



**จริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบ**  
**Ethics of palliative care and the right to euthanasia of hopeless patients**

**ฉัจฉรา อิ่มน้อย<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33000

E-mail: chutikarn\_nanny60@gmail.com

**บทคัดย่อ**

สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในตายอย่างสงบตามกฎหมายไทย กฎหมายรับรองเฉพาะในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ และผู้ป่วยนั้นได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งเป็นหนังสือแสดงเจตนาในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดการดูแลแบบประคับประคองว่า "วิธีการที่ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขาที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มันเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมหลายมิติทั้งทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองรวมทั้งครอบครัวเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายอย่างสงบ.

คำสำคัญ: จริยธรรมการดูแลแบบประคับประคอง สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคอง บทบาทวิชาชีพ

**Abstract**

The right to Euthanasia of hopeless patients under Thai law. The law only guarantees allowing hopeless patients to die peacefully. And the patient has clearly expressed their intent in writing of the intention in section 12 of the National Health Act B.E. 2550. The World Health Organization (WHO) defines palliative care as an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness. It is holistic, patient-centered, comprehensive, and multidimensional so that it addresses not only the physical aspect but also the psychological, social and spiritual dimensions. Quality nursing care is most importance for the palliative care and end-of-life patients. Nurse's role to promote the patient's quality of life to relieve pain and suffering to support and to give the patient and their family encouragement during dying process.

Keywords: Ethics of palliative care, Right to euthanasia, Patient's quality, Euthanasia and Nurse's role

**1. บทนำ**

ความตายเป็นหลักสิทธิธรรมของมนุษย์ทุกคนที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง การยอมรับและการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับความตายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อถึงวาระสุดท้ายของ

ชีวิตด้วยอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออุบัติเหตุที่ได้รับความทุกข์ทรมาน โดยไม่สามารถสื่อสารร้องขอหรือใช้สิทธิ์ปฏิเสธการรักษาใดๆ (Right to refuse medical treatment) ได้ เนื่องจากวิวัฒนาการความก้าวหน้าทาง



วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและกระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (Life sustaining procedure) ให้ยืนยาวขึ้น แต่ชีวิตที่ยืดออกไปนั้นบางครั้งกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dying with dignity) ทั้งยังเป็นภาระปัญหาของครอบครัวและรัฐ เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อความเป็นความตาย แผนการรักษาจึงเปลี่ยนไปจากการมุ่งเน้นในการรักษาให้หาย (Cure) มาเป็นการบูรณาการการดูแล (Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นสำคัญ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์ จากการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทา อาการความทุกข์ทรมานมากกว่าการรักษาให้หายจากโรค และถือเป็นจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพการดูแลในการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (Passive euthanasia) หรือการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (active euthanasia) ในวาระสุดท้ายของชีวิตและทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ โดยที่บุคคลากรทางการแพทย์ที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญเป็นสำคัญ เนื่องจาก Euthanasia หรือการุณยฆาต เป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีเป็นที่ยอมรับในสังคมไทย การกระทำหรือปฏิบัติในบางกรณี ถือเป็นความผิดทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพหรือผิดกฎหมาย (Jimenez, S., 2015) หากกระทำโดยไม่ศึกษาให้เข้าใจอาจก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติหรือทีมการรักษา เกิดปัญหา ร้ายแรงหรือการฟ้องร้องตามมาได้ การที่แพทย์กระทำ การุณยฆาตทั้งเป็นแบบสมัครใจ ทางตรง (Voluntary active) และไม่สมัครใจทางตรง (Involuntary active) และแบบไม่สมัครใจทางอ้อม (involuntary passive) ถือว่ามีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา และทางแพ่งดังประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 420 ได้ระบุไว้ว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำความผิดต่อบุคคลโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี

เสรีภาพทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

แพทยสมาคมโลก (The word Medical Association) ได้ให้ความหมายของ “Euthanasia” ไว้ว่า “เป็นการกระทำโดยจงใจเพื่อจะยุติชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการร้องขอของผู้ป่วยเองหรือญาติพี่น้องก็ตาม ซึ่งถือว่าขัดต่อจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงกระบวนการดูแลอาการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของแพทย์ โดยเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์ที่จะตายตามธรรมชาติ” แนวคิดบาง

ประเทศในวัฒนธรรมตะวันตกสำหรับการุณยฆาต (Euthanasia) มี

ข้อพิจารณาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ประการ คือ

1. เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส
2. สิทธิส่วนบุคคลที่จะยุติชีวิตลง และ
3. บุคคลไม่ควรจะถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้และไร้การรับรู้ทางสมอง ปัจจุบันคือการให้สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายอยู่ในสภาพที่พร้อมตายอย่างมีศักดิ์ศรี สงบและมีสติโดยมีคนรักรอบข้างที่ยอมรับ การจากไปและเห็นความตายเป็นธรรมชาติ

เมื่อภาวะการุณยฆาต (Euthanasia) เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง จึงต้องมีการดำเนินการจัดหาสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จัดไว้อย่างเหมาะสมในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้าย (Hospice หรือ in-home hospice) เพื่อใช้เป็นสถานที่ดูแลเตรียมตัวตายอย่างมีศักดิ์ศรีและตายอย่างมีสติ ปราศจากการยึดชีวิตไว้ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (Active euthanasia) เป็นการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนาและผู้กระทำ ได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่นการที่แพทย์ฉีดยา ให้ยาหรือกระทำโดยวิธีอื่นๆ ที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย โดยขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยตายโดยตรง แต่การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (Passive euthanasia) ที่



