘** ครม.มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ฉบับที่ปรับปรุงโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาและให้เสนอจัดเข้าระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร
- **๑๙ กันยายน ๒๕๔๙** มีประกาศคณะปฏิรูปการปกครองฯทำให้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่อยู่ในระเบียบวาระการประชุมของสภาตกไป
- **๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๙** ครม. (พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์) มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้นำเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาต่อไป
- **๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๙** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
- **๔ มกราคม ๒๕๕๐** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ผ่านการพิจารณาและลงมติจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ประกาศใช้เป็นกฎหมาย
- **๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐** พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐
- **เมษายน ๒๕๕๑** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและ จริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อจัดทำชุดความรู้ประกอบการยกร่างกฎกระทรวงตามความในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

- **พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๑** มีการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของสิทธิตามมาตรา ๑๒ และวางกรอบและยกร่างกฎกระทรวงที่จะออกตามความในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ตลอดจนยกร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line) ตามกฎกระทรวง
- **๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑** ประชุมวิชาการ เรื่อง "สิทธิการตายอย่างมีสุขภาวะตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐" ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ
- **มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒** มีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ
- **๑๗ กุมภาพันธ์ - ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๒** ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้นำเอาความเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมหลายๆ ครั้งไปปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ และเสนอให้ สช. เพื่อนำร่างกฎกระทรวงฯ ไปรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นวงกว้างทั่วประเทศ โดยส่งให้กับสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน คณะ/วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ทั่วประเทศ คณะ/วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ นักกฎหมาย นักวิชาการ ประชาชนที่สนใจ ซึ่งมีข้อเสนอแนะกลับมาที่ สช. ทั้งสิ้น ๙๓ ราย โดยแบ่งเป็น ๘๘ องค์กรและบุคคล ๕ คน
- **พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๒** สช. ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯ ในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข ๔ ภาค
  - เชียงใหม่ วันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
  - ขอนแก่น วันที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๕๐ คน
  - หาดใหญ่ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
  - กรุงเทพมหานคร วันศุกร์ที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
- **กรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๕๒** สช. โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนำความเห็นที่ได้จากเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศมาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงและนำเสนอร่างกฎกระทรวงฯต่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.)
- **๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๒** ร่างกฎกระทรวงฯ คสช. โดย คสช. มีมติให้เสนอร่างกฎกระทรวงฯ ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.)
- **๘ ธันวาคม ๒๕๕๒** ร่างกฎกระทรวงฯ ได้รับการพิจารณาจาก ครม. โดย ครม.มีมติเห็นชอบในหลักการและให้ส่งร่างกฎกระทรวงฯให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา

- **๑๔ มกราคม - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓** ร่างกฎกระทรวงฯ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะกรรมการกฤษฎีกาคณะที่ ๑๐) โดยมีการประชุมทั้งสิ้น ๗ ครั้งมีการเชิญผู้แทนหน่วยงานต่างๆ มาร่วมให้ความเห็นได้แก่ (๑) แพทยสภา (๒) กระทรวงสาธารณสุข (๓) กระทรวงยุติธรรม (๔) สำนักงานศาลยุติธรรม (๕) สำนักงานอัยการสูงสุด (๖) กรมการแพทย์ (๗) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๘) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- **๑ มิถุนายน ๒๕๕๓** สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาส่งหนังสือเพื่อให้ สช.และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ยืนยันร่างกฎกระทรวงฯ
- **๘ มิถุนายน ๒๕๕๓** สช. ยืนยันร่างกฎกระทรวงฯ ต่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
- **๑๐ กันยายน ๒๕๕๓** สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาส่งร่างกฎกระทรวงฯที่พิจารณาปรับปรุงแล้วกลับสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (สลค.)
- **๒๑ กันยายน ๒๕๕๓** สลค. แจ้ง สช. ว่ากฎกระทรวงฯพิจารณาเสร็จเรียบร้อยแล้วและให้ สช. นำเสนอให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม
- **๒๘ กันยายน ๒๕๕๓** สช.นำร่างกฎกระทรวงฯ ให้นายกรัฐมนตรีลงนาม
- **๓๐ กันยายน ๒๕๕๓** สช.นำร่างกฎกระทรวงฯ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม
- **๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓** กฎกระทรวงฯ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก โดยกำหนดให้กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด ๒๑๐ วันนับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **๑๘ มกราคม ๒๕๕๔** สช. จัดเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔** คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนำความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯ มาพัฒนาร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line)
- **๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔** คสช. เห็นชอบต่อร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line) ตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔** กฎกระทรวงฯ มีผลใช้บังคับ
- **๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔** ร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ประกาศลงราชกิจจาบุเบกษา

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในประเทศไทย[ก]

- **พ.ศ.๒๕๒๕** ประเทศไทยมีการอบรมระดับประเทศ National Workshop on Cancer Pain
- **พ.ศ.๒๕๓๐** พญ.พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวด จัดให้มียามอร์ฟีนออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทานแบบน้ำเชื่อมในโรงพยาบาลศิริราช
- **พ.ศ.๒๕๓๓** ผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดตั้ง ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Chapter of the International Association for the Study of Pain)
- **พ.ศ.๒๕๓๔** พญ.พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน และคณะ แปลหนังสือ *Cancer Pain Relief* ขององค์การอนามัยโลกเป็นภาษาไทยชื่อ *การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง* ตีพิมพ์เป็นครั้งแรก
- **พ.ศ.๒๕๓๕** พระอุดมประชาทร (อลงกต ติกฺขปญฺโญ) ก่อตั้ง "โครงการธรรมรักษ์นิเวศน์" ให้เป็นบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ปัจจุบันมีเตียงรับผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็กถึง ๔๐๐ เตียง เป็นที่รู้จักในชื่อ AIDS Temple Hospice
- **พ.ศ.๒๕๓๖** พระธรรมโกษาจารย์ พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปัญโญ) มรณภาพ เป็นเหตุการณ์สำคัญที่มีส่วนทำให้สาธารณชนเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาทางพุทธศาสนา ซึ่งมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นกรณีศึกษาเรื่องการบูรณาการความรู้ทางการแพทย์ กับภูมิปัญญาทางศาสนา สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงการยื้อชีวิตเอาไว้เท่านั้น
- **พ.ศ.๒๕๓๖** คณะบาทหลวงในคริสตศาสนาก่อตั้งสถานพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยเอดส์ขึ้นหลายแห่ง เช่น คณะภราดาน้อยฟรันซิสกันก่อตั้ง "St. Claire's Hospice" ที่จังหวัดปทุมธานี บาทหลวง GioVanni Contarin มูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย ก่อตั้ง "ศูนย์บรรเทาใจ" ที่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งต่อมาได้ย้ายออกไปอยู่ที่จังหวัดระยองในชื่อ คามิลเลียนโซเชียลเซนเตอร์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘
- **พ.ศ.๒๕๓๙** นพ.สถาพร ลีลานันทกิจ แพทย์ประจำคลินิกระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เริ่มโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นครั้งแรก
- **พ.ศ.๒๕๔๐** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน Palliative Care สำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจากทั่วประเทศเป็นครั้งแรก โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.Ian Maddocks และพยาบาล Kevin Burrett จาก International Institute of Hospice Studies, The Flinders University of South Australia ประเทศออสเตรเลีย เป็นวิทยากรหลัก
- **พ.ศ.๒๕๔๒** นโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการบรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๒

