

สรุปการสัมมนาวิชาการ
"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)"

วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑ เวลา ๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.1) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สรุปการสัมมนาวิชาการ

"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"

(Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)

.indd 1 3/7/2019 6:51:30 PM

สรุปการสัมมนาวิชาการ
"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"

ที่ปรึกษา	พลเดช ปิ่นประทีป	
บรรณาธิการ	แสวง บุญเฉลิมวิภาส	ชนินทร์ ลิ่มวงศ์
	ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	ภัทรศักดิ์ วรรณแสวง
	ประสิทธิ วัฒนาภา	จันทิมา ธนาสว่างกุล
	ถวัลย์ รุยาพร	
เขียน/เรียบเรียง	พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน	
ประสานงาน	พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน	
ศิลปกรรม	ชัยรัตน์ สิริทองสาคร	
จัดพิมพ์โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	
	ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ	
	๘๘/๓๙ หมู่ที่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ	
	อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐	
	โทรศัพท์ ๐๒-๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐๒-๘๓๒-๙๐๐๑-๒	
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. ๒๕๖๒	
จำนวน	๑,๕๐๐ เล่ม	
พิมพ์ที่	บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด	
	๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน	
	เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐	
	โทรศัพท์ ๐-๒๘๐๔-๕๔๔๗	
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๗๖๙๗-๘๙-๕	

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน.
สรุปการสัมมนาวิชาการ "ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต" = Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment.-- นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2562.
138 หน้า.
1. สิทธิการตาย--กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ. 2. ผู้ป่วยใกล้ตาย--การดูแล. 3. จรรยาแพทย์. I. ชื่อเรื่อง.
344.04197
ISBN 978-616-7697-89-5

.indd 2 3/7/2019 6:51:30 PM

คำนำ

การถอดท่อช่วยหายใจหรือการไม่ใช้ท่อช่วยหายใจเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment) เป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เนื่องจากมีหลายครั้งที่ผู้ป่วยแจ้งด้วยวาจาแก่แพทย์ หรือเขียนสั่งไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไว้ การไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ต้นดูจะตัดสินใจได้ง่ายกว่าการที่จะถอดเครื่องช่วยหายใจออก โดยทุกครั้งที่แพทย์ตัดสินใจว่าจะถอดเครื่องช่วยหายใจก็มักจะมีประเด็นทางกฎหมาย ศาสนา บริบทของครอบครัว ประเด็นจริยธรรมทางการแพทย์ รวมทั้งการสื่อสารให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ เข้ามาเป็นปัจจัยให้แพทย์ต้องขบคิดและตัดสินใจเสมอ ๆ เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีเงื่อนไขเหล่านี้แตกต่างกันออกไป ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวทั้งนี้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางเพื่อช่วยการทำงานของแพทย์และโรงพยาบาลต่าง ๆ

การสัมมนาวิชาการไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใดในระยะท้ายของชีวิตเกิดขึ้นจากความร่วมมือกันของศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยได้จัดการเสวนานี้ขึ้นโดยนำผู้ทรงคุณวุฒิทั้งทาง ด้านการแพทย์อันประกอบไปด้วยนายกแพทยสภา นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ

.indd 3 3/7/2019 6:51:30 PM

อาจารย์แพทย์ที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองจนเป็นที่ยอมรับและนักกฎหมายอันประกอบไปด้วย ผู้พิพากษาศาลฎีกา อัยการ นายกสภาทนายความ มารวมกันอภิปราย รวมทั้งให้ความเห็นและแนวทางทั้งในแง่มุมของข้อกฎหมายและการปฏิบัติของแพทย์ ทั้งนี้เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างแนวทางในการดำเนินการในเรื่องการถอดท่อช่วยหายใจหรือการไม่ใช้ท่อช่วยหายใจเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยของประเทศไทยต่อไป

สช. ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ นักกฎหมาย ตลอดจนบุคคลที่สนใจในประเด็นเหล่านี้ที่ได้สละเวลาเข้าร่วมการเสวนา หากมีข้อผิดพลาดในการจัดทำสรุปการประชุมประการใด ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย และขอความกรุณาแจ้งประเด็นที่ท่านจะเสนอแนะมาที่ สช. ด้วย จักเป็นพระคุณ

(นายพลเดช ปิ่นประทีป)
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

.indd 4 3/7/2019 6:51:30 PM

สารบัญ

คำนำ..... ๓

กำหนดการการจัดสัมมนาวิชาการ
"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"
(Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)..... ๑๐

ปาฐกถาของ นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ในงานประชุมวิชาการฯ..... ๑๒

สรุปการสัมมนาวิชาการฯ ๑๖

ภาคผนวก

การไม่ใส่ การถอดเครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต

คือ การใช้สิทธิขอตายตามธรรมชาติ โดย ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

และ นายไพศาล สิ้มสถิตย์ ๙๔

Withhold-withdraw of life support measures at the end of life
โดย นพ. ชนินทร์ สิ่มวงศ์..... ๑๐๘

Withhold/withdraw of life supports where are we now?
โดย รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล..... ๑๒๖

.indd 5 3/7/2019 6:51:30 PM

การสัมมนาวิชาการ

"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"

(Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)

● หลักการและเหตุผล

โดยที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒[๑] ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเช่นนั้นจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งต่อมามีการประกาศใช้ "กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓"[๒] ซึ่งมีผลใช้บังคับแล้ว สำหรับข้อโต้แย้งของแพทย์กลุ่มหนึ่งถึงความชอบด้วยกฎหมายของกฎกระทรวงดังกล่าว ทางศาลปกครองสูงสุดได้เคยมีคำตัดสินว่ากฎกระทรวงฉบับนี้ชอบด้วยกฎหมายทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการออกกฎหมายเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘ อีกทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังได้ออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติในเรื่องนี้สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง[๓]

.indd 6 3/7/2019 6:51:30 PM

อนึ่ง การประกาศใช้มาตรา ๑๒ มีเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ โดยปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ป่วยยังได้รับทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างไรก็ดี บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในประเด็นกฎหมายตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้เกิดข้อกังวลในประเด็นกฎหมายและจริยธรรม โดยเฉพาะการไม่ใส่หรือการถอดเครื่องช่วยหายใจ

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ และประเด็นกฎหมายและจริยธรรมในเรื่องนี้ จึงเห็นควรจัดสัมมนาวิชาการนี้

---

[๑] มาตรา ๑๒ "บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

[๒] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

[๓] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๔

.indd 7 3/7/2019 6:51:30 PM

- **วัตถุประสงค์**

เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ และประเด็นกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)

- **วัน เวลา สถานที่จัดสัมมนา**

วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑ เวลา ๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.๑) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

- **ผู้รับผิดชอบจัดการสัมมนา**

๑. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดย ศูนย์กฎหมายสุขภาพ และจริยศาสตร์ (HLE) และศูนย์จัดการศึกษาและฝึกอบรมด้านกฎหมาย (LeTEC)

๒. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- **งบประมาณ**

โครงการ “ความร่วมมือทางวิชาการเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ปีที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๑)” สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

.indd 8 3/7/2019 6:51:30 PM

- **กลุ่มผู้เข้าร่วมสัมมนา**

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องหรือสนใจการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้พิพากษา อัยการ ทนายความ นักวิชาการด้านกฎหมาย ประชาชนทั่วไปที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นักศึกษาในสาขาเกี่ยวข้อง รวมประมาณ ๑๕๐ คน

- **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. ผู้เข้าร่วมเสวนามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ และประเด็นกฎหมายและจริยธรรมโดยเฉพาะการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น

๒. ทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. ประชาชนได้รับความรู้เรื่องสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

.indd 9 3/7/2019 6:51:30 PM

กำหนดการ การสัมมนาวิชาการ

"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"

(Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)

วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.๑)

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น. **ลงทะเบียน**

๐๙.๐๐ – ๐๙.๑๐ น. **กล่าวเปิดงาน**
โดย ศาสตราจารย์ ดร. อุดม รัฐอมฤต
คณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๐๙.๑๐ – ๐๙.๒๕ น. **ปาฐกถา "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กับการสร้างสุขภาวะของชีวิต"**
โดย นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๐๙.๒๕ – ๐๙.๓๐ น. **ชมวีดิทัศน์ "ก่อนวันผลัดใบ"**

๐๙.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. **"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"**
- ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
  คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
  หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
  คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ
  นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

.indd 10 3/7/2019 6:51:30 PM

- อาจารย์ นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์
  คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
  - ศาสตราจารย์พิเศษ ภัทรศักดิ์ วรรณแสง
    ผู้พิพากษาศาลฎีกา
  - อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล
    อัยการพิเศษฝ่ายแผนช่วยเหลือทางกฎหมาย
  - ว่าที่ร้อยตรี ดร.ถวัลย์ รุยาพร
    นายกสภาทนายความ

ผู้ดำเนินรายการ ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส
ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๑๒.๐๐ น. **รับประทานอาหารกลางวัน**

.indd 11 3/7/2019 6:51:30 PM

ปาฐกถาของ นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป ในงานสัมมนาวิชาการ "ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต" (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment) วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.๑) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

เรียนคณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ท่านผู้พิพากษา ท่านอัยการ นายกสภาทนายความ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน การสัมมนาวิชาการในวันนี้เป็นการสัมมนาวิชาการครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์การแพทย์อีกครั้งหนึ่ง โดยเมื่อ ๓๐ ปีที่แล้ว วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๑ มีการจัดประชุมโต๊ะกลมระหว่างแพทย์และนักกฎหมายเพื่อมาปรึกษาหารือและหาข้อสรุปร่วมกันในเรื่องภาวะสมองตายซึ่งสมัยนั้นถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเป็นประเด็นที่บุคลากรด้านการแพทย์ในสมัยนั้นให้ความสำคัญ โดยการสัมมนาในครั้งนั้นก่อให้เกิดประกาศแพทยสภาที่ว่าด้วยหลักเกณฑ์และแนวทางในการวินิจฉัยภาวะสมองตายขึ้น ขณะนั้นตนเองดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่จังหวัดพิษณุโลกก็ทราบข่าวการสัมมนาวิชาการดังกล่าวด้วย และในวันนี้ก็เป็นอีกครั้งหนึ่งที่จะมีการสัมมนาในประเด็นที่บุคลากรด้านการแพทย์ให้ความสนใจเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง

.indd 12 3/7/2019 6:51:30 PM



นพ. พลเดช ปิ่นประทีป

สช.เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดนโยบายด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยในการพัฒนานโยบายดังกล่าวใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพบนพื้นฐานของปัญญาผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีสุขภาวะที่ดี

.indd 13 3/7/2019 6:51:31 PM

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแทบจะทุกฉบับได้รับรองสิทธิในชีวิตร่างกายของบุคคลไว้ โดยสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิมนุษยชนรูปแบบหนึ่งและตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา ๘ และ มาตรา ๑๒

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองเป็นสิทธิในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาพยาบาลตนเองภายใต้คำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ แต่ปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นเสมอในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพในสถานพยาบาล คือ เมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้แล้ว บุคลากรด้านการแพทย์ต้องไปพูดคุยปรึกษาหารือแนวทางในการรักษาผู้ป่วยกับญาติของผู้ป่วยแทน บ่อยครั้งก็จะเกิดความขัดแย้งระหว่างหมู่ญาติ (ในกรณีที่มีญาติพี่น้องหลายคน) หรือบางครั้งก็เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับญาติ ดังนั้นกฎหมายจึงกำหนดให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งก็คือ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นั่นเอง

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเรื่องการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นประเด็นหนึ่งที่ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ว่าจะสามารถทำได้หรือไม่เพียงใด หากจะทำแล้วทำได้ในระดับใดบ้าง โดยประเด็นดังกล่าวนี้จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับสิทธิของผู้ป่วย กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์อย่างมาก เนื่องจากมีบุคลากรด้านสุขภาพ

.indd 14 3/7/2019 6:51:32 PM

ส่วนหนึ่งก็เกรงว่าหากการถอดหรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ที่ดำเนินการถอดหรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะผิดกฎหมายอาญา แต่บุคลากรด้านสุขภาพอีกส่วนหนึ่งก็เห็นว่าหากการถอดหรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดจากเจตนารมณ์ของผู้ป่วย(โดยอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยแจ้งด้วยวาจาหรือเขียนเป็นหนังสือแสดงเจตนาฯก็ได้) หรือเกิดจากความต้องการของญาติแล้วบุคลากรด้านสุขภาพก็จะไม่มีความผิดตามกฎหมาย โดยปัญหานี้เป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันตลอดหลายสิบปีก่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศใช้บังคับ นอกจากนั้นผู้ที่ไม่ใช้บุคลากรด้านสุขภาพก็ยังเข้าใจเรื่องการถอดหรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจว่าเป็นการฆ่าผู้ป่วย เพราะเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง ๆที่เรื่องการถอดหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวชปฏิบัติของแพทย์ที่ดำเนินการเป็นปกติในสถานพยาบาลอยู่แล้ว และคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวจึงก่อให้เกิดประเด็นจากการสัมมนาในวันนี้ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะรวบรวมทุกประเด็นที่ได้จากการสัมมนาในวันนี้ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อเป็นข้อมูลและองค์ความรู้ในการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยต่อไป

.indd 15 3/7/2019 6:51:32 PM

สรุปการสัมมนาวิชาการ
"ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต"
(Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)
วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องจิ๊ด เศรษฐบุตร (LT.๑)
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์)

พิธีกร (นายไพศาล ลิ้มสถิตย์) : การสัมมนาในหัวข้อไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (withholding and withdrawing of life-sustaining treatment) ในวันนี้จัดขึ้นโดยศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยเป็นประเด็นที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะยังมีความสับสนว่าทำได้หรือไม่ และจะมีปัญหาทางกฎหมายตามมาหรือไม่ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสอันดีที่บุคลากรด้านสุขภาพและนักกฎหมายจะได้มาปรึกษาหารือในประเด็นนี้ร่วมกัน ในโอกาสนี้ขอเชิญ ศ.ดร อุดม รัฐอมฤต คณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ครับ กล่าวเปิดการสัมมนาในวันนี้

ศ.ดร อุดม รัฐอมฤต : เรียนเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นายกสภาทนายความ คณาจารย์ และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน ในนามของคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่

.indd 16 3/7/2019 6:51:32 PM

ได้มากล่าวเปิดการสัมมนาวิชาการหัวข้อ “ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจทำได้เพียงใดในระยะท้ายของชีวิต” การจัดงานครั้งนี้เป็นความร่วมมือกันของศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กับ สช. ภายใต้โครงการความร่วมมือทางวิชาการเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐



ศ.ดร อุดม รัฐอมฤต

เป็นข้อเท็จจริงที่ทราบกันดีว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนามาจนถึงปัจจุบันทำให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์ยืนยาวขึ้นกว่าในอดีต แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงสัจธรรมของชีวิตที่ว่า “เกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมดาของชีวิต” และที่สำคัญคือการเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระ

.indd 17 3/7/2019 6:51:32 PM

นั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก จากประสบการณ์ของประเทศในสหภาพยุโรปหรือสหรัฐอเมริกาที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่เข้มแข็งและให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิผู้ป่วย (Patient right) พบว่า การตัดสินใจการเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจะให้ความสำคัญกับเรื่อง สิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Patient Autonomy) โดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตมีกฎหมายที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will or Advance directive) โดยหนังสือแสดงเจตนานี้จะใช้อธิบายความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ทำหนังสือเมื่อผู้นั้นไม่อยู่ในภาวะที่จะสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายในลักษณะดังกล่าวแล้ว คือ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ไม่เป็นประโยชน์ หรือทำให้ต้องทุกข์ทรมาน หรือเป็นไปเพียงเพื่อที่จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยต้องการเพียงได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ

นักกฎหมายไทยส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้ทางกฎหมายอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ยังไม่ค่อยเข้าใจและขาดความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลแบบประคับประคองหรือเวชปฏิบัติทางการแพทย์ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ก็มีความวิตกในประเด็นข้อกฎหมาย โดยเฉพาะในเรื่องของการยุติการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจะทำ

.indd 18 3/7/2019 6:51:32 PM

อย่างไรที่จะไม่ผิดกฎหมาย ดังนั้นการสัมมนาทางวิชาการในครั้งนี้หัวข้อเป็นประเด็นที่ท้าทายอย่างมากเพราะเกี่ยวเนื่องกับประเด็นข้อกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ จึงเป็นโอกาสอันดีที่จะมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และความคิดเห็นระหว่างนักกฎหมายและฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรจะมีแนวทางอย่างไรในเรื่องเหล่านี้ ทั้งนี้เพื่อจะผลักดันให้เกิดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติสำหรับบุคลการทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นต่อไป

การจัดสัมมนาทางวิชาการครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เป็นอาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต นักกฎหมายที่เป็นทั้งทนายความ อัยการและผู้พิพากษา มาถ่ายทอดประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีประเด็นแลกเปลี่ยนทั้งในด้านกฎหมายและทางจริยธรรม ดังนั้นจึงหวังว่าผู้เข้าร่วมการสัมมนาในวันนี้จะได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งยังเป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวต่อสาธารณะอีกด้วย บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว จึงขออนุญาตเปิดการสัมมนาและขอให้การสัมมนาในวันนี้บรรลุผลตามที่ประสงค์ทุกประการ

พิธีกร : ในลำดับถัดไปขอเชิญ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวปาฐกถาในหัวข้อ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กับการสร้างสุขภาวะของชีวิต”

(นพ.พลเดช ปิ่นประทีป กล่าวปาฐกถา ประมาณ ๑๕ นาที)

.indd 19 3/7/2019 6:51:32 PM

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป ที่ได้ปาฐกถาเพื่อนำเข้าสู่ประเด็นในการเสวนาในครั้งนี้ ซึ่งจากที่ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป กล่าว แสดงให้เห็นว่าประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจเรื่องการถอดท่อหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจว่าคืออะไร รวมทั้งยังมีประเด็นความห่วงกังวลของบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องดังกล่าวรวมทั้งแนวโน้มว่าปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการเสวนาขอเชิญแขกผู้มีเกียรติทุกท่านชมวีดีทัศน์ “ก่อนวันผลัดใบ” เพื่อความเข้าใจในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

(ชมวีดิทัศน์ “ก่อนวันผลัดใบ” ประมาณ ๑๒ นาที)

พิธีกร : ในลำดับถัดไป ขอเรียนเชิญ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นผู้ดำเนินรายการอภิปราย

ขออนุญาตเรียนเชิญผู้ร่วมเสวนาซึ่งได้แก่ ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ผู้พิพากษาศาลฎีกา คุณจันทิมา ธนาสว่างกุล อัยการพิเศษฝ่ายช่วยเหลือทางกฎหมาย สำนักงานอัยการสูงสุด และว่าที่ร้อยตรี ดร.ถวัลย์ รุยาพร นายกสภาทนายความ

.indd 20 3/7/2019 6:51:33 PM



ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส : การจัดสัมมนาทางวิชาการในวันนี้เป็นการรวมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อ “ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding And Withdrawing Of Life-Sustaining Treatment)” เพื่อทำความเข้าใจกับบุคลากรด้านสุขภาพและนักกฎหมายในเรื่องการไม่ใส่หรือการถอดเครื่องช่วยหายว่าทำได้เพียงใด จากปัญหาที่ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป กล่าวแต่ต้นว่า ทุกวันนี้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพก็จะกังวลในเรื่องกฎหมายว่าการไม่ใส่หรือการถอดเครื่องช่วยหายใจว่าทำได้เพียงใด ส่วนนักกฎหมายก็ไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากนักเพราะเป็นความรู้ทางการแพทย์ โดยในลำดับแรกขอเชิญ ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา กล่าวถึงเรื่องการถอดหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจกับเวชปฏิบัติทางการแพทย์

.indd 21 3/7/2019 6:51:33 PM



ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา : ต้องขอขอบคุณ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส และคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่จัดสัมมนาวิชาการในหัวข้อนี้ขึ้น เนื่องจากปัจจุบันประเด็นนี้กำลังเป็นประเด็นที่บุคลากรด้านสุขภาพให้ความสนใจรวมทั้งยังมีความเห็นที่ขัดแย้งกัน ที่มาร่วมสัมมนาในวันนี้มาใน ๓ ฐานะ คือ ฐานะแรกเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันซึ่งทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตแพทย์ออกไปรับใช้สังคม และสุดท้ายก็เป็นนายกแพทยสภาองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานในเวชปฏิบัติของแพทย์ทั่วประเทศ

.indd 22 3/7/2019 6:51:33 PM



เป้าหมายในการทำงานของแพทย์คือทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ หากไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ก็จะต้องบรรเทาหรือทำให้ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่หายไป โดยวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหรือการทำให้ความเจ็บปวดหายไปนี้ทำได้หลายวิธี ซึ่งการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือการไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจก็เป็นวิธีการหนึ่งในการลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือการไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน

ประเด็นสำคัญของเรื่องการถอดหรือการไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ คือ การเจ็บปวดและทุกข์ทรมานนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ญาติพี่น้องของผู้ป่วยก็ได้รับความทุกข์ทรมานด้วยแต่เป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เห็นสภาพความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ดังนั้นการกล่าวถึงเรื่องการยุติการรักษาไม่ว่าจะเป็นการถอดหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะต้องพิจารณาถึงมิติของครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเสมอเพราะสังคมไทยหรือสังคมตะวันออกเป็นครอบครัวขยายซึ่งให้ความสำคัญกับญาติในครอบครัวอย่างมาก ซึ่งแตกต่างจากสังคมตะวันตกที่ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งในประเด็นนี้จะสร้างความยากลำบากให้แก่แพทย์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพราะจะต้องให้ความสำคัญกับญาติของผู้ป่วยด้วย จากจุดนี้เองจะก่อให้เกิดประเด็นที่แพทย์จะต้องพิจารณาคือ การรับรู้และความรู้ของญาติที่ไม่เท่ากันทั้งในเรื่องความทุกข์ทรมานและการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่เท่ากัน ในทางปฏิบัติของแพทย์ทุกคนรวมทั้งตนด้วยหากในวาระนั้นสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ได้แล้วก็จะสื่อสารกับญาติแทน โดยอธิบายสภาพของโรค แนวทางการรักษา โอกาสที่จะเป็นไปได้ในกรณีต่าง ๆ ของผู้ป่วย

.indd 23 3/7/2019 6:51:33 PM

ให้ญาติเข้าใจ ปัญหาอีกประการหนึ่งคือเรื่อง “ความหวัง (Hope)” เพราะในการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการอธิบายสภาวะต่าง ๆ มักจะมีคำถามจากญาติ (หรือผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยยังมีสติอยู่) ว่าผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตเท่าไหร่ เรื่องนี้เป็นคำถามที่แพทย์ลำบากใจที่จะตอบมาก เนื่องจากในทางการแพทย์ไม่มีอะไรแน่นอน ๑๐๐% แม้ว่าแพทย์จะคาดการณ์โอกาสเหล่านี้อยู่แล้วว่ากรณีเหล่านี้จะรอดหรือไม่รอดหรือมีโอกาสรอดเท่าไหร่ แต่ไม่สามารถแจ้งให้ญาติ (หรือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติอยู่) ทราบได้เพราะการคาดการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์การทำงานของแพทย์ซึ่งบางครั้งแพทย์ก็ไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือไม่ ในทางปฏิบัติแพทย์มักจะใช้การแจ้งเป็นเปอร์เซ็นต์ว่าจะรอดกี่เปอร์เซ็นต์ซึ่งตรงนี้คือความคาดหวังของญาติ (หรือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติอยู่)

ในการถอดเครื่องช่วยหายใจปัญหาจะเกิดขึ้นทันทีหากการถอดเครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะจะเกิดความรู้สึกกับญาติผู้ป่วยว่าถ้าหากยังไม่ถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดใช่หรือไม่ ในการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบในกรณีนี้เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่ากระบวนการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

ในผู้ป่วยบางส่วนเมื่อผ่านความทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาลมาแล้ว เช่น ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจเข้าห้องเวชบำบัดวิกฤติ หรือการทำ CPR ผู้ป่วยมักจะแจ้งแก่แพทย์ว่าให้ปล่อยตนเสียชีวิตไปเพราะไม่ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลเหล่านั้นอีก จากประสบการณ์ของตนผู้ป่วยเคยจับมือตนแล้วพูดว่า “หมอปล่อยผมไปได้แล้ว” ตรงนี้แปลว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเสียชีวิตแล้ว

.indd 24 3/7/2019 6:51:33 PM

แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์พร้อมที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือยัง แต่จากประสบการณ์การรักษาของตนกว่าผู้ป่วยจะมาถึงจุดที่แจ้งแพทย์ว่าให้หยุดการรักษาพยาบาลนั้นผู้ป่วยหลายรายมักจะผ่านประสบการณ์ความทุกข์ทรมานหลายครั้ง ผ่านการปรับสภาพจิตใจการยอมรับอาการที่ตนเองเป็น จนไม่อยากจะมีสภาพหรือสภาวะการแบบนั้นแล้ว

ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวแพทย์ก็มักจะสื่อสารและปรึกษาหารือกับผู้ป่วยโดยตรง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวแพทย์ก็จะสื่อสารกับญาติ หากมีญาติเพียงคนเดียวก็ไม่เป็นปัญหากับแพทย์มากนัก แต่ในกรณีที่มีญาติหลายคน หากญาติหลายคนมีความเห็นแตกต่างกันก็จะเป็นปัญหากับแพทย์ว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อ เพราะญาติแต่ละคนมีความรู้แตกต่างกัน มีความหวังแตกต่างกัน มีความเข้าใจในเรื่องความทุกข์ทรมานแตกต่างกัน บางส่วนก็คิดไปถึงเรื่องที่จะเกิดขึ้น ทรัพย์สินเงินทองหรือสิทธิประโยชน์หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว กล่าวคือความคิดของญาติมีความหลากหลายมากไม่สามารถคาดการณ์ได้ ตรงนี้เป็นปัญหาในทางปฏิบัติของแพทย์ว่าจะดำเนินการอย่างไร

เมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะท้ายของชีวิต แพทย์จะต้องพิจารณาว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ การจะยื้อผู้ป่วยหรือไม่ ทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไร การยื้อชีวิตแม้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน แต่หากแลกมาด้วยคุณค่าว่าผู้ป่วยได้จัดการสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการ เช่น เรื่องมรดก สั่งเสียต่าง ๆ ก่อนที่จะเสียชีวิต และบางครั้งการยื้อชีวิตผู้ป่วยยังเป็นการลดความทุกข์ทรมานของญาติผู้ป่วยเพราะเป็นการสร้างช่วงระยะเวลาให้ญาติทำใจก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ดังนั้นการยื้อชีวิตหรือการใส่เครื่องชวยหายใจก็มีคุณค่าในตนเองด้วย