เป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเจตนา แต่ผู้กระทำมิได้ กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัว ร่างกายของผู้ป่วย ทั้งยังปฏิเสธที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันผู้ป่วยถึงความตายและโดยเหตุผลแห่งการปฏิเสธเช่นนี้เอง ทำให้ผู้ป่วยถึงความตาย เช่นการที่แพทย์ไม่สั่งการรักษาหรือยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังแต่ยังคงให้การดูแลรักษาทั่วไปเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลง จนกว่าจะเสียชีวิตไปเอง เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันคนส่วนใหญ่ เริ่มยอมรับในเรื่องการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบแบบ passive euthanasia หรือการดูแลแบบ ประคับประคองมากขึ้นเพราะเห็นว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายนั้น (ตรีสุคนธ์ สิงหศิริ และญาติ กาศยปนนท์, 2559) แพทย์ก็ไม่มีสิทธิจะใช้เทคโนโลยีใด ๆ ในการยืดชีวิตของเขาต่อไป สิทธิของผู้ป่วยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 28 วรรคแรก หมวด 3 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” โดยมีกฎหมายรับรองเฉพาะการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบหรือ passive euthanasia กล่าวไว้ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เรื่องการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาว่าต้องมีการทำหนังสือเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ที่เรียกว่า “living will” (ละเอียด แจ่มจันทร์ สายสมร เฉลยกิตติ, 2560) แต่มิได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการร้องขอให้แพทย์ทำให้ตายอย่างสงบต่อผู้ป่วยโดยตรง(active voluntary euthanasia) กฎหมายภายในของไทยยังไม่มีบทบัญญัติ หากแพทย์ทำการ active euthanasia จะต้องมีความรับผิดชอบทางอาญา ฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา

ในทางด้านจริยธรรม การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ มักถูกมองว่าเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรม งานวิจัยจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา ตายอย่างสงบ ประเภท Active Voluntary Euthanasia และActive

Nonvoluntary Euthanasia ในบุคคลทั่วไป แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย มีความคิดเห็นว่าเป็นการเกิดประโยชน์เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานโดยเจตนาบริสุทธิ์ใจ ไม่ผิดศีลธรรม แพทย์ พยาบาลยืนยันทักในการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้การดูแลประคับประคองผู้ป่วยอย่างเต็มที่ คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย ความคิดเห็นต่างของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หนองคาย เห็นว่าเป็นการผิดกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยใช้สิทธิการตายอย่างสงบไม่ดี เพราะการตายเป็นสิ่งไม่ดี แต่เป็นผลดีสำหรับครอบครัวที่ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่าย (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) ในปัจจุบัน บางประเทศทางซีกโลกตะวันตกหลายประเทศ ได้แก่ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย โคโลัมเบีย ลักเซมเบิร์ก อินเดียนูโปน และ 7 รัฐของประเทศอเมริกา ได้แก่ รัฐโอเรกอน, วอชิงตัน, ฮาวาย เวอร์มอนต์, มอนทานา, แคลิฟอร์เนีย และโคโลราโด (ณรงค์ภัทร มโนจันทร์เพ็ญ, 2561, ศรีอรธอินเนตรม 2548, Thurston A. 2019) เป็นประเทศที่อนุญาตให้แพทย์เข้ามามีส่วนในการยุติชีวิตของผู้ป่วยตามเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือตามคำร้องของผู้แทนโดยชอบธรรม ซึ่งอาจเป็นการให้สารหรือวัตถุใด ๆ อันเร่งให้ผู้ป่วยถึงความตาย (Active euthanasia) หรือการตัดการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วย (Passive) เป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ ไม่ขัดต่อกฎหมาย ตามที่เข้าใจในระดับประเทศและตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติความตายด้วยศักดิ์ศรี สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริการายงานว่า ในปี ค.ศ. 2017 ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เกินขนาด เฉลี่ยปีละ 22,000 ราย ผู้ป่วยที่ร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการฆ่าตัวตาย ภายใต้อาณัติช่วยเหลือผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจ ทำการร้องขอด้วยตนเองและจัดการยาด้วยตัวเอง (Shannon E. Sanford, 2018) ยาที่กำหนดไว้มักเป็นยากล่อมประสาท ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับสนิทซึ่งนำไปสู่การหยุดหายใจในที่สุด ผู้ที่สนับสนุน การช่วยฆ่าตัวตายโดยแพทย์หรือการตายอย่าง



สงบ ให้เหตุผลว่าประชาชนควรมีสิทธิเลือกเวลาและลักษณะการเสียชีวิตของพวกเขาในกรณีที่มีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์แห่งสิทธิเสรีภาพในร่างกายของตน (Jonathan V. 2018, ดิเรกฤทธิ์ เจนครองธรรม, 2558) สวิตเซอร์แลนด์เป็นเพียงประเทศเดียวที่มีศูนย์ช่วยจัดการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ชาวต่างชาติ การฆ่าตัวตายแตกต่างจากการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือคือการฆ่าชีวิตของตัวเองโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น กฎหมายของประเทศดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นกฎหมายฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ ซึ่งมีมาตรการป้องกันหลายประเด็นเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าเป็นการปฏิบัติตามเจตนาของกฎหมาย ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามขั้นตอนจากการคำนวณค่าใช้จ่ายดังกล่าวในซูริก ประเทศสวิตเซอร์แลนด์อยู่ระหว่าง 6,500 – 15,000 ปอนด์ (273,257 – 630,594 บาท) โดยค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ราว 10,000 ปอนด์ คิดเป็นเงินไทย 420,396 บาท และผู้ป่วยนั้นจะต้องทำการร้องขอการดำเนินการสำหรับการฆ่าตัวตายที่จะได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์หลายครั้งโดยมีระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 15 วัน แพทย์จำนวนสองคนต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีคุณสมบัติความสามารถที่จะทำการฆ่าตัวตายได้ (Jimenez, S., 2015) และบุคคลนั้นจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองระยะสุดท้ายในการตายอย่างสงบ แต่ถึงอย่างไรการรณฆฆาต(Euthanasia) มีช่องโหว่อยู่มากและมีโอกาสถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุตายแล้วเอาอวัยวะไปขาย หรือญาติให้ฆาเพื่อเอามรดก เป็นต้น สังคมจึงต้องเข้ามาตรวจสอบในเรื่องนี้ ไม่ควรปล่อยให้เป็นเรื่องระหว่างแพทย์กับคนไข้เท่านั้น เพราะมันอาจจะเอื้อให้แพทย์ทำสิ่งผิดได้ ในประเทศไทย บุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และมีสติสัมปชัญญะดีสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ได้ด้วยตนเอง โดยแสดงความประสงค์หรือความต้องการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนไม่ปรารถนา ในเวลาที่ตนไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ รวมทั้ง

ความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน หรือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ช่วยบรรเทาทรมานทางกายที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยต่างๆ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เช่นการเจาะคอ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจหรือการปั๊มหัวใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายอ่อนแอ หรือเป็นผู้สูงอายุแล้ว การทำหนังสือแสดงเจตนาช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติ เกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย เพราะผู้ทำหนังสือเจตนาสามารถแต่งตั้งบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้แสดงเจตนาแทนหรือตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทำให้ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือไม่ต้องห่วงว่าการรักษาจะไม่ได้ผลหรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมที่ยังมีผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมาก (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2556) ในกรณีผู้ป่วยเด็กนั้น ควรให้พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การดูแลมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือกับแพทย์ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ควรแจ้งให้คนในครอบครัว ญาติมิตร คนใกล้ชิดรับทราบเรื่องการทำหนังสือดังกล่าว เพื่อทราบในแนวทางการประสงคคคของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตร่วมกับทีมผู้ดูแล การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอที่ผู้ป่วยจะใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 8 ที่ว่า ให้บริการให้ผู้รับ บริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใดสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลควรจัดทำแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา ควรอธิบายขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ การสื่อสารที่ดี เป็นหัวใจของการให้บริการ ผู้ป่วยที่เข้าใจ



และประทับใจในตัวผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะยอมรับความเจ็บป่วย เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่า แพทย์ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือสภาพของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยหรือญาติตามความเป็นจริง ไม่ควรปิดบังข้อมูลใด ๆ การพูดเท็จ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดศรัทธาในตัวพยาบาลเมื่อรู้ความจริงในภายหลัง พยาบาลควรให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การพยาบาล การทำหัตถการและยาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง แต่ควรคำนึงถึงช่วงเวลาและจังหวะที่เหมาะสม และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้น ๆ ไม่ได้ และแพทย์ พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย เพราะทำด้วยเจตนาดี ตามความประสงค์ของผู้ป่วย และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองไว้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อบังคับสภาการพยาบาลที่สนับสนุนสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ คือข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ. 2550 หมวด 3 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการข้อ 10 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ “ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยไม่ถูกบังคับหรือขู่เข็ญจากการพยาบาลให้ตัดสินใจตามที่พยาบาลต้องการ” และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติ “กฎกระทรวง” กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 65 ก. หน้าที่ 18 วันที่ 22 ตุลาคม 2553 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตามการดำเนินการตามประกาศดังกล่าว มิได้หมายความว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรสาธารณสุขจะไม่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แสดงสิทธิ แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพยังคงให้

การรักษาพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไปจนสิ้นสุดวาระสุดท้ายของชีวิต.

การดูแลแบบประคับประคองเริ่มพัฒนาขึ้นช่วงต้นทศวรรษ 1980 พร้อมๆ กับการผลักดันให้มีการดำเนินการตามกฎหมายของการุณยฆาต (Euthanasia) โดยปี 1999 กฎหมายให้การสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองด้วยเห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองสามารถป้องกันผู้ป่วยจากการขอฆ่าตัวตายได้ สามารถทำให้การขอฆ่าตัวตายของผู้ป่วยมีจำนวนลดลง ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น เบลเยี่ยมได้พิจารณาเห็นว่าการุณยฆาต (Euthanasia) เป็นปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเป็นสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัช จิตอาสา นักบวชในศาสนาต่างๆ และครอบครัวของผู้ป่วย(สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) เบลเยี่ยมเป็นประเทศที่สองที่ออกกฎหมายการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ และมีการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุดในทางกลับกัน การดูแลแบบประคับประคองที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ (Active euthanasia) เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายและเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ยอมรับได้ เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยชราที่มีมากขึ้นซึ่งต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย สถานการณ์ทางสังคมที่เลวร้ายมากขึ้น ซึ่งเกิดจากสังคมทางเศรษฐกิจที่รุนแรง การขาดสมาชิกครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ป่วยภาวะที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวกังวลเกี่ยวกับกระบวนการยืดเยื้อของการตายหรือเพราะกลัวความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นที่รักของครอบครัว เป็นปัจจัยส่งเสริม (Hamric Ann B., 2018) การบริการสาธารณสุขได้มีความรับผิดชอบต่อและส่งเสริมในการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลที่ดี พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้และพร้อมที่จะตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ขอความช่วยเหลือ ต้องให้คำแนะนำด้านจริยธรรม และสนับสนุนการ



ตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกทางกฎหมายในช่วงสุดท้ายของชีวิต ต้องแนะนำข้อมูลที่เป็นความจริงและอิงทางวิทยาศาสตร์ ผู้ป่วยทุกคนสมควรได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติหรือเศรษฐกิจสังคมหรือปัจจัยด้านประชากรศาสตร์อื่นๆ พยาบาลจะต้องตระหนักถึงการพิจารณาทางวัฒนธรรมในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้การดูแลเป็นรายบุคคล พยาบาลต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยและดำเนินการเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (World Health Organization, 2002) ว่าเป็น “วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกๆ ที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) การดูแลมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี” การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการบริหารจัดการด้วยระบบการดูแลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตามปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง การมีระบบการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (จอณณะจง เพ็งจาด, 2557) ไม่ใช่เป็นการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงเพื่อยืดความทรมาน โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ใช่เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นกว่าอาการของโรคตามธรรมชาติ บางครั้งความหวังดีของญาติหรือบุคคลอันเป็นที่รักพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ให้นานที่สุด ด้วยเครื่องมือกึ่งชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การใส่สายอาหาร หรือผลข้างเคียงจากการรักษาต่างๆ โดยหวังเพียงว่าจะเกิดปาฏิหาริย์ขึ้นนั้น กลับกลายเป็น