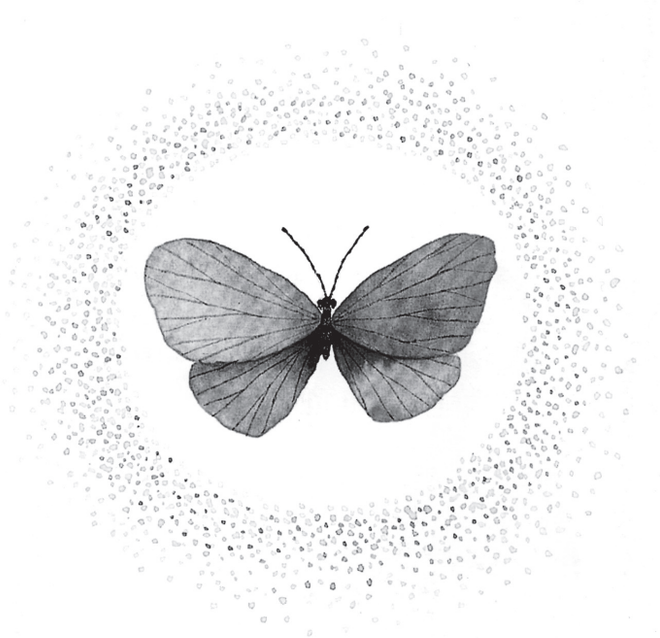
[ก] รศ.นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- **พ.ศ.๒๕๔๑** นพ.ธนเดช สินธุเสกและพยาบาลจากศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เดินทางไปดูงานที่ San Diego Hospice และ Hernando Pasco Hospice ประเทศสหรัฐอเมริกา และกลับมาเริ่มการบริการด้านนี้ที่สถาบันของตน
- **พ.ศ.๒๕๔๑** นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับทุนจากประเทศออสเตรเลีย เดินทางไปดูงานที่ Daw House Hospice, International Institute of Hospice Studies, The Flinders University of South Australia ประเทศออสเตรเลีย และกลับมาจัดระบบบริการด้านนี้ในรูปแบบคณะกรรมการของโรงพยาบาล และแปลหนังสือ *Palliative Care: A Guide for General Practitioners* ของ นพ.Ian Maddocks เป็นภาษาไทย ชื่อ *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์* ตีพิมพ์ในปีต่อมา (พ.ศ.๒๕๔๒)
- **พ.ศ.๒๕๔๒** วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย บรรจุความรู้เกี่ยวกับดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- **พ.ศ.๒๕๔๕** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บรรจุหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- **พ.ศ.๒๕๔๗** พระไพศาล วิสาโล ประธานเครือข่ายพุทธิกา จัดทำโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เพื่อสร้างเครือข่ายที่มีความรู้ ทักษะ และจิตอาสาในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- **๒ - ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๔๗** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการประชุมวิชาการหัวข้อ "Palliative Care : From Principles to Practice in Thailand" ที่จังหวัดสงขลา โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.Ian Maddocks และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพทั่วประเทศเป็นวิทยากร ทำให้ผู้สนใจงานด้านนี้จากทั่วประเทศได้มีโอกาสพบปะทำความรู้จัก แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันอย่างรอบด้าน และนับเป็นการประชุมวิชาการเฉพาะเจาะจงเรื่องนี้ระดับประเทศเป็นครั้งแรก
- **มกราคม พ.ศ.๒๕๔๘** บุคลากรสุขภาพ ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัคร และผู้ป่วยที่มีความสนใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกันจัดตั้งชมรมฮอสพิซ และการดูแลแบบประคับประคอง โดยมี นพ.ธนเดช สินธุเสก ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นประธานชมรมคนแรก
- **๑๗ - ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๔๘** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นเจ้าภาพการสัมมนาบูรณาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา ที่จังหวัดสงขลา โดยการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนเรื่องนี้ระหว่างโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ในประเทศไทย

- **๑๙ - ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๘** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันจัดการประชุมวิชาการหัวข้อ "End of Life Care : Improving Care for the Dying" ที่กรุงเทพมหานคร และได้ตีพิมพ์หนังสือประกอบการประชุมชื่อเดียวกัน ซึ่งรวบรวมความรู้ด้านนี้ของผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพทั่วประเทศอย่างสมบูรณ์
- **พ.ศ.๒๕๔๙** สารคดีเรื่อง "เผชิญความตายอย่างสงบ" ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง ๑๑ กรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเกี่ยวกับการเตรียมตัวเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับรางวัลแสงชัย สุนทรวัฒน์ ประเภทสารคดีเชิงข่าวในรายการข่าวโทรทัศน์ยอดเยี่ยม จากสมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย
- **พ.ศ.๒๕๔๙** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับประชาชนคือ การส่งเสริมกิจกรรมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือสังคม
- **๑๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **พ.ศ.๒๕๕๐** สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) กระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ได้รวบรวมสถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับความตายในสังคมไทย เพื่อจัดทำเป็นหนังสือชื่อ *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*
- **พ.ศ.๒๕๕๐** ชมรมฮอสพิซและการดูแลแบบประคับประคอง จดทะเบียนก่อตั้งเป็นมูลนิธิชีวันตารักษ์ โดยมี ดร.นพ.สกล สิงหะ เป็นประธานมูลนิธิคนแรก ปัจจุบันมี ดร.นพ.มโน เลาหวณิช เป็นประธาน
- **๒๙ ตุลาคม - ๒ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๐** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกันจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาจารย์แพทย์หัวข้อ "Palliative Care for Health Educators" ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โดยมีวิทยากรจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- **พ.ศ.๒๕๕๑** ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย จดทะเบียนเป็นสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association for the Study of Pain)
- **๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๒** เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network, MS-PCARE) ก่อตั้งขึ้น เป็นส่วนหนึ่งในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ระยะ ๔ ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) โดยการสนับสนุน

ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มี นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นประธาน

- **พ.ศ.๒๕๕๓** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกสำนักงานเขตให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ดำเนินโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- **๒๒ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓** กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๓** แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดย พญ.ดาริน จตุรภัทรพร และ นพ.กิติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ได้รับการนำเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อใช้ประกอบแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวง ตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔** กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มีผลใช้บังคับ



รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

๑. นายวิชัย โชควิวัฒน
๒. ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย
๓. ศาสตราจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
๔. ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส
๕. รองศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำลี ใจดี
๗. นางกรรณิกา วิริยะกุล
๘. นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ
๙. นายชูชัย ศุภวงศ์
๑๐. นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
๑๑. นายอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
๑๒. นายกแพทยสภา หรือผู้แทนสำรอง
๑๓. นายกสภาการพยาบาล หรือผู้แทนสำรอง
๑๔. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทนสำรอง
๑๕. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข

กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติ
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข
กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พิมพ์ครั้งที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ จำนวน ๕๐,๐๐๐ เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๔ จำนวน ๓๐,๐๐๐ เล่ม
เลขมาตรฐานสากล ๙๗๘-๙๗๔-๓๕๐-๖๑๕-๔

ผู้จัดพิมพ์
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ๑๔
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๒ ๘๓๒ ๙๑๐๐ โทรสาร ๐๒ ๘๓๒ ๙๐๐๑
www.nationalhealth.or.th, www.thailivingwill.in.th

ภาพประกอบ
พรเนตร อร่ามมงคลวิชัย
(ขอขอบพระคุณ คุณอโนทัย เจียรสถาวงศ์ ที่เอื้อเฟื้อลิขสิทธิ์ภาพประกอบ)

ศิลปกรรม
วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

พิมพ์ที่
ทีคิวพี บจก. เลขที่ ๖๘๕ ซ.ลาดพร้าว ๗๑ ถ.ลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง
เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๙๕๖ ๑๙๓๗, ๐๘๐ ๕๙๙ ๖๖๘๒

คำนำ

ปัญหาที่พบบ่อยครั้งในเวชปฏิบัติที่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว อำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะไปอยู่ในที่ญาติและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งบ่อยครั้งที่การตัดสินใจของทั้งสองฝ่ายนี้อาจไม่ลงรอยกันจนเกิดเป็นปัญหาความสัมพันธ์ หรือสิ่งที่ได้ตัดสินใจร่วมกันนั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงต้องหาหนทางที่สามารถให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วสามารถสื่อเจตนาของตนออกมาให้ผู้บริการสาธารณสุขและญาติได้รับรู้ รับทราบ เพื่อที่ทุกฝ่ายจะได้ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้จากไปอย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากมูลเหตุดังที่กล่าวมาข้างตนเป็นที่มาของแนวคิดในการร่างมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กล่าวคือ มาตรา ๑๒ นี้ได้รับรอง "สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข" ที่มนุษย์แต่ละคนมีติดตัวตนเองมาแต่กำเนิดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สิทธิดังกล่าวนี้มีรากฐานมาจาก "สิทธิในชีวิตและร่างกาย" ที่บุคคลแต่ละคนสามารถที่จะเลือกหรือวางแผนการที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลชีวิตของตนเองได้

โดยที่ การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถทำโดยวาจาหรือทำเป็นหนังสือก็ได้ แต่การที่ มาตรา ๑๒ กำหนดวิธีให้ทำเป็นหนังสือก็เพื่อต้องการให้สิทธิของบุคคลได้รับการยอมรับและปฏิบัติได้จริงและเพื่อเป็นการคุ้มครองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวงดังที่ปรากฏความในวรรค ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยรายละเอียดในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

คู่มือฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดทำเพื่อเป็นคู่มือสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยในเอกสารนี้มีแนวทางการปฏิบัติทางกฎหมายและทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณ คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ที่ได้ช่วยยกร่างและพัฒนาคู่มือฉบับนี้ขึ้นมา หากท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคู่มือฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอได้โปรดให้ข้อเสนอแนะด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

อำพล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำนำ..... ๓

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๖

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๙

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ
ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ
ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓..... ๑๓

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม
มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐..... ๒๗

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)..... ๓๓

ภาคผนวก ๑ คำแนะนำเรื่องการใช้ Palliative Performance Scale (PPS)..... ๔๓

ภาคผนวก ๒ คำแนะนำในการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)..... ๔๗

ลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญของกระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวง
เพื่อรับรองสิทธิในการเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืด
การตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย..... ๔๙

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
(Palliative Care) ในประเทศไทย..... ๕๒

รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ..... ๕๖

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตาม
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

หลักการ

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

เหตุผล

โดยที่มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติให้ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓[ก]

.....

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป[ข]

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

"หนังสือแสดงเจตนา" หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

"บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

"วาระสุดท้ายของชีวิต" หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

"การทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

"ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

[ก] ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๑๘ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

[ข] กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
นายกรัฐมนตรี

นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓[ก]

.....