.indd 25 3/7/2019 6:51:33 PM

ขั้นตอนของการถอดเครื่องช่วยหายใจก่อนที่จะดำเนินการ แพทย์จะปรึกษาหารือกับญาติผู้ป่วยก่อนแล้วก็จะดำเนินการถอดเครื่องช่วยหายใจ โดยการถอดเครื่องช่วยหายใจไม่ใช่การถอดเฉย ๆ โดยไม่ดำเนินการอะไร แต่จะมีเทคนิคและวิธีการทางการแพทย์ โดยมีการใช้ยาควบคุมอาการความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน โดยการปรึกษาหารือนั้นแพทย์จะชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการถอดเครื่องช่วยหายใจเพราะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ญาติเกิดความรู้สึกผิดที่ตัดสินใจเช่นนั้น ในเวชปฏิบัติของแพทย์เมื่อมีการพูดคุยและปรึกษาหารือกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจทั้งหมด รวมทั้งยินดีที่ให้แพทย์ดำเนินการตามที่ได้ตกลงไว้กับผู้ป่วยและญาติ แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ญาติต้องการเปลี่ยนใจหรือมาต่อว่าแพทย์ที่ดำเนินการเช่นนั้น เนื่องจากไปได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นมา สุดท้ายเกิดการฟ้องร้องกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความลำบากในการทำงานของแพทย์และพยาบาลมาก เพราะเรื่องการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือการยุติการรักษาเป็นเรื่องที่เมื่อตัดสินใจและดำเนินการไปแล้วไม่สามารถย้อนกลับได้

ดังนั้นประเด็นโดยสรุป คุณภาพชีวิตเป็นประเด็นหนึ่งที่แพทย์จะต้องคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาพยาบาลของแพทย์และมีการพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่) และญาติว่าควรยุติความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ ในทางการแพทย์มีหลายแนวทางในการลดความทุกข์ทรมานหรือยุติความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากกระบวนการรักษา เมื่อแพทย์ได้ดำเนินการตามความ

.indd 26 3/7/2019 6:51:33 PM

ต้องการของผู้ป่วยและญาติแล้ว จะมีแนวทางใดให้แพทย์ทำงานได้โดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาที่อาจจะมีญาติผู้ป่วยเปลี่ยนใจในภายหลังก็จะเป็นการดีกับการทำงานของแพทย์ต่อไป

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา ที่ได้มาสะท้อนมุมมองของการรักษาว่าแพทย์คิดอย่างไรหรือมีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร โดย ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในทางปฏิบัติที่แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องประสบ โดยนอกจากปัญหาการรักษาโรคและการคุมอาการผู้ป่วยแล้ว เรื่องการสื่อสารกับญาติและผู้ป่วยก็เป็นปัญหาเช่นกัน

ดังนั้นเรื่องการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะจะช่วยให้การทำงานของแพทย์สะดวกขึ้น หนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจะสื่อเจตนาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ และถึงแม้จะมีหนังสือแสดงเจตนานี้แพทย์ก็ยังต้องปรึกษาหารือกับญาติผู้ป่วยอยู่ดี แต่จะเป็นการปรึกษาหารือบนกรอบที่ผู้ป่วย (ที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ) ได้กำหนดไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งจะทำให้แพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจที่จะดำเนินการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ การปรึกษาหารือระหว่างแพทย์และญาติเป็นสิ่งสำคัญมาก สิ่งที่แพทย์จะต้องคำนึงถึงเสมอ คือ ญาติที่มาร่วมปรึกษาหารือมีอำนาจตัดสินใจหรือไม่ด้วย ในสังคมไทยหรือสังคมตะวันออกแต่ละครอบครัวจะมีผู้มีอำนาจตัดสินใจแตกต่าง

.indd 27 3/7/2019 6:51:33 PM

กันไป แพทย์ควรให้ญาติผู้นั้นมาเป็นผู้ร่วมปรึกษาหารือและวางแผนการรักษาผู้ป่วย (ที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ) ร่วมกับแพทย์ หากเป็นไปได้ สถานที่พูดคุยปรึกษาหารือควรจะมีห้องแยกต่างหาก ไม่ควรไปปะปนกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับผู้ป่วยและญาติ

ลำดับถัดไปขอเชิญ รศ.พญ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล อาจารย์ประจำหน่วยการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.พญ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยตอนนี้ตนในฐานะผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ก็ส่งแพทย์และพยาบาลประจำศูนย์เข้าไปศึกษาหาความรู้ในเรื่องการดูแลแบบผู้ป่วยระยะท้ายที่ศูนย์การุณรักษ์ด้วย

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล



.indd 28 3/7/2019 6:51:33 PM

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล : ในการดูแลแบบผู้ป่วยระยะท้ายที่ตนดำเนินการที่ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยหลักจะมีหน้าที่ที่สำคัญ คือ

๑. ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ เช่นการใช้ยาลดปวดมอร์ฟีนเพื่อจัดการอาการปวดและอาการหอบเหนื่อยให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆ ในระยะใกล้เสียชีวิต

๒. ดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีที่สุด เชื่อมประสานการดูแลในทุกด้าน รวมถึงการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รวมถึงการให้การดูแลครอบครัว/ผู้ดูแลและดูแลความโศกเศร้าสูญเสียของครอบครัว

๓. ทำหน้าที่ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้หรือทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่ให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาเป็นไปในแนวเดียวกัน ทีมดูแลประคับประคองทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่ตรงจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สภาวะของโรคและพยากรณ์โรค คาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือ ทางเลือกของการรักษาแต่ละทางเลือกว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร โดยให้ข้อมูลว่าทางเลือกแต่ละทางมีโอกาสประสบความสำเร็จเท่าใด ภาระที่เกิดจากการรักษาในทางเลือกนั้นมีอะไรบ้าง เช่นความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นและมีภาระอะไรเกิดขึ้นกับครอบครัวบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

.indd 29 3/7/2019 6:51:33 PM

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ การตัดสินใจในเรื่องดูแลนี้ควรเป็นการตัดสินใจร่วมกัน ๓ ฝ่าย ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย โดยสิ่งที่จะต้องยึดถือ คือ

๑. สิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

๒. แพทย์ทำแต่สิ่งที่ดี หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

๓. การจัดสรรทรัพยากร ชั่งน้ำหนักเรื่องการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขด้วยเพราะโรงพยาบาลของรัฐต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นจึงต้องใช้ทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยบางรายเมื่อการรักษาตัวโรคไม่ได้ผลและไม่ก่อเกิดประโยชน์ต่อไป ควรหลีกเลี่ยงการรักษาตัวโรคต่อ โดยเฉพาะผู้ป่วยเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย ควรหลีกเลี่ยงการพยุงชีพ แต่ควรดูแลในแนวทางประคับประคองให้สุขสบาย ควรนำทรัพยากรเช่นการรักษาพยุงชีพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่ยังสามารถรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แทนที่จะนำมาใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังจะเสียชีวิต เพราะสร้างความทุกข์ทรมานและเป็นการยื้อความตาย

ปัจจุบันการศึกษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ดังนั้นจริยธรรมทางการแพทย์จึงต้องเปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าของการศึกษาและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย (Bioethics in the 20th century) ในสมัยก่อนการตัดสินใจในการรักษา

.indd 30 3/7/2019 6:51:33 PM

พยาบาลจะเป็นหน้าที่ของแพทย์แต่เพียงผู้เดียว (Paternalism) ต่อมาเมื่อสังคมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น ทำให้ต้องตระหนักถึงเรื่องสิทธิผู้ป่วย (Patient Autonomy) ดังนั้นในการรักษาพยาบาลแพทย์ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (share decision making)

ในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ.๑๙๗๖ มีกรณีที่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเป็นผักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลายาวนาน ต่อมาพ่อแม่ของผู้ป่วยรายนี้ขอใช้สิทธิทางศาลเพื่อให้ศาลสั่งให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ เพราะเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ทุกข์ทรมาน ไม่มีคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นมาในสหรัฐอเมริกาก็เกิดมีการตื่นตัว เกิดมีกฎหมาย Patient self determination act เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการทำเอกสารปฏิเสธการพยุงชีพล่วงหน้า (living will)

ในอดีตการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีความหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินว่าควรพยุงชีพหรือไม่ โดยอาจทำสัญลักษณ์ให้ทราบว่าไม่ต้องกู้ชีพ ซึ่งแนวคิดนี้ไม่ถูกต้อง ปัจจุบันได้เปลี่ยนแนวคิดโดยต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เรื่องของ active euthanasia เราต้องทำความเข้าใจกับคำนี้ active euthanasia คือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเจตนา โดยการให้ยาหรือสารพิษแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการยับยั้งหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (withhold/withdraw life sustaining treatment) **คือ euthanasia ซึ่งโดยแท้จริงแล้วไม่ใช่เรื่องเดียวกัน เนื่องจากทั้งสองมีจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน โดย active euthanasia มีเจตนาให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อให้**

.indd 31 3/7/2019 6:51:33 PM

หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน แต่ การยับยั้ง/ถอดถอนเครื่องพยุงชีพมีเจตนาเพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่มีเจตนายุติชีวิต แต่ความตายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ตามธรรมชาติของโรค การถอดเครื่องช่วยหายใจแพทย์ไม่มีเจตนาที่จะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแต่ต้องการยุติความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากกระบวนการรักษาพยาบาล ทั้งสองเรื่อง **นี้จึงต่างกัน โดยทั่วไปจริยธรรมทางการแพทย์ถือว่าการถอดหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่มีความแตกต่างกัน ในเมื่อแพทย์เห็นว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ก่อเกิดประโยชน์สร้างความทุกข์ทรมานและควรหลีกเลี่ยงการใส่ ดังนั้นถ้าใช้อยู่ก็ควรยุติหรือถอดถอนออกได้ (American Thoracic Society, Bioethics Task Forces, 1991)**

ประเด็นเรื่องการแบ่งปันทรัพยากร (resource allocation) เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จะต้องพิจารณา เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยประชาชนมากกว่าร้อยละ ๙๐ ได้รับสวัสดิการผ่านสิทธิการรักษาพยาบาลตามที่รัฐกำหนดผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ (สิทธิราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม) ทำให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งเราต้องยอมรับว่าทรัพยากรเหล่านี้มีจำกัด แพทย์มีหน้าที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันแต่ในขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด แพทย์ต้องตัดสินใจให้การรักษาเหล่านั้นก่อเกิดประโยชน์สูงสุด บ่อยครั้งที่ครอบครัวขอให้แพทย์ทำการรักษาทุกอย่างเต็มที่แม้อยู่ในระยะที่การรักษาเหล่านั้นไม่ก่อเกิดประโยชน์อีกต่อไป แพทย์มีหน้าที่ทำความเข้าใจกับครอบครัว และควรให้การรักษาในแนวทางให้สุขสบาย แพทย์ต้อง

.indd 32 3/7/2019 6:51:33 PM

กำหนดขอบเขตของการรักษาให้เหมาะสม (American Thoracic Society, 1997) และในภาคส่วนของสังคมเองก็ควรมีความตระหนัก ดังนั้นจึงต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ทำให้ต้องพิจารณาว่าการใช้ทรัพยากรสุขภาพดังกล่าวคุ้มค่าหรือไม่ด้วย

ประเทศไทยแม้ว่าจะรับรองสิทธิผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ตาม หนังสือแสดงเจตนานี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของเรื่องการดูแลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง กฎหมายนี้ประกาศใช้มากว่าสิบปีแต่การขับเคลื่อนถือว่าช้ามาก เนื่องจากที่ผ่านมาระบบการดูแลแบบประคับประคองตามสถานพยาบาลต่างๆ ยังมีไม่ทั่วถึงเพียงพอที่จะรองรับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ประกอบกับการขาดความตระหนักในภาคส่วนทั้งบุคลากรทีมสุขภาพและภาคประชาชน นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการใช้เครื่องพยุงชีพ ผู้ป่วยอาจมีอาการหอบเหนื่อย ปวดไม่สุขสบาย มีความจำเป็นต้องมีทีมดูแลประคับประคองช่วยในการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

เรื่อง Medical futility คือ การรักษาพยาบาลที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย การรักษานี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือดีขึ้นเพียงช่วงสั้นๆ ในทางการแพทย์เราไม่ควรให้การรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ การใช้เครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นานไม่ได้ช่วยให้เขารอดชีวิต แต่เป็นการยื้อความตาย

.indd 33 3/7/2019 6:51:33 PM

จึงควรหลีกเลี่ยง American Medical Association ได้ประกาศหลักจริยธรรม (Code of conduct) โดยในหมวดหมู่เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตได้ระบุไว้ว่า ระลึกว่าเป็นหน้าของแพทย์ที่ต้องรักษาชีวิต แต่ถ้าการตายเป็นสิ่งที่ชัดแจ้งเลี่ยงไม่ได้ และการรักษาโรคให้หายหรือการรักษาพยุงโรคไม่ก่อเกิดผลอีกต่อไป ควรต้องให้มั่นใจว่าการตายนั้นจะ**ไม่เจ็บปวดและสมศักดิ์ศรี** เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกการตัดสินใจการรักษา รวมถึงสิทธิใน**การปฏิเสธการรักษา**ด้วย เคารพในสิทธิของผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ให้ได้รับ**การจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ** แม้ว่าการให้การบำบัดดังกล่าวจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยเหลือสั้นลง รับรู้ถึงความต้องการการประคับประคองด้านกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลอื่นๆ ไม่เฉพาะขณะผู้ป่วยมีชีวิตแต่หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย ในประเทศไทยเรื่องเหล่านี้ยังไม่มีความชัดเจนเนื่องจากไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่องค์กรวิชาชีพกำหนดไว้ ในทางปฏิบัติจึงเป็นไปหลากหลายมาก

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง เมื่อผู้ป่วย (หรือครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ) แจ้งความต้องการกับแพทย์ว่าขอลองการรักษาพยาบาลด้วยการพยุงชีพบางอย่างเมื่อให้การรักษาถึงที่สุดแล้วการรักษาดังกล่าวไม่ได้ผลและไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ไม่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นแต่กลับสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยแทน แพทย์ก็สามารถพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัวเพื่อยุติการรักษาเหล่านั้น ทั้งนี้เพื่อปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการให้หรือยุติการรักษาพยาบาลให้คำนึงชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีผลเสีย พิจารณาผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นสำคัญ โดยเฉพาะความต้องการของผู้ป่วยต้องได้รับการ

.indd 34 3/7/2019 6:51:33 PM

พิจารณาเป็นอันดับแรก

คำว่า “Euthanasia” ในความหมายที่สังคมทั่วไปเข้าใจคือ การที่แพทย์ใช้กระบวนการทางการแพทย์ เช่นการให้ยาหรือฉีดสารต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วย ในโลกนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายในลักษณะดังกล่าว ในทางวิชาการเรียกกระบวนสิ่งนี้ว่า active euthanasia ส่วนคำว่า passive euthanasia คือ การกระทำที่ไม่เข้าไปแทรกแซงโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ความเข้าใจของคนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการยับยั้ง/ยุติการพยุงชีพเป็น passive euthanasia แต่คณะกรรมการด้านกฎหมายและจริยธรรมของแพทยสมาคมของสหรัฐอมริกา (American Medical Association) กล่าวไว้ว่าการยับยั้ง/ยุติเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์พยุงชีพอื่น ๆ ไม่ควรเรียกว่า passive euthanasia เพราะเจตนาของแพทย์คือไม่ได้ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแต่ต้องการปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ดังนั้นกรณีเหล่านี้จึงต้องพิจารณาจากเจตนาของแพทย์ผู้ที่ดำเนินการเป็นหลักว่ามีเป้าหมายเพื่ออะไร

ในสถานการณ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่ปรึกษาศูนย์การุณรักษ์มาร่วมดูแลร้อยละ ๒๓ อยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ (ICU) และอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ เมื่อทำการวิเคราะห์ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดการรับรู้โรคอย่างแท้จริงและขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการดูแลให้สุขสบายโดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรเข้ามาถูกรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ การ

.indd 35 3/7/2019 6:51:33 PM

ใช้กระบวนการรักษาแบบที่เกินความจำเป็นในผู้ป่วยที่โรคไม่สามารถรักษาได้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความทุกข์ทรมาน และสูญเสียทรัพยากรสาธารณสุขโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ ซึ่งจุดนี้เองเห็นว่า **หลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาจะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้แพทย์มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าปัจจุบันเพราะปัจจุบันแพทย์มีความรู้เรื่องเหล่านี้ยังไม่เพียงพอ**

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ยกตัวอย่างกรณีศึกษาการดูแลแบบประคับประคองที่ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ป่วยเป็นผู้หญิงสูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมนอนติดเตียงมาแล้ว ๕ ปี โดยไม่สามารถสื่อสารใดๆ ได้มากว่า ๒ ปีแล้ว มีแผลกดทับขนาดใหญ่ ในวันหนึ่งผู้ป่วยปลุกแล้วไม่ตื่น ญาติจึงส่งมาที่ห้องฉุกเฉิน แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินใส่ท่อช่วยหายใจ จากนั้นทำการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลออกมาพบว่าผู้ป่วยมีมะเร็งลุกลามที่สมอง และสาเหตุจากเป็นมะเร็งปอด การรักษามะเร็งในสถานะการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน ทางเลือกที่แพทย์จะต้องตัดสินใจคือจะยุติการรักษาโดยพยุงชีพด้วยเครื่องช่วยหายใจต่อหรือไม่ ทีมสุขภาพพิจารณาแล้วว่าการพยุงชีพที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการยื้อความตายไม่ก่อเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอีกต่อไป แพทย์เจ้าของไข้จึงพูดคุยกับครอบครัวซึ่งประกอบด้วยลูก ๒ คนและหลานซึ่งเป็นแพทย์ โดยได้จัดการประชุมครอบครัว (Family meeting) ก็ได้ข้อยุติว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ทุกข์ทรมาน ครอบครัวยอมให้ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจและการรักษาทั้งหมดและขอให้การดูแลแบบประคับประคองแทน ซึ่งทางศูนย์การุณรักษ์ก็ได้ดำเนินการตามความต้องการ

.indd 36 3/7/2019 6:51:33 PM

โดยมีการให้ยาควบคุมความปวดและทุกข์ทรมานต่าง ๆ หลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยมีชีวิตต่ออีก ๓ วันเสียชีวิตในสภาวะที่สงบสุขสบายที่โรงพยาบาล ในกรณีนี้มีประเด็นที่ต้องพิจารณาคือผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง

ผู้ป่วยรายต่อมาเป็นหญิงสูงอายุเป็นโรคมะเร็งปอดโดยที่ตนเองไม่ทราบ วันหนึ่งผู้ป่วยหอบเหนื่อยและหายใจไม่ออกและซึมญาตินำผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล แพทย์ได้ปรึกษากับญาติว่าจะต้องการให้ดำเนินการอย่างไร โดยญาติตัดสินใจให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันต่อมาเมื่อผู้ป่วยได้สติและรับทราบว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยแจ้งแก่แพทย์ว่าขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ได้ให้ข้อมูลว่าการถอดท่อและเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยตัดสินใจขอกลับบ้านแม้รู้ว่าจะเสียชีวิต โดยผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ ทางศูนย์การุณรักษ์ได้เข้ามาช่วยให้ยาบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ แล้วจึงนำผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเมื่อถึงบ้านมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่นั้นมารับช่วงในการดูแลต่อ โดยผู้ป่วยรายนี้เมื่อถึงบ้านยังมีสติพอที่จะได้ลาพ่อแม่ พี่น้องและสั่งเสียต่าง ๆ หลังจากที่กลับบ้านแล้วเสียชีวิตในคืนนั้นอย่างสงบภายใต้การควบคุมอาการหอบเหนื่อยด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

ในต่างประเทศมีคำกล่าวไว้ว่า “การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายให้เขาตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าสังคมนั้นศิวิไลซ์มากแค่ไหน”

.indd 37 3/7/2019 6:51:33 PM

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่ได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากประเด็นที่ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล กล่าวพบว่ามีประเด็นที่ประชาชนยังมีความกังวลมากคือ ถ้าผู้ป่วยไม่ขอใส่เครื่องช่วยหายใจ แล้วจะทำอย่างไรต่อเพราะญาติผู้ป่วยก็ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ในหลาย ๆ ปีที่ผ่านมาประเด็นที่ตนต้องการนำเสนอให้สังคมรับรู้รับทราบคือ ถ้าผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไว้แล้วถ้าไม่มีระบบการดูแลแบบประคับประคองมารองรับก็ไม่สามารถดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วยที่ปรากฏในหนังสือแสดงเจตนานั้นได้ ประเด็นหนึ่งที่เป็นปัญหาความหนักใจของแพทย์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองคือเรื่องการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างฝ่ายผู้ให้บริการด้านสุขภาพและญาติผู้ป่วยเป็นศาสตร์และศิลป์อย่างหนึ่ง วิทยากรท่านต่อมาเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างมาก เป็นวิทยากรที่บรรยายในประเด็นเรื่องการสื่อสารเสมอ ขอเชิญ อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ มาชี้ประเด็นและให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสาร

อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ : ก่อนที่จะกล่าวถึงประเด็นเรื่องการสื่อสารในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ขอให้ทุกท่านพิจารณาผลการสำรวจที่ตนเองสำรวจเรื่อง Withhold-withdraw of life support measures at the end of life แบบสำรวจนี้มีผู้มาตอบทั้งสิ้น ๒,๑๔๗ คน ใช้การทำแบบสอบถามทาง Social media โดยมีผู้ที่มาตอบเป็นแพทย์ ๒๘.๔% พยาบาล ๑๕.๘% ผู้ป่วย ๘.๖% เป็นญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ๔๗%

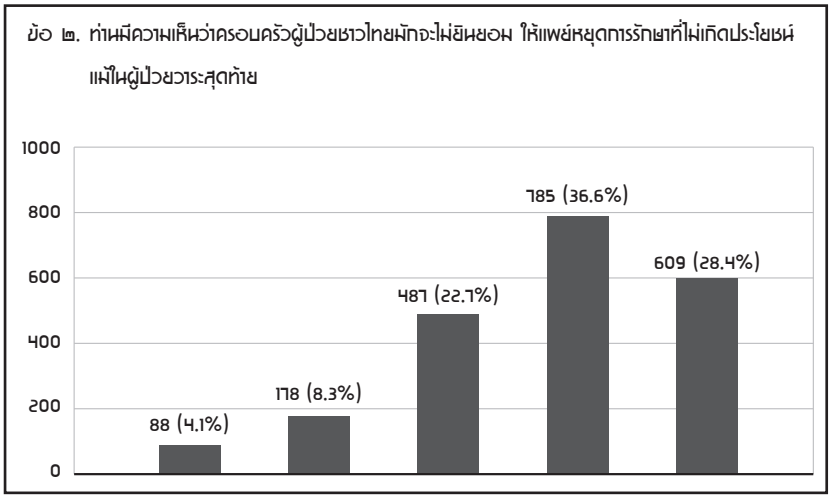
.indd 38 3/7/2019 6:51:33 PM



นพ.ชนินทร์ สิ่มวงศ์

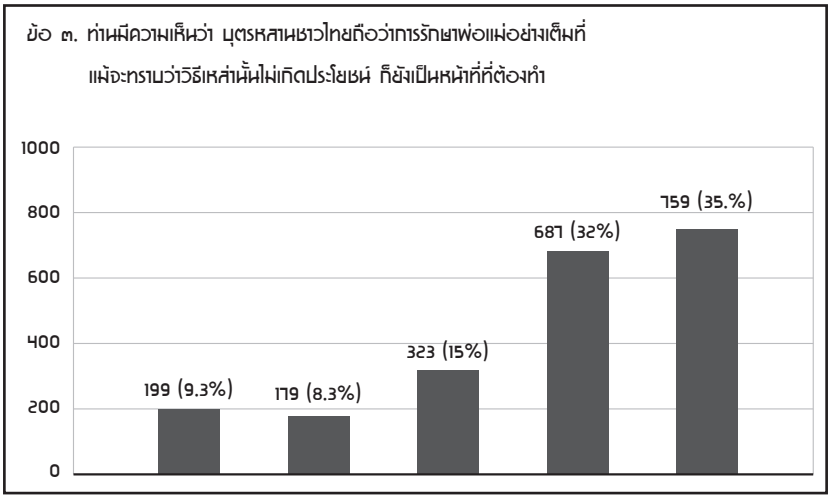
เป็นบุคคลอื่นอีก ๑๗% โดยมีคำถาม จำนวน ๑๐ ข้อ โดยมีรายละเอียดของคำถามดังต่อไปนี้ (คำถามข้อที่ ๑ เป็นคำถามสถานะของผู้ตอบว่าเป็นอะไร เช่น เป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล)

ข้อที่ ๒ ท่านมีความเห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยชาวไทยมักจะไม่ยินยอมให้แพทย์หยุดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์แม้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

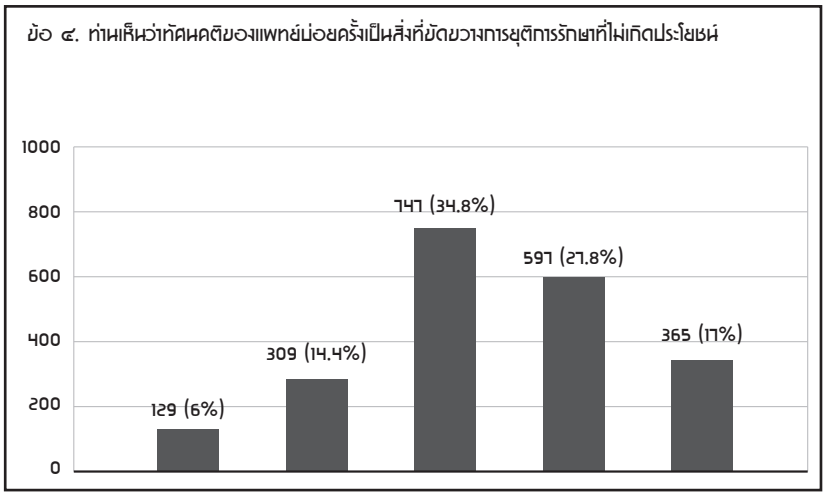


.indd 39 3/7/2019 6:51:34 PM

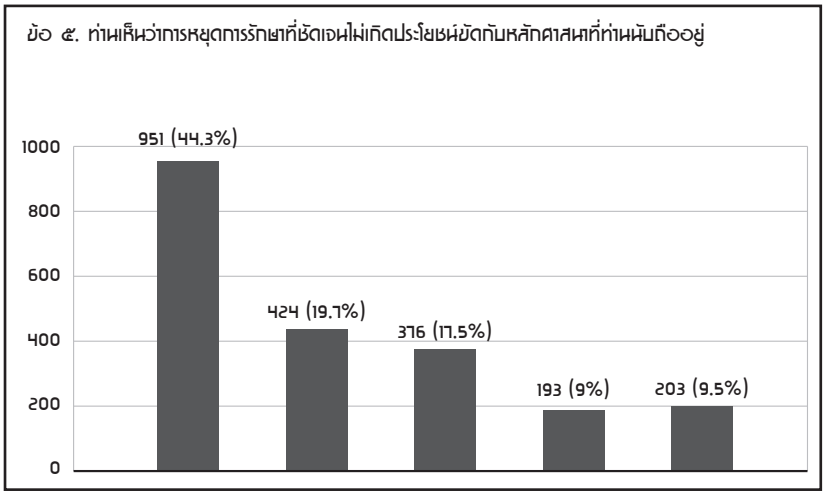
ข้อที่ ๓ ท่านมีความเห็นว่า บุตรหลานชาวไทยถือว่าการรักษาพ่อแม่อย่างเต็มที่ แม้จะทราบว่าวิธีเหล่านั้นไม่เกิดประโยชน์ ก็ยังเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้