ความพยายามยืดความตายที่เปล่าประโยชน์ แต่กลับเป็นการทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานยิ่งไปกว่าเดิม ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของ ความตายมาถึง การพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความตาย จึงเป็นสิ่งไม่ควรกระทำ เพราะจะไม่เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นการเสียเวลา ไร้เหตุผลและยังเป็นการยืดเวลาความทุกข์ทรมานต่อไป วินัย (สวัสดิวร และคณะ, 2558) การดูแลควรให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่าและมุ่งเน้นการรักษาคุณภาพชีวิตเป็นหลัก ซึ่งจะไม่เร่งรัดหรือยืดความตายออกไป (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นผลประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็ยังคงเป็นความจริงที่ผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีสรีรวิทยาทางร่างกาย เป็นอาการที่ ‘ทนไม่ไหว’ ในระยะเผชิญความตาย ดังนี้ (วินัย สวัสดิวร และคณะ, 2558, แสวง บุญเฉลิมวิภาส. 2558, สมพล ตระกูลรุ่ง, 2556)

1.อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลง แต่มีผลดีแก่ผู้ป่วย เพราะทำให้ร่างกายมีสารคีโตน(Ketone) เพิ่มขึ้น สารนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

2.อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็น ต้องให้การรักษาใด ๆ การให้ผู้ป่วยพักผ่อนเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด

3.อาการง่วงนอน ผู้ป่วยอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรปลุกผู้ป่วยให้ตื่น

4.ผู้ป่วยจะตึมน้ำน้อยลง หรือตึมเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ทำให้รู้สึกสบายขึ้น ลดอาการปวดได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการตาแห้ง ริมฝีปากแห้ง คอแห้ง อาจใช้สีผึ้งสำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดแตะที่ปาก ริมฝีปาก จะช่วยลดอาการปากแห้งได้ สำหรับตาาก็ให้หยอดน้ำตาเทียม



5. ร่างกายเสื่อมสภาพลง ประสาทสัมผัสทำหน้าทีลดลง จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดลดลง การไหลเวียนเลือดส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังของอวัยวะส่วนปลายบริเวณแขน ขา เป็นจ้ำๆ สีม่วงแดง

6. ผู้ป่วยใกล้ตายจะไม่รู้สึกตัว ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้สิ่งใดได้ เพราะผู้ป่วยอาจได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือเป็นกังวล

7. ผู้ป่วยใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรใช้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ การดูดเสมหะนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย ผู้ป่วยใกล้ตายบางรายอาจลุกมานั่งได้ กินได้ พูดได้ เหมือนอาการดีขึ้นก่อนจะเสียชีวิต 1-2 วัน ซึ่งพบได้ทั่วไป เชื่อกันว่าอาจเป็นการรวมพลังครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลหรือญาติได้มีโอกาสดูแลใกล้ชิด หรือรอคอยบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบ หรือมีโอกาสได้สั่งเสียก่อนจากโลกนี้ ไป

8. การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาบรรเทาอาการเหล่านี้ได้

9. ผู้ป่วยใกล้ตายบางรายอาจมีปัญหาในเรื่องของการถ่ายเหลว บางครั้งมีการถ่ายตลอดเวลา ต้องให้การดูแลให้เกิดความสุขสบายและไม่เกิดแผลกดทับ ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะได้รับการปฏิบัติดูแลที่ช่วยบรรเทาทุกข์ทรมานทางกายได้ แต่ก็เหมือนกับเป็นการสูญเสียถ้าผู้ป่วยสูญเสียสิทธิการได้รับการดูแลความสามารถในส่วนทางด้านจิตวิญญาณ ความคิดที่ครอบคลุมที่ไม่ดีพอ จะทำให้เกิดความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ท้อถอย หมดหวังไม่มีความสุขในชีวิต เกิดความรู้สึกเหมือนตนเองเป็นภาระ และเกิดความกลัวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ความทุกข์ที่ไม่สามารถแบกรับได้ จึงเป็นสาเหตุความสิ้นหวังของตายอย่างสงบ ในปัจจุบันพบว่าพยาบาลกับผู้บริหารมีความขัดแย้งกันมากขึ้น ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น แต่บุคลากรเท่าเดิม (พรเพ็ญ อารีกิจ และนรินทร์ สังข์รักษา, 2558) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องเปราะบาง แพทย์และ

พยาบาลควรใช้ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย อาจใช้การสัมผัส เป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ แต่ต้องระมัดระวังเรื่องความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์ โดยต้องคำนึงถึงเพศ วัยและวัฒนธรรมด้วย (สุวรรณกมล จันทระมะโน และคณะ, 2559) ในระยะเผชิญความตาย ทีมผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ถึงวาระสุดท้ายด้วยความสงบคือ “ตายดี” ได้ โดยวิธีการลดหรือหยุดยาวิธีการตรวจ/การรักษาที่ไม่จำเป็น รักษาอาการปวดอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน สื่อสารบอกผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีที่เหมาะสม ประเมินและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และวางแผนการดูแลขณะเผชิญความตายของผู้ป่วย ร่วมกับครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ ควรมีความยืดหยุ่น โดยเฉพาะกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล ข้อจำกัดในการเยี่ยม ซึ่งเป็นการปิดกั้นการแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใย และการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Eggenberger, S.K., & Nelms, T.P., 2007) การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษา กับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว (Agard, A.S., & Harder, I., 2007) การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ การเข้าใจความรู้สึกอย่างแท้จริง การระมัดระวังการใช้คำพูด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ทำในสิ่งที่ต้องการตามความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้น วิกฤตและจากไปอย่างสงบ

สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care มากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (noncommunicable diseases) ที่เพิ่มขึ้นและการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ทั่วโลก (World Health Organization, 2002) เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ว่าพบผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย



ยังต้องการความร่วมมือทั้งในเรื่องระบบบริการและการเตรียมการด้านบุคลากร เหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศทั่วโลกเข้าถึงบริการ Palliative care ไม่ได้ หรือเข้าถึงได้ยากนั้น ประกอบด้วย (Hfocus, 2562)

1. Palliative care ไม่ถูกนับรวมไว้ในระเบียบด้านสาธารณสุขสากล

2. การฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขเพื่อให้บริการ Palliative care มีจำกัด หรือบางแห่งก็ไม่มี การฝึกอบรมเลย(ชนิดฐา หาญประสิทธิ์ คำและคณะ, 2554)

3. มีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงการใช้มอร์ฟินและกลุ่มยาระงับหรือบรรเทาอาการปวด ซึ่งเป็นตัวยาจำเป็นในบางกลุ่มโรค ขณะที่การสำรวจจากคณะกรรมการควบคุมสารเสพติดนานาชาติในปี 2553 ชี้ว่า มี 121 ประเทศในโลกที่ยาระงับอาการปวดมิให้บริการอย่างไม่มีเพียงพอ ซึ่งไม่เพียงพอแม้แต่จะให้บริการขั้นพื้นฐาน (Lynch T, Connor S, Clark D, 2013)

4. ไม่เข้าใจแก่น นโยบาย หรือประโยชน์ที่สาธารณะจะได้รับจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ Palliative care

5. วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

6. ความเข้าใจผิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มมะเร็ง หรือเป็นการมีชีวิตเหลือระยะไม่นาน

7. เข้าใจผิดเรื่องการใช้กลุ่มยาระงับปวดว่าจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงมากกว่าเดิม

8. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก

9. มีจำนวนถึงร้อยละ 78 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลกที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

หลังจากแพทย์วินิจฉัยและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองและให้การพยาบาลแบบประคับประคอง

อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่พยาบาลควรสื่อสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทางคลินิกหรือลักษณะการดำเนินหรือความก้าวหน้าของโรค ข้อมูลที่ควรแจ้งคือ ผลการตรวจรักษาและการวินิจฉัยของแพทย์ รักษาอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เหตุการณ์หรือกิจกรรมการรักษาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

2. ผลกระทบที่คาดว่าจะมีต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญหรืออาจเผชิญใน วันข้างหน้า

3. แนวทางการรักษาในระยะท้ายของโรครวมถึงการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการดูแลด้านต่าง ๆ ตลอดจนทางเลือกอื่นที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วย

4. สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลในระยะสุดท้ายร่วมกับแพทย์และพยาบาล

5. เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต ประสานพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) เพื่อวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้าเยี่ยมให้การช่วยเหลือตอบสนองผู้ป่วยในการทำ Living will และเตรียม ผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับความตาย

6. ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย เผชิญกับความสูญเสีย และเปิดโอกาสให้ครอบครัวประกอบพิธีกรรมตาม ความเชื่อและให้การช่วยเหลือติดตามดูแลครอบครัวภายหลังเสียชีวิต

ความต้องการของครอบครัวและญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าครอบครัวต้องการสิ่งต่อไปนี้ เป็น 10 อันดับแรก โดยแพทย์และพยาบาลให้การดูแลแบบองค์รวม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้แก่

1) ต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน 3) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 4) ต้องการทราบว่าทีมสุขภาพจะให้การพยาบาลอะไรกับผู้ป่วยเหตุผลอะไร 5) ต้องการให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบายไม่เจ็บปวดหรือทรมาน 6) ต้องการให้





ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ 7) ต้องการระบายความรู้สึก 8) ต้องการได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจของญาติและครอบครัวถูกต้อง 9) ครอบครัวได้ค้นพบความหมายของการตายของคนที่คุณรัก และ 10) ครอบครัวได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย เช่นอาหาร น้ำ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอและการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลก็ได้พบความต้องการของญาติในทำนองเดียวกันคือรู้สึกสบายใจที่ได้ดูแล รู้สึกดีที่ได้อยู่กับคนที่เรารักและมีความรู้สึกเครียดกับการที่ไม่รับรู้ถึงอาการของผู้ป่วย (อนงค์ ภิบาล, 2557) ในทำนองเดียวกันแพทย์และพยาบาลก็มีความสนใจใน palliative treatment ค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน โดยร้อยละ 75.6 มีความสนใจในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งแพทย์และพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วย การให้ยาระงับปวดเป็นหัวข้อเดียวในการศึกษา ที่พบว่าแพทย์และพยาบาลมีปัญหาค่อนข้างน้อย (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา

ความเชื่อทางศาสนาและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความตายของผู้ป่วย ต้องมีความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือให้ถูกต้อง ดังนี้

ความเชื่อทางพุทธศาสนา ในหลักศีล 5 ของพระพุทธศาสนาถือว่าไม่ควรอย่างยิ่งที่จะทำให้ชีวิตของคนๆหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บจากโรคที่เป็นอยู่ ให้ตายด้วยการรื้อถอนของแพทย์หรือญาติแต่ประการใด เพราะนั่นถือว่าการล่วงละเมิดต่อชีวิตผู้อื่นเป็นเจตนากรรมและเป็นการตัดรอนวงจรแห่งกรรมหรือวิบากกรรมที่กำลังได้รับผลอยู่ (พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์, 2561) การเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นทุกข์ พระศรีปริยัติโมลี กล่าวว่า มนุษย์จักต้องมองความจริงให้เห็น ให้เข้าใจอย่างรอบด้าน และปฏิบัติต่อสิ่งนั้นตามความเป็นจริง หากเข้าใจได้ ความตายจะไม่ใช่อะไรที่น่ากลัว แต่เป็นเพียงสิ่งหนึ่งในกระแสชีวิตที่ต้องเผชิญเท่านั้น ในช่วงเวลาใกล้ตาย จิตดวงสุดท้ายที่จะเคลื่อนออกจากภพนี้ไปเรียกว่า จิตเจต ในชวงนี้มนุษย์จะ