เพื่อให้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาได้อย่างถูกต้องสมดังเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้เป็นไปตามแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๔

นายอำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

[ก] ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๘ ตอนพิเศษ ๕๖ ง หน้า ๑๓ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปฏิญญาลิสบอนว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ค.ศ.๑๙๘๑ (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ.๒๐๐๕) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม ว่าเป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (good death) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (futile treatment)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ยืนยันเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ในมาตรา ๔, มาตรา ๒๘ และมาตรา ๓๒ วรรคหนึ่ง และสิทธิในการตัดสินใจของตนเองเรื่องการรักษาพยาบาล ถือเป็นเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

คำแนะนำเบื้องต้น

๑) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไม่ใช่การทำการุณยฆาต (Mercy Killing) แต่อย่างใด

๒) มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน

๓) ผู้ที่ควรทำหนังสือนี้เป็นลำดับต้นๆ น่าจะได้แก่ ผู้ที่ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทกับการดำเนินชีวิตของตนที่ประสงค์จะให้การเสียชีวิตของตนมีลักษณะเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ตามแนวทางศาสนาที่ตนนับถือหรือตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ไม่ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

๔) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจทำหนังสือนี้ ในกรณีของผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้

แต่อย่างไรก็ดี การพูดคุยและปรึกษาหารือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งอันเกิดมาจากการรับบริการสาธารณสุข

๕) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง โดยโรงพยาบาลต่างๆ สามารถไปออกแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพิ่มเติมได้ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๑

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

โดยที่กฎกระทรวงประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ดังนั้นกฎกระทรวงจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

กฎกระทรวง ข้อ ๒ คำนิยาม

"หนังสือแสดงเจตนา" หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือที่ไม่ต้องการรับการบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาบางอย่าง ในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนาโดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อาการทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้

หนังสือนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถวางแผนการรักษาได้ โดยใช้หนังสือดังกล่าวเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุเนื้อหาของการแสดงเจตนาในกรณีใดกรณีหนึ่ง หรือทั้งสองกรณีดังต่อไปนี้ได้

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตายไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฯลฯ

"บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ทำหนังสือปฏิเสธไว้ ได้แก่ การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผลเพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น

การทำหนังสือแสดงเจตนานี้ไม่ได้ทำให้ผู้ทำหนังสือถูกละทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative Care)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น "วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน"

"วาระสุดท้ายของชีวิต" หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ (inevitably progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยให้บรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายอย่างมิอาจเลี่ยงได้ภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือนแล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้เอง แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ ต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่า สภาพผักถาวร (Persistent / Permanent Vegetative State - PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตไว้ การที่จะใช้ชีวิตอยู่แบบนั้นเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไป ทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อญาติ

"การทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ความเจ็บป่วยจัดเป็นอาการผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ความเจ็บป่วยจึงเป็นความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ควรยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยจริงถ้าผู้นั้นระบุว่าอาการที่มีคือความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องนี้จะต้องคำนึงถึงสภาพและความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นกรณีๆ ไปด้วย

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจ ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายหรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น

"ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามกฎกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพตามที่รัฐมนตรีกำหนด

"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๓

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

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

(๑) คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และกฎกระทรวงตามมาตรานี้ มิได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์อายุ ๑๘ ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุครบ ๑๘ ปีบริบูรณ์ มีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

(๒) การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่างๆ รอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาและสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้หรือไม่ โดยการพิจารณาเหล่านี้ควรใช้วิจารณญาณของผู้ประเมิน ตลอดจนคำนึงถึงข้อจำกัดและสภาพแวดล้อมในเวลานั้นเป็นสำคัญ แต่หากผู้นั้นยังมีสภาพอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ก็อาจนัดให้มาทำหนังสือในภายหลังได้ หรืออาจปรึกษาจิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

(๓) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอธิบายแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ ผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรอธิบายแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและความเป็นไปของโรคที่เป็นจริงในขณะนั้นให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำหนังสือ ไม่ควรปกปิดข้อมูลเพราะการปกปิดมักจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี หากเป็นความต้องการของญาติที่จะปกปิดข้อมูลแล้ว แพทย์ควรที่จะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิด และหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนทักษะเรื่อง "การแจ้งข่าวร้าย"

(breaking bad news) แก่ผู้ป่วยและญาติ

(๔) เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาจึงควรมีข้อมูลตามที่ระบุไว้ตามกฎกระทรวง ข้อ ๓ (กรุณาดูรายละเอียดในตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาในภาคผนวก) ดังนี้

๑) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการติดต่อ

การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนไข้ที่อยู่ในการดูแลของตนเอง และหากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่ไว้วางใจ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จนอาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

๓) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่ยื้อชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ดีผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข หรือผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว การถ่ายเลือด การล้างไต เป็นต้น

๔) การทำหนังสือแสดงเจตนา ทำได้ ๒ วิธีการคือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสื่อสารพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้ และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนา ในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน

(๕) การระบุชื่อผู้ใกล้ชิด

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อผู้ใกล้ชิด (เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือหรือไว้วางใจ) ซึ่งตามกฎหมายเรียกว่า "ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา" ไว้เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือร่วมปรึกษาหารือและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในขณะที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ

(๖) คำแนะนำการลงนามเป็นพยานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

กฎหมายไม่ได้ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ลงนามเป็นพยานในหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ดีแพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาที่ตนเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องมาจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาหรือละทิ้งเพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้

รายละเอียดอื่นๆ ในหนังสือแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา ให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร โดยคำนึงถึงศักยภาพ ภาระหน้าที่ของบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นเป็นสำคัญ

กฎกระทรวง ข้อ ๔

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

แม้ว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่เพื่อความรอบคอบในการทำหนังสือ ควรขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ฉะนั้นการทำหนังสือที่สถานบริการสาธารณสุขจึงมีประโยชน์ กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือสามารถขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รักษาหรือเคยให้การรักษาตนเอง ถือเป็นการวางแผนการรักษาล่วงหน้าร่วมกัน

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ควรอำนวยความสะดวกตามสมควร กล่าวคือ ดำเนินการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานมากจนเกินไป ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขไม่ควรชี้นำหรือเร่งรัดการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดการเข้าใจผิดว่าจะละทิ้งผู้ป่วยเพราะไม่อาจรักษาโรคได้แล้ว

สถานบริการสาธารณสุขควรที่จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การจัดป้ายนิเทศ การทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจหนังสือแสดงเจตนาเข้ามาปรึกษาหารือหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา

กฎกระทรวง ข้อ ๕

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

<u>คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน</u>

(๑) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

(๒) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการจดบันทึกข้อมูล

ในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยหรือเวชปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ควรจดบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน ในกรณีพยาบาลควรจดบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Note)

(๓) การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวง ข้อ ๓ หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยานหรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ

(๔) คำแนะนำในการจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา

๑) การเก็บหนังสือแสดงเจตนาลงในเวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อเจตนาของผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขด้วยกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติและมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

๒) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนา แล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้น หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

๓) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนานั้นเพิ่มอีก ๑ ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้นั้นเข้ารับการรักษาตัวต่อไป

๔) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือนั้นไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

สิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือ ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนานี้ ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียน

การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้ ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

๒) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือนั้นเคยจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไปหรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะให้บุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้นและควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย

นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนานั้นต้องไปแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาให้ตรงกับที่แก้ไขใหม่ด้วย

กรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

เวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

๓) หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกการแก้ไขหรือยกเลิกนั้นลงในเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาลด้วย

กฎกระทรวง ข้อ ๖

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๑) และ (๒)

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ข้อ ๖ (๑) และ (๒)

การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสืออาจขอระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นการชั่วคราว หรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเลย หรืออาจยืนยันให้ดำเนินการตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาก็ได้

๒) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในอนาคต ทั้งนี้

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรย้ำว่ามิได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่ยังให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมาน

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้และผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๓)

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ปัญหาการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา และการป้องกันและแก้ไขข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

กรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่พอที่จะติดต่อสื่อสารได้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาควรปรึกษาหารือกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาปรึกษาหารือกับผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อไว้

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปรึกษาหารือกับญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ

หากไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างฝ่ายผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกับฝ่ายญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญ

สถานบริการสาธารณสุขอาจพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

กฎกระทรวงข้อ ๖ (๔)

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

การระงับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาระหว่างการตั้งครรภ์

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการ

รักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราวจนกว่าผู้นั้นจะพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์เพื่อคุ้มครองชีวิตในครรภ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

(๑) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีเหตุฉุกเฉิน

กรณีผู้ป่วยมีเหตุฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

แต่เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ระยะหนึ่งพบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษาควรเคารพเจตนารมณ์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยควรแจ้งให้ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน หรือบุคคลที่มีชื่อปรากฏในหนังสือแสดงเจตนาทราบแล้วดำเนินการตามหนังสือ โดยในการดำเนินการนั้นให้พิจารณาหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองควบคู่กันไปด้วย

(๒) การพิจารณายุติการให้การรักษาที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

กรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพิจารณายุติการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (withdraw) แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนดำเนินการในเรื่องนี้เพื่อป้องกันความเข้าใจผิด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการปฏิบัตินี้มาพิจารณาปรับใช้ได้ โดยควรพิจารณาปัจจัยประกอบต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยในระยะยาว ความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ ภาระค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย ฯลฯ เป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ ต้องไม่ถือเอาผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นตัวตัดสิน

(๓) การส่งตัวผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ทำหนังสือแสดงเจตนากลับบ้าน

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุความต้องการที่จะกลับบ้านไว้ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตที่บ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรประสานงานให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ความเห็นเพื่อใช้ประกอบการขอใบมรณบัตรตามความเหมาะสม

(๔) ผลทางกฎหมายต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปฏิบัติตามความประสงค์ที่แสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญาแต่อย่างใด ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายต้องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเกิดความสบายใจไม่ต้องกังวลว่าจะมีความผิดเมื่อได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

ในทางกลับกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ยินยอมปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่แจ้งให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดทราบถึงเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตามผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาควรแนะนำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขท่านอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

ภาคผนวก

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปนี้สามารถแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจกรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ในเว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th

คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู

๒. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

๓. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้นั้นกำกับไว้ในหนังสือนั้นด้วย

๔. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

๕. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ ๑ ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

๖. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

๗. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัยไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

๘. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่ .....