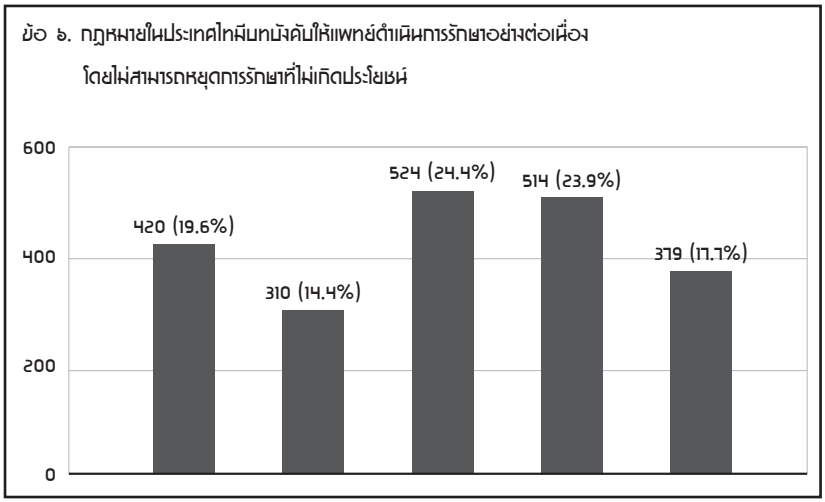
ข้อที่ ๔ ท่านเห็นว่าทัศนคติของแพทย์บ่อยครั้งเป็นสิ่งที่ขัดขวางการยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้



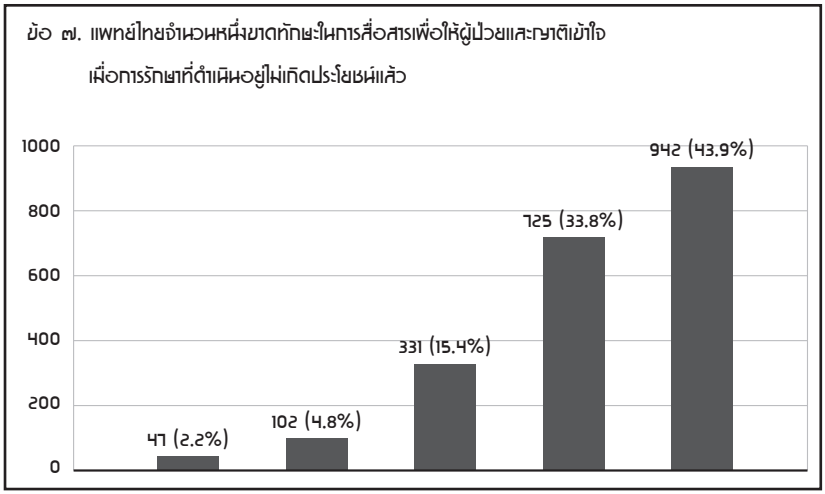
ข้อที่ ๕ ท่านเห็นว่าการหยุดการรักษาที่ซัดเจนไม่เกิดประโยชน์ขัดกับหลักศาสนาที่ท่านนับถืออยู่ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้



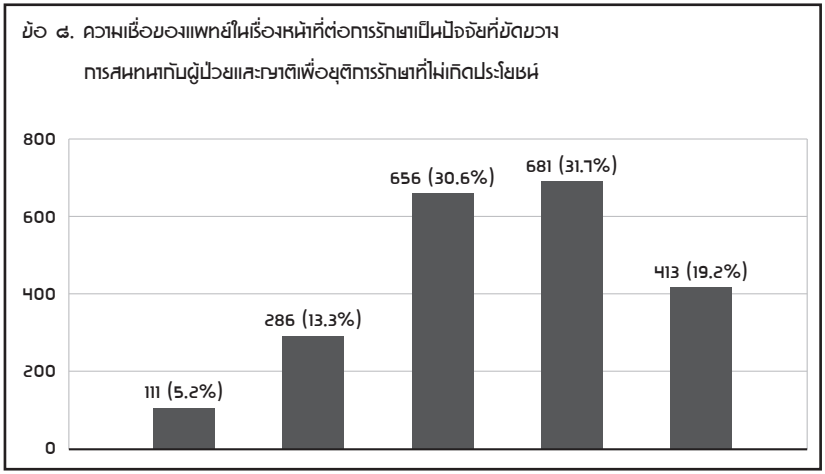
ข้อ ๖ กฎหมายในประเทศไทยมีบทบังคับให้แพทย์ดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้



ข้อ ๗ แพทย์ไทยจำนวนหนึ่งขาดทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเมื่อการรักษาที่ดำเนินอยู่ไม่เกิดประโยชน์แล้ว โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

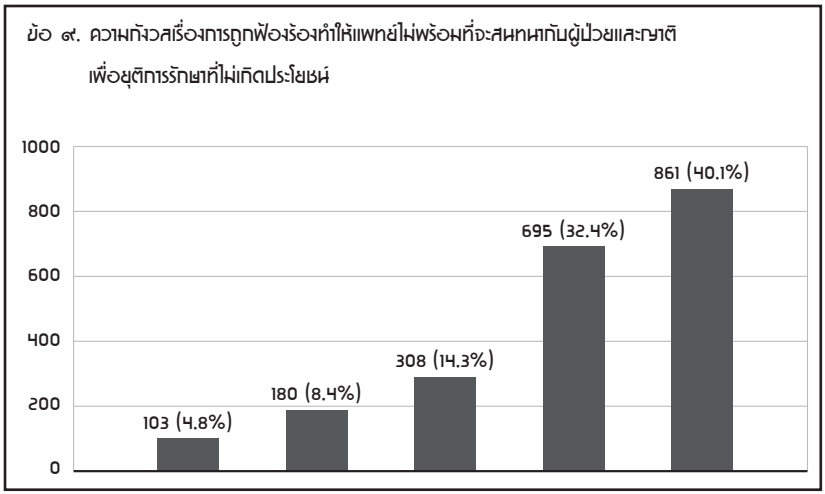


ข้อ ๘ ความเชื่อของแพทย์ในเรื่องหน้าที่ต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการสนทนากับผู้ป่วยและญาติเพื่อยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

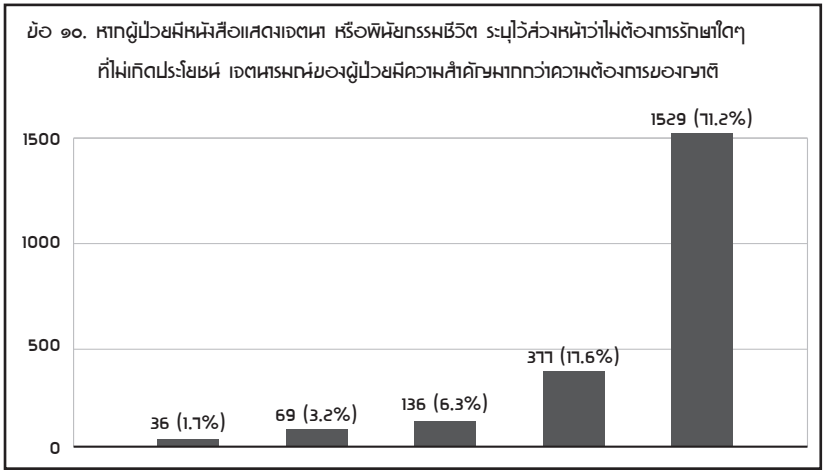


.indd 42 3/7/2019 6:51:34 PM

ข้อ ๙ ความกังวลเรื่องการถูกฟ้องร้องทำให้แพทย์ไม่พร้อมที่จะสนทนากับผู้ป่วยและญาติเพื่อยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้



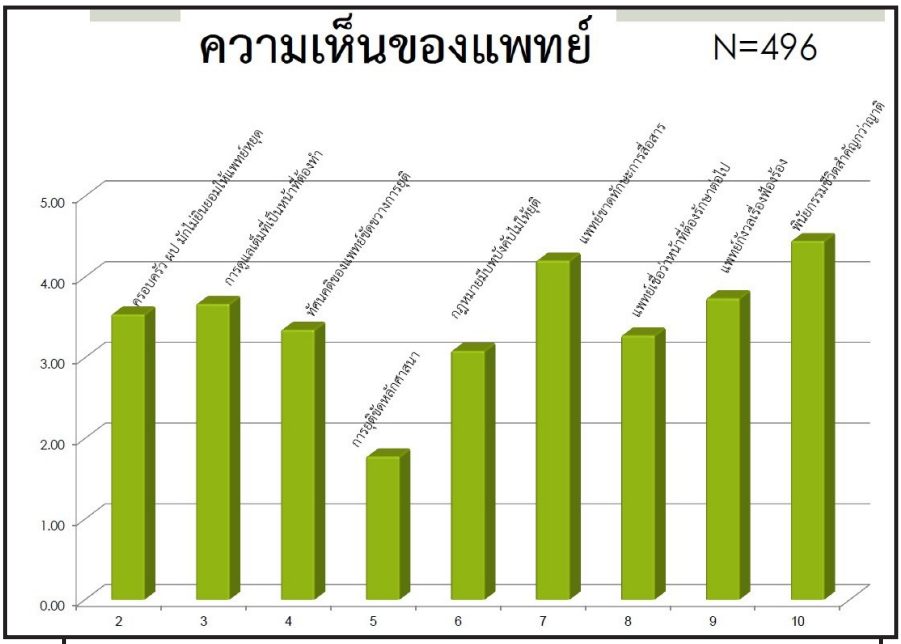
ข้อ ๑๐ หากผู้ป่วยมีหนังสือแสดงเจตนา หรือพินัยกรรมชีวิต ระบุไว้ล่วงหน้าว่าไม่ต้องการรักษาใด ๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์เจตนารมณ์ของผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่าความต้องการของญาติ โดยมีผลการตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

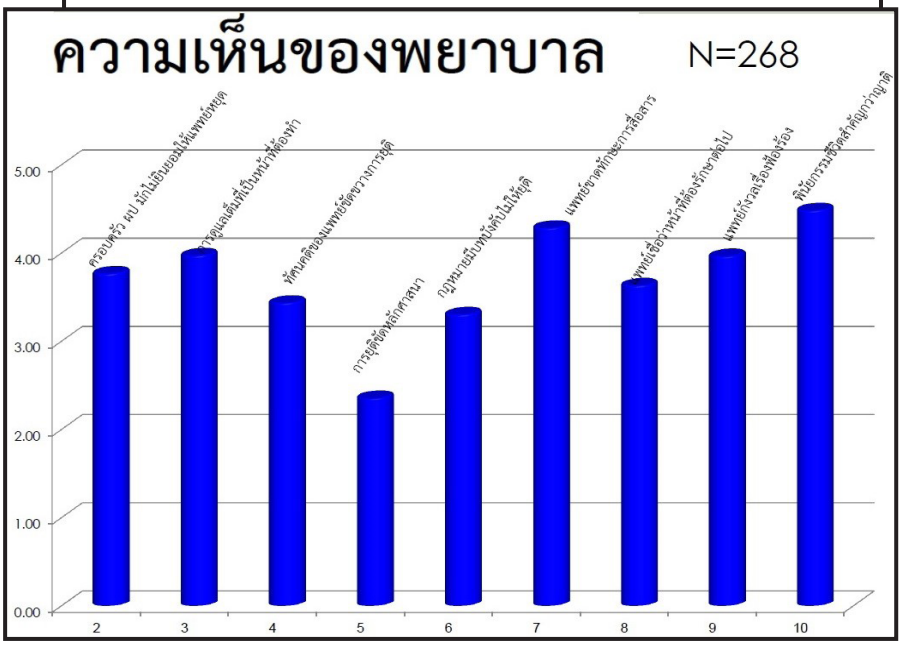


.indd 43 3/7/2019 6:51:34 PM

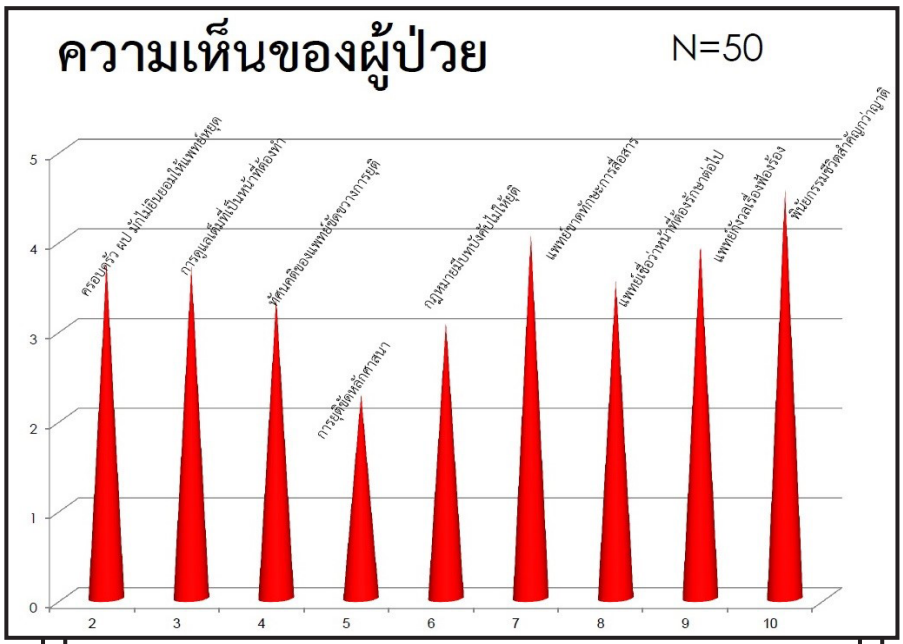
อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ กล่าวว่า เมื่อนำกราฟเหล่านี้มาเปรียบเทียบกันแล้วจะพบว่าการตอบทั้ง ๙ ข้อนี้ ผลของการตอบมีลักษณะเป็นโค้งระฆังทุกข้อ (Bell-shaped curve) และลักษณะของคำตอบทุกข้อจะมีแนวโน้มเหมือนกันหมด แทบไม่มีความแตกต่างกันในเชิงคำตอบ ดังนั้นจึงสามารถอนุมานได้จากคำตอบว่า **เรื่องการถอดท่อช่วยหายใจหรือการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเรื่องของความเชื่อของแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมากกว่าความรู้ การศึกษาหรือประสบการณ์ หากแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลมีความเชื่อที่สอดคล้องกันก็ไม่มีปัญหาในเรื่องการดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติความเชื่อของทั้งแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล อาจจะแตกต่างกันไปทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างกันได้ ดังนั้นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงมีความสำคัญมากและเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของแพทย์และพยาบาลอย่างมากถ้ามีการใช้อย่างแพร่หลาย** โดยมีรายละเอียดของการเปรียบเทียบคำตอบได้ดังต่อไปนี้

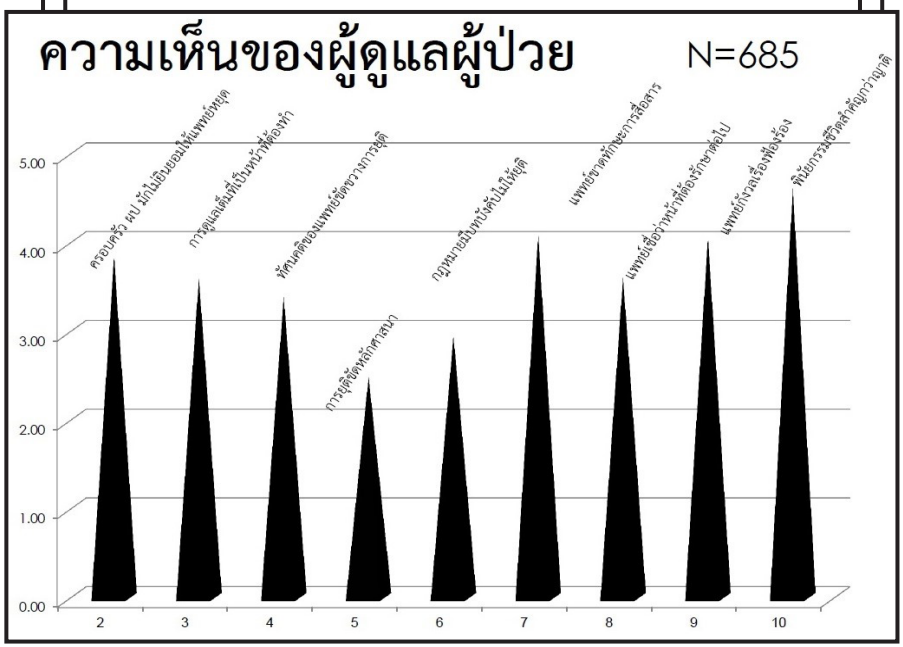
.indd 44 3/7/2019 6:51:34 PM



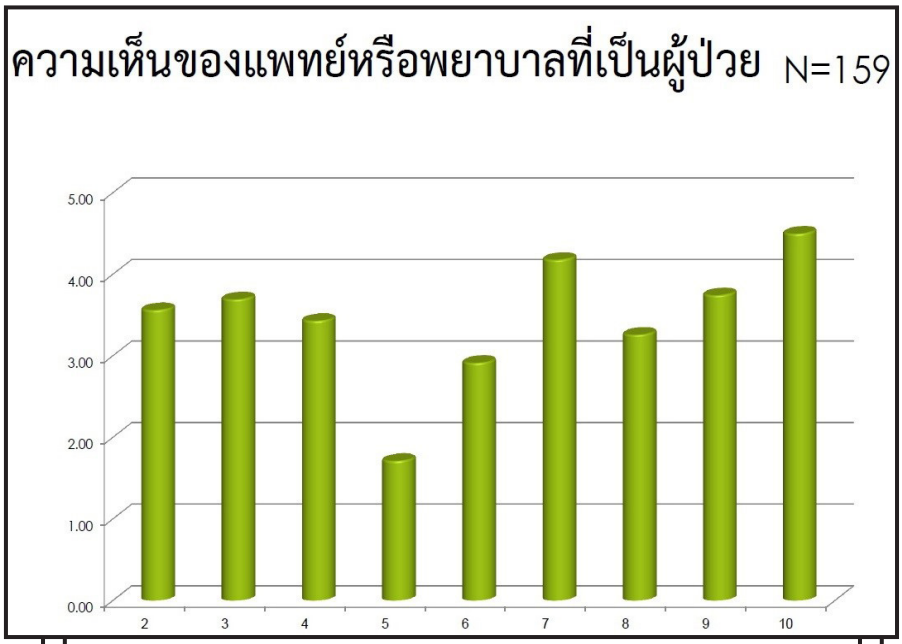


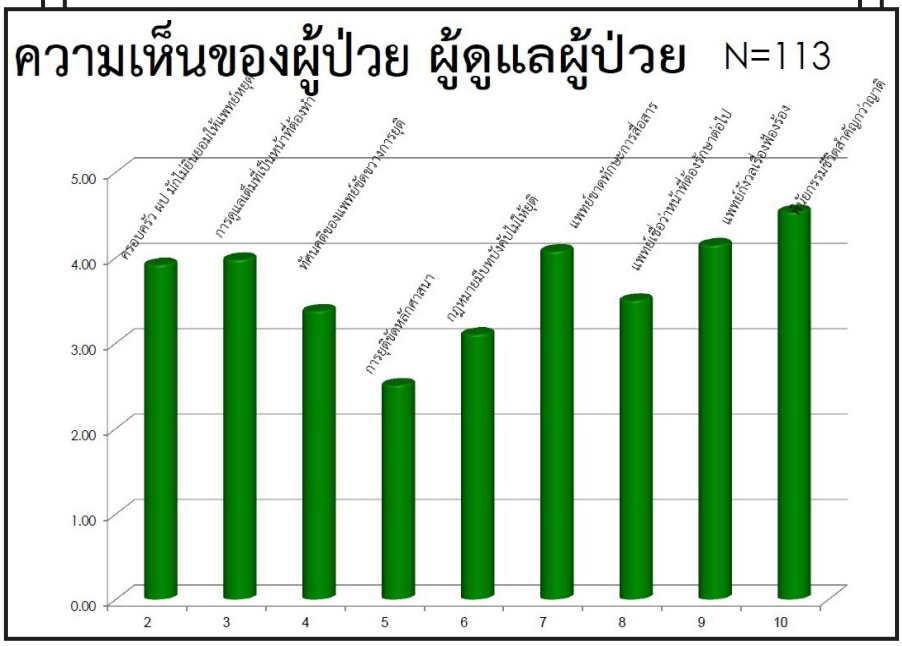
.indd 45 3/7/2019 6:51:35 PM



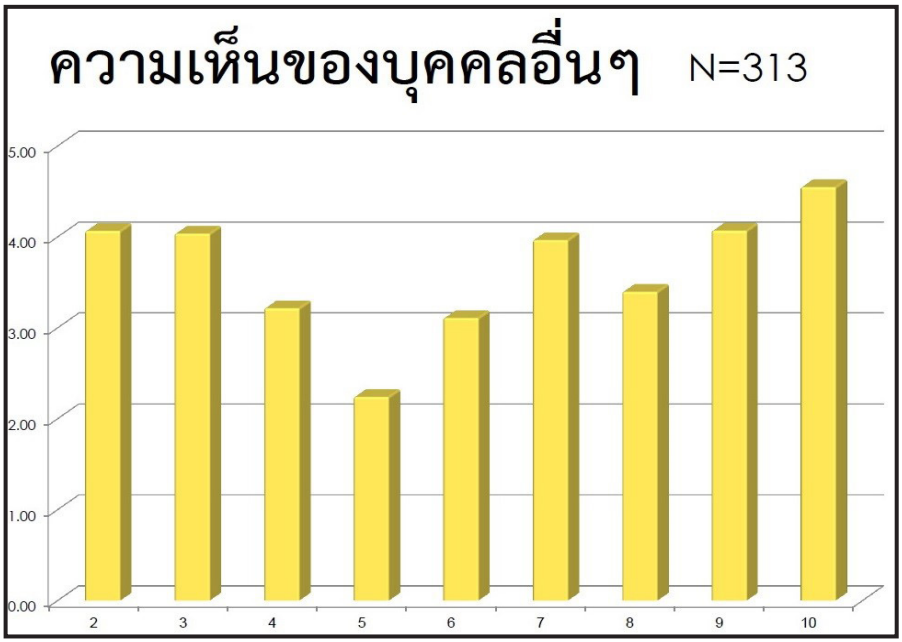


.indd 46 3/7/2019 6:51:35 PM



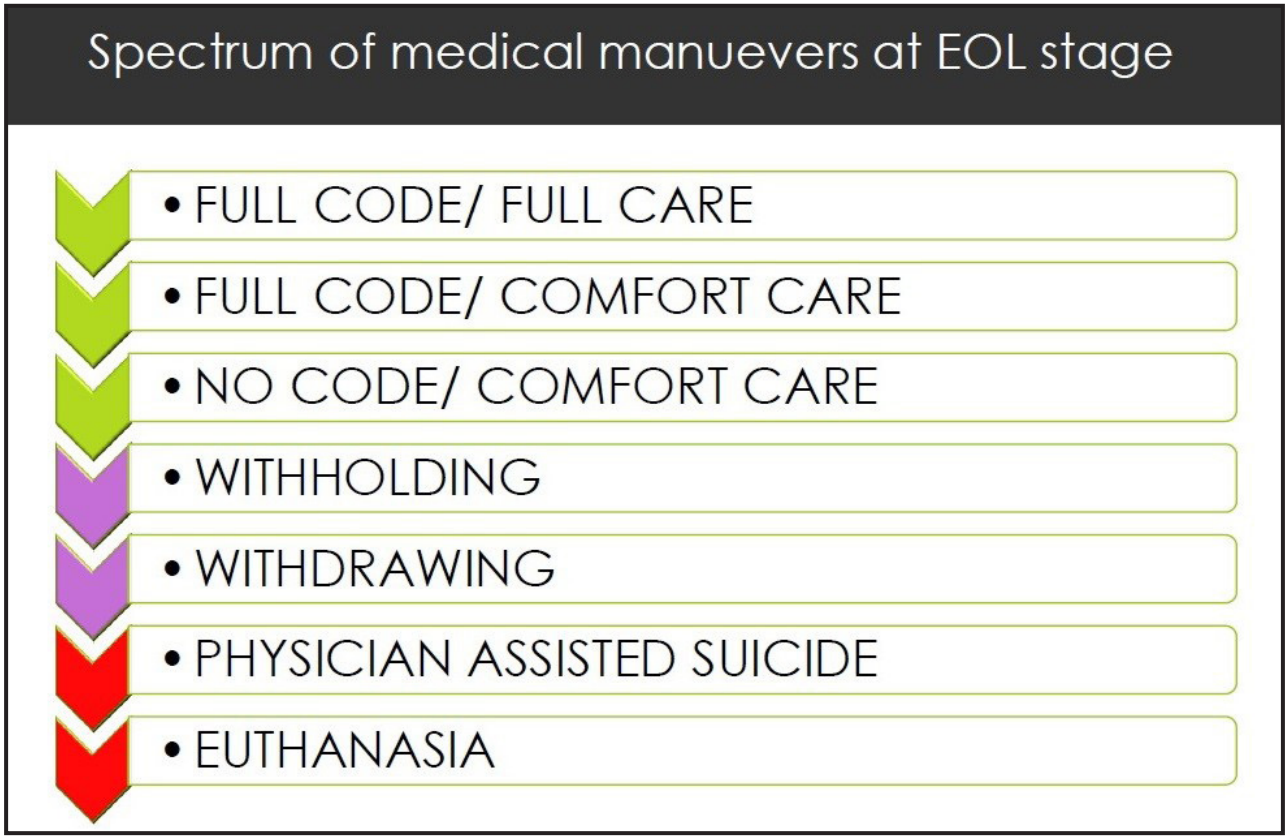


.indd 47 3/7/2019 6:51:35 PM



อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ กล่าวว่า พัฒนาการของสังคมที่มีการพูดคุยหรือถกเถียงในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของทุกประเทศทั่วโลกจะมีประเด็นที่พิจารณาไปตามลักษณะตามแผนภาพต่อไปนี้

.indd 48 3/7/2019 6:51:35 PM



.indd 49 3/7/2019 6:51:35 PM

โดยจากแผนภาพดังกล่าวประเทศไทยกำลังถกเถียงกันในเรื่อง Withholding และ withdrawing แล้ว ซึ่งพัฒนาการในอดีตเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะถกเถียงกันในเรื่องควรจะให้การรักษาทุกอย่าง (Full code full care) หรือไม่ ต่อมาแนวคิดเริ่มเปลี่ยนแปลงไปว่าถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินให้กู้ชีพและให้การรักษาที่ไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Full code comfort care) ต่อมาแนวคิดเปลี่ยนแปลงไปอีกว่าถ้าผู้ป่วยอาการหนักอีกก็ไม่ต้องฟื้นคืนชีพ ให้รักษาไปตามปกติโดยเน้นเรื่องการลดความทุกข์ทรมาน (No code comfort care) จนปัจจุบันประเทศไทยกำลังถกเถียงกันในเรื่อง withholding และ withdrawing ว่าทำได้เพียงใดในประเทศไทย โดยตอนนี้บางประเทศได้ไปสู่การถกเถียงกันในเรื่อง Patient assisted suicide และเรื่อง Active euthanasia แล้ว ซึ่งไม่แน่ว่าในอนาคตประเทศไทยเราก็อาจไปสู่เรื่องของการถกเถียงเรื่อง Patient assisted suicide และเรื่อง Active euthanasia ว่าเหมาะสมสำหรับประเทศไทยหรือไม่ก็ได้

เหรียญย่อมมีสองด้านเสมอ ดังนั้นในการพิจารณาในเรื่อง Withholding และ withdrawing ว่าเหมาะสมหรือไม่ จะต้องพิจารณาความเหมาะสมและบริบทของคนไข้และครอบครัวแต่ละรายเป็นหลัก ดังนั้นการปรึกษาหารือและการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญมากในเรื่องนี้

ประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อมาคือ เรื่องประเด็นทางศาสนาว่าศาสนาอนุญาตให้ทำการ Withholding และ withdrawing ได้หรือไม่ จากการศึกษาของตนเองพบว่า

.indd 50 3/7/2019 6:51:35 PM

Are WH and WD religiously acceptable ?