เผชิญกับสภาวะจิตใน 2 ลักษณะสลับสับเปลี่ยนกันไป คือ จิตที่ขึ้นมารับอารมณ์ และจิตที่หลับไป ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะอยู่ในสภาวะจิตเช่นนี้ ซึ่งจะมีแต่อารมณ์ในอดีต จิตอาจจะเห็น ภาพการกระทำในอดีต เป็นกรรมดีหรือกรรมชั่ว เรียกว่า กรรมนิมิต หรืออาจจะเห็นเป็นคตินิมิต คือเห็นภาพ ภาพภูมิที่จะได้ไปอยู่หลังจากตายแล้ว ศาสนาพุทธ มีประเพณี “การบอกหนทาง” ให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย เป็นการพุดจูงใจให้เตรียมสติ ระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่เคยทำไว้ หรือบอกให้นักถึงพุทธ โพุทธ ไปเรื่อยๆ จนสิ้นลม

ความเชื่อทางศาสนาคริสต์ คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองไม่มีข้อกำหนดที่ขัดต่อคำสอนเฉพาะของคริสตจักรคาทอลิก (Ron H., 2014) ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่คนจะก้าวไปสู่โลกที่สมบูรณ์กว่านี้หรืออีกเช่นกัน ชั่วชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น ความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้น คาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนตายไม่น้อยกว่าเวลาที่มีชีวิต ฉะนั้น จึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด เพราะคนสามารถเปลี่ยนความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตา เป็นกุศลได้ พระสงฆ์หรือบาทหลวงหรือญาติสามารถช่วยทางจิตวิญญาณ โดยอภัยบาปในนามของพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้มักจะคิดถึง ความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว โดยการอ่านพระคัมภีร์ตอนที่กล่าวว่าพระเจ้า มีเมตตา ให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำ ๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้วางใจในพระเมตตาของพระเจ้า อ่านคัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความตายให้ฟังเพื่อให้มีสติตลอดเวลา ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังทั้งกาย และวิญญาณ คือ ศีลเจิมผู้ป่วย และศีลทาสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอกเจิมผู้ป่วย ๓ จุด คือ ศีรษะ และมือ ทั้ง ๒ ข้าง

ความเชื่อทางศาสนาอิสลาม หลักศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นในโลก โดยกำหนดเวลาเกิด เวลาตายไว้ให้แล้ว มนุษย์มี



หน้าที่ต้องเคารพ ศรัทธา สักการะอัลลอฮ์ด้วยการทำความดี นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องความตายไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า ที่สุขสบายกว่า ยิ่งยืนยันว่า ศาสนาอิสลามจึงสอนให้มนุษย์ระลึกถึงความตายอยู่เสมอจะได้ไม่ทำความชั่ว ให้ทำแต่ความดีและอดทนต่อความทุกข์ ความเจ็บป่วยที่ผ่านเข้ามา เพราะนั่นเป็นเพียงบททดสอบถึงความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า ถ้าผู้ป่วยยังมีสติให้พยายามนึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกไว้ว่าพระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตา และหวังว่า ท่านจะให้อภิภัยในบาปต่าง ๆ ที่ได้ทำลงไป จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายข้างด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้นอนหงาย) หัน ใบหน้าไปทางทิศที่ตั้งของบัยติลละฮ์ในนครมักกะฮ์ คือทิศตะวันตก และให้ ผู้ป่วยกล่าวคำว่า “ลาอิลลา ฮาอิลลาลลอฮ์” ซึ่งมีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์” หรืออ่านคัมภีร์อัลกุรอานบท “ญาซีน” ให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟัง ไม่ว่าจะรู้ สึก ตัวหรือไม่ก็ตาม (Eggenberger, S.K., & Nelms, T.P., 2007) การทำอันตรายต่อศพ เป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลามและการกัซิปทำให้ต้องงดพิธีกรรมทางศาสนาในระยะแรกที่จะส่งจิตวิญญาณของผู้เสียชีวิตไปสู่พระผู้เป็นเจ้า โดยทั่วไปผู้ป่วยชาวมุสลิมที่ใกล้ตาย ญาติจึงมักจะขอพาผู้ป่วยกลับไปตายที่บ้าน เพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนาให้แก่ผู้ป่วยก่อนตายและหลังตายทันที (ไพศาล ลิ้มสถิตย์และอภิราชย์ ชันธเสนา, 2553)

ผู้ดูแลควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งกาย จิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนาเพื่อนำไปสู่สุคติ เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้จะตาย โสดประสาทและจักษุประสาทยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญในระยะนี้ คือการนำทางจิตวิญญาณ (spiritual guidance) ไม่ว่าจะผู้ป่วยกำลังจะตายจากสาเหตุใดก็ตาม

แนวทางปฏิบัติการทำหนังสือแสดงเจตนาพยาบาลต้องมีความรู้ในการให้คำแนะนำและการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดทั้งในด้านกฎหมาย คุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยสังเขปดังนี้ (Isaan L., 2561, ชุดิกาญจนา หฤทัย, 2554)