วันที่ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

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

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้า มีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น ☐

.....

มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง ☐

.....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น ☐

.....

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา ☐

.....

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

---

๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๒. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

---

๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วยหรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย

☐ ยอมรับ
☐ ไม่ยอมรับ
.....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ *ยุติการบริการ (withdraw)* ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)
.....
☐ .....
☐ .....

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

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

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

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่ .....

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

บัตรประชาชนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

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

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

☐ การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)

☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน

☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด

☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ

☐ .....

☐ .....

☐ .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้น *กรุณาหยุดการบริการ (withdraw)* ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง

☐ .....

☐ .....

☐ .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

☐ การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)

☐ .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ - นามสกุล) .....ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

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

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการตายส่วนใหญ่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคมะเร็งและกลุ่มโรคทางหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจและสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ แต่บางรายอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น "ผู้ป่วยที่หมดหวัง" ที่ไม่มีวิธีการรักษาใดๆ เพิ่มเติม ทั้งๆ ที่ยังมีอีกหลายวิธีที่บุคลากรสายสุขภาพสามารถทำได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในคำภาษาไทย อาจเรียกชื่อ Palliative Care ได้หลายอย่าง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือแบบประคับประคอง หรือการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิถีแห่งการคลายทุกข์ อย่างไรก็ตาม คำในภาษาไทยทั้งหมดยังไม่สามารถอธิบายหลักการของ Palliative Care ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน ในบทความนี้จึงขอใช้คำว่า "การดูแลรักษาแบบประคับประคอง" แทน "Palliative Care" เพื่อให้ตรงกับคำในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.๒๕๕๓

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง คืออะไร

ในปีพ.ศ.๒๕๕๓ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่าเป็น "วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย" มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ "ตายดี"

ปัจจุบัน ทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น *"วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน"*

การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช่การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำในกรณีเดียวเท่านั้นคือ เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง

เช่น ต้องการรอใครบางคนให้ทันกลับมาพบกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของคนในครอบครัว เป็นต้น

หลักการอื่นๆ ที่สำคัญของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่

- ยอมรับ "การเสียชีวิต" ว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของชีวิต
- ให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลอาการทางกายเสมอ
- ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล
- การดูแลควรให้ความสำคัญต่อค่านิยม ความเชื่อ และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว
- มีระบบการดูแลที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนให้การดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว
- การดูแลควรทำในลักษณะของคณะสหวิชาชีพ เพื่อให้คณะผู้ดูแลสามารถดูแลปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีที่สุด
- สามารถทำควบคู่ไปพร้อมๆ กับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ตั้งแต่ระยะแรกๆ ของโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

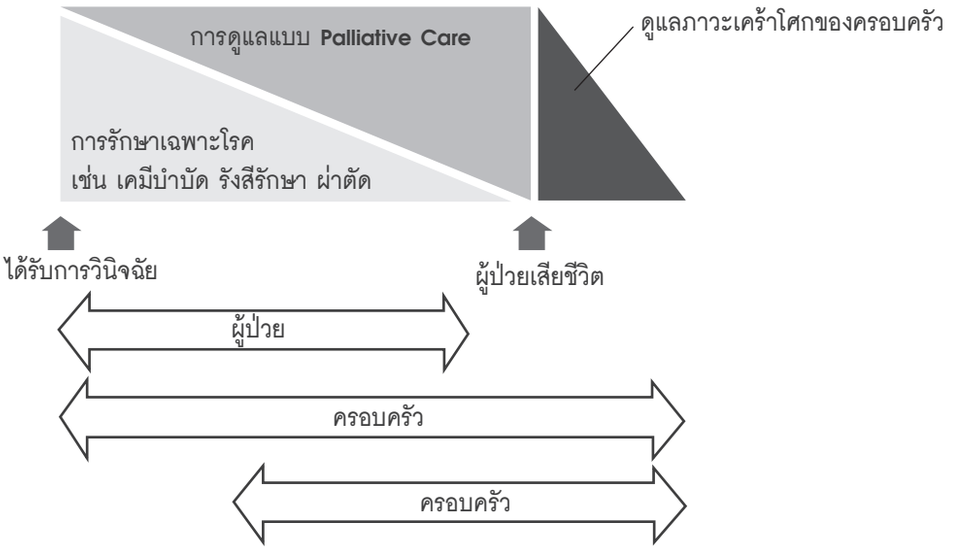
ใครบ้างที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือป่วยในระยะสุดท้าย ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกที่เหลือในครอบครัวในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักก็อาจจะมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงินของครอบครัว การดูแลรักษาแบบประคับประคองจึงต้องเริ่มต้นด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแลโดยให้ความเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

การดูแลรักษาแบบประคับประคองจึงไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ในบางกรณีผู้ดูแลหลักอาจไม่ใช่สมาชิกครอบครัว โดยอาจเป็นเพื่อนสนิท คนรู้จัก หรือคนที่จ้างมาดูแลแทน ในกรณีดังกล่าว มีความจำเป็นที่คณะผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลด้วย เพราะเป็นผู้ที่ได้เห็นประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลมากเกินไป หรือรู้สึกเศร้าโศกรุนแรงหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไป

การดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเริ่มเมื่อใด

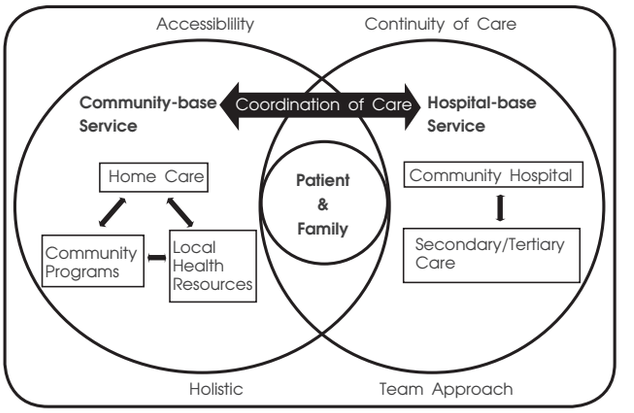
การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวควรเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลจะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ที่สำคัญ การดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมีลักษณะ "เชิงรุก" คือ สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาของการดำเนินโรค ดังรูปที่ ๑



รูปที่ ๑ แสดงภาพรวมของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถทำได้ที่ไหน

การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถทำได้ทั้งที่สถานพยาบาลและในส่วนของชุมชน ดังแสดงในรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ แสดงรูปแบบการจัดบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคองในชุมชน

สถานพยาบาลอาจจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ในระดับของชุมชน อาจจะประกอบไปด้วยทีมเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หน่วยงานภาคประชาชน หรือองค์กรอิสระต่างๆ ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยการดูแลรักษาแบบประคับประคองตลอดจนแหล่งทรัพยากรสุขภาพในชุมชน ที่สามารถเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในมิติต่างๆของ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เช่น วัด เป็นต้น ที่สำคัญคือ ในแต่ละส่วนของการดูแล ทั้งในสถานพยาบาลหรือในชุมชน ควรมีการประสานงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility) มีการดูแลแบบเป็นองค์รวม (holistic care) โดยทีมสหวิชาชีพ (team approach) และมีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

การดูแลรักษาแบบประคับประคองทำได้อย่างไร

แบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น ๔ ส่วนหลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม เพื่อให้ง่ายในการนำไปปฏิบัติ จึงสรุปเป็นตัวย่อของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วย Palliative Care และครอบครัว โดยใช้คำย่อว่า "LIFESS" ซึ่งมีความหมายของอักษรแต่ละตัว ดังนี้

L = "Living Will"

หมายความรวมถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา (goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ในส่วนนี้ครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การใส่ท่ออาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือปั๊มหัวใจ เมื่อโรคทรุดลง
- บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยป่วยหนักจนอาจจะไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Power of Attorney หรือ POA)
- สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิต เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาล โดยอาจจะเป็นสถานที่เดียวกัน หรือคนละที่ก็ได้
- สิ่งคั่งค้างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ (unfinished business) หรือปรารถนาที่จะทำ (wishes) ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ผู้ป่วยอาจใช้วิธีเขียนหนังสือแสดงเจตนา หรือแจ้งกับครอบครัว หรือคณะที่ดูแล เพื่อสื่อสารความต้องการของตนเอง

I = "Individual Belief"

หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย หรือการเสียชีวิต ในส่วนนี้จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- สิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยเองมากที่สุดในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
- ศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ
- ประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ ควรเป็นการดูแลตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องระวังไม่นำเอาความเชื่อของคณะที่ดูแลไปมีผลต่อวิธีการดูแลผู้ป่วย

- ในกรณีที่คณะที่ดูแลไม่ทราบเกี่ยวกับศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย ควรถามผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หรือแนะนำให้ปรึกษาผู้มีความรู้หรือผู้นำทางศาสนาที่สามารถให้คำแนะนำแก่คณะได้

- เครื่องมือที่สามารถนำเข้ามาใช้ในการประเมินทางความคิดและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ FICA ซึ่งย่อมาจาก

F: Faith หมายถึง อะไรคือความเชื่อ หรือสิ่งที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน

I: Importance and Influence หมายถึง ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร

C: Community หมายถึง ชุมชนหรือสังคมที่มีความเชื่อเดียวกันกับผู้ป่วย มีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างไร ชุมชนในที่นี้อาจหมายถึงกลุ่มศาสนาที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิก

A: Address or Application หมายถึง ผู้ป่วยต้องการให้คณะที่ดูแลปฏิบัติต่อเขาอย่างไรให้เหมาะสมตามความเชื่อของเขา

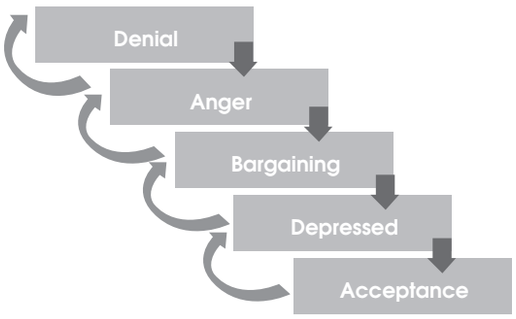
F = "Function"

หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินนี้อาจจะนำเอาแบบประเมินต่างๆ เข้ามาใช้ เช่น Palliative Performance Scale (PPS) เป็นต้น
PPS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน ๕ หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว สำหรับรายละเอียดของ PPS สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ใน ภาคผนวก ๑

E = "Emotion and Coping"

หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรู้สึกดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยอาจรู้สึกเสียใจที่ทราบว่าตัวเองอาจจะมีเวลาเหลืออยู่ไม่มาก ในขณะเดียวกันก็รู้สึกดีใจที่มีครอบครัวคอยเป็นกำลังใจให้ หรือคิดว่าอย่างน้อยก็เป็นกำไรของชีวิตที่ได้อยู่มานานกว่าระยะเวลาที่เคยคิดไว้แต่แรก และได้ทำในสิ่งที่อยากทำครบแล้ว

คณะที่ดูแลควรเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับรู้ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการดำเนินโรค คูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) ได้เสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็นลำดับขั้น ๕ ขั้น ดังรูปที่ ๓ อย่างไรก็ตาม ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องเกิดตามลำดับขั้น และอาจจะมีการเปลี่ยนไปมาได้ระหว่างการดำเนินโรค



รูปที่ ๓ แสดงปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวจากทฤษฎีของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross)

การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างคณะที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้คณะที่ดูแลเข้าใจผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวในแง่มุมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น เข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การยอมรับต่อตัวโรค วิธีการรับมือกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆ ในครอบครัว หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและสามารถช่วยประเมินได้ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง ให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างสงบ นอกจากการดูแลดังกล่าวแล้ว คณะที่ดูแลควรให้ความสำคัญต่อการประเมินภาวะความเศร้าโศกหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิต เพื่อช่วยดูแลเรื่องการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวที่เหลืออยู่

S = "Symptoms"

หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การประเมินอาจจะใช้วิธีการซักถามประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด หรือใช้แบบประเมินอาการ เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น ๐-๑๐ เรียงลำดับจากอาการน้อยไปมาก สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ใน ภาคผนวก ๒

S = "Social and Support"

หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองทางครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับยา หรือติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจจำเป็นต้องหยุดงาน เพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นคณะที่ดูแลควรให้ความสำคัญในการประเมินปัญหาด้านสังคมและอาจจะปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นสมาชิกในคณะเข้าไปประเมินและหาทางช่วยเหลือในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่างเหมาะสม ตลอดจนการช่วยนำทรัพยากรหรือองค์กรในชุมชนเข้ามาร่วมช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

คำว่า "LIFESS" นอกจากหมายถึงการดูแลชีวิตของผู้ป่วยไปจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ยังครอบคลุมถึงการดูแลชีวิตอีกหลายชีวิตที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และยังครอบคลุมถึงคณะที่เข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วย การดูแลซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิกคณะผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญไม่แพ้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หลายๆ ครั้งที่ทุกคนในคณะพยายามให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มที่ แต่อาจลืมประเมินสมาชิกในคณะ ที่อาจจะมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจรุนแรงที่ผู้ป่วยจากไป รวมทั้งอาจรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยและต้องการกำลังใจเช่นกัน

การดูแลความเศร้าโศก (Grief) สามารถทำได้อย่างไร

ความเศร้าโศก (Grief) เป็นสิ่งปกติที่เกิดได้จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และเป็นสิ่งที่คณะที่ดูแลควรจะตระหนักถึง และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

ความเศร้าโศก หมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสีย อาจรวมถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสูญเสียด้านอื่นๆ เช่น การสูญเสียบทบาท ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสัมพันธ์ต่างๆ ของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ด้วย

ความเศร้าโศกเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบาย และเป็นกระบวนการที่เกิดต่อเนื่องจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาที่ครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกนั้น อาจจะเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ เช่น เมื่อครบรอบวันเสียชีวิตของผู้ป่วยทุกปี คนในครอบครัวอาจจะรู้สึกเศร้าโศกได้เป็นระยะๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก

ความเศร้าโศกเป็นเรื่องที่พบได้ปกติ แต่มีปัจจัยบางอย่าง ที่อาจจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับความเศร้าโศกได้ลำบากมากขึ้น และเกิดผลเสียตามมา เช่น ผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมีความวิตกกังวลมากเกินไป (Anxiety Disorder) หรือ มีภาวะซึมเศร้า (Depression) เกิดขึ้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถแบ่งออกได้เป็น

- ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคคลที่เศร้าโศกป่วยเป็นโรคทางจิตประสาทอยู่ก่อนหน้านี้แล้ว ทำให้กลไกที่ใช้เผชิญกับความเศร้าโศกอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร เคยมีประสบการณ์ของการสูญเสียที่เลวร้ายมาก่อน หรือได้รับการสูญเสียหลายๆ ครั้งต่อเนื่องกัน นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความตายทำให้บุคคลแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศกแตกต่างกันไป

- ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตกับครอบครัว เช่น หากคนในครอบครัวสนิทกับผู้ป่วยมาก อาจจะทำให้เกิดความเศร้าโศกได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่ค่อยมีความใกล้ชิดกัน ในทางกลับกัน หากคนในครอบครัวคนนั้นเคยทะเลาะกับผู้ป่วย หรือมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก่อน และไม่ได้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต อาจทำให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังได้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ภาวะที่คนในครอบครัวและผู้ป่วยไม่อยากพูดถึงเรื่องโรคของผู้ป่วยหรือเลี่ยงที่จะพูดกับผู้ป่วยเรื่องการเสียชีวิต (Conspiracy of Silence) เพราะไม่อยากทำร้ายความรู้สึกของผู้ป่วย

แต่ในขณะเดียวกัน การทำเช่นนี้อาจเกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความรู้สึกที่แท้จริงหรือสั่งเสียบางอย่างก่อนจะเสียชีวิตได้ เนื่องจากคนในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องดังกล่าว

- ปัจจัยที่เกิดจากลักษณะของการเสียชีวิต เช่น หากผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกระทันหัน อาจจะทำให้ครอบครัวเผชิญกับความเศร้าโศกได้ลำบากกว่า รวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิตเมื่ออายุยังน้อยหรือยังไม่ถึงเวลาอันควรก็อาจจะทำให้คนในครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกได้มากกว่าปกติ

- ปัจจัยทางสังคม เช่น หากผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ค่อยมีเพื่อน หรือคนอื่นๆ ที่คอยเป็นที่ปรึกษา อาจจะทำให้มีความเศร้าโศกมากกว่าปกติ และเกิดปัญหาซึมเศร้าตามมาได้

- ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการความเศร้าโศก เช่น การใช้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือสุรา ทำให้การยอมรับความจริงของการสูญเสียลำบากยิ่งขึ้น

วิธีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญหน้ากับความเศร้าโศก

- รับฟังผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตั้งใจ (Attentive Listening) และแสดงความเข้าใจต่อการสูญเสีย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่อการสูญเสียออกมา ผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ชายมักจะมีปัญหาเรื่องการแสดงความรู้สึกของตัวเอง เนื่องจากค่านิยมของสังคมที่มองว่าผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงออกทางอารมณ์ ดังนั้นคณะที่ดูแลควรเปิดโอกาสให้คนกลุ่มนี้สามารถระบายความรู้สึกโดยจัดหาสถานที่พูดคุยที่มีความเป็นส่วนตัวและควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า "การร้องไห้ไม่ใช่สัญลักษณ์ของความอ่อนแอ แต่เป็นการแสดงออกถึงความรักที่มีต่อกัน" การเก็บความรู้สึกไว้ในใจอาจก่อให้เกิดความอึดอัดและเกิดผลเสียตามมาภายหลังได้