	Withhold	Withdraw	Withdraw artificial nutrition	Organ donation	Double effect[a]	Euthanasia
Catholics	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No
Protestants	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Some
Greek Orthodox	No	No	No	Yes	No[b]	No
Muslims	Yes	Yes	No	Most	Yes	No
Orthodox Jews	Yes	No	No	Yes[c]	Yes	No
Buddhists	Yes	Yes	Yes	No[c]	Yes	No
Hindus and Sikhs	Yes	Yes	?	Yes	?	Some
Taoism	Most	Most	?	?	?	?
Confucianism	No	No	?	?	?	No

[a]Double effect: alleviation of pain is allowed, even if it *unintentionally* hastens death; [b]Alleviation of pain is allowed, if it will in no way lead to the patient's death; [c]There are conflicting views within this religion.

INTENSIVE CARE MED 2007

.indd 51 3/7/2019 6:51:35 PM





โดยมีทั้งศาสนาที่อนุญาตและไม่อนุญาตในเรื่องการ Withholding และ withdrawing สำหรับศาสนาพุทธนั้นไม่มีปัญหาในประเด็นนี้เพราะศาสนาพุทธยึดถือไปที่เจตนาของญาติและแพทย์เป็นหลักว่าต้องการลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยเป็นหลัก เรื่องการ Withholding และ withdrawing นั้นเจตนาเหมือนกัน คือ การ Withholding เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน การ withdrawing ก็ต้องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยประเด็นหลักที่แพทย์และญาติจะต้องพิจารณาคือการกระทำนั้นเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยหรือไม่

ถ้าไม่มีการ Withholding และ withdrawing แล้วให้บริการทางการแพทย์ทุกอย่างกับผู้ป่วยก็จะเกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย แต่ถ้ามีการ Withholding และ withdrawing มากเกินไปก็จะทำให้เกิดความตายที่ไม่จำเป็นกับผู้ป่วย ดังนั้นเรื่อง Withholding และ withdrawing จึงเป็นเหรียญสองด้านที่ต้องพิจารณาไปตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายเป็นหลักไม่มีสูตรตายตัว

Withholding และ withdrawing เทียบเท่ากับการฆ่าผู้ป่วยหรือไม่ สำหรับในมุมมองของตนเองเห็นว่าไม่ใช่การฆ่าผู้ป่วยและเมื่อพิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากลก็พบว่ามีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเรื่อง Withholding และ withdrawing ไม่ใช่การฆ่าหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ให้การดูแลรักษา ถ้าผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่แล้วขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจก็ทำได้เพราะถือตามเจตนาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้สติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้แล้วและไม่ได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาไว้ถ้าให้ญาติหรือแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ

.indd 52

3/7/2019 6:51:35 PM

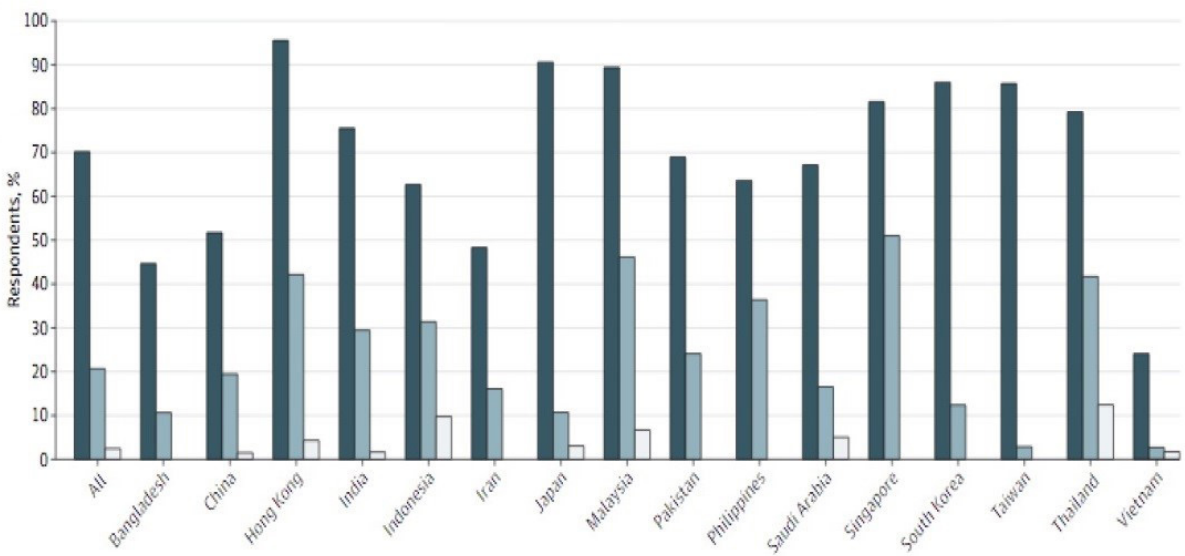
แทนก็จะสร้างความลำบากใจให้กับผู้ที่จะต้องมาตัดสินใจแทนมาก

ผลการสำรวจที่ทำไว้เมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ในประเทศไทยมีการ Withholding และ withdrawing ไม่ใช่แค่เรื่องการถอดหรือไม่ถอดเครื่องช่วยหายใจแต่ยังมีกระบวนการทางการแพทย์อีกมากมายที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วย เช่น เจาะคอหรือไม่เจาะคอ ให้ยาปฏิชีวนะหรือไม่ให้ยาปฏิชีวนะ การให้อาหารหรือไม่ให้อาหาร ฯลฯ

มีการทำการสำรวจในเรื่องการ Withholding และ withdrawing ทั่วโลก โดยประเทศไทยมีหอผู้ป่วยวิกฤติประมาณ ๒๔ แห่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามดังกล่าว โดยมีผลการสำรวจดังต่อไปนี้

.indd 53 3/7/2019 6:51:35 PM

Figure. Proportion of Respondents Who Almost Always or Often Withheld and Withdrew Life-Sustaining Treatments, and Actively Shortened the Dying Process for Patients With No Chance of Recovering a Meaningful Life



Respondents were asked, "For patients with no real chance of recovering a meaningful life, how often have you (A) withheld further active therapy, but continued current therapy (such as not starting vasopressors and hemodialysis); (B) withdrawn active therapy (such as stopping vasopressors and hemodialysis); (C) deliberately given large doses of drugs intentionally (eg, barbiturates or morphine) until death ensues?" Bars refer to percentages of respondents who chose almost always or often withheld (dark blue), withdrew (light blue), and actively shortened the dying process with drugs (white).

JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7386
Published online January 12, 2015.

.indd 54 3/7/2019 6:51:35 PM

โดยผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่ามีการ Withholding และ withdrawing กันทั่วโลก โดยผลการสำรวจดังกล่าวแสดงว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่ได้แย่กว่าประเทศอื่นแต่อย่างใด

ตามหลักการทางการแพทย์ หัตถการทางการแพทย์จะต้องยึดหลักสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นการจะทำหัตถการใด ๆ กับผู้ป่วยจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน แต่สำหรับประเทศไทยการ Withholding และ withdrawing ส่วนใหญ่ไม่ได้ขออนุญาตผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไทยส่วนใหญ่ไม่เคยวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) หรือทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้ล่วงหน้า การตัดสินใจเรื่อง withholding และ withdrawing จะเป็นการตัดสินใจของญาติเป็นหลัก การดูแลทางการแพทย์ต้องทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ (Benefic) และไม่ทำอันตรายกับผู้ป่วย (Do no Harm, Non-malfeasance) การ withholding และ withdrawing จะต้องพิจารณาถึงเจตนาของการกระทำเป็นสำคัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ที่ตีความว่าการกระทำนั้นทำเพื่ออะไร โดยจะต้องพิจารณาถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นว่าทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ใดและมีผลดีหรือผลเสียมากกว่ากันอย่างไร ซึ่งในกรณีนี้ต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป ดังนั้นทางออกที่ควรจะเป็นสำหรับเรื่อง withholding และ withdrawing ผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วจึงควรมีการปรึกษาหารือระหว่างญาติและบุคลากรด้านสาธารณสุขถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ในทัศนคติของญาติของผู้ป่วยก็มีหลากหลาย บางคนไม่อยากเห็นภาพความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ญาติบางคนก็เห็นว่าการยื้อชีวิตคือการแสดงความกตัญญู หรือญาติบางคนที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจอะไรไว้เลยก็

.indd 55 3/7/2019 6:51:35 PM

อาจจะรู้สึกผิดในการตัดสินใจของตนเองได้ว่าถูกต้องหรือไม่

โดย อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ มีข้อแนะนำในการพูดคุยกับญาติในกรณีที่ต้องให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลแทนผู้ป่วยที่หมดสติว่า ควรมีเทคนิคในการพูด ไม่ควรพูดว่าให้คุณตัดสินใจแทน แต่ควรพูดว่าแพทย์ขอให้คุณเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพราะคุณรู้จักตัวผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไร ในกรณีนี้แพทย์จะขอให้ญาติตัดสินใจในฐานะที่ญาติเป็นผู้แทน (proxy) การพูดว่าให้เค้าตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วเช่นนี้เท่ากับเป็นการให้ภาระการตัดสินใจไปอยู่ที่ญาติผู้ป่วยแทน นี่คือเทคนิคในการสื่อสาร ญาติบางคนอาจจะรู้สึกว่าเป็นบาปหรือไม่ที่ต้องมาตัดสินใจแทน บางคนอาจจะรู้สึกว่ายังมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพขึ้นมา ดังนั้นจึงมีปัจจัยมากมายที่เข้ามาเป็นองค์ประกอบของการตัดสินใจของญาติ

ในกรณีของแพทย์ จากงานวิจัยและประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองพบว่าแพทย์ที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักไม่ได้ต้องการยื้อชีวิตของผู้ป่วยออกไปเรื่อย ๆ แต่ในบางครั้งการตัดสินใจของแพทย์จะอยู่บนความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้วอาจเกิดปัญหาขึ้น หรือบางครั้งแพทย์ก็มีความกังวลกับท่าทีของญาติว่าต้องการอย่างไรแน่

แพทย์บางคนก็ไม่ต้องการไปทะเลาะกับผู้ป่วย การตัดสินใจของแพทย์ก็เช่นเดียวกับญาติคือมีปัจจัยที่ทำให้แพทย์ตัดสินใจที่หลากหลายมาก การพิจารณาในเรื่องนี้จะต้องพิจารณาเป็นรายกรณีเช่นเดียวกันกับญาติผู้ป่วย ดังนั้นแนวทางในการหาทางออก

.indd 56 3/7/2019 6:51:35 PM

ในกรณีที่จะต้องมีการ withholding และ withdrawing ผู้ป่วย ในความเห็นของตนนั้น คือ

ประการแรก คือ ต้องหาแนวทางในการลดความลำบากใจให้แก่แพทย์และพยาบาล เช่น สร้างแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลหรือของสภาวิชาชีพที่ชัดเจนในเรื่องการ withholding และ withdrawing หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วยระบุไว้ชัดเจนว่าให้ withholding และ withdrawing ได้

ประการที่สอง คือ เปิดโอกาสให้แพทย์มีการพูดคุยกับผู้ป่วย (ที่มีสติสัมปชัญญะ) ก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ End of Life หรือเมื่อยังไม่ถึง End of Life

ประการที่สาม คือ เปิดโอกาสให้มีการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ นอกจากนั้นควรจะต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทั้งผู้ป่วย ญาติและแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์ทราบความต้องการของผู้ป่วยจากผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการตัดสินใจในเรื่องการรักษาพยาบาล รวมทั้งควรมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ เผื่อไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติไป ในกรณีนี้ควรมีกฎหมายหรือกระบวนการทางนโยบายในการรองรับเรื่องการทำการวางแผนการรักษาล่วงหน้าด้วย

ประการที่สี่ คือ ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจแก่สังคมในเรื่องความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในประเด็นสุดท้ายที่ต้องการเน้นย้ำกับที่ประชุมนี้คือ ทักษะเรื่องการสื่อสารของบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งแพทย์และพยาบาล

.indd 57 3/7/2019 6:51:35 PM

โดย อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ยกตัวอย่างวิธีการในการสื่อสาร ถ้าแพทย์มีทางเลือก ๒ ทางคือ การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้ยามอร์ฟีน แนะนำแนวทางในการสื่อสารว่าไม่ควรเสนอแนวทางว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้ยามอร์ฟีน แต่ควรแนะนำเป็นลำดับขั้นไป คือ เริ่มอธิบายตั้งแต่หัตถการที่มีความรุนแรงน้อยคือเรื่องการใช้ยามอร์ฟีนเพื่อช่วยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยก่อนที่จะเสนอเรื่องการใช้ท่อช่วยหายใจ จะไม่แนะนำให้เสนอเรื่องการใช้มอร์ฟีนและเรื่องการใช่ท่อช่วยหายใจเป็นลำดับ แต่ควรจะเสนอแนวทางการรักษาว่าการใช้มอร์ฟีนจะเสริมแนวทางการใช้ท่อช่วยหายใจอย่างไร และค่อย ๆ อธิบายว่าแต่ละแนวทางมีข้อดีข้อเสียอย่างไร จากประสบการณ์ของ อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ถ้าเสนอแนวทางให้ญาติผู้ป่วยจะต้องเลือกว่าจะใช้มอร์ฟีนหรือหรือใส่ท่อช่วยหายใจมันจะทำให้เกิดความยากลำบากในการตัดสินใจของญาติอย่างมากเพราะเป็นการบีบคั้นการตัดสินใจ ซึ่งถ้าสถานการณ์บีบคั้นเช่นนี้ญาติมักจะเลือกให้ใส่ท่อช่วยหายใจเสมอเพราะไม่มั่นใจกับเรื่องการใช้มอร์ฟีน แต่ถ้าเราใช้วิธีการแนะนำว่าทั้งการใช้มอร์ฟีนและการใช้ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่เสริมกัน แต่ทั้งสองวิธีมีข้อดีข้อเสียต่างกันตนพบว่าญาติที่แต่เดิมตั้งใจจะเลือกการใส่ท่อช่วยหายใจมาเลือกวิธีใช้มอร์ฟีนมากขึ้น ดังนั้นจึงหมายความว่าแพทย์ควรจะมีแนวทางในการให้ญาติผู้ป่วยเลือกที่จะตัดสินใจ ในความเห็นของตนเองคิดว่าโรงพยาบาลควรจะริเริ่มพัฒนาระบบให้แพทย์ต้องเริ่มกระบวนการวางแผนการรักษาล่วงหน้ากับผู้ป่วย รวมทั้งต้องให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น หากเกิดเหตุที่ผู้ป่วยหมดสติไปแล้วผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ดำเนินการอย่างไรบ้าง

.indd 58 3/7/2019 6:51:35 PM

ประเด็นสุดท้ายที่จะกล่าวถึง คือเรื่อง Public Education ปัจจุบัน Social media มีประโยชน์มาก การทำแบบสอบถามเรื่อง Withholding และ withdraw นั้นใช้เวลาเพียง ๑ เดือนก็แล้วเสร็จ โดยใช้การสำรวจทาง Social media ในความเห็นของ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ เห็นว่าเรื่อง Withholding และ withdraw นี้สังคมไทยยอมรับได้หากใช้ Social media เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ โดยเฉพาะการใช้ประเด็นทางศาสนาพุทธให้เป็นประโยชน์ในการสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่อง Withholding และ withdraw

อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ เห็นด้วยกับ รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่สนับสนุนการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพราะเรื่องการดูแลแบบประคับประคองนี้เป็นเรื่องของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งปัจจุบันในความเห็นของ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ นั้นประเทศไทยเดินทางมาได้ไกลแล้วในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง สังคมโดยรวมจะได้รับประโยชน์อย่างมากกับเรื่องเหล่านี้ ถ้าสามารถ Withholding และ withdraw ได้ในเวลาที่เหมาะสม แพทย์จะสามารถให้การรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยได้ครบทุกมิติทั้งในด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลศิริราชเคยทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน อาการเดียวกันคล้ายคลึงกันเข้าพักในหอผู้ป่วยสามัญกับหอผู้ป่วย Palliative care พบว่าค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วย Palliative care ลดค่ารักษาพยาบาลลงได้กว่าครึ่งหนึ่ง ดังนั้นหมายความว่าหากโรงพยาบาลมีระบบการดูแลแบบประคับประคองจะสามารถลดค่าใช้จ่ายของ

.indd 59 3/7/2019 6:51:35 PM

โรงพยาบาลลงได้มาก สามารถกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มได้เพราะปัจจุบันโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรจะต้องไปยื้อความตายหรืออยู่ในหอผู้ป่วยหนักเพราะถึงอย่างไรก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว การรักษาแบบปกติยิ่งจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยลดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและญาติได้

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ที่มาแลกเปลี่ยน โดยประเด็นที่ อ.นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ กล่าวมานี้เป็นประเด็นสำคัญมากในเรื่องการสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เพราะบางครั้งคำพูดเพียงไม่กี่คำอาจจะทำให้เกิดปัญหาบานปลายมาได้ เช่น มีกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมาที่โรงพยาบาล โดยญาติได้แจ้งแก่แพทย์ว่าผู้ป่วยเคยบอกไว้ว่าไม่ต้องการใส่เครื่องช่วยหายใจ แพทย์กลับบอกว่าถ้าไม่ต้องการแล้วมาโรงพยาบาลทำไม เอาผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านเองก็ได้ซึ่งกรณีนี้จะทำให้เกิดปัญหาระหว่างแพทย์และญาติตามมา

หรือมีกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไปแล้ว ญาติหรือผู้ป่วยได้ขอให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจเพราะต้องการขอจากไปตามวิถีทางของธรรมชาติ แพทย์ตอบกลับมาว่าไม่มีกฎหมายให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ซึ่งกรณีนี้เป็นเรื่องที่แพทย์เข้าใจกฎหมายผิด คือเข้าใจว่าเรื่องการถอดเครื่องช่วยหายใจเป็นเรื่อง Active euthanasia หรือการเร่งการตาย ซึ่งถ้าเป็นเรื่อง Active euthanasia จะต้องมีกฎหมายรองรับเช่น สวิสเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม หรือบางมลรัฐของ

.indd 60 3/7/2019 6:51:36 PM

สหรัฐอเมริกา เช่น มลรัฐโอเรกอน มลรัฐวอชิงตัน มลรัฐเวอร์มอนต์ แต่เรื่องการถอดท่อช่วยหายใจเป็นเรื่องของการขอตายตามธรรมชาติ

ประเด็นที่ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ สื่อคือเรื่องของการประชุมครอบครัว (Family meeting) หากมีการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้ป่วย หรือญาติแล้วจะหลีกเลี่ยงปัญหาความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งกันของแพทย์และญาติได้ เพราะในช่วงเวลานั้นทั้งญาติและแพทย์ต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย แต่ความเข้าใจและความรู้ของญาติและแพทย์นั้นแตกต่างกัน

สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) เคยให้แนวทางในการทำของแพทย์ไว้ว่าแพทย์จะต้องกระทำด้วยเจตนาที่ดีและปัญญาที่ถ่องแท้ ในการรักษาผู้ป่วย

จากประเด็นที่วิทยากรที่เป็นแพทย์ทั้ง ๓ ท่าน ได้กล่าวไปแล้วนั้นเป็นมุมมองความรู้ทางการแพทย์ ต่อไปขอให้ไปพิจารณาประเด็นที่เป็นข้อกฎหมายจากนักกฎหมาย ๓ ท่าน โดยท่านแรกขอเชิญ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ซึ่งปัจจุบันท่านเป็นผู้พิพากษาศาลฎีกา เป็นอาจารย์สอนกฎหมาย และปัจจุบันดำรงตำแหน่งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ด้วย

ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง : ประเด็นในการพิจารณาวันนี้มีเรื่องที่จะต้องพิจารณาทั้งในทางการแพทย์ ทางกฎหมาย และทางศาสนา โดยที่เรามาประชุมเพื่อปรึกษาหารือในประเด็นเรื่อง Withholding และ Withdrawing ว่าถูกหรือผิดกฎหมายอย่างไร ซึ่งก็มีการแลกเปลี่ยนความเห็นว่าในทางการแพทย์ทำได้ระดับใดมีประเด็นให้ต้องพิจารณาในเรื่องใดบ้าง แต่หากพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยหรือ

.indd 61 3/7/2019 6:51:36 PM

ประชาชนทั่วไปนั้นจะความแตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิงจากที่กำลังประชุมสัมมนาปรึกษาหารือกันนี้ กล่าวคือ ปะชาชนทั่วไปไม่มีความรู้ว่าเรื่องนี้คืออะไร ไม่รู้คำศัพท์ทั้ง ๒ คำนี้เลยด้วยซ้ำว่าหมายความว่าอะไร

ในประสบการณ์ของ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ที่เคยไปรับราชการที่ศาลในต่างจังหวัดแล้วไปทอดผ้าป่าที่วัดในพื้นที่ ไปพบบ้านหลังหนึ่งที่มีผู้ป่วยใกล้ตายนอนอยู่ที่บ้าน จึงถามว่าทำไมไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตอบกลับมาว่าธาตุไฟแตกแล้วไม่ต้องไปส่งโรงพยาบาลแล้วอันนี้เป็นมุมมองของประชาชนทั่วไปที่พร้อมรับกับความตายที่จะเกิดขึ้นแล้ว เพราะฉะนั้นในมุมมองของประชาชนทั่วไปความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต

หากพิจารณาประเด็นเรื่อง withholding และ withdrawing ในแง่มุมของกฎหมายแล้วจะพบว่า รัฐธรรมนูญและกฎหมายต่าง ๆ ได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา



ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง

.indd 62 3/7/2019 6:51:36 PM

พยาบาลไว้ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นการมาเติมเต็มสิทธิของบุคคลในเรื่องของการแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากก่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศใช้บังคับ สิทธิของบุคคลที่กำลังจะตายหรือของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงเรื่องการทำพินัยกรรมเท่านั้น โดยพินัยกรรมจะเป็นเรื่องกำหนดการเผื่อตายของบุคคลข้อความในพินัยกรรมจะเกี่ยวข้องกับเรื่องการยกทรัพย์มรดกต่าง ๆ ของตนเองให้กับผู้ใดบ้างซึ่งเนื้อหาของพินัยกรรมนี้จะกล่าวถึงเรื่องของผู้อื่นเท่านั้นไม่มีการกล่าวถึงเรื่องของผู้ที่ทำพินัยกรรมว่าต้องการอะไรในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตบ้าง มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงเป็นการเติมเต็มในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยต่อจากเรื่องพินัยกรรมเพราะในหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นการบอกความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการอะไรและไม่ต้องการอะไร รวมทั้งต้องการให้ญาติพี่น้องหรือแพทย์ปฏิบัติต่อตนอย่างไรบ้างในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

ปัญหาในกฎหมาย คือ การเยียวยาในที่นี้ถือว่าเป็นการทำนิติกรรมอย่างหนึ่งหรือไม่ ซึ่งก็เป็นเรื่องที่เคยไปสู่การวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้วคือ การที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแพทย์จำเป็นต้องใช้วิธีรักษาโดยการถ่ายเลือดเท่านั้น จึงสามารถช่วยชีวิตแต่ผู้ป่วยเคยแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าและการปฏิเสธการรักษาที่ต้องใช้เลือดซึ่งมีผลให้ผู้นั้นเสียชีวิต ทั้งที่การถ่ายเลือดนี้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ การแสดงเจตจำนงดังกล่าวกลายเป็นปฏิปักษ์ต่อการปฏิบัติต่อหน้าที่พลเมือง ขัดต่อความเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน จึงเป็น

.indd 63 3/7/2019 6:51:36 PM

โมฆะตามมาตรา ๑๕๐ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในความเห็นของ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง เห็นว่าเป็นความเห็นทางกฎหมายที่ไม่น่าจะถูกต้องมากนักเพราะว่าการแสดงเจตจำนงในลักษณะนี้มันไม่เชิงเป็นการทำนิติกรรมเพราะฉะนั้น มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงเป็นการแก้ปัญหาว่าการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในลักษณะนี้มีผลบังคับได้และไม่ถือว่าเป็นการขัดต่อความเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

ที่อยากจะย้ำกับผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านคือเรื่องสิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไม่ใช่เป็นการปฏิเสธไม่รับการรักษาพยาบาล แต่เป็นเพียงการปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเป็นการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยเท่านั้น ดังนั้นการรักษาพยาบาลอื่น ๆที่ไม่ได้เป็นการยื้อความตายในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยนั้นยังสามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้

ประเด็นต่อมาที่จะต้องพิจารณาต่อมาคือสิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้เป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชนและสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย

มีเรื่องเล่าของผู้พิพากษาผู้ใหญ่ท่านหนึ่งที่สูงอายุมากแล้วเกิดเป็นลมขึ้นมา ปรากฏว่าญาติทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและทำ CPR เพื่อให้ผู้พิพากษาท่านนี้ฟื้นคืนชีพขึ้นมา พอท่านฟื้นขึ้นมาท่านก็สั่งกับลูกหลานไว้ว่าถ้าท่านเป็นแบบนี้อีกไม่ต้องทำการปฐมพยาบาลแล้ว ซึ่งปรากฏว่าพอท่านเป็นลมไปอีกครั้งลูกหลานก็ได้ปฏิบัติตามสิ่ง