1. พิจารณาผู้ทำหนังสือเจตนาจะต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์
2. กฎหมายไม่ได้กำหนดอายุของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่ควรเป็นผู้ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ กรณีเด็กหรือผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลแต่งตั้ง) โดยแพทย์ พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลและอธิบายแนวทางการรักษาให้ผู้ปกครองเด็กหรือผู้เยาว์ และอาจต้องมีการวิเคราะห์สภาพจิต อารมณ์ในขณะนั้น และให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้
3. แพทย์ พยาบาลให้คำแนะนำการกรอกข้อมูล เนื้อหารายละเอียดบางประการในหนังสือแสดงเจตนา
4. การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็น ในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาอย่างน้อย 2 คน ควรเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิด เพื่อยืนยันความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ รวมถึงเนื้อหาของหนังสือดังกล่าว แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ตนดูแล เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาระหว่างที่เพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้
5. เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาจะระบุวิธีการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการหรือไม่ต้องการไว้ เช่น เมื่อเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ไม่ต้องเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ต้องการถูกปั๊มหัวใจ แต่ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบหรือต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางคนในครอบครัว เป็นต้น การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแพทย์ควรจดบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนและพยาบาลควรจดบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurse' note)
6. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เองหรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ 1 ฉบับให้แก่ญาติ คนในครอบครัว พยาน หรือแพทย์ที่ทำการรักษาพยาบาลตนเองเพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ



7. หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกการแก้ไขหรือยกเลิกนั้นลงในเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาลด้วย

8. เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยหรือญาตินำหนังสือแสดงเจตนาหรือสำเนาหนังสือแสดงเจตนาหรือสำเนามาด้วย

9. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหมดสติหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ บุคคลที่ใกล้ชิดที่ผู้ทำหนังสือไว้วางใจให้ตัดสินใจแทน ควรปรึกษาแพทย์ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จะต้องเป็นการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความประสงค์ของผู้ป่วยที่ทำหนังสือ

บทบาทพยาบาลต่อการุณยฆาต (Euthanasia) หลักจรรยาบรรณของสมาคมพยาบาลอเมริกัน (ANA) พยาบาลมีหน้าที่ดูแล รักษาพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่กับความผาสุกทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม คำแถลงการณ์ของ ANA เกี่ยวกับการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย ระบุว่าพยาบาลไม่ควรมีส่วนร่วมในการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ แต่ควรทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยให้เป็นสุขและตายอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ พวกเขาดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างมีศักดิ์ศรีและด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Lois R. Robley. 2009, Gross M., 2018) หลักปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ควรปฏิบัติดังนี้ (The Standard Team. 2561)

- พยาบาลควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวาระสุดท้ายในการตายอย่างสงบ เพื่อให้สามารถให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกระบวนการช่วยเหลือหากได้รับการเห็นชอบ เพื่อพยาบาลสามารถตอบคำถามของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางทางเลือกที่เหมาะสม

- คุณค่าส่วนบุคคล และภาระหน้าที่ทางวิชาชีพ มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอย่างมืออาชีพหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมในการปฏิเสธตามมโนธรรม หากรู้สึกว่าไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างมั่นใจ ควรถ่ายโอนผู้ป่วยไปยังเพื่อนร่วมงาน ที่สามารถให้ข้อมูลดังกล่าวได้

- เปิดช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยอยู่เสมอ ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังดิ้นรนกับปัญหานี้จำเป็นต้องรู้ว่าข้อเท็จจริงและคำถามของพวกเขาสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผย ตามความเป็นจริง

- เรียนรู้วิธีการ “พูดคุยที่ยาก” กับผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา นี่คือทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้และมีการฝึกอบรม

- ระบุทรัพยากรที่สามารถช่วยผู้ป่วยที่ต้องการทุกขุทรมาน

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยในความรับผิดชอบ เข้าใจว่าการหยุดการรักษา ไม่ได้หมายถึงการหยุดการดูแล หลีกเลี่ยงคำศัพท์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวคิดว่าการรักษาพยาบาลจะหยุดลง หรือผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งตามทางเลือกบางอย่างที่พวกเขาเลือก

- รับทราบเกี่ยวกับแนวทางกฎหมายการได้รับประสพ การณ์และมุมมองต่าง ๆ

- ขอการสนับสนุนการพัฒนาแนวทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการก่อตั้งสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

เพื่อให้พยาบาลสามารถเผชิญกับภาวะการสูญเสียที่พบเห็นเป็นประจำ การดูแลตนเองของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการดูแลตนเองของผู้ดูแลรวมทั้งพยาบาล ที่ควรใส่ใจและควรมีการดูแลตนเอง ดังนี้ (Buckley, J., 2008)

1. เรียนรู้การดูแลตนเอง เหมือนการดูแลผู้ป่วยและการตาย การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจจะเกิดความเสียหายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจจะทำให้เกิดการรู้เห็นเป็นประสพการณ์ให้เกิดความเชี่ยวชาญ



2. การทำความรู้จักของตนเอง (self-awareness) เกี่ยวกับการตรวจสอบความเชื่อค่านิยมทัศนคติและแรงจูงใจและความเข้าใจว่าสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ส่วนตัวและอาชีพของเราอย่างไร เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ให้คุณค่ากับตนเอง (Value yourself) พยาบาลต้องให้ความหมายและความสำคัญของการพยาบาล ความมีคุณค่า ภาคภูมิใจในการพยาบาล

4. ฝึกการกล้าแสดงออก (Being assertive) พยาบาลต้องกล้าพูด และอาการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องพบกับบุคคลหรือสถานการณ์ที่คุกคาม หรือเกิดการไม่เข้าใจกัน ระหว่างทีมผู้ดูแลหรือผู้รับบริการ

5. รักษาการมีชีวิตรส่วนตัว (Protect your private life) พยาบาลต้องแยกความ คิด และความรู้จักออกจากงานเมื่อกลับบ้านไม่นำเรื่องงานกลับไป ใช้ชีวิตกับเพื่อนและครอบครัวอย่างมีความสุข

6. เรียนรู้ในการผ่อนคลายความเครียด (Practice stress management) เรียนรู้และหาวิธี ผ่อนคลายความเครียด ความรู้สึกเศร้าใจ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