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักความปรารถนาดีต่อกัน ตลอดจนให้อภัยแก่กันถึงสิ่งไม่ดีที่เคยทำต่อกันมาในอดีต

- ถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการให้คณะช่วยเหลือในแง่ใดบ้าง และมีสิ่งใดที่ผู้ป่วยเป็นห่วง หรืออยากทำก่อนจะจากไปหรือไม่ (Unfinished Business)

- ประเมินว่ามีผู้ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้หรือไม่

- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือดื่มสุรา เพราะเป็นการหนีความจริง และทำให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้จริงๆ ควรจะปรึกษาแพทย์หรือคณะที่ดูแล เพื่อจะได้ให้คำแนะนำต่อไป

- หากประเมินว่ามีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ควรพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองหรือจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

การพัฒนาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเชิงระบบ

แนวทางการพัฒนางานการดูแลรักษาแบบประคับประคองเชิงระบบ ควรประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลักดังต่อไปนี้

๑. นโยบายเหมาะสม (Policy) งานการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน มีหลักการการดูแลผู้ป่วย การเบิกจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแนวทางการจัดการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน นอกจากนี้ ควรมีการกำหนดนโยบายในเรื่องการใช้ยากลุ่ม โอปิออยด์ (Opioids) และการนำยาอื่นๆ ที่จำเป็นมาใช้ในงานการดูแลรักษาแบบประคับประคองร่วมด้วย

๒. อบรมและศึกษา (Education) ควรเริ่มจากการหาผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานและการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อวางแผนเรื่องการเขียนหลักสูตร ซึ่งควรมีการอบรมทั้งสำหรับบุคลากรสายสุขภาพและประชาชนให้มีทัศนคติที่ดี รวมทั้งมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

๒.๑ บุคลากรสายสุขภาพ แบ่งเป็น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนบำบัด นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเริ่มให้มีการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับปริญญา การศึกษาหลังปริญญา และการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสายสุขภาพทุกสาขา

๒.๒ ประชาชน แบ่งเป็น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป อาจใช้สื่อ เช่น โทรทัศน์ หรือหนังสือเป็นสื่อกลาง

๓. มียาตามต้องการ (Drug Availability)

ควรมีการวางแผนเรื่องหน่วยงาน และคนที่รับผิดชอบเรื่องยาที่จำเป็นต้องใช้ในงานการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง ในการจัดหายาที่จำเป็นมาใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และในชุมชน นอกจากนี้ ควรมีการคำนวณปริมาณโอปิออยด์ (Opioids) ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องใช้จริงๆ จากหลักการคำนวณปริมาณโอปิออยด์ พบว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมอร์ฟีนเฉลี่ยประมาณ ๑๐๐ มิลลิกรัม ต่อวัน เป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๓ เดือน จากการคำนวณพบว่า ในประเทศไทยจำเป็นต้องใช้มอร์ฟีนประมาณ ๑,๐๐๐ กิโลกรัม ต่อปี แต่ในปัจจุบันมีการใช้อยู่จริงประมาณ ๔๐ กิโลกรัม ต่อปีเท่านั้น ควรมียามอร์ฟีน ซึ่งเป็นยาที่สำคัญในการระงับปวดในรูปแบบต่างๆ เช่น มอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เนิ่น (slow-released morphine) มอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เร็ว (immediate-released morphine) สำหรับมอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์เร็วถือเป็นยาที่มีความสำคัญอันดับแรกที่ควรมี อาจจะเป็นในรูปแบบยาน้ำหรือยาเม็ดก็ได้ สิ่งสำคัญคือ ควรมียามอร์ฟีนดังกล่าวในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงเรียนแพทย์ อย่างไรก็ตาม ควรมีกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมการใช้ยามอร์ฟีนอย่างเหมาะสมร่วมด้วย นอกจากยามอร์ฟีนแล้ว ยังมียาที่สำคัญสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ตัวอย่างยาที่ควรมีในสถานพยาบาลตามรายชื่อยาใน IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care ดังตารางต่อไปนี้

ตัวอย่างรายชื่อยาใน **IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care**
Opioids: Morphine, Codeine, Tramadol, Fentanyl patch, Methadone
Other pain medications: Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Amitriptyline, Gabapentin, Carbamazepine
Laxatives: Bisacodyl, Senna, Enema
Psychotropic agents: Fluoxetine , Amitriptyline, Trazodone, Mirtazapine, Haloperidol, Lorazepam, Midazolam, Diazepam
Antiemetic agents: Diphenhydramine, Metoclopramide, Octreotide, Dexamethasone
Others: Dexamethasone, Loperamide, Megestrol Acetate, Hyoscine butylbromide

๔. พัฒนางานทุกระดับ (Implementation for Palliative Care Services)

ควรมีผู้นำเพื่อพัฒนางานการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้นำในชุมชน และผู้นำทางการแพทย์ เพื่อให้มีการประสานกันและวางแผนร่วมกันในการทำงาน ผู้นำในชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้คนในชุมชนเข้าใจการดูแลรักษาแบบประคับประคองซึ่งจะทำให้งานการดูแลรักษาแบบประคับประคองดำเนินไปได้ในระยะยาว ลักษณะการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรเป็นสิ่งที่คนในชุมชนรู้จัก และสามารถเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยมารับการดูแลต่อได้ นอกจากนี้ควรมีการอนุญาตให้การส่งปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เป็นการส่งปรึกษาต่อจากบุคลากรกลุ่มใดก็ได้ โดยไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นที่ส่งปรึกษาต่อ เพื่อให้งานทุกระดับสามารถพัฒนาไปได้พร้อมๆ กัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างไม่มีข้อจำกัด

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น มีหลายอย่างที่คณะที่ดูแลสามารถ "ทำได้" เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ นอกจากนั้นบุคลากรสายสุขภาพที่ได้มีโอกาสทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ประสบการณ์จากการดูแลรักษาแบบประคับประคองจะช่วยทำให้คณะที่ดูแลเกิดการพัฒนาตนเอง ได้เห็นความจริงและความงามด้านอื่นๆ ของชีวิต เห็นความรัก ความผูกพัน ความปรารถนาดี และการให้อภัยต่อกัน ทำให้ผู้ที่ทำงานด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองได้มีโอกาสย้อนกลับมาดูแลชีวิตของตนเองให้มีชีวิตอย่างไม่ประมาทและทำทุกวันให้มีค่าที่สุด

ภาคผนวก ๑
คำแนะนำเรื่องการใช้ Palliative Performance Scale (PPS)

Palliative Performance Scale หรือ PPS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ ค.ศ.๑๙๙๖ (พ.ศ.๒๕๓๙) โดย Anderson และคณะที่ Victoria Hospice Society (VHS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันโดยดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale

การให้คะแนน PPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ ๕ ด้านของผู้ป่วยคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรม และความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว เมื่อรักษาภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการซึมเศร้า อาการปวด ทำให้คะแนน PPS ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

วิธีการใช้ PPS

ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย จะให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย

ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลาง เช่น ๖๕% ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน ๖๐% หรือ ๗๐% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

สามารถใช้ประเมินได้ในหลายที่ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

ผู้ประเมินจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ PPS

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๙๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๘๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี
๗๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok) (ต่อ)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การรับประทาน อาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
๖๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๕๐	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๔๐	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม+/- สับสน
๓๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม +/- สับสน
๒๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือง่วงซึม +/- สับสน
๑๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
๐	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria Hospice Society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะกรรมการ Palliative Care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

ตารางที่ ๑ Palliative Performance Scale ฉบับ ๒ (PPSv2) ฉบับภาษาไทย

จากการศึกษาพหุวิเคราะห์ (Meta-analysis) โดยดาวนิง (Downing) และคณะ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน ๑,๘๐๘ คน จากทั้งหมด ๔ การศึกษา ได้ข้อสรุปว่า PPS สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องเวลาของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคะแนน PPS น้อย มักเหลือเวลาของการมีชีวิตอยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS มากกว่า ดังตารางที่ ๒

PPS (%)	จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิต
๑๐	๒-๕
๒๐	๔-๑๐
๓๐	๑๓-๒๔
๔๐	๒๔-๓๖
๕๐	๓๗-๔๗
๖๐	๔๘-๗๗
๗๐	๗๘-๙๐

ตารางที่ ๒ : สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกันคะแนน PPS

หลังการประเมิน จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๑๑ ระดับ ตั้งแต่ ๐% หมายถึง เสียชีวิต จนถึงคะแนนเต็ม ๑๐๐% หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพเป็นปกติ โดยสามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS> ๗๐%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS ๐-๓๐%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง ๒ กลุ่มดังกล่าว (PPS ๔๐-๗๐%)

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

๑. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในคณะที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มองภาพของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคไปในแนวทางเดียวกัน

๒. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าว ๆ และติดตามผลการรักษา

๓. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice)

๔. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน ๐-๔๐% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น