.indd 64 3/7/2019 6:51:36 PM

ที่ท่านผู้พิพากษาได้สั่งไว้ นี่คือเจตจำนงของผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เรื่องมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้ในช่วงก่อนที่จะมีกฎหมาย ตนมีความคิดว่ากฎหมายมาตรานี้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีเพราะคิดว่าเรื่องการปฏิเสธการรักษาพยาบาลนี้เป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายมาบัญญัติก็เป็นสิทธิของประชาชนอยู่แล้ว แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปจนกระทั่งปัจจุบันความคิดของตนเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสภาพของสังคมเปลี่ยนแปลงไปรวดเร็วมาก ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบแล้ว มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น จากประสบการณ์ส่วนตัวมีเพื่อนหรือคนรู้จักหลายรายที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพ่อแม่ไปเป็นจำนวนมากทั้ง ๆ ที่การรักษาเหล่านั้นไม่จำเป็นแล้ว และถ้าพิจารณาตามหลักคุณธรรมจริยธรรมเรื่อง มาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิโดยธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนมีอยู่ติดตัวมาแต่กำเนิดอยู่แล้ว ไม่ต้องมีกฎหมายมารับรองสิทธินี้มนุษย์ก็มีสิทธินี้อยู่แล้ว แต่การที่ต้องมาบัญญัติไว้เป็นกฎหมายก็เพื่อตัดปัญหาการตีความสิทธิว่าบุคคลมีสิทธิดังกล่าวหรือไม่และสิทธิดังกล่าวใช้ในการอ้างอิงในทางกฎหมายได้หรือไม่ และปัญหาทางกฎหมายอื่น ๆที่อาจจะตามมาได้ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ เป็นเครื่องมือที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานของแพทย์

ในอังกฤษเคยมีกรณีที่ต้องตีความสิทธิตามธรรมชาติของบุคคลและเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ โดยเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเด็กที่สมองตายเนื่องจากโรคทางพันธุกรรม ปรากฏว่าพ่อแม่ของเด็ก

.indd 65 3/7/2019 6:51:36 PM

ต้องการส่งลูกไปรักษาต่อที่สหรัฐอเมริกา ซึ่งทางสหรัฐอเมริกาก็ตอบตกลงที่จะรับการรักษาพยาบาล แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาลไม่ยินยอมให้ส่งเด็กไปรักษาต่อที่สหรัฐอเมริกาเนื่องจากเหตุผล ๒ ประการ คือ เด็กคนนี้สมองตายไปแล้วดังนั้นการรักษาพยาบาลใด ๆ ก็ไม่มีประโยชน์ต่อเด็กอีกแล้ว และการรักษาพยาบาลที่จะไปรักษาที่สหรัฐอเมริกาก็เป็นการรักษาพยาบาลด้วยวิธีใหม่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน จึงเท่ากับเด็กจะกลายเป็นอาสาสมัครทดลองในการรักษาพยาบาลด้วยวิธีใหม่นั้นทันที ดังนั้นโรงพยาบาลจึงไม่ยินยอมส่งเด็กไปรักษาที่สหรัฐอเมริกา สุดท้ายเกิดความขัดแย้งกันระหว่างพ่อแม่เด็กและโรงพยาบาล มีการฟ้องคดีกันโดยคดีนี้สู้กันถึงศาลสูงสุดของอังกฤษโดยศาลตัดสินว่าพ่อแม่ของเด็กไม่ใช่เจ้าของชีวิตของเด็ก ปัจจุบันเด็กไม่มีสติพอที่จะสื่อสารหรือตัดสินใจใด ๆได้แล้ว แต่เมื่อคำนึงถึงสภาวะของเด็กที่จะต้องมีความทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาลและไม่มีสภาพของการมีชีวิตอยู่ได้แล้ว ที่เด็กอยู่ได้ถึงปัจจุบันนี้เพราะเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะปฏิเสธการส่งเด็กไปสหรัฐอเมริกาได้เพราะเป็นการปกป้องสิทธิของเด็ก ซึ่งพ่อแม่ของเด็กก็ยอมรับคำพิพากษานี้ คดีนี้แสดงให้เห็นว่าศาลได้ตีความจริยธรรมและหน้าที่ของโรงพยาบาลว่ามีหน้าที่ที่จะต้องปกป้องสิทธิเด็กในฐานะที่เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้ คดีนี้เป็นตัวอย่างในการตีความหลักจริยธรรมทางการแพทย์ให้ขยายไปถึงหน้าที่ของโรงพยาบาล

หากพิจารณาไปที่มาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่ายังมีข้อจำกัด คือ ต้องมีการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้วก็บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดง

.indd 66 3/7/2019 6:51:36 PM

เจตนาฯ เท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ประชาชนหรือญาติที่ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาฯไม่ได้รับการคุ้มครองตามมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ วรรคสาม จะสามารถตีความ มาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้ญาติพี่น้องที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้รับการคุ้มครองด้วยได้หรือไม่

ประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปคือก่อนการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ แพทย์ต้องขออนุญาตกับญาติก่อนหรือไม่ เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาของกฎกระทรวงพบว่าไม่ต้องต้องขออนุญาต ตามกฎกระทรวงกำหนดให้แพทย์แจ้งอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบแล้วดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เลยจึงเป็นการรายงานเพื่อทราบเท่านั้น ดังนั้นเมื่อพิจารณาทั้งในทางกฎหมายและทางจริยธรรมไม่ว่าทางใดเมื่อแพทย์ได้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ดังกล่าวบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงไม่มีความผิด เนื่องจากถ้าพิจารณาในแง่มุมของกฎหมาย มาตรา ๑๐ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้การคุ้มครองบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว ถ้าพิจารณาในแง่มุมของจริยธรรมบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่มีเจตนาให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแต่ต้องการลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาพยาบาลจากการรักษาตามปกติเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและญาติ **ดังนั้นจึงขอยืนยันว่าตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไม่ใช่เรื่องการ**

.indd 67 3/7/2019 6:51:36 PM

ปฏิเสธการรักษาพยาบาลแต่เป็นเรื่องการเลือกการรักษาพยาบาลที่ทำให้ตนตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน โดยแพทย์ผู้ดำเนินการดำเนินการโดยเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย แพทย์ไม่มีเจตนาฆ่าผู้ป่วยแต่ต้องการลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบพระคุณ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ที่ได้มาตีความมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้ที่ประชุมได้ทราบว่ามีหลักในการตีความอย่างไร และ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ยังกล่าวต่อไปว่า ตอนที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ไปศึกษาว่า ร่างมาตรา ๑๒ นี้ขัดกับกฎหมายต่างประเทศและหลักทางศาสนาต่าง ๆหรือไม่ ซึ่งก็พบว่า



อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล

.indd 68 3/7/2019 6:51:36 PM

ไม่ขัดกับหลักศาสนาใดเลยทั้งศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ลำดับถัดไป ขอเชิญวิทยากรด้านอัยการ คุณจันทิมา ธนาสว่างกุล อัยการพิเศษฝ่ายแผนช่วยเหลือทางกฎหมาย สำนักงานอัยการสูงสุด และเป็นที่ปรึกษาของแพทยสภาด้วย ได้ให้ความเห็นในมุมมองของนักกฎหมายและมุมมองด้านธรรมะด้วย

อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล : สำหรับเรื่องสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้เป็นเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิส่วนบุคคลและเป็นสิทธิมนุษยชนที่บุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตมีสิทธิตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลชีวิตตนเอง เป็นเรื่อง Self-determination หรือเรื่อง Patient autonomy สิทธิในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลนี้เป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่งที่บุคคลต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ปราศจากการเหนี่ยวรั้งด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ การแสดงเจตนารับหรือปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคล กล่าวคือเป็นสิทธิที่เกิดและติดตัวมาพร้อมกับความเป็นมนุษย์แม้ไม่ได้เขียนและบัญญัติไว้โดยตรงในกฎหมายก็ตาม

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติรับรองหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน ไว้ตั้งแต่รัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช ๒๕๔๐ จนกระทั่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ดังนั้นบุคคลทั่วไปว่าจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือไม่ก็ตามจะต้องเคารพการตัดสินใจของบุคคลที่เลือกแนวทางในการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิต

.indd 69 3/7/2019 6:51:36 PM

อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล เห็นด้วยกับ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ที่กล่าวเรื่องสิทธิตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลแม้ไม่มีกฎหมายมาบัญญัติไว้บุคคลทุกคนก็มีสิทธิดังกล่าว และยังกล่าวต่อไปว่า สิทธิตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้เป็นไปตามหลักมรณานุสติของศาสนาพุทธ การตายเป็นการทำหน้าที่ของสังขาร (ท่านพุทธทาสภิกขุ)

ตามสุภาษิตกฎหมายที่กล่าวไว้ว่า “ที่ใดมีสังคม ที่นั่นมีกฎหมาย” ในสังคมตะวันตกมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ก่อนประเทศไทยมีกฎหมายที่คล้ายกับ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก่อนประเทศไทยด้วย โดยเมื่อเราพิจารณาแนวคิดกฎหมายของประเทศเหล่านี้ เช่น สหรัฐอเมริกาหรือประเทศในสหภาพยุโรปที่เป็นแม่แบบของ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กฎหมายที่เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นการสร้างความสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ากับคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นสังคมตะวันตกจึงคิดว่าควรมีกฎหมายที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ สังคมไทยเรียนรู้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มาจากตะวันตก แต่เราไม่ได้เรียนรู้วิธีคิดในการสร้างสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้ต้องมาเร่งพัฒนาความรู้ในเรื่องกฎหมายที่บัญญัติรองรับสิทธิของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยให้มีระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองเช่นในปัจจุบัน

.indd 70 3/7/2019 6:51:36 PM

หากไปพิจารณาตามประกาศของแพทยสมาคมโลก (World medical association) ก็พบว่าได้รับรองเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยไว้ในคำแถลงของแพทย-สมาคมโลกเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (WMA Statement on Advance Directive (Living will)) ไว้ด้วย

หน้าที่ของบุคลากรด้านสาธารณสุขมีหน้าที่จะต้องแจ้งการวินิจฉัยโรค อาการ การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรักษาหายจากโรคที่คุกคามอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวในช่วงวาระท้ายของชีวิต นอกจากนั้นต้องช่วยควบคุมอาการหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่ภาวะของการดำเนินโรคและร่างกายของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงวาระท้ายของชีวิต เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในสังคมตะวันตกมีมาก่อนประเทศไทยยาวนานมาก สังคมไทยไปเรียนรู้เรื่องความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มาจากตะวันตก แต่สังคมไทยไม่ได้รับแนวคิดในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาด้วย ประเทศไทยเพิ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมาเมื่อไม่เกิน ๑๐ กว่าปีนี้เอง และยังมีผู้ที่เข้าใจเรื่องนี้น้อยมาก

สังคมไทยและระบบบริการทางการแพทย์น่าจะตื่นตัวกับเรื่องเหล่านี้ให้มาก เพราะนอกจากสภาพของสังคมไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แล้ว การมีกฎหมายมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นหนึ่งตัวเร่งที่สำคัญที่ทำให้ต้องมีการเร่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง เพราะเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

.indd 71 3/7/2019 6:51:36 PM

เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถดำเนินการตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่กำหนดในหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

การดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องการที่ยังมีการรักษาผู้ป่วยอยู่เพื่อเป็นการสร้างสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งได้แก่การ withholding หรือ withdrawing กับเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลรักษาเท่าที่เกิดประโยชน์จำเป็นในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมิให้เป็นการยืดความตาย ซึ่งในประเด็นนี้ถือเป็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์อย่างหนึ่งเพราะการที่แพทย์จะต้องใช้เทคโนโลยีตลอดจนวิชาความรู้ ทางการแพทย์เพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยแล้วยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติทั้งทางกาย ทางใจ สังคม และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้วย

สังคมไทยเป็นสังคมแบบตะวันออกที่เป็นครอบครัวขยายที่ญาติพี่น้องจะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งเรื่องการรักษาพยาบาลด้วย แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาตามกฎหมายแล้วพบว่ามาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นการรับรองสิทธิเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประเด็นสภาวะวาระสุดท้ายของชีวิตนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งเข้าสู่เรื่องกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง การที่สังคมไทยมีกฎหมายในลักษณะดังกล่าว เป็นการนำหลักการในเรื่องสิทธิมนุษยชนและสิทธิส่วนตัวตามหลักกฎหมายสังคมตะวันตกมาบัญญัติเป็นกฎหมายไทย การบังคับใช้จึงควรคำนึงในเรื่องบริบทของสังคมไทยด้วย ดังนั้น ในการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรด้าน

.indd 72 3/7/2019 6:51:36 PM

สาธารณสุขจึงต้องสร้างความสมดุลระหว่างสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย และลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแบบตะวันออกที่อยู่กันอย่างเป็นเครือญาติด้วย ซึ่งเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในวิธีการต่าง ๆ ทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการรักษาดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ที่ควรให้ผู้ป่วยได้ทำไว้ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะและมีผู้แทนของผู้ป่วย (proxy) ปรากฏในหนังสือนั้น

ข้อดีของการมีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนานี้จะได้รับยกเว้นความรับผิดตามมาตรา ๑๒ วรรคสาม ขณะเดียวกันในหนังสือแสดงเจตนานี้ก็มีรายละเอียดให้แพทย์ทำงานได้สะดวกมากยิ่งขึ้น โดยกฎหมายกำหนดทางเลือกให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุชื่อผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในช่วงที่ตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้ โดยผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนนี้จะต้องเป็นผู้ที่เข้าใจเจตนาและความต้องการของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้จะเป็นการทำในฐานะแทนผู้ป่วย คือ ตัดสินใจในขณะนั้นเลยว่าถ้าตนเองเป็นผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะตัดสินใจในวาระนั้นอย่างไร ไม่ใช่ตัดสินใจในฐานะที่ตัวเองมีความกตัญญู (คือจะต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ทุกวิธีเพื่อยืดความตาย) ดังนั้น ประเด็นนี้ผู้ที่ทำหนังสือแสดงเจตนาควรคิดให้รอบคอบด้วยว่าจะตั้งใครเป็นผู้แทนตนในวาระสุดท้ายของชีวิต

.indd 73 3/7/2019 6:51:36 PM

อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล ได้เล่าประสบการณ์ที่ดูแลคุณแม่จนกระทั่งเสียชีวิต คุณแม่อายุ ๘๑ ปี แล้วต้องฟอกไต แต่เมื่อวันหนึ่งแพทย์เจ้าของไข้พบว่าคุณแม่มีอาการหลอดเลือดตีบ แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด เพื่อทำหลอดเลือดหัวใจ (Bypass) โดยแพทย์ได้แจ้งแก่ตนเองและครอบครัว รวมทั้งคุณแม่ โดยคุณแม่ได้แสดงเจตนาไม่ทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจเพราะคุณแม่คิดว่าตอนนี้อายุ ๘๑ ปีแล้ว คุณแม่ต้องการฟอกไตไปเรื่อย ๆ ไม่ขอรับการรักษาผ่าตัดหัวใจอย่างไรอีกแล้ว ตอนนี้เตรียมพร้อมที่จะจากไปแล้ว และขอไปไหว้พระพุทธเจ้าและต้องการใช้ช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่บ้าน ซึ่งในช่วงวาระสุดท้ายคุณแม่ขอกลับไปอยู่ที่บ้าน ไม่อยู่โรงพยาบาล และในวันสุดท้ายก่อนที่ท่านจะจากไปนั้น คุณแม่ได้ตื่นขึ้นมาขอดื่มน้ำแล้วก็นอนหลับไป คุณแม่เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ กรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความต้องการและการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตของตนเองออกไปโดยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนั้นอัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล ยังได้เล่าถึงประสบการณ์ของการดูแลพี่สาวที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โดยพี่สาวไม่มีสติสัมปชัญญะ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในสภาพนอนเป็นผัก และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ โดยในช่วงที่ทำการรักษานั้นก็มีการพูดคุยกันในหมู่ญาติว่าถ้าถึงวาระสุดท้ายนั้นถ้าจำเป็นต้องถอดเครื่องช่วยหายใจก็ให้ทำได้ แต่ก่อนที่จะไปถึงในวาระนั้นเกิดเหตุแทรกแซงขึ้นมาคือ จะต้องฟอกไตพี่สาวหรือไม่ ประเด็นนี้ก็นำมาปรึกษากันในกลุ่มญาติอีกว่าจะฟอกไตหรือไม่ซึ่งที่สุดก็ตกลงกันว่าจะไม่มีการฟอกไตเพราะเกินกว่าที่จะรักษาได้ สุดท้ายพี่สาวตนเองก็เสียชีวิตอย่างสงบ ในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่าแม้ว่า

.indd 74 3/7/2019 6:51:36 PM

ผู้ป่วยจะไม่ได้ตัดสินใจอะไรไว้เลย ตอนนี้เป็นหน้าที่ของญาติพี่น้องว่าจะดำเนินการอย่างไร แม้เป็นครอบครัวใหญ่แต่ด้วยความโชคดีที่สามารถคุยกันในหมู่ญาติว่าจะดำเนินการอย่างไร และไม่มีความขัดแย้งกัน ซึ่งหากญาติพูดคุยตกลงกันได้ แพทย์ผู้รักษาก็ไม่มีความกังวล

อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล ยังเล่าเรื่องการดูแลน้องชายที่เป็นมะเร็งตับอ่อน พอแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะท้าย คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน ๖ เดือน ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก น้องชายจึงไปบวชที่วัดป่าที่อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีภรรยาและบุตร และพี่น้อง เดินทางสลับกันไปเยี่ยมและดูแล สุดท้ายเมื่อมีปัญหาเรื่องการหายใจจึงต้องไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอำเภอแม่สะเรียง ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตนและญาติได้เข้าไปปรึกษาหารือกับพยาบาลที่ดูแล พยาบาลเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาก จึงแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนแพทย์เจ้าของไข้ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ พอผู้ป่วยและญาติแจ้งว่าไม่ขอให้มีการปั๊มหัวใจ เจาะคอ แพทย์แจ้งว่าทำไม่ได้ จนสุดท้ายตนเองและญาติได้ปรึกษาหารือกับแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลโดยแจ้งว่าต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสุดท้ายก็ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยทางโรงพยาบาลได้จัดห้องให้น้องชายและครอบครัวได้อยู่เป็นสัดส่วนซึ่งสุดท้ายน้องชายตนเองก็เสียชีวิตอย่างสงบ

ในความเห็นของอัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ จะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคลากรด้านสาธารณสุข กล่าว

.indd 75 3/7/2019 6:51:36 PM

คือ ช่วยลดความขัดแย้งในหมู่ญาติ และความขัดแย้งระหว่างญาติกับบุคลากรด้านสาธารณสุขในเรื่องแนวทางในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้แล้ว และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนั้นจะทำให้ญาติและบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถร่วมหารือวางแนวทางในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะได้อีกด้วย ซึ่งตรงนี้ผลที่ตามมาคือสามารถลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น และลดการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อีกด้วย

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล ที่ได้เล่าประสบการณ์ในการดูแลญาติพี่น้องในระยะท้าย และกล่าวต่อไปว่า กรณีที่ อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล กล่าวมานั้นมีข้อสังเกตว่า พยาบาลจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติอย่างมาก เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในหลักสูตรพยาบาลมีการปรับปรุงหลักสูตรให้มีเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าแพทย์ เพราะในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษายังมีการเรียนการสอนในเรื่องดังกล่าวน้อยมาก นอกจากนั้นจากประสบการณ์ของตนเองที่ไปบรรยายตามโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่าพยาบาลเข้ามาอบรมหรือรับฟังการบรรยายในเรื่อง มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นจำนวนมาก ซึ่งต่างจากแพทย์ที่ยังไม่สนใจในเรื่องดังกล่าวมากนัก นอกจากนั้นตนเองยังเคยได้รับการปรึกษาหารือจากพยาบาลที่มาอบรมเสมอ ๆ ว่า แพทย์มักจะสั่งให้ใส่ท่อช่วยหายใจในการดูแลผู้ป่วย

.indd 76 3/7/2019 6:51:36 PM

ระยะท้ายเสมอ ทั้งๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยได้แล้ว และพอเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจแล้วก็ไม่สามารถนำเครื่องช่วยหายใจออกได้ แล้วก็มีปัญหาตามมาว่าจะนำเครื่องช่วยหายใจออกได้อย่างไร

ได้รับการปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลว่า มีกรรมการแพทยสภาบางท่านไปอธิบายว่าหากมีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ หลายฉบับจะทำอย่างไร จะยึดถือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ฉบับไหนเป็นหลัก และถ้ามีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ปลอมขึ้นมาจะทำอย่างไร ยิ่งถ้าในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ระบุให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้และเจ้าของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ มีมรดกเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดการฟ้องร้องตามมาหรือไม่ การตั้งข้อสังเกตเช่นนี้ทำให้แพทย์และพยาบาลไม่กล้าจะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วย ในกรณีนี้ให้ดูวันที่ที่ปรากฏในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ โดยเอกสารทางกฎหมายถ้ามีหลายฉบับที่เหมือนกันให้พิจารณาฉบับที่ลงวันที่สุดท้ายเป็นหลัก เช่น พินัยกรรมหากมีพินัยกรรมหลายฉบับให้ยึดถือฉบับสุดท้ายเป็นหลัก

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส มีคำแนะนำในเรื่องการจัดเก็บหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ว่า ถ้าผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้วลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง จากนั้นนำสำเนาดังกล่าวเก็บลงในเวชระเบียนของโรงพยาบาล แล้วพยาบาลหรือแพทย์เขียนหน้าเวชระเบียนว่ามีหนังสือแสดงเจตนา

.indd 77 3/7/2019 6:51:36 PM

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ หรือว่าเขียนสั้น ๆ ว่ามี Living will ก็ได้ ถ้าใครมาอ่านเวชระเบียนก็จะทราบได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร

สำหรับกรณีที่สงสัยว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วยเป็นของจริงหรือไม่นั้น เมื่อพิจารณาตามสภาพความเป็นจริงแล้ว พบว่าแพทย์และพยาบาลไม่มีความสามารถที่จะแยกแยะได้อยู่แล้วว่าเป็นของจริงหรือไม่ และแพทย์พยาบาลก็ไม่มีหน้าที่จะต้องไปตรวจสอบว่าหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นฉบับจริงหรือไม่ ในทางปฏิบัติคือให้สอบถามญาติพี่น้องผู้ป่วยว่าหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าใช่ขอให้ลงนามรับรองหนังสือแสดงเจตนาฉบับดังกล่าวด้วย และโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรไปออกแนวปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศกำหนดไว้

ที่ผ่านมาในการจัดอภิปรายสัมมนากันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จะมีทนายความที่มีชื่อเสียงมาร่วมอภิปรายด้วย โดยประเด็นที่ทนายความท่านนี้กล่าวถึงตลอดเวลาก็คือ ท่านไปเข้าใจว่าเรื่อง มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเรื่องการถอดเครื่องช่วยหายใจและรวมทั้งไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ เป็นเรื่องที่ทำไม่ได้เพราะเป็นการุณยฆาต เป็นการเร่งการตาย โดยนำไปเชื่อมโยงกับกฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้มีการทำการุณยฆาตได้ตามกฎหมาย เช่น เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ ซึ่งก็เหมือนกับกรรมการแพทยสภาหลายท่านที่เข้าใจ

.indd 78 3/7/2019 6:51:36 PM

กฎหมายฉบับนี้ผิด โดยเข้าใจว่าเป็นการอนุญาตให้เร่งความตายผู้ป่วย ซึ่งจะผิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์แล้วก็ไปฟ้องคดีขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงตามความในมาตรา ๑๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยคดีดังกล่าวปัจจุบันศาลปกครองสูงสุดได้ยกฟ้อง โดยวินิจฉัยว่าสิทธิของผู้ป่วยตาม มาตรา ๑๒ ดังกล่าวชอบด้วยกฎหมายแล้ว ดังนั้นจึงต้องมีการทำความรู้ความเข้าใจแก่ทนายความ เผื่อเวลามีลูกความมาปรึกษาในเรื่องดังกล่าว เพราะเท่าที่ทราบมาปัจจุบันมีลูกความทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมาปรึกษาเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ แล้ว

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล ได้ช่วยอธิบายและให้ความชัดเจนในข้อกฎหมาย รวมทั้งประเด็นที่เข้าใจผิด ซึ่งความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับ ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ลำดับถัดไปอยากจะขอความเห็นจากด้านทนายความด้วย ต่อไปขอเรียนเชิญ ว่าที่ร้อยตรี ดร. ถวัลย์ รุยาพร ซึ่งท่านดำรงตำแหน่งนายกสภาทนายความแห่งประเทศไทยฯ

ว่าที่ร้อยตรี ดร. ถวัลย์ รุยาพร กล่าวขอบคุณ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่เชิญมาร่วมเวทีเสวนาในครั้งนี้ เรื่องการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นเป็นเรื่องที่มีการพูดคุยกันมานานแล้วในสังคมไทย จนมามีผลในทางปฏิบัติเมื่อมีการบัญญัติเป็นกฎหมายใน มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเรื่องดังกล่าวนี้มีความละเอียดอ่อนมาก หลักกฎหมายตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สอดคล้องกับหลักมรณานุสติที่ให้ทุกคนเตรียมตัวและพร้อมรับกับความตาย

.indd 79 3/7/2019 6:51:36 PM



ว่าที่ร้อยตรี ดร. ถวัลย์ รุยาพร

ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนาพุทธ โดยการเตรียมตัวเพื่อพร้อมรับกับความตายนั้นต้องพิจารณาสองประเด็นหลัก คือ การเตรียมตัวเรื่องสุขภาพในช่วงวาระท้ายของชีวิตคือเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้ และการเตรียมตัวในเรื่องทรัพย์สินซึ่งก็คือการทำพินัยกรรมนั่นเอง

โดยมีประเด็นสำคัญที่ขอเสนอคือเรื่องการประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนในสังคมไทยได้รู้ถึงเนื้อหาและประโยชน์ของเรื่องนี้ กล่าวคือ นับตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ จนกระทั่งปัจจุบัน พบว่าทั้งบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลและนักกฎหมาย ยังทราบเรื่องกฎหมายนี้น้อยมาก ดังนั้นจึงควรเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายดังกล่าวนี้ให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลและนักกฎหมาย

.indd 80 3/7/2019 6:51:37 PM

รวมทั้งประชาชนทั่วไป เพราะเนื้อหาของกฎหมายนี้มีประโยชน์มากกับทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสังคมโดยรวมอย่างมาก สำหรับในกรณีของบุคลากรทางการแพทย์นั้นพบว่า มาตรา ๑๒ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในกรณีที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วยไว้ ซึ่งทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่ต้องเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

ประโยชน์หรือข้อดีของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวที่ชัดเจนมากคือ เรื่องที่หนังสือแสดงเจตนานี้จะช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วยเอง หรือระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรด้านสาธารณสุข เนื่องจากเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานี้จะระบุความต้องการการรักษาพยาบาลในช่วงวาระท้ายของชีวิตของตนเองไว้ ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้จะเป็นแนวทางให้ญาติหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งก็สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาได้ ซึ่งจุดนี้จะทำให้ลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างญาติพี่น้องและบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ไม่ต้องมาถกเถียงเรื่องวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนั้นยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากรู้ความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการให้รักษาอย่างไร และไม่ต้องการให้รักษาอย่างไรบ้าง

ประเด็นที่จะเสนอก็คือเพิ่มเติมว่าควรให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพเตรียมพร้อมกับสถานการณ์

.indd 81 3/7/2019 6:51:37 PM

ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอนคือ การเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้น จึงหมายความว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยระยะท้ายที่โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บและระบบการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ของผู้ป่วย เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่จะมีผู้ยื่นหนังสือแสดงเจตนานี้ต่อโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวน่าจะจำเป็นสำหรับคดีสิทธิในครอบครัวและมรดก และจากประสบการณ์ของตนเองนั้นพบว่าปัจจุบันคดีที่เกี่ยวกับพินัยกรรมมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งหากพิจารณาไปที่เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวพบว่าอาจจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำพินัยกรรม ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขและโรงพยาบาลควรจะเตรียมระบบของโรงพยาบาลเพื่อรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย เช่น เรื่องการยืนยันว่าผู้ป่วยได้ยื่นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้ที่โรงพยาบาลนั้นจริง โรงพยาบาลมีระบบการจัดเก็บหนังสือแสดงเจตนาที่เชื่อถือได้ ฯลฯ

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ขอขอบคุณท่านนายกสภาทนายความที่ช่วยแนะนำแนวทางดังกล่าว ที่ท่านนายกสภาทนายความกล่าวถึงเรื่องการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่นักกฎหมายนั้นมีประเด็นที่จะเสนอต่อนายกสภาทนายความคือทางศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ยินดีที่จะจัดโครงการอบรมสัมมนาร่วมกับสภาทนายความฯ ในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก่

.indd 82 3/7/2019 6:51:37 PM

ทนายความทั่วประเทศ ในกรณีนี้จะเป็นไปได้หรือไม่

ว่าที่ร้อยตรี ดร. ถวัลย์ รุยาพร กล่าวว่า เห็นด้วยในเรื่องนี้ ขอให้ติดต่อมาที่สภาทนายความได้เลย

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ตอนนี้มีเวลาเหลืออยู่ประมาณ ๑๕ นาที ขอให้ท่านผู้มีเกียรติทุกท่านซักถามในประเด็นที่ตนเองมีข้อสงสัย

ผศ.นพ. ปราโมทย์ ไพรสุวรรณา มีกรณีศึกษามาแลกเปลี่ยนกับที่ประชุมในเรื่องของการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเริ่มเล่าว่าในโรงพยาบาลตนเองมีผู้ป่วยเด็กที่สมองตายไปแล้ว แต่พ่อแม่ของเด็กทำใจไม่ได้และไม่ยินยอมให้แพทย์ยุติการรักษา เด็กคนนี้นอนอยู่บนหอผู้ป่วยมา ๒ ปีกับ ๓ เดือน ทั้ง ๆที่ไม่สามารถรักษาอะไรได้แล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นคือโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กรายนี้อยู่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะต้องรับส่งต่อผู้ป่วยมาดูแลต่อ ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่อาการดีกว่า มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่ามาดูแลได้ สุดท้ายตนเองก็ตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลเอง ในกรณีนี้เป็นปัญหาเรื่องการที่โรงพยาบาลจะต้องบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลของผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วกับผู้ป่วยที่ยังมีโอกาสรอดชีวิต ในกรณีนี้ท่านอาจารย์มีแนวทางในการจัดการปัญหาอย่างไรบ้าง

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวว่า ในกรณีนี้ขอให้ รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ซึ่งเป็นกุมารแพทย์ตอบคำถามครับ โดยเริ่มแรก ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส อธิบายในประเด็นข้อกฎหมายก่อน ในกรณีนี้ อายุที่ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้คือ ๑๘ ปี ไม่ใช่เรื่องการบรรลุนิติภาวะตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เพราะ

.indd 83 3/7/2019 6:51:37 PM

เรื่องการบรรลุนิติภาวะเป็นเรื่องการการทำนิติกรรมสัญญา จากเดิมไม่มีการกำหนดอายุไว้อย่างชัดเจนแต่เมื่อมีการประกาศใช้สิทธิผู้ป่วยเมื่อปี ๒๕๔๑ จึงมีการกำหนดอายุให้ผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้โดยตนเองที่ ๑๘ ปี บริบูรณ์ แต่ในกฎหมายไทยมียกเว้นกรณีเดียวที่ให้ผู้ที่อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี บริบูรณ์ ถ้าอายุต่ำกว่านี้ต้องขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบิดามารดา ส่วนเรื่องการจัดการปัญหาการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดอย่างไรขอเชิญ รศ.พญ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ตอบคำถาม

รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล กล่าวว่า ขอแยกประเด็นของคำถามเป็น ๒ เรื่องหลัก คือ แพทย์จะตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลเมื่อไหร่ ในประเด็นนี้ แพทย์จะต้องมั่นใจก่อนว่าผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ หรือแม้อยู่ได้ก็อยู่ในสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิตและทุกข์ทรมาน เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และไม่สามารถมีชีวิตได้เองหากไม่ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพ

สำหรับในประเด็นเรื่องเด็กนั้น โดยหลักการทางการแพทย์จะต้องยอมรับการตัดสินใจของผู้ปกครองของเด็กถ้าเด็กยังไม่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจได้ โดยผู้ปกครองต้องตัดสินใจโดยยึดผลประโยชน์ของเด็กเป็นสูงสุด ตัวอย่างเช่น ถ้าการรักษาช่วยให้เด็กรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่ผู้ปกครองปฏิเสธการรักษา แพทย์สามารถเข้าแทรกแซงการตัดสินใจของพ่อแม่เด็กได้เพราะต้องยึดถือประโยชน์ของเด็กสูงสุด แพทย์จะต้องทำหน้าที่ปกป้องสิทธิของเด็ก แต่ในกรณีที่เกิดขึ้นเสมอ ๆในทางการแพทย์คือ คือผลการรักษาอาจไม่สามารถทำนาย

.indd 84 3/7/2019 6:51:37 PM

ได้แน่ชัด แต่มีแนวโน้มที่ไม่ดี เช่นเด็กอาจเสียชีวิตหรือถึงรอดอาจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในกรณีนี้ควรให้ผู้ปกครองตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา

ตามคำถามที่ถามมานี้เป็นกรณีที่พบเห็นทั่วไปในโรงพยาบาล คือผู้ป่วยต้องอยู่โดยใช้เครื่องช่วยหายใจถึงจะมีชีวิตอยู่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้อย่างปกติ ไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้แล้ว รวมทั้งแนวโน้มของอาการมีแต่จะทรุดลงเรื่อย ๆ โดยครอบครัวผู้ป่วยยังยืนยันว่าอยากให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกรณีเหล่านี้ถ้าพิจารณาจากข้อเท็จจริงทางการแพทย์ผู้ป่วยหมดหนทางในการรักษาแล้วและไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้แล้วหากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงอยู่ในสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต ในกรณีเช่นนี้แนะนำว่าแพทย์ควรให้ข้อแนะนำกับผู้ปกครองและให้ผู้ปกครองตัดสินใจ กรณีผู้ปกครองต้องการคงการรักษาไว้ ควรมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า กำหนดขอบเขตการรักษา โดยให้สมมติเหตุการณ์ต่าง ๆที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น หากผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงจนความดันตก จะรักษาระดับใด โดยแพทย์ควรให้คำแนะนำและร่วมกันกำหนดกรอบและเงื่อนไขในการดำเนินการรักษาที่เหมาะสม

สถานการณ์ตามที่ยกขึ้นมาถามนี้เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีการรับรู้ ไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้แล้ว แต่ยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ และญาติก็ยังขอให้แพทย์ทำการรักษาต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ ทั้ง ๆ ที่การรักษาเหล่านั้นไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว แต่เพราะผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมายในการรับบริการสุขภาพ กรณีนี้เห็นว่ารัฐบาลจะเสียงบประมาณเป็นจำนวนมาก

.indd 85 3/7/2019 6:51:37 PM

ไปอย่างไม่มีประโยชน์ งบประมาณเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆที่มีโอกาสรอดชีวิตได้ ดังนั้นถ้าเป็นเช่นนี้ในอนาคตควรมีขอบเขตให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองเพราะการรักษาที่เกิดขึ้นไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยแล้ว

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวว่า ข้อเสนอของ รศ.พญ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นข้อเสนอที่ระยะยาว หน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดของสิทธิการเบิกจ่ายของผู้ป่วยอันได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพิจารณาเพราะปัญหาเช่นนี้จะเริ่มมีมากขึ้นเรื่อย ๆในอนาคต

พญ. ชุษณา ข่ายม่าน ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะตัดสินใจใด ๆ ได้แล้ว แพทย์จะต้องปรึกษาหารือกับญาติในการวางแผนการรักษาล่วงหน้าให้ผู้ป่วย กระบวนการวางแผนและการตัดสินใจของญาติเหล่านี้มีกฎหมายรองรับหรือไม่

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ขออธิบายกฎหมายที่เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก่อนการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจทำเองเท่านั้น ญาติจะมาตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ ดังนั้นการทำหนังสือแสดงเจตนาฯนี้แพทย์ควรให้ผู้ป่วยทำตอนที่ยังมีสติสัมปชัญญะ โดยควรทำในขั้นตอนการวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยสมมติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และชี้แจงถึงข้อดีของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ กรณีตามที่ถามมานี้เป็นกรณีที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไปคือผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในการรักษาใด ๆ ไว้เลย และญาติกับแพทย์จะต้องมาร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้าให้

.indd 86 3/7/2019 6:51:37 PM

ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีการตัดสินใจใด ๆไว้เลย ก็ต้องใช้การปรึกษาหารือระหว่างญาติและแพทย์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ซึ่งกรณีนี้ขอเชิญ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ตอบคำถามถึงกระบวนการดำเนินการต่อ

อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ประเด็นที่จะพบเสมอในโรงพยาบาล ความกังวลใจของแพทย์ ประเด็นเหล่านี้มีทางออกคือการสื่อสารความต้องการของแต่ละฝ่าย คือ ความต้องการของฝ่ายญาติว่าต้องการรักษาผู้ป่วยต่อไปอย่างไร ความต้องการของแพทย์ว่ามีแนวทางในการรักษาอย่างไร ดังนั้นจึงต้องหาแนวทางในการตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สิ่งที่โรงพยาบาลควรจะต้องดำเนินการคือ ควรมีแนวนโยบายและแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกรณีเหล่านี้เพื่อลดความกังวลใจของแพทย์

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์จะไม่มีขาวหรือดำชัดเจน เพราะต้องขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าพิจารณาในความเป็นจริงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้แล้วก็ตามอาจจะเกิดปัญหาตามมาก็ได้ ดังนั้นแม้จะมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้หรือไม่ก็ตามก็ควรจะต้องมีการปรึกษาหารือกับกับญาติผู้ป่วยเสมอ แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้จะดีกว่าไม่ได้ทำไว้เลย เพราะหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ จะแจ้งความต้องการของผู้ป่วยไว้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร เป็นกรอบในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และญาติ

สำหรับในทางปฏิบัติของประเทศไทยนั้นแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ตัดสินใจร่วมกับญาติ ซึ่งบางเรื่องเป็นประเด็นที่เป็นปัญหา

.indd 87 3/7/2019 6:51:37 PM

ในการตัดสินใจของแพทย์อย่างมาก เช่น เรื่องการถอดเครื่องช่วยหายใจ เพราะบางครั้งแพทย์ไม่กล้าตัดสินใจหรือมีความคิดว่าสิ่งที่ตัดสินใจนั้นถูกต้องหรือไม่ **ในต่างประเทศหลาย ๆโรงพยาบาลจะมีการตั้งคณะกรรมการซึ่งมีองค์ประกอบจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักจริยศาสตร์ ฯลฯ เพื่อพิจารณาประเด็นเหล่านี้ หรือเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สำคัญ ๆ ต่าง ๆ ซึ่งคณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่ช่วยแพทย์ตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ ๆต่าง ๆ ทำให้แพทย์มีความมั่นใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น ในประเทศไทยยังไม่มีการทำระบบนี้ โรงพยาบาลมีเพียงคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเท่านั้น**

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาช่วยแพทย์เจ้าของไข้ตัดสินใจหรือลงความเห็นในการรักษาพยาบาล ซึ่งอย่างน้อยก็ช่วยให้แพทย์เจ้าของไข้มั่นใจในการดำเนินการมากกว่า แต่ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในกรณีที่แพทย์อยู่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งส่วนใหญ่จะมีแพทย์เพียงไม่กี่คน การที่แพทย์เพียงคนเดียวหรือสองคนจะตัดสินใจในหัตถการที่สำคัญ ๆ เช่น การถอดท่อช่วยหายใจ หรือการที่ผู้ป่วยขอกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ย่อมนำมาซึ่งความลำบากใจแก่แพทย์เป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบในการดำเนินการ เช่น การสร้างแนวนโยบาย แนวปฏิบัติ หรือคณะกรรมการที่พิจารณาเรื่องเหล่านี้เป็นการเฉพาะเพื่อรองรับปัญหาการตัดสินใจทางการแพทย์ที่สำคัญ ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดเล็กด้วย

พญ.ชุษณา ข่ายม่าน ในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการให้การรักษาต่อไปจะไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วย แต่แพทย์ก็เกรงว่าหากยุติการรักษาหรือหาก withdraw แล้วผู้ป่วยจะเสียชีวิตทันที ในกรณีนี้แพทย์จะต้อง

.indd 88 3/7/2019 6:51:37 PM

ดำเนินการอย่างไร

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล กล่าวว่า หลักการในเรื่องนี้จะต้องพิจารณาเป็นลำดับไป กล่าวคือ ต้องยึดหลักสิทธิในการตัดสินใจ (Autonomy) ของผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจอย่างไรไว้ก็ต้องถือตามนั้น แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กที่ยังอายุไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์ ก็ต้องสอบถามความต้องการของบิดามารดา และถ้าเด็กมีความสามารถในการรับรู้แล้วก็ต้องถามความต้องการของเด็กและของบิดามารดาประกอบกันไปด้วย โดยในเรื่อง withdraw กรณีนี้จะต้องพิจารณาว่าการถอดเครื่องช่วยหายใจเป็นการยุติความทุกข์ทรมานที่เด็กได้รับ โดยพ่อแม่ต้องยอมรับว่าเป็นการยุติความทุกข์ทรมานของเด็กด้วย

ศ. แสวง บุญเฉลิมวิภาส สอบถาม ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ในกรณีนี้ว่าควรดำเนินการอย่างไร

ศ.(พิเศษ) ภัทรศักดิ์ วรรณแสง ในประเด็นนี้ต้องมาพิจารณาร่วมกันว่าจะดำเนินการอย่างไร ประเด็นแรกคือ มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้เป็นกฎหมายที่มีบทบังคับหรือไม่ เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาของกฎหมายพบว่ามาตรานี้เป็นคำแนะนำ เพราะไม่มีบทกำหนดโทษกำหนดไว้ มีเพียงวรรคสามที่กำหนดว่า เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาแล้วไม่มีความผิดให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ดังนั้นประเด็นที่จะขอเสนอคือ ต้องไปหาทางออกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไว้ โดยศึกษาจากประสบการณ์ในต่างประเทศว่าดำเนินการอย่างไร

.indd 89 3/7/2019 6:51:37 PM

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ผ่านมาก็มีผู้สอบถามกันเสมอว่าไม่ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตาม มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้หรือไม่ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ก็จะถามกลับไปเสมอว่าไม่ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเพราะเหตุใด ถ้าไม่มีการแจ้งอาการผู้ป่วยหรือญาติอย่างตรงไปตรงมาแล้วไปยื้อผู้ป่วยไว้นี่คือปัญหาจริยธรรมของแพทย์ แต่ถ้าไม่ดำเนินการเนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์ หรือเพราะเหตุผลในครอบครัว เช่น รอให้ญาติคนสำคัญมารำลากันให้ครบก่อน เช่นนี้เป็นสิ่งที่ยอมรับได้

คุณสุรางคณา คงเพชร ขอสอบถามกรณีที่เป็นปัญหาอยู่ในในการปฏิบัติงานของตนเอง โดยมีผู้ป่วยเด็กที่สมองพิการแต่กำเนิดโดยผู้ป่วยขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกคลอด และบิดามารดาของผู้ป่วยรายนี้ฟ้องโรงพยาบาล

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ขอให้ถามในประเด็น withholding หรือ withdrawing ด้วย

คุณสุรางคณา คงเพชร จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง withholding หรือ withdrawing คือ ปัจจุบันดูแลผู้ป่วยรายนี้อายุประมาณ ๗ ปี ผู้ป่วยมีการติดเชื้อและคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองแน่นอน โดยประเด็นที่จะสอบถามคือ ถ้าจะมีการ withdrawing ผู้ป่วย จะป้องกันไม่ให้ถูกครอบครัวของผู้ป่วยฟ้องอย่างไร

อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ประเด็นที่สอบถามมานี้เป็นเรื่องของการสื่อสารทั้งสิ้น ในสถานการณ์จริงไม่มีกรณีที่ตรงตามตำรา

.indd 90 3/7/2019 6:51:37 PM

สามารถใช้องค์ความรู้ตามตำรามาใช้ได้เลย โดยในความเห็นของตนนั้นมีทางออกในการสื่อสารมากมายที่จะหาทางออกร่วมกันระหว่างผู้ให้การรักษาและญาติของผู้ป่วย แบบกรณีที่ รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล อธิบายมานั้นเป็นเทคนิคของการกำหนดกรอบในการตัดสินใจ โดยแพทย์ให้การรักษาบางอย่าง และไม่ให้การรักษาบางอย่าง และเทคนิคอีกอย่างที่แนะนำคือ ช่วยไว้ก่อนในตอนต้น โดยเมื่อผู้ป่วยดีขึ้นแล้วก็อธิบายว่าการรักษาบางอย่างทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยอย่างมาก แล้วตั้งคำถามกับผู้ป่วยหรือญาติว่าถ้าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีกการรักษาที่แพทย์ดำเนินการให้จะทำให้อาการที่เป็นอยู่แย่ลงกว่าเดิมไม่ดีขึ้น กรณีเช่นนี้จะให้ดำเนินการอย่างไร

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส กล่าวขอบคุณ อ.นพ ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ประเด็นที่ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ กล่าวนั้น คือการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารเพราะผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการแพทย์ ญาติหรือผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความกลัว เพราะความกลัวเกิดจากความไม่รู้

พีร์จิรายุ สนั่นเครื่อง สำนักงานศาลยุติธรรม เคยไปเฝ้าอาการปู่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เห็นประสบการณ์จากเตียงข้าง ๆ คือผู้ป่วยสั่งเสียไว้ว่าไม่อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแต่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเพราะไม่อยากให้เพื่อนบ้านหรือคนในในหมู่บ้านเห็นสภาพตนเองในช่วงระยะท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต แต่เมื่อหนึ่งสัปดาห์ก่อนที่จะเสียชีวิตผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วญาติตกลงที่จะนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ในกรณีเช่นนี้แพทย์หรือโรงพยาบาลควรดำเนินการอย่างไร

.indd 91 3/7/2019 6:51:37 PM

อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ขอตอบคำถามนี้แทน รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เพราะประเด็นนี้เป็นประเด็นในทางจริยธรรมโดยตรง ในกรณีนี้จะต้องสร้างความสมดุล คำว่า เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ควรต้องเป็นเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและญาติ เพราะอย่าลืมว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลแบบองค์รวมต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติไปพร้อมกัน ในความเป็นจริงผู้ป่วยและญาติก็ต้องไปอยู่อาศัยร่วมกัน ในกรณีนี้ต้องตั้งคำถามกับญาติว่ายอมรับความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่ทำตามที่ผู้ป่วยสั่งไว้ได้หรือไม่ ความรู้สึกผิดนี้จะอยู่กับญาติตลอดไป ญาติสามารถยอมรับสิ่งนี้ได้หรือไม่หากยอมรับได้ตนเองก็เห็นว่า แพทย์หรือโรงพยาบาลก็สามารถทำตามในสิ่งที่ญาติต้องการได้ ประการต่อมาต้องสร้างความสมดุลระหว่างการดูแลทางการแพทย์และมิติทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลด้วยเพราะถ้าผู้ป่วยต้องการแบบนี้ให้ดูแลในโรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ โดยไม่สนใจกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับเศรษฐานะของญาติหรือของโรงพยาบาล ดังนั้นประเด็นคำถามนี้จึงเป็นเรื่องทางจริยธรรมซึ่งไม่มีถูกหรือผิด ไม่ตายตัว ต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป

นอกจากนั้น อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ยังกล่าวต่อไปว่า มีอีกกรณีหนึ่งที่เกิดขึ้นเสมอในโรงพยาบาล คือ กรณีที่ต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะสื่อสารได้แล้ว ไม่มีญาติหรือสามารถติดต่อญาติได้แล้ว **ในกรณีนี้โรงพยาบาลควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาเรื่องเหล่านี้เป็นการเฉพาะ ไม่ควรให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจเพียงผู้เดียวเพราะจะสร้างความมั่นใจให้แก่แพทย์ผู้ตัดสินใจด้วย** โดยในการพิจารณาของคณะกรรมนี้ควรจะพิจารณาในเรื่องทรัพยากรทางการแพทย์ควบคู่ไปกับสภาพของผู้ป่วยด้วย ในเรื่องนี้ห้ามกลัวการฟ้องร้องเพราะมิฉะนั้นจะทำให้เสียหลักวิชาของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

.indd 92 3/7/2019 6:51:37 PM

โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เหล่านี้ เพื่อช่วยแพทย์ตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ ๆ ต่าง ๆ เป็นการแบ่งเบาภาระในการตัดสินใจของแพทย์

อัยการจันทิมา ธนาสว่างกุล กล่าวว่า เห็นด้วยกับที่ อ.นพ. ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ เสนอ และในกรณีที่แพทย์ได้ตัดสินใจในเรื่องการรักษาพยาบาลใด ๆ ไปแล้ว แพทย์ควรจะต้องบันทึกลงในเวชระเบียนทุกครั้งด้วย

รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล กล่าวสรุปว่าหากจะให้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีประสิทธิภาพต้องมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพรองรับ

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ขอขอบคุณท่านวิทยากรทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้าใจกันในระหว่างแพทย์และนักกฎหมายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการ withhold และ withdraw การประชุมในวันนี้มีแพทย์ พยาบาล และนักกฎหมายมาร่วมประชุมจำนวนมาก ทางสภาวิชาชีพ คือ สภาการพยาบาลก็มีนโยบายที่ชัดเจนที่สนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและเรื่องมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ส่วนทางแพทยสภาขอฝากท่านนายกแพทยสภาในเรื่องเหล่านี้ไว้ด้วย

ขอขอบคุณท่านนายกสภาทนายความที่เสนอว่าควรมีการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ม.๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก่ทนายความทั่วประเทศ โดยทางศูนย์กฎหมายสุขภาพ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะไปขอความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการดังกล่าวต่อไป

.indd 93 3/7/2019 6:51:37 PM

ภาคผนวก

"การไม่ใส่ การถอดเครื่องช่วยหายใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การใช้สิทธิยอตายตามธรรมชาติ"

ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ (Thammasat Thammarak Hospice)
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ไพศาล ลิ้มสถิตย์

กรรมการบริหารศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

.indd 94 3/7/2019 6:51:37 PM

บทนำ

มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ประกาศใช้มาหลายปีแล้ว แต่ยังปรากฏความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของคนส่วนหนึ่งเกี่ยวกับบทบัญญัติดังกล่าว โดยที่เข้าใจว่า มาตรา ๑๒ เป็นเรื่องสิทธิที่จะตายเมื่อไรก็ได้ หรือเข้าใจว่าเป็นเรื่องการุณยฆาต (mercy killing) รวมทั้งกังวลว่าหากแสดงเจตนาที่ปฏิเสธการใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายืดความตาย ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งหรือไม่ หรือการไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การถอดเครื่องช่วยหายใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะทำได้หรือไม่ จะสอดคล้องกับจริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมายหรือไม่

เนื้อหาการวิเคราะห์

๑. สาระสำคัญของมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

.indd 95 3/7/2019 6:51:37 PM

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

๑.๑ มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันธนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป และมีสิทธิเลือกวิธีการรักษาที่ต้องการได้ ในต่างประเทศจะเรียกการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าแบบนี้ว่า “living will” หรือ “advance directive”

๑.๒ มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มิใช่บทบัญญัติที่ให้บุคคลใดสามารถเร่งการตายได้ กล่าวคือ มิใช่เรื่องของการุณยฆาต หรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

๑.๓ มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น ซึ่งเป็นกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้แล้ว แต่หากผู้ป่วยยังไม่อยู่ในวาระสุดท้ายหรือยังสามารถสื่อสาร แสดงความประสงค์ของตนต่อผู้อื่นได้ บุคลากรทางการแพทย์ก็ยังคงรักษากันไปตามปกติหรือตามเจตนาที่ผู้ป่วยต้องการ แต่หากมีการเขียน living will ก็จะช่วยบรรเทาปัญหาความขัดแย้งของญาติที่มีความเห็นไม่ตรงกันว่าจะรักษาผู้ป่วยอย่างไรต่อไป ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานได้สะดวกมากขึ้น

.indd 96 3/7/2019 6:51:37 PM

๑.๔ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตาม living will จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย มาตรา ๑๒ ได้บัญญัติไว้ว่า การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

๑.๕ ผู้ป่วยที่ทำหนังสือตามมาตรา ๑๒ ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) แม้ว่าแพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้ แต่โดยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ยังคงให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งตามนิยามที่เขียนไว้ในกฎกระทรวงก็ได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว ซึ่งตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย (beneficence) แต่จะไม่ทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย (non maleficence)

๒. การไม่ใส่ การถอดเครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต

การใส่เครื่องช่วยหายใจ การถอดเครื่องช่วยหายใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หากเป็นขั้นตอนของการรักษาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือช่วยบรรเทาอาการของโรค ก็คือขั้นตอนของเวชปฏิบัติโดยทั่วไปที่แพทย์และพยาบาลกระทำอยู่แล้ว แต่หากเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต และผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาปฏิเสธการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือถ้าใส่ไปแล้วขอให้ถอดเครื่องออก เพื่อจะได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ มีข้อที่ควรคำนึงดังนี้

.indd 97 3/7/2019 6:51:37 PM

๒.๑ ความจริงทางการแพทย์

เมื่อกล่าวถึงการใส่เครื่อง การถอดเครื่องช่วยหายใจ คนส่วนหนึ่งจะเข้าใจว่า เหมือนการเสียบ หรือถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้า คือ ทำให้เครื่องใช้ไฟฟ้าทำงานหรือหยุดทำงานทันที และเข้าใจว่า ถ้าถอดเครื่องออก ก็คือ การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีและอาจกลายเป็นการทำผิดกฎหมาย แต่ถ้าหากได้ทำความเข้าใจในความจริงทางการแพทย์เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ก็จะพบว่า ในขั้นตอนของเวชปฏิบัตินั้น การจะทำอะไรกับผู้ป่วยจะต้องยึดถือความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ การจะใส่เครื่องหรือไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนเมื่อใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว จะถอดออกก็จะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ ให้ทราบผลดีผลเสียในกรณีนั้น ๆ และเมื่อพูดคุยแล้ว หากผู้ป่วยหรือญาติแสดงความต้องการอย่างใดก็คงต้องเป็นไปตามนั้น

เรื่องดังกล่าวนี้ได้เคยมีการประชุมของแพทยสมาคมโลก ซึ่งได้เห็นชอบ คำประกาศของแพทยสมาคมโลกเกี่ยวกับ “ยูธานาเซีย” (The World Medical Association Declaration on Euthanasia (1987, 2005) มีเนื้อหาสรุปดังนี้

Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient’s own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician form respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness

.indd 98 3/7/2019 6:51:37 PM





("ยูธานาเซีย ที่มีลักษณะเป็นการกระทำโดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ")

การไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่เรียกว่า Withholding หรือการถอดเครื่องช่วยหายใจที่เรียกว่า Withdrawing ก็คือการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่จะขอจากไปตามธรรมชาติในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นกรณีของ Passive euthanasia เพื่อให้เกิดการตายดี (good death) มิใช่กรณีของ Active euthanasia ซึ่งถือเป็นการุณยฆาตตามที่มีคนส่วนหนึ่งเข้าใจผิด จนทำให้เข้าใจผิดในข้อกฎหมายตามไปด้วยว่า การถอดเครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิตทำไม่ได้ เว้นแต่ภาครัฐจะออกกฎหมายมารองรับ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน โดยนำเรื่องดังกล่าวไปปะปนกับกรณีเร่งการตาย ซึ่งมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ต้องมีกฎหมายรองรับ เช่น ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม และบางรัฐของอเมริกา

๒.๒ แนวปฏิบัติต่างประเทศเรื่อง Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment

สมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองได้จัดทำคู่มือการดูแลแบบประคับประคอง (The IAHPC Manual of Palliative Care) ซึ่งได้อธิบายหลักจริยธรรมทางการแพทย์ในกรณีการยุติหรือการ

.indd 99

3/7/2019 6:51:37 PM

ยกเลิกการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ สรุปเนื้อหามีดังนี้[๑]

เป้าหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคองคือการรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยไม่เร่งรัดหรือยืดการตายของผู้ป่วยออกไป (neither hastening nor postponing death)

- เป็นที่ทราบกันดีว่า ความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์
- การยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ถือเป็นจริยธรรมในทางศาสนาและวัฒนธรรมใด ๆ ทั้งสิ้น
- สิ่งที่ดำเนินการจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มิใช่คำนึงถึงเรื่องเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย
- การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะต้องไม่ถูกใช้เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (prolonging life)

ทั้งนี้ การพิจารณาเรื่อง “คุณภาพชีวิต” (quality of life) ของผู้ป่วย มีเกณฑ์พิจารณาหลายประการ เช่น พิจารณาสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก (person-oriented) มิใช่พิจารณาจากโรคของผู้ป่วย (not disease-oriented) จะต้องไม่พิจารณาเรื่องการยืดชีวิตของผู้ป่วย (life prolongation) เป็น

[๑] ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care). ใน: แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ไพศาล ลิ้มสถิตย์, บรรณาธิการ. ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๒. หน้า ๑๙๓-๒๐๗.