๕. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

มีข้อควรระวังว่าจำนวนวันที่สามารถกะประมาณจากคะแนน PPS นั้นเป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากงานวิจัย ไม่สามารถนำมาเป็นตัวเลขการคาดการณ์ที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้ จึงไม่ควรบอกตัวเลขที่ได้จากตารางกับผู้ป่วยโดยตรง PPS เพียงช่วยให้บุคลากรในคณะสามารถสื่อสารกันได้สะดวกมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงเวลาที่ทุกคนต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น สิ่งที่สำคัญกว่าการบอกระยะเวลาคือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่เมื่อเราประเมินผู้ป่วยได้คร่าว ๆ ว่าผู้ป่วยเหลือเวลาในชีวิตอย่างจำกัด

หมายเหตุ วิธีแยกการช่วยเหลือตัวเองของระดับ ๔๐-๖๐% เป็นดังนี้

๖๐% : ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำได้แต่ต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

๕๐% : พาผู้ป่วยไปห้องน้ำแต่ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันเองได้

๔๐% : ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำและต้องอาบน้ำแปรงฟันให้ผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยใส่ NG Tube ให้ใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการกินอาหารก่อนใส่ NG Tube ในการให้คะแนน

ภาคผนวก ๒
คำแนะนำในการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS เป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS มีชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน

อาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด ๙ อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข ๐-๑๐ โดยเลข ๐ หมายถึงไม่มีอาการและเลข ๑๐ หมายถึงมีอาการมากที่สุด

ESAS (Edmonton Sympton Assessnment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด										มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย										มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการคลื่นไส้										มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการซึมเศร้า										มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่วิตกกังวล										วิตกกังวลมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ										มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่....										
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐

รูปที่ ๑ แสดงแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทย

เหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อย หากผู้ประเมินไม่ได้ใช้แบบประเมิน ESAS อาจลืมถามในบางอาการได้ ทำให้ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนและอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS

๑. ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือคณะที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย

๒. ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองหรืออาจให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเองไม่ได้ และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้ทั้งจากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด หากเป็นไปได้แนะนำให้ทำการทดสอบ Thai MMSE ควบคู่ไปกับ ESAS ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือมีปัญหาความจำ

๓. หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล และภาวะความสุขสบายของกายและใจ

๔. ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

๕. นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก ๐-๑๐ แล้ว หากเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลของการประเมินที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดในขณะที่ประเมินเท่ากับ ๑๐ ผู้ประเมินอาจจะถามเพิ่มว่าหลังได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการปวดลดลงหรือไม่ และอยู่ในระดับเท่าใด

๖. เมื่อใช้ ESAS ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรถามคำถามง่ายๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าปวดเท่ากับ ๑๐ แต่เมื่อถามว่าปวด ๑๐ คะแนน เป็นปวดมาก ปานกลาง หรือปวดน้อย ผู้ป่วยกลับตอบว่าปวดน้อยอาจต้องสงสัยว่าคะแนนที่ได้อาจไม่น่าเชื่อถือ

๗. สามารถใช้ ESAS ในการตั้งเป้าหมายการรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวด ๑๐ คะแนน ให้ลองถามผู้ป่วย ระดับที่ผู้ป่วยพอใจหรือระดับที่ผู้ป่วยพอจะใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเพื่อตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน

๘. การประเมินอาการด้วย ESAS เป็นความเห็นส่วนบุคคล (Subjective) จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยอาจให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจไม่เท่ากัน

๙. หลังจากประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของกระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

- **กรกฎาคม ๒๕๕๓** รัฐบาลชุดที่มีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๓ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) เป็นหน่วยเลขานุการทำหน้าที่ดูแลการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- **พฤศจิกายน ๒๕๔๓ - สิงหาคม ๒๕๔๕** มีการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยมีฐานจากงานวิชาการและมีการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากหน่วยงาน องค์กร ประชาคมและเครือข่ายต่างๆ อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ผ่านเวทีสมัชชามีผู้แสดงความเห็นรวมกว่า ๑๕๐,๐๐๐ คน
- **๑๘ ธันวาคม ๒๕๔๕** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี
- **๑๐ สิงหาคม ๒๕๔๗** คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบในหลักการ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา
- **กรกฎาคม ๒๕๔๘** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา
- **๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๘** ครม.มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ฉบับที่ปรับปรุงโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาและให้เสนอจัดเข้าระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร
- **๑๙ กันยายน ๒๕๔๙** มีประกาศคณะปฏิรูปการปกครองฯทำให้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่อยู่ในระเบียบวาระการประชุมของสภาตกไป
- **๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๙** ครม. (พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์) มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้นำเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาต่อไป
- **๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๙** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
- **๔ มกราคม ๒๕๕๐** ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ผ่านการพิจารณาและลงมติจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ประกาศใช้เป็นกฎหมาย
- **๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐** พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐
- **เมษายน ๒๕๕๑** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและ จริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อจัดทำชุดความรู้ประกอบการยกร่างกฎกระทรวงตามความในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

- **พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๑** มีการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของสิทธิตามมาตรา ๑๒ และวางกรอบและยกร่างกฎกระทรวงที่จะออกตามความในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ตลอดจนยกร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line) ตามกฎกระทรวง
- **๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑** ประชุมวิชาการ เรื่อง "สิทธิการตายอย่างมีสุขภาวะตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐" ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ
- **มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒** มีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ
- **๑๗ กุมภาพันธ์ - ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๒** ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้นำเอาความเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมหลายๆ ครั้งไปปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ และเสนอให้ สช. เพื่อนำร่างกฎกระทรวงฯ ไปรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นวงกว้างทั่วประเทศ โดยส่งให้กับสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน คณะ/วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ทั่วประเทศ คณะ/วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ นักกฎหมาย นักวิชาการ ประชาชนที่สนใจ ซึ่งมีข้อเสนอแนะกลับมาที่ สช. ทั้งสิ้น ๙๓ ราย โดยแบ่งเป็น ๘๘ องค์กรและบุคคล ๕ คน
- **พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๒** สช. ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯ ในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข ๔ ภาค
  - เชียงใหม่ วันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
  - ขอนแก่น วันที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๕๐ คน
  - หาดใหญ่ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
  - กรุงเทพมหานคร วันศุกร์ที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๐๐ คน
- **กรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๕๒** สช. โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนำความเห็นที่ได้จากเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศมาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงและนำเสนอร่างกฎกระทรวงฯต่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.)
- **๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๒** ร่างกฎกระทรวงฯ คสช. โดย คสช. มีมติให้เสนอร่างกฎกระทรวงฯ ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.)
- **๘ ธันวาคม ๒๕๕๒** ร่างกฎกระทรวงฯ ได้รับการพิจารณาจาก ครม. โดย ครม.มีมติเห็นชอบในหลักการและให้ส่งร่างกฎกระทรวงฯให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา

- **๑๔ มกราคม - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓** ร่างกฎกระทรวงฯ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะกรรมการกฤษฎีกาคณะที่ ๑๐) โดยมีการประชุมทั้งสิ้น ๗ ครั้งมีการเชิญผู้แทนหน่วยงานต่างๆ มาร่วมให้ความเห็นได้แก่ (๑) แพทยสภา (๒) กระทรวงสาธารณสุข (๓) กระทรวงยุติธรรม (๔) สำนักงานศาลยุติธรรม (๕) สำนักงานอัยการสูงสุด (๖) กรมการแพทย์ (๗) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๘) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- **๑ มิถุนายน ๒๕๕๓** สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาส่งหนังสือเพื่อให้ สช.และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ยืนยันร่างกฎกระทรวงฯ
- **๘ มิถุนายน ๒๕๕๓** สช. ยืนยันร่างกฎกระทรวงฯ ต่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
- **๑๐ กันยายน ๒๕๕๓** สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาส่งร่างกฎกระทรวงฯที่พิจารณาปรับปรุงแล้วกลับสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (สลค.)
- **๒๑ กันยายน ๒๕๕๓** สลค. แจ้ง สช. ว่ากฎกระทรวงฯพิจารณาเสร็จเรียบร้อยแล้วและให้ สช. นำเสนอให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม
- **๒๘ กันยายน ๒๕๕๓** สช.นำร่างกฎกระทรวงฯ ให้นายกรัฐมนตรีลงนาม
- **๓๐ กันยายน ๒๕๕๓** สช.นำร่างกฎกระทรวงฯ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม
- **๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓** กฎกระทรวงฯ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก โดยกำหนดให้กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด ๒๑๐ วันนับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **๑๘ มกราคม ๒๕๕๔** สช. จัดเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔** คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนำความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากเวทีรับฟังความเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯ มาพัฒนาร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line)
- **๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔** คสช. เห็นชอบต่อร่างแนวทางการปฏิบัติ(Guide line) ตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔** กฎกระทรวงฯ มีผลใช้บังคับ
- **๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔** ร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ประกาศลงราชกิจจาบุเบกษา

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในประเทศไทย[ก]