.indd 100 3/7/2019 6:51:37 PM

ลำดับแรก จะต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม (holistic) และมุ่งเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาทางกายและจิตใจ

ข้อพิจารณาเรื่องการยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาจะมีความเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น สิ่งใดที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient's best interests) คือ ๑) ต้องพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ๒) เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากที่จะพิจารณา ๓) การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใด ๆ (futile therapy, with no chance of benefit) ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย

ฉะนั้น แพทย์จึงไม่มีสิทธิที่จะกำหนดให้ต้องยืดการตายหรือยื้อชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายออกไป การยับยั้งการรักษาหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว จึงควรดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ แต่ไม่ควรเร่งการตายหรือยืดการตาย

แนวทางการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตะวันตก โดยเฉพาะในยุโรปและอเมริกาเหนือ มีความแตกต่างจากแพทย์ในประเทศตะวันออกโดยเฉพาะประเทศในเอเชียค่อนข้างมากในกรณี withholding and withdrawing กล่าวคือ **แพทย์ตะวันตกมีทัศนคติและเวชปฏิบัติในกรณี withholding and withdrawing ที่ถือเป็นเรื่องปกติ แพทย์ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการ withdraw หรือยกเลิกการรักษาที่เกินความจำเป็นในกรณี**

.indd 101 3/7/2019 6:51:37 PM

ผู้ป่วยใกล้ตาย เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามจริยธรรมทางการแพทย์ หากการรักษาต่อไปไม่มีความจำเป็น หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะยาว

มีผลสำรวจความเห็นแพทย์ในเอเชีย ๑๖ ประเทศ (ได้แก่ ประเทศจีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ อินเดีย มาเลเซีย เวียดนาม อินโดนีเซีย ไต้หวัน ฮ่องกง สิงคโปร์ อิหร่าน บังคลาเทศ ปากีสถาน ซาอุดิอาระเบีย ฟิลิปปินส์ และไทย) จำนวน ๑,๔๖๕ คน ที่ปฏิบัติงานในห้องไอ.ซี.ยู ๔๖๖ ห้อง พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่จะเลือกดำเนินการ withholding ร้อยละ ๗๐ มีแพทย์เพียงร้อยละ ๒๑ ที่ดำเนินการ withdrawing เครื่องช่วยหายใจ และแพทย์ในเอเชียส่วนใหญ่ราวร้อยละ ๗๕ มีความเห็นว่า withholding กับ withdrawing มีประเด็นจริยธรรมที่แตกกต่างกัน[๒]

ในขณะที่แพทย์ตะวันตกในยุโรป อเมริกาเหนือมากกว่าร้อยละ ๙๐ จะปฏิบัติตามคำสั่ง do-not-resuscitate (DNR) ของผู้ป่วยหรือญาติ มีเพียงร้อยละ ๑๐ ที่ยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ ๔๐ จะเริ่มใช้ยาปฏิชีวนะและยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressors) นอกจากนี้ การฝึกอบรมเรื่องเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตคือ การช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำอย่างไรที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้แพทย์ส่วนหนึ่งขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย

สาเหตุที่แพทย์ในเอเชียมักจะไม่ดำเนินการ withdraw

[๒] Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371.

.indd 102 3/7/2019 6:51:37 PM

ผู้ป่วยใกล้ตาย มีปัจจัยเกี่ยวข้องดังนี้[๓,๔]

๑) ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ในเอเชีย สมาชิกครอบครัว ผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจะมีบทบาทมากที่สุดที่จะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องสำคัญ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

๒) แพทย์ในเอเชียราวร้อยละ ๕๖ รู้สึกไม่สบายใจที่จะสื่อสารกับญาติผู้ป่วยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย โดยมักเห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ แพทย์ราวร้อยละ ๓๖ เห็นว่า ข้อมูลของญาติไม่เหมาะสม และมีราวร้อยละ ๒๒ ไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลของญาติผู้ป่วย

๓) คนเอเชียส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ living will ในขณะที่ชาวตะวันตกจะให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิผู้ป่วย patient autonomy จึงมักมีการทำ living will แสดงเจตนาไว้ ในสหรัฐอเมริกามีประชากรราวร้อยละ ๒๐ ที่ทำ living will ประเทศในเอเชียจะให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะมีบทบาทเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ บางกรณีก็ละเลยความปรารถนาของผู้ป่วย

---

[๓] Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371.

[๔] Koh M, Hwee PC. End-of-life care in the intensive care unit: how Asia differs from the West. JAMA Intern Med. 2015;175(3):371-2.

.indd 103 3/7/2019 6:51:37 PM

๔) ประเทศในเอเชียส่วนใหญ่ยังขาดบริการด้าน Palliative care ที่มีคุณภาพสูง รวมถึงการเรียนการสอนของแพทย์ที่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากนัก (ยกเว้นประเทศสิงคโปร์และฮ่องกง ที่มีความพร้อมในเรื่องนี้ และได้รับอิทธิพลของแพทยศาสตรศึกษาจากอังกฤษในยุคอาณานิคม)

สภาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขในหลายประเทศ มีการจัดทำแนวปฏิบัติในเรื่อง withholding and withdrawing เช่น แพทยสภาอังกฤษ (General Medical Council -GMC) แพทยสมาคมอังกฤษ (British Medical Association - BMA) แพทยสมาคมสหรัฐ (American Medical Association) รวมถึงหน่วยงานด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ เช่น กระทรวงสุขภาพ และ Academy of Medicine ของมาเลเซีย

๒.๓ ข้อพิจารณาทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับการไม่ใส่เครื่องหรือถอดเครื่องช่วยหายใจ

หากได้ทำความเข้าใจร่วมกันว่า การไม่ใส่เครื่อง การถอดเครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต คือการใช้สิทธิขอตายตามธรรมชาติ ย่อมไม่เกิดข้อขัดแย้งกันในเชิงจริยธรรมและกฎหมาย เพราะแท้จริงคือการช่วยให้เกิดการตายดี มิใช่กรณีใครไปทำให้ตายจนทำให้เป็นข้อกังวลในเชิงจริยธรรมและกฎหมายตามมา เพราะถ้าเข้าใจผิดว่า กรณีถอดเครื่องช่วยหายใจ คือ การเร่งการตายก็จะโยงไปเป็นการกระทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นการนำหลักกฎหมายมาปรับใช้อย่างคลาดเคลื่อน และไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงทางการแพทย์

.indd 104 3/7/2019 6:51:37 PM

ความจริงอีกประการหนึ่งที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกัน ก็คือ การถอดเครื่องช่วยหายใจนั้น มิใช่การหยุดหรือกระตุกสายออกแบบเครื่องใช้ไฟฟ้าอื่น ๆ แต่ในเวชปฏิบัติ แพทย์จะใช้วิธีค่อย ๆ ลดการหายใจลงมาทีละน้อย ๆ และใช้มอร์ฟีนเข้ามาช่วยการหายใจด้วย ซึ่งเป็นวิธีการทางการแพทย์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ อีกทั้งยังมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ควบคู่ไปด้วย เพื่อช่วยกันทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และจะต้องตายจากไป แม้จะระบุว่าเป็นผู้ป่วย N.R. (No Resuscitation) ก็ยังได้รับการดูแลอยู่ No Resuscitation มิได้หมายความว่า No Treatment ไปด้วย คือมิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้ง แพทย์ยังคงดูแลเหมือนเดิมหรืออาจดูแลมากกว่าเดิมอีก เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานหรือระงับปวดแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เขาจากไปอย่างสงบ เพียงแต่ไม่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายืดความตายเท่านั้น การทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้สั่งไว้ว่า ขออย่าใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอไม่ให้เจาะคอหรือปั๊มหัวใจเหล่านี้เป็นต้น แพทย์ก็จะไม่ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิตเขา แต่มิได้หมายความว่าแพทย์จะทอดทิ้งไปเลย การให้การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ยังคงกระทำอยู่ เพราะฉะนั้น **ไม่มีประเด็นเลยที่จะกล่าวหาว่า แพทย์งดเว้นการปฏิบัติหน้าที่** การโยงเรื่องดังกล่าวไปเป็นประเด็นทางกฎหมายว่า จะเข้ากรณีของประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ เป็นเรื่องที่เข้าใจกฎหมายคลาดเคลื่อน เพราะหลักกฎหมายในเรื่อง

.indd 105 3/7/2019 6:51:37 PM

งดเว้นตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ วรรคท้าย จะต้องปรากฏว่า ผู้กระทำมีหน้าที่และต้องเป็นหน้าที่ที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล กล่าวคือ ถ้ากระทำหน้าที่ ผลร้ายนั้นก็จะไม่เกิด จึงจะถือได้ว่าผลร้ายเกิดจากการงดเว้นปฏิบัติหน้าที่นั้น ๆ

แต่กรณีของแพทย์ แม้แพทย์จะมีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะต้องจากไป ไม่มีแพทย์คนไหนที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ต้องตายตามธรรมชาติไม่ตายได้ การกระทำจึงมิใช่การงดเว้นในความหมายของหลักกฎหมายและการกระทำเช่นนี้ ก็มิใช่การทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะเป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง อีกทั้งการรักษาแบบประคับประคองยังคงกระทำอยู่ในกฎทรวงได้ช่วยยุติประเด็นดังกล่าวไว้แล้ว

ในเรื่องนี้ศาลปกครองสูงสุดได้เคยมีคำพิพากษาไว้แล้ว เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยวินิจฉัยเรื่องดังกล่าวดังนี้

“กฎกระทรวงฯ มิได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบอันมีความหมายในการปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลงโดยงดเว้นไม่ให้การรักษา หรือการใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิต แต่เป็นการรักษาอย่างประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวตายอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อมิให้ยื้อความตายอย่างสิ้นหวัง หรือทำให้ผู้นั้นต้องทรมานจากการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ทั้ง ๆ ที่หากไม่มีบริการสาธารณะที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้นั้นควรจะตายอย่างธรรมชาติแล้ว”

.indd 106 3/7/2019 6:51:37 PM

บทสรุป

หากพิจารณาปัญหาดังกล่าวให้ถ่องแท้ จะพบว่าการปฏิเสธการใส่เครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ดี หรือหากใส่ไปแล้วขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจก็ดี แท้จริงแล้วก็คือการใช้สิทธิขอตายตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องการให้ใช้เครื่องมือใด ๆ มาเหนี่ยวรั้งชีวิตไว้นั่นเอง ไม่ขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมายแต่อย่างใด ในหลาย ๆ ประเทศได้กระทำกันโดยถือเป็นเรื่องปกติในเวชปฏิบัติไปแล้ว หากเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ สำหรับในประเทศไทย ผู้เขียนได้มีโอกาสประชุมร่วมกับแพทย์ผู้ใหญ่หลาย ๆ ท่าน ท่านก็ยืนยันว่าทำได้ถ้าเข้าใจขั้นตอนในการทำ สำหรับนักกฎหมาย ถ้าจะช่วยกันทำความเข้าใจในหลักกฎหมายที่ถูกต้อง ก็จะไม่ก่อให้เกิดความสับสนในการให้ความเห็นจนแพทย์เกิดความกังวลในเวชปฏิบัติ การทำความเข้าใจดังกล่าว จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจทั้งความเป็นจริงทางการแพทย์และหลักกฎหมายที่ถูกต้อง จึงจะเกิดความเข้าใจร่วมกัน

ในอนาคตควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลในเรือง withholding และ withdrawing มีการจัดฝึกอบรมด้าน palliative care เทคนิคการทำ counselling การทำความเข้าใจเรื่องการตายดี และควรพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมของสถานพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเหมือนในต่างประเทศ เพื่อช่วยให้ความเห็นในกรณีที่มีประเด็นที่ยากในการตัดสินใจ นอกจากนี้ ยังควรให้ความสำคัญกับการสื่อสาร การวางแผนการรักษาล่วงหน้าร่วมกันกับญาติผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความไม่เข้าใจกันหรือการทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกผิด

.indd 107 3/7/2019 6:51:37 PM

ภาคผนวก

"Withhold-withdraw of life support measures at the end of life"

นพ.ชนินทร์ ลิ่มวงศ์

.indd 108 3/7/2019 6:51:38 PM

WITHHOLD-WITHDRAW OF LIFE SUPPORT MEASURES AT THE END OF LIFE

CHANIN LIMWONGSE, MD

SURVEY On Behalf of THAPS Committee

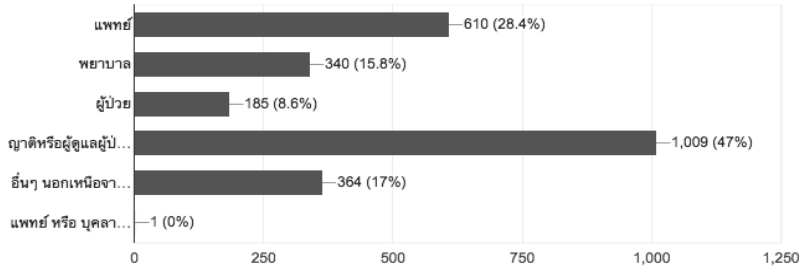
Duration : February15, 2018 to March 8, 2018

1

Responder breakout per status (N=2509)

ข้อ ๑. ท่านมีประสบการณ์เป็น

2,147 responses

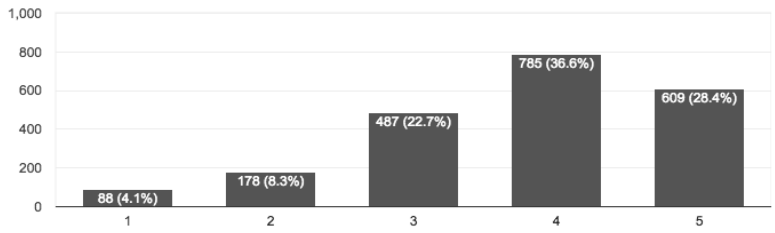


2

.indd 109 3/7/2019 6:51:38 PM

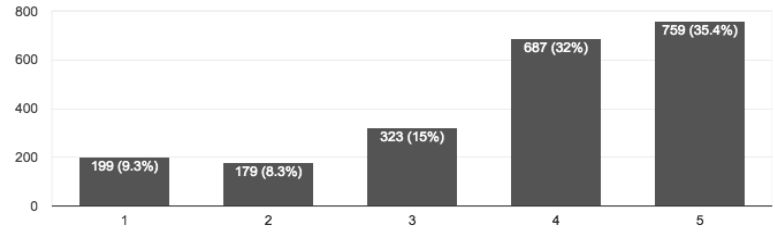
ข้อ ๒. ท่านมีความเห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยชาวไทยมักจะไม่ยินยอมให้แพทย์หยุดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์แม้ในผู้ป่วยวาระสุดท้าย

2,147 responses



ข้อ ๓. ท่านมีความเห็นว่า บุตรหลานชาวไทยถือว่าการรักษาพ่อแม่อย่างเต็มที่ แม้จะทราบว่าวิธีเหล่านั้นไม่เกิดประโยชน์ ก็ยังเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ

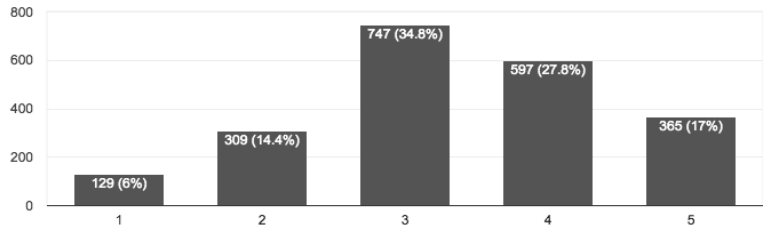
2,147 responses



.indd 110 3/7/2019 6:51:38 PM

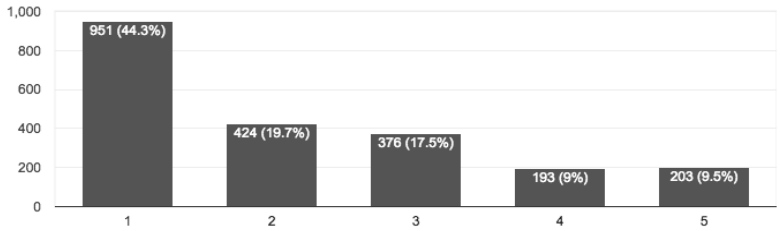
ข้อ ๔. ท่านเห็นว่าทัศนคติของแพทย์บ่อยครั้งเป็นสิ่งที่ขัดขวางการยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

2,147 responses



ข้อ ๕. ท่านเห็นว่าการหยุดการรักษาที่ชัดเจนว่าไม่เกิดประโยชน์ขัดกับหลักศาสนาที่ท่านนับถืออยู่

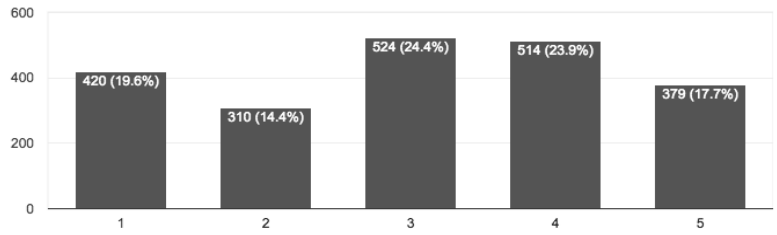
2,147 responses



.indd 111 3/7/2019 6:51:38 PM

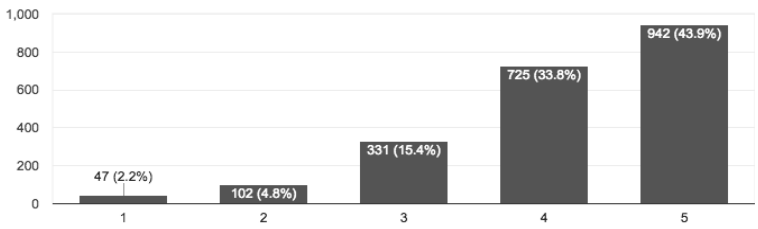
ข้อ ๖. กฎหมายในประเทศไทยมีบทบังคับให้แพทย์ดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

2,147 responses



ข้อ ๗. แพทย์ไทยจำนวนหนึ่งขาดทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเมื่อการรักษาที่ดำเนินอยู่ไม่เกิดประโยชน์แล้ว

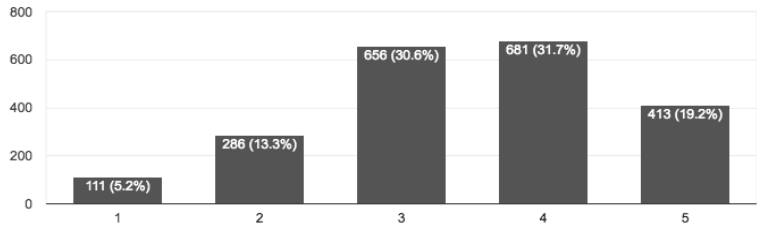
2,147 responses



.indd 112 3/7/2019 6:51:38 PM

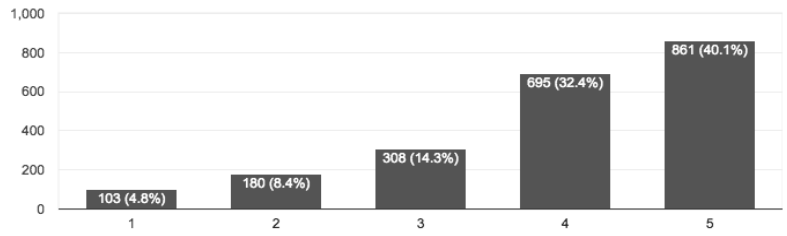
ข้อ ๘. ความเชื่อของแพทย์ในเรื่องหน้าที่ต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการสนทนากับผู้ป่วยและญาติเพื่อยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

2,147 responses



ข้อ ๙. ความกังวลเรื่องการถูกฟ้องร้องทำให้แพทย์ไม่พร้อมที่จะสนทนากับผู้ป่วยและญาติเพื่อยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

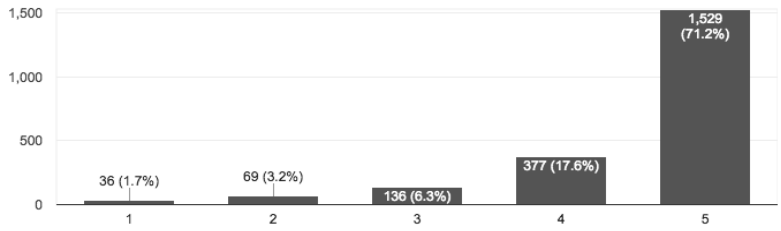
2,147 responses



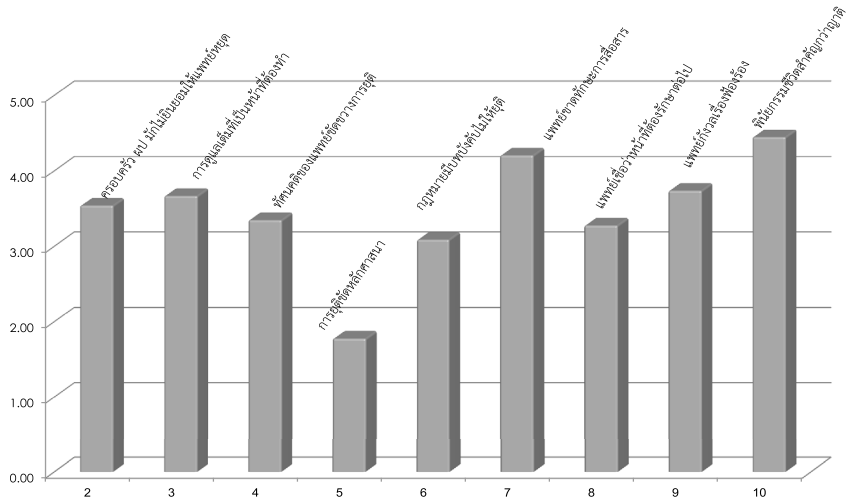
.indd 113 3/7/2019 6:51:38 PM

ข้อ ๑๐. หากผู้ป่วยมีหนังสือแสดงเจตนา หรือพินัยกรรมชีวิต ระบุไว้ล่วงหน้าว่าไม่ต้องการการรักษาใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ เจตนารมณ์ของผู้ป่วยนี้มีความสำคัญมากกว่าความต้องการของญาติ

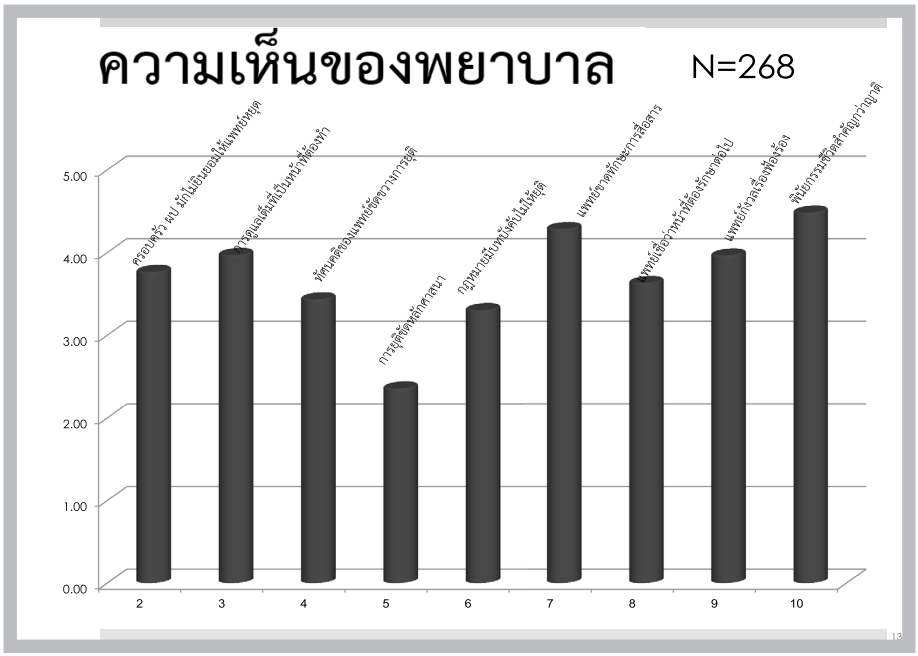
2,147 responses

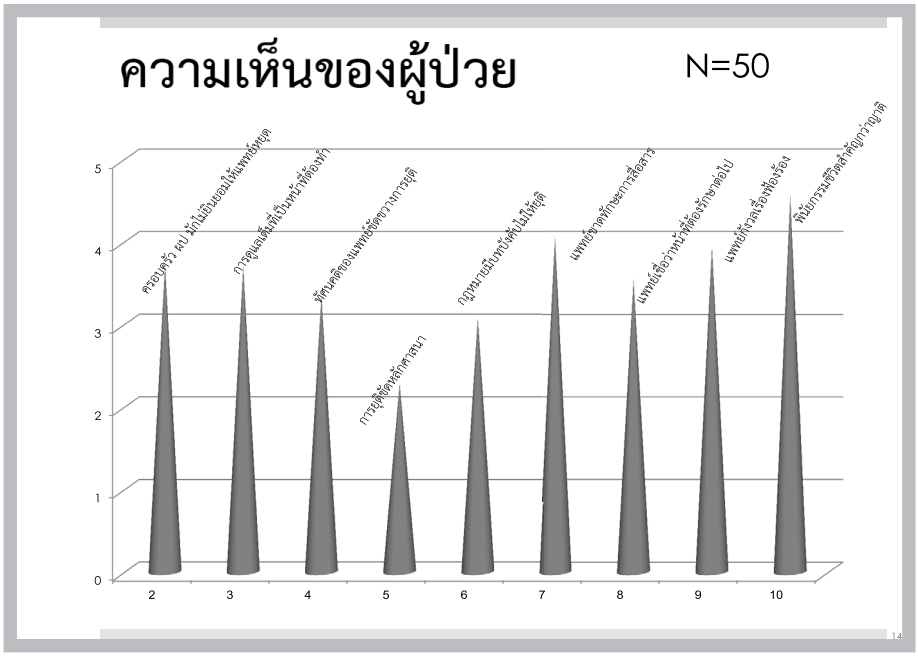


ความเห็นของแพทย์ N=496

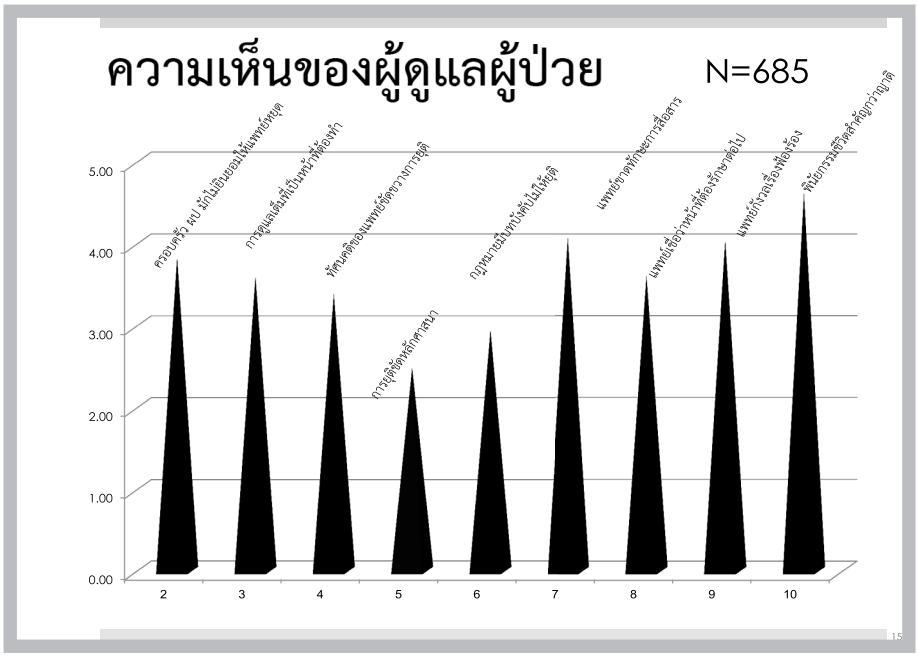


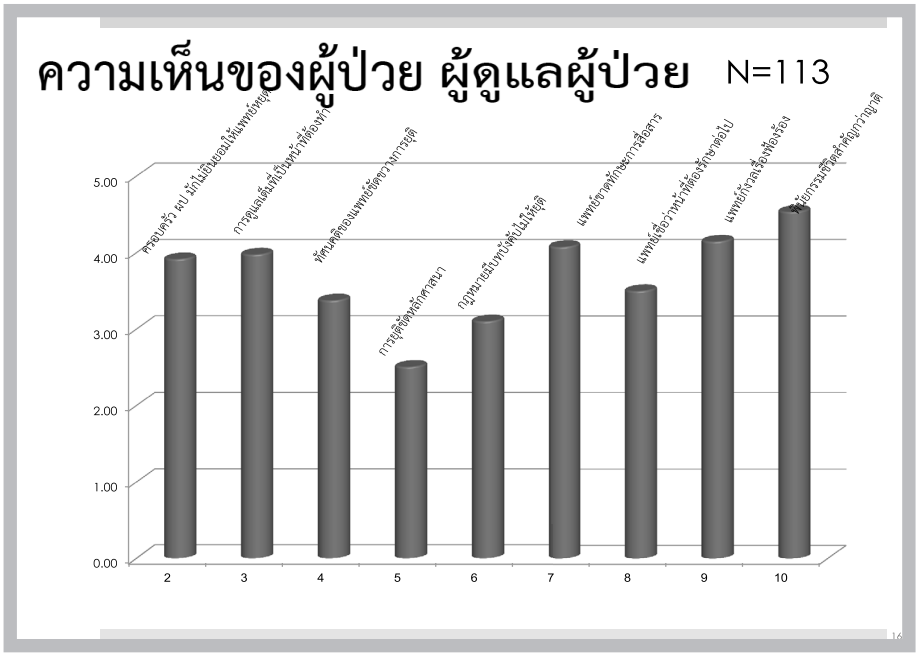
.indd 114 3/7/2019 6:51:38 PM





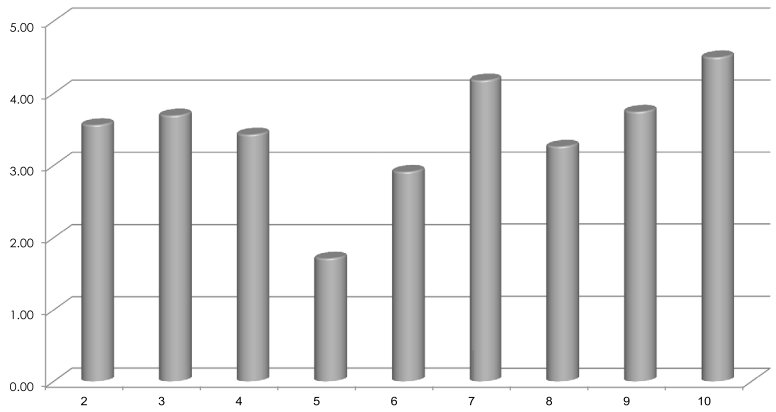
.indd 115 3/7/2019 6:51:39 PM



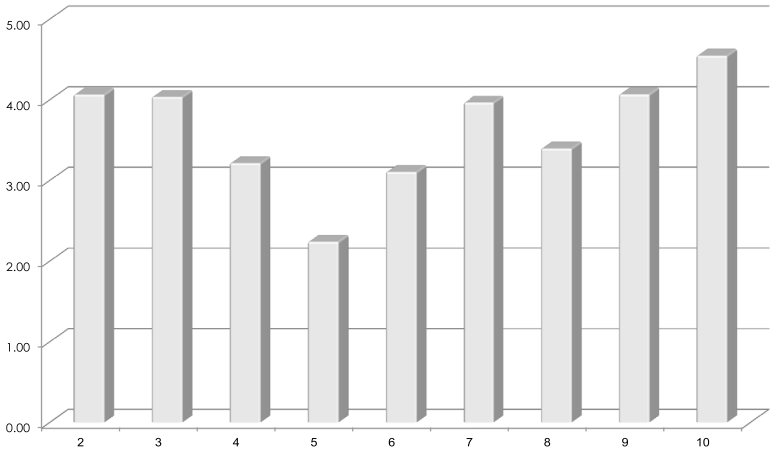


.indd 116 3/7/2019 6:51:39 PM

ความเห็นของแพทย์หรือพยาบาลที่เป็นผู้ป่วย N=159



ความเห็นของบุคคลอื่นๆ N=313



.indd 117 3/7/2019 6:51:40 PM

IS IT AN ISSUE ?

- Are WH and WD doable ?
  - Are WH and WD legally permissible ?
  - Are WH and WD religiously acceptable ?
  - Are WH and WD ethically different ?
  - Are WH and WD morally sound ?

19

Spectrum of medical manuevers at EOL stage

- FULL CODE/ FULL CARE
- FULL CODE/ COMFORT CARE
- NO CODE/ COMFORT CARE
- WITHHOLDING
- WITHDRAWING
- PHYSICIAN ASSISTED SUICIDE
- EUTHANASIA

20

.indd 118 3/7/2019 6:51:40 PM

Are WH and WD religiously acceptable ?

	Withhold	Withdraw	Withdraw artificial nutrition	Organ donation	Double effect[a]	Euthanasia
Catholics	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No
Protestants	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Some
Greek Orthodox	No	No	No	Yes	No[b]	No
Muslims	Yes	Yes	No	Most	Yes	No
Orthodox Jews	Yes	No	No	Yes[c]	Yes	No
Buddhists	Yes	Yes	Yes	No[c]	Yes	No
Hindus and Sikhs	Yes	Yes	?	Yes	?	Some
Taoism	Most	Most	?	?	?	?
Confucianism	No	No	?	?	?	No

[a]Double effect: alleviation of pain is allowed, even if it *unintentionally* hastens death; [b]Alleviation of pain is allowed, if it will in no way lead to the patient's death; [c]There are conflicting views within this religion.

INTENSIVE CARE MED 2007

21

Are WH and WD ethically different ?

- SAME INTENTION → RELIEF SUFFERING
- PREAMBLE → FUTILE MEASURES
- SCENARIO OF ERROR → WH CURABLES DIE VS INCURABLES SUFFER ; WD → CURABLES DIE VS INCURABLE SUFFER
- "KILLING ?" → NOT GIVING IT = TAKE IT OUT
- AUTONOMY → EITHER PT OR PROXY

22

.indd 119 3/7/2019 6:51:40 PM

JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7386
Published online January 12, 2015.

Original Investigation

Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Intensive Care Units in Asia

Jason Phua, FRCP; Gavin M. Joynt, FRCP; Masaji Nishimura, MD; Yiyun Deng, MD; Sheila Nainan Myatra, MD; Yiong Huak Chan, PhD; Nguyen Gia Binh, MD; Cheng Cheng Tan, MBBS; Mohammad Omar Faruq, MD; Yaseen M. Arabi, MD; Bambang Wahjuprajitno, MD; Shih-Feng Liu, MD; Seyed Mohammad Reza Hashemian, MD; Waqar Kashif, MD; Dusit Staworn, MD; Jose Emmanuel Palo, MD; Younsuck Koh, MD; for the ACME Study Investigators and the Asian Critical Care Clinical Trials Group

23

JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7386
Published online January 12, 2015.

Respondent Characteristics

In total, 466 of 785 invited ICUs (ICU response rate, 59.4%) and 1465 of 2460 invited physicians (physician response rate, 59.6%) participated from the following countries and regions: Bangladesh (103 physicians), China (195), Hong Kong (45), India (176), Indonesia (51), Iran (31), Japan (224), Malaysia (104), Pakistan (29), the Philippines (22), Saudi Arabia (79), Singapore (49), South Korea (186), Taiwan (35), Thailand (24), and Vietnam (112). Countries and regions that sampled all public-sector ICUs and those that sampled through national critical care societies and networks accounted for 88.2% of ICUs and 84.4% of physicians (eTable 1 in the Supplement). **Table 1** describes the participants' characteristics.

24

.indd 120 3/7/2019 6:51:40 PM

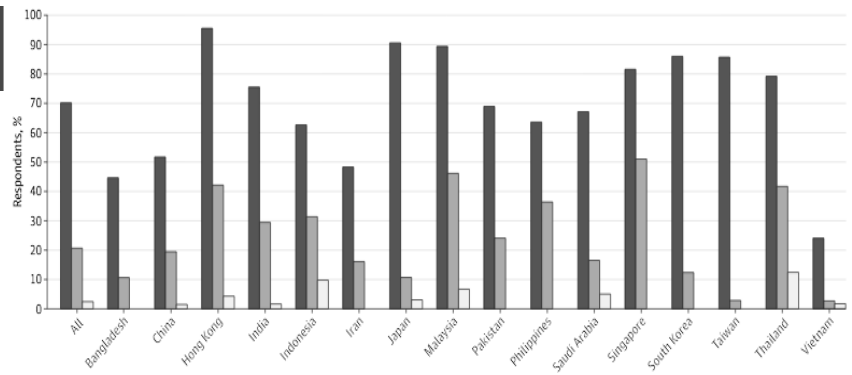
Table 2. Treatments That Can Usually Be Withheld or Withdrawn

Treatment	Respondents, Overall % (Range Between Countries)[a]	
	Withheld	Withdrawn
Hemodialysis	71.3 (20.0-100)	72.9 (6.5-100)
Cardiopulmonary resuscitation	69.7 (11.6-100)	73.1 (3.2-100)
Tracheotomy	64.5 (14.3-93.9)	57.1 (3.2-86.4)
Vasopressors or inotropes	64.6 (25.0-95.9)	63.6 (26.8-91.3)
Broad-spectrum antibiotics	59.4 (19.4-90.9)	60.8 (6.5-95.5)
Mechanical ventilation	57.4 (9.4-95.9)	46.7 (0-86.4)
Total parenteral nutrition	55.6 (33.9-87.5)	54.6 (33.9-100)
Endotracheal intubation	51.6 (6.5-95.9)	41.5 (0-81.8)
Diuretics	46.6 (19.4-90.9)	50.6 (25.2-86.4)
Enteral feeding	35.6 (0-88.6)	31.5 (0-62.1)
Intravenous fluid therapy	33.9 (3.2-71.4)	27.9 (3.2-42.0)
Oral suctioning	24.4 (3.6-80.0)	19.2 (2.7-45.6)

[a] Respondents who strongly agreed or agreed that specific treatments can usually be withheld or withdrawn as part of limitation of life-sustaining therapy in end-of-life care. Range is from the country or region with the lowest percentage to the country or region with the highest percentage.

25

Figure. Proportion of Respondents Who Almost Always or Often Withheld and Withdrew Life-Sustaining Treatments, and Actively Shortened the Dying Process for Patients With No Chance of Recovering a Meaningful Life



Respondents were asked, "For patients with no real chance of recovering a meaningful life, how often have you (A) withheld further active therapy, but continued current therapy (such as not starting vasopressors and hemodialysis); (B) withdrawn active therapy (such as stopping vasopressors and hemodialysis); (C) deliberately given large doses of drugs intentionally (eg, barbiturates or morphine) until death ensues?" Bars refer to percentages of respondents who chose almost always or often withheld (dark blue), withdrew (light blue), and actively shortened the dying process with drugs (white).

JAMA Intern Med. 2015;175(3):363-371. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7386
Published online January 12, 2015.

26

.indd 121 3/7/2019 6:51:40 PM

Are WH and WD morally sound?

- Autonomy
- Beneficence
- Unified Hope of relief/cure
- Informed consent
- Right to refuse
- Proxy / surrogate
- Benefit / Harm balance
- Conflicting Hope of good death / survival
- Dealing c Uncertainty
- Right to die (or live)

MEDICAL DILEMMA

27

RELATIVES' ATTITUDE ABOUT PATIENT'S EOL CARE

- UNREADINESS FOR SEPARATION
- MORAL GUILT
- SINFUL FEELING
- FRUSTRATION / UNCERTAIN OF PATIENT WISH
- LAST BIT OF HOPE FOR MIRACLE

PAVING LEGAL MEANS TO DO SO MAY NOT BE THE ANSWER

26

.indd 122 3/7/2019 6:51:41 PM

PHYSICIANS' ATTITUDE ABOUT PATIENT'S EOL CARE

- SENSE OF FAILURE
- SELF DOUBT
- FEAR OF RESPONSIBILITY TO INFORM
- UNCERTAIN OF PATIENT WISH
- FEAR OF LITIGATION

PAVING LEGAL MEANS TO DO SO MAY NOT BE THE ANSWER

29

MAKING WH and WD POSSIBLE

- 1. MINIMIZE HESITATION FROM PROVIDER PART
- 2. FOSTER OPEN COMMUNICATION BETWEEN PROVIDER AND PATIENT/FAMILY
- 3. PUBLIC EDUCATION OF THESE AS A DOABLE OPTION

30

.indd 123 3/7/2019 6:51:41 PM

MINIMIZE HESITATION FROM PROVIDER PART

- DEVELOPMENT OF GUIDELINE / CONSENSUS / SOP AND HOSPITAL POLICY
- ENCOURAGE DISCUSSION AND USE OF ADVANCE DIRECTIVE
- USE PROPER ETHICAL CONSULT / RISK MANAGEMENT TEAM TO FACILITATE THE PROCESS
- AMEND CORRESPONDING LAWS TO ALLOW LEGALLY ACCEPTABLE PRACTICE

31

FOSTER OPEN COMMUNICATION BETWEEN PROVIDER AND PATIENT / FAMILY

- TEACH COUNSELING TECHNIQUES TO HEALTH CARE PROVIDER EMPHASIZING SKILLS USED IN EOL
- MULTIDISCIPLINARY TEAM INCLUDING PATIENT LIASON, NURSES, AND FAMILY MEMBER IN CONVERSATION ABOUT MEASURES USED IN EOL
- UNIVERSAL USE OF CODE STATUS DETERMINATION ON ADMISSION
- AUDIT OF PRACTICE AND OUTLIER IDENTIFICATION FOR IMPROVEMENT

32

.indd 124 3/7/2019 6:51:41 PM

PUBLIC EDUCATION OF THESE AS A DOABLE OPTION

- DISTRIBUTION OF NOTION AND MEANS IN SOCIAL MEDIA REGULARLY
- UTILIZE STRENGTH OF BHUDDISM DOGMA AND BELIEF TO PROPEL THE IDEA OF HELPING PATIENTS TOWARD GOOD DEATH
- DEVELOPMENT AND INCORPORATION OF HOSPICE SERVICE INTO ROUTINE CARE COUNTRYWIDE

33

BENEFIT OF ACTIVE USE OF WH / WD

- REFOCUS CARE TO OTHER ASPECTS : PSYCHO-SOCIAL-SPIRITUAL
- INDIVIDUAL AND SOCIETAL MONETARY BENEFIT
- MORE ACESSIBILITY OF LSM TO THOSE LIKELY TO BENEFIT FROM AND INCREASE SOCIAL FAIRNESS

34

.indd 125 3/7/2019 6:51:41 PM

ภาคผนวก

"Withhold/withdraw of life supports where are we now?"

รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

.indd 126 3/7/2019 6:51:41 PM

Withhold/Withdrawal of Life Supports Where Are We Now?

Srivieng Pairojkul, MD.
Karunruk Palliative Care Center
Srinagarind Hospital
Faculty of Medicine Khon Kaen University

1

Principles of Medical Ethics



- Respect for patient **Autonomy**
  เคารพในอัตภาพของผู้ป่วย
- **Beneficence** "Benefit the sick" ทำแต่สิ่งที่ดี
- **Non-maleficence** "Do no harm" ไม่ทำอันตราย
- **Justice** – Require social policy level
  ความเสมอภาพในการรักษา

2

.indd 127 3/7/2019 6:51:41 PM

Bioethics in the 20th Century

Principle	References
• **Toward Autonomous Decisions**	
From paternalism to autonomy The "Right to die" Autonomous by surrogate	Karen Ann Quinlan case (1976) Nancy Cruzan case (1990) Am Thoracic Society Bioethics Task Force (1991)
• **Truth-Telling**	
From purple dots to DNR orders Honest prognostication	NY times (1986) Patient Self-Determination Act (1990)

3

Bioethics in the 20th Century

Principle	References
• **Clarifying confusing Distinctions**	
Withhold < > withdraw Killing < > let die Active euthanasia < > WDLT	Am Thoracic Society Bioethics Task Force (1991)
• **Overruling Autonomy**	
Allocation of resources Futility in medical decision making	ATS (1997)

4

.indd 128 3/7/2019 6:51:41 PM

The Patient Self-Determination Act

USA.1991

หนังสือแสดงเจตนา
Living Will

พระราชบัญญัติสุขภาพ มาตรา 12
คศ.2007

5

Clarifying Confusing Distinctions

Withhold < > withdraw

Withholding vs. withdrawing treatment is not in itself of moral importance because a justification that is adequate for not commencing a treatment is sufficient for ceasing it.

→ **The equivalence of WH vs. WD treatment**

Killing < > let die

Euthanasia < > Withdrawing life support

- Euthanasia and physician-assisted suicide is an **intension** to kill

6

.indd 129 3/7/2019 6:51:42 PM

Medical Futility

- การรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- การรักษาที่มีผลชั่วคราว (สั้นๆ) และไม่ทำให้โรคหรือสภาวะของผู้ป่วยดีขึ้น
- การรักษาที่ยืดความตายของผู้ป่วยและไม่มีหนทางที่จะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น

- คุณภาพชีวิตขึ้นกับพยากรณ์โรคและผลการรักษา ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินเองว่าดีหรือเลว
- Basic medical care เป็นสิ่งที่ดีและก่อเกิดประโยชน์ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการบริการอยู่เสมอ
- **มีความแตกต่างระหว่างการรักษาเพื่อยืดชีวิตและการรักษาที่เป็นเพียงยื้อขั้นตอนของการตาย**

7

American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs.

AMA Code of Ethics – 2004 Editorially Revised 2006

1.4 The Dying Patient

- ระลึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องรักษาชีวิต แต่ถ้าการตายเป็นสิ่งที่ชัดแจ้งเลี่ยงไม่ได้ และการรักษาโรคให้หายหรือการรักษาพยุงโรคไม่ก่อเกิดผลอีกต่อไป ควรต้องให้มั่นใจว่าการตายนั้นจะไม่เจ็บปวดและสมศักดิ์ศรี
- เคารพในสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเลือกการตัดสินใจการรักษา รวมถึงสิทธิ์ในการปฏิเสธการรักษาด้วย

AMA Code of Ethics – 2004 Editorially Revised 2006.
http://www.amansw.com.au/wp-content/uploads/2015/11/codeofethics_04_revised_06.pdf.

.indd 130 3/7/2019 6:51:42 PM

AMA Code of Ethics – 2004 Editorially Revised 2006

- เคารพในสิทธิ์ของผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ให้ได้รับการจัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ แม้ว่าการให้การบำบัดดังกล่าวจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยเหลือสั้นลง
- รับรู้ถึงความต้องการการประคับประคองด้านกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลอื่นๆ ไม่เฉพาะขณะผู้ป่วยมีชีวิต แต่หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย

AMA Code of Ethics – 2004 Editorially Revised 2006, http://www.amansw.com.au/wp-content/uploads/2015/11/codeofethics_04_revised_06.pdf.

ISCCM Position

Legal issues relating to the limitation of life support – a review of the international legal position

Justice M. Jagannadha Rao

France

low the doctor actively to end a patient's life. The new law enables the families to request the withdrawal of life support for unconscious patients. It also allows the administration of painkillers to patients, who are not unconscious, but who have chosen to end their treatment, even if these drugs might hasten death.

Australia

withholding or withdrawing life-sustaining treatment in accordance with good medical practice is not an offence and the cause of death is then classified as the patient's underlying condition and not the actions of others. Analgesics and sedation should be provided by whatever route necessary for relief, in proportion to clinical need, and with the primary goal of relieving pain

10

.indd 131 3/7/2019 6:51:43 PM

ISCCM Position

Legal issues relating to the limitation of life support – a review of the international legal position

Justice M. Jagannadha Rao

USA.

Patient Self-Determination Act

Canada

Courts in Canada have acknowledged the right of an individual to refuse medical treatment in the same way as is the right of an individual to have treatment given to himself. Physicians are allowed to use large doses of opiates and sedatives to control pain, even if it would hasten the dying process. Most Provinces in Canada

11

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวขอปลดเปลื้องสิงพันธนาการ

Please Doctor, Let Me Go



12

.indd 132 3/7/2019 6:51:44 PM

การยับยั้งการรักษาหรือ การเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (Withholding or Withdrawing Treatments)

การพิจารณาว่าการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา การตัดสินใจให้ยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient's best interests)

- พิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
- การรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่มีประโยชน์ใดๆ ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย

13

Euthanasia

- **Active euthanasia** ซึ่งความหมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัว ร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยา ซึ่งโดยผลของการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย
- **Passive euthanasia** ซึ่งหมายความถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา แต่ผู้กระทำมิได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัว ร่างกายของผู้ป่วย ทั้งยังปฏิเสธที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และโดยเหตุแห่งการปฏิเสธเช่นนี้เองทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

14

.indd 133 3/7/2019 6:51:44 PM

Passive Euthanasia

- การยับยั้ง/ถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้ตายถูกมองว่าเป็น Passive Euthanasia
- ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมแนะนำว่าไม่ควรใช้คำนี้ เนื่องจากจุดประสงค์ของการกระทำดังกล่าวเป็นไปเพื่อปลดเปลื้องผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากความทุกข์ทรมาน ไม่ใช่ต้องการกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ความตายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากผลของการกระทำนั้น (Double effects of treatment)

15

Decisions near the EOL. Council on Ethical and Judicial Affairs. AMA 2010.

การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือยอมรับให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคที่เป็น

เมื่อยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต

Withhold / withdraw life support



ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (killing) ?

vs.

ยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคที่เป็น (letting die) ?

16

.indd 134 3/7/2019 6:51:45 PM

Ordinary Scenario in Large Hospitals in Thailand



- 89 ปีเป็นadvance dementia, นอนติดเตียง
- เกิด massive stroke
- ใสเครื่องช่วยหายใจ ไม่รับรู้ ไม่มีการตอบสนอง

การรักษานี้ก่อประโยชน์?
ยื้อความทุกข์ทรมาน/ความตาย?
จะดำเนินการต่ออย่างไร?

17

Development of ICU

- 1950-1970 advance in artificial ventilation, cardiac monitoring, complex treatment and life supports.
- ICU consumed up to 34% of hospital budgets.

The Invisible Death



- Dead could be avoids using modern technology.
- Science and research could over come dead.
- Death is a failure.

18

.indd 135 3/7/2019 6:51:46 PM

Fighting Death Using Modern Medicine



- 23.1% of patients intubated prior to PC consultations.
- Diagnosis:
  - Advanced cancers 56.8%
  - End-stage organ failure 16.0%
  - Terminal-stage: AIDS, Parkinson, sys sclerosis 7.4%
  - Acute conditions: Hosp-acq infections/stroke 19.8%
- 41 withdrawal of life support at home, 20 in hospital.

19

Karunruk Palliative Care Center 2012 report

The Changing Nature of Death in the ICU

This is a scene that could play out only in our present age of medicine. Advances in medical care have allowed us to extend life beyond what was previously possible. But what life becomes in these cases isn't always pretty: The price for a few more days or months may be intense suffering.

"a new difficulty for mankind: how to die."

Atul Gawande – Being Mortal

20

.indd 136 3/7/2019 6:51:46 PM

I FEAR THE COLDNESS OF DOCTORS

If We Don't Encourage Them to Have Empathy,
Both They and Their Patients Will Suffer





Caring for those who are dying is a mark of a civilized society

22

.indd 137 3/7/2019 6:51:47 PM