- **พ.ศ.๒๕๒๕** ประเทศไทยมีการอบรมระดับประเทศ National Workshop on Cancer Pain
- **พ.ศ.๒๕๓๐** พญ.พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวด จัดให้มียามอร์ฟีนออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทานแบบน้ำเชื่อมในโรงพยาบาลศิริราช
- **พ.ศ.๒๕๓๓** ผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดตั้ง ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Chapter of the International Association for the Study of Pain)
- **พ.ศ.๒๕๓๔** พญ.พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน และคณะ แปลหนังสือ *Cancer Pain Relief* ขององค์การอนามัยโลกเป็นภาษาไทยชื่อ *การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง* ตีพิมพ์เป็นครั้งแรก
- **พ.ศ.๒๕๓๕** พระอุดมประชาทร (อลงกต ติกฺขปญฺโญ) ก่อตั้ง "โครงการธรรมรักษ์นิเวศน์" ให้เป็นบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ปัจจุบันมีเตียงรับผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็กถึง ๔๐๐ เตียง เป็นที่รู้จักในชื่อ AIDS Temple Hospice
- **พ.ศ.๒๕๓๖** พระธรรมโกษาจารย์ พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปัญโญ) มรณภาพ เป็นเหตุการณ์สำคัญที่มีส่วนทำให้สาธารณชนเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาทางพุทธศาสนา ซึ่งมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นกรณีศึกษาเรื่องการบูรณาการความรู้ทางการแพทย์ กับภูมิปัญญาทางศาสนา สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงการยื้อชีวิตเอาไว้เท่านั้น
- **พ.ศ.๒๕๓๖** คณะบาทหลวงในคริสตศาสนาก่อตั้งสถานพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยเอดส์ขึ้นหลายแห่ง เช่น คณะภราดาน้อยฟรันซิสกันก่อตั้ง "St. Claire's Hospice" ที่จังหวัดปทุมธานี บาทหลวง GioVanni Contarin มูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย ก่อตั้ง "ศูนย์บรรเทาใจ" ที่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งต่อมาได้ย้ายออกไปอยู่ที่จังหวัดระยองในชื่อ คามิลเลียนโซเชียลเซนเตอร์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘
- **พ.ศ.๒๕๓๙** นพ.สถาพร ลีลานันทกิจ แพทย์ประจำคลินิกระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เริ่มโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นครั้งแรก
- **พ.ศ.๒๕๔๐** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน Palliative Care สำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจากทั่วประเทศเป็นครั้งแรก โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.Ian Maddocks และพยาบาล Kevin Burrett จาก International Institute of Hospice Studies, The Flinders University of South Australia ประเทศออสเตรเลีย เป็นวิทยากรหลัก
- **พ.ศ.๒๕๔๒** นโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการบรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๒

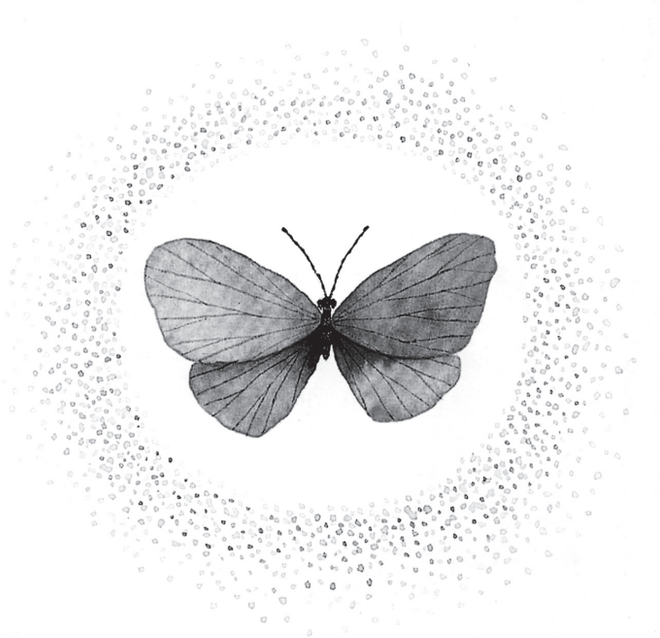
[ก] รศ.นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- **พ.ศ.๒๕๔๑** นพ.ธนเดช สินธุเสกและพยาบาลจากศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เดินทางไปดูงานที่ San Diego Hospice และ Hernando Pasco Hospice ประเทศสหรัฐอเมริกา และกลับมาเริ่มการบริการด้านนี้ที่สถาบันของตน
- **พ.ศ.๒๕๔๑** นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับทุนจากประเทศออสเตรเลีย เดินทางไปดูงานที่ Daw House Hospice, International Institute of Hospice Studies, The Flinders University of South Australia ประเทศออสเตรเลีย และกลับมาจัดระบบบริการด้านนี้ในรูปแบบคณะกรรมการของโรงพยาบาล และแปลหนังสือ *Palliative Care: A Guide for General Practitioners* ของ นพ.Ian Maddocks เป็นภาษาไทย ชื่อ *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์* ตีพิมพ์ในปีต่อมา (พ.ศ.๒๕๔๒)
- **พ.ศ.๒๕๔๒** วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย บรรจุความรู้เกี่ยวกับดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- **พ.ศ.๒๕๔๕** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บรรจุหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- **พ.ศ.๒๕๔๗** พระไพศาล วิสาโล ประธานเครือข่ายพุทธิกา จัดทำโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เพื่อสร้างเครือข่ายที่มีความรู้ ทักษะ และจิตอาสาในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- **๒ - ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๔๗** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการประชุมวิชาการหัวข้อ "Palliative Care : From Principles to Practice in Thailand" ที่จังหวัดสงขลา โดยมี ศ.เกียรติคุณ นพ.Ian Maddocks และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพทั่วประเทศเป็นวิทยากร ทำให้ผู้สนใจงานด้านนี้จากทั่วประเทศได้มีโอกาสพบปะทำความรู้จัก แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันอย่างรอบด้าน และนับเป็นการประชุมวิชาการเฉพาะเจาะจงเรื่องนี้ระดับประเทศเป็นครั้งแรก
- **มกราคม พ.ศ.๒๕๔๘** บุคลากรสุขภาพ ผู้นำทางศาสนา อาสาสมัคร และผู้ป่วยที่มีความสนใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกันจัดตั้งชมรมฮอสพิซ และการดูแลแบบประคับประคอง โดยมี นพ.ธนเดช สินธุเสก ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นประธานชมรมคนแรก
- **๑๗ - ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๔๘** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นเจ้าภาพการสัมมนาบูรณาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา ที่จังหวัดสงขลา โดยการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนเรื่องนี้ระหว่างโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ในประเทศไทย

- **๑๙ - ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๘** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันจัดการประชุมวิชาการหัวข้อ "End of Life Care : Improving Care for the Dying" ที่กรุงเทพมหานคร และได้ตีพิมพ์หนังสือประกอบการประชุมชื่อเดียวกัน ซึ่งรวบรวมความรู้ด้านนี้ของผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพทั่วประเทศอย่างสมบูรณ์
- **พ.ศ.๒๕๔๙** สารคดีเรื่อง "เผชิญความตายอย่างสงบ" ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง ๑๑ กรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเกี่ยวกับการเตรียมตัวเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับรางวัลแสงชัย สุนทรวัฒน์ ประเภทสารคดีเชิงข่าวในรายการข่าวโทรทัศน์ยอดเยี่ยม จากสมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย
- **พ.ศ.๒๕๔๙** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับประชาชนคือ การส่งเสริมกิจกรรมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือสังคม
- **๑๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **พ.ศ.๒๕๕๐** สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) กระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ได้รวบรวมสถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับความตายในสังคมไทย เพื่อจัดทำเป็นหนังสือชื่อ *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต : คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*
- **พ.ศ.๒๕๕๐** ชมรมฮอสพิซและการดูแลแบบประคับประคอง จดทะเบียนก่อตั้งเป็นมูลนิธิชีวันตารักษ์ โดยมี ดร.นพ.สกล สิงหะ เป็นประธานมูลนิธิคนแรก ปัจจุบันมี ดร.นพ.มโน เลาหวณิช เป็นประธาน
- **๒๙ ตุลาคม - ๒ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๐** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกันจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาจารย์แพทย์หัวข้อ "Palliative Care for Health Educators" ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โดยมีวิทยากรจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- **พ.ศ.๒๕๕๑** ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย จดทะเบียนเป็นสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association for the Study of Pain)
- **๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๒** เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network, MS-PCARE) ก่อตั้งขึ้น เป็นส่วนหนึ่งในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ระยะ ๔ ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) โดยการสนับสนุน

ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มี นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นประธาน

- **พ.ศ.๒๕๕๓** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกสำนักงานเขตให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ดำเนินโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- **๒๒ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓** กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- **๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๓** แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดย พญ.ดาริน จตุรภัทรพร และ นพ.กิติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ได้รับการนำเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อใช้ประกอบแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวง ตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐
- **๒๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔** กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มีผลใช้บังคับ



รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

๑. นายวิชัย โชควิวัฒน
๒. ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย
๓. ศาสตราจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
๔. ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส
๕. รองศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำลี ใจดี
๗. นางกรรณิกา วิริยะกุล
๘. นายชาญเชาว์ ไชยานุกิจ
๙. นายชูชัย ศุภวงศ์
๑๐. นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
๑๑. นายอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
๑๒. นายกแพทยสภา หรือผู้แทนสำรอง
๑๓. นายกสภาการพยาบาล หรือผู้แทนสำรอง
๑๔. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทนสำรอง
๑๕. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