## สรุป

การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตวิญญาณ และเคารพศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ถึงแม้ว่าผู้ป่วยรายนั้น ๆ จะได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ขอรับบริการสาธารณสุขไว้หรือไม่ก็ตาม จิตวิญญาณของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้ถูกปลุกฝังไว้ให้อยู่ในบรรทัดฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักคุณธรรมและจริยธรรมและด้วยเหตุที่คุณค่าของวิชาชีพการพยาบาลและคุณค่าของบุคลากรพยาบาลอยู่ที่การดูแลสุขภาพของมนุษย์ให้มีความสุข แม้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการได้รับความทุกข์ทรมานจาก

การเจ็บป่วยได้ แพทย์ และทีมบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยนั้นได้ตามกฎหมาย แต่จิตมโนสำนึกที่เป็นเอกลักษณ์ของบุคลากรพยาบาลคือ “ไม่สามารถหยุดการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เลย”

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพมหานคร: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด ชูติกาญจน์ หลุทัย. (2554). การุณยฆาต สิทธิการตาย และการพยาบาลในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต. วารสารกองการพยาบาล. 38 (5): 2-4.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำและคณะ. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. Rama Nurs J. 54(1-3): 126-127.
- จอนผะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 30 (4): 100-109.
- ณรงค์ภัทร มโนจันทร์เพ็ญ. (2561). ที่ไหนบ้างที่คุณจะสามารถเลือกวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยตัวเองได้? . เข้า ้ า ถึ ง ไ้ จ าก <https://thestandard.co/euthanasia-laws-around-the-world/> (วันที่สืบค้นข้อมูล 17 กันยายน2562).
- ดิเรกฤทธิ์ เจนครองธรรม. 2558. ขอตายโดยธรรมชาติในวาระสุดท้ายของชีวิต: สิทธิที่ผู้ป่วยเลือกตายได้. (คดีหมายเลขแดงที่ พ. 11/2558)
- ดวงเด่น นาคสีหราช. (2561). สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการ ตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารรามคำแหง ฉบับ นิติศาสตร์. ปีที่7 (1-6): 214-219.



- ตรีสุคนธ์ สิงห์ศิริและญาติ กาศยปนนท์. 2559. การดูแลผู้ป่วยกับสิทธิผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยตามกฎหมายไทย. อาจารย์ประจำหลักสูตรนิติศาสตร์มหาวิทยาลัย คณະนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. วารสาร พยาบาลทหารบก. 15(5-8): 39-43.
- พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์. 2561. ศิล 5 กับปัญหาการดูแลศพ. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์. ปีที่ 3 (9-12): 421.
- พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัช. 2559. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปกร ฉบับภาษาไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 3 (11-12): 149-161
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์และอภิราชย์ ชันธเสน. 2553. ก่อนวันผลิตใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันวาระสุดท้าย, กรุงเทพมหานคร : เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด
- พรเพ็ญ อารีกิจ และนรินทร์ สังข์รักษา. (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับ ผู้รับบริการเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติที่ดีในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ศูนย์ สังกัด กระทรวง สาธารณสุข. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 8(9-12): 215-228
- ละเอียต แจ่มจันทร์และสายสมร เฉลยกิตติ. 2560. แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 18 (1-4): 24.
- วินัย สวัสดิ์วิตร และคณะ. 2558 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีมหมอครอบครัว= Guideline of Palliative Care for FamilyCare Team. นนทบุรี: กทม.สามดีพีริ่ง อีควิเมนต์จำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ศรัยอร ธงอินเนตร. 2548. ความคิดเห็นของแพทย์พยาบาลและผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณกมล จันทระมะโน และคณะ. (2559). โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย.วารสารวิชาการ Veridian E- Journal บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปกร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะปีที่ 9 (6-8): 1224-1244
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. 2556. ข้อดีในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่พึงประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยในวันวาระสุดท้าย. Thai Living Will: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2558). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 1(9-12): 244-245
- สมพล ตระกูลรุ่ง. 2556. สิทธิมนุษยชนในทางการแพทย์. หลักสูตรหลักนิเทศกรรมเพื่อประชาธิปไตย รุ่นที่ 1. วิทยาลัยรัฐธรรมนุญ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ปทุมธานี : สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.



- อนงค์ ภิบาล. 2557. ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรีราชชนครินทร์.
- Agard, A.S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in the world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177.
- Buckley, J. (2008). *Palliative care: An integrated approach*. Wiley-Blackwell.
- Engenberger, S.K., & Nelms, T.P. (2007). Being Family: The family experience when an adult number is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*. Gross M. 2018. Will the AMA Heed Its Own Ethics Council Regarding Assisted Suicide?. *Psychiatric Times*: Vol.35(7)
- Hamric Ann B. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying .What is the Nurse's Role?. *AJN American Journal of Nursing* : Philadelphia, 2018: Vol. 118 (5): 50-59
- Hfocus. 2562. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152> (วันที่สืบค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2562)
- Isaan Lawyers. 2561. พินัยกรรมชีวิตในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <http://www.isaanlawyers.com/th/> (วันที่สืบค้นข้อมูล 16 สิงหาคม 2562)
- Jimenez, S. 2015. End – of – life policies affect patients. (online) Available: <https://www.nurse.com/blog/2015/07/06/end-of-life-policies->
- Jonathan V. 2018. The Dilemma of Physician Assisted Suicide. *MEDPAGE TODAY*. 18 (11): 1
- Lois R. Robley. 2009. Reigniting the debate over assisted suicide. *Nursing2019 Critical Care ; Georgia*, 4(5): 15 – 17.
- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013, 45 (6): 1094-106
- Ron Hamel. Ethics – Palliative Care – Stealth Euthanasia?. *Health Progress : St. Louis*. 2014; (1)
- Shannon E. Sanford. 2018. Testimony in Support of Raised H.B. No. 5417: An Act Concerning End-Of-Life Care. Public Health Committee Hearing. March 20. (online) Available: <https://www.cga.ct.gov/2018/PHdata/Tmy/2018-HB-05417-R000320-Sanford,%20Shannon,%20RN-Seymour%20CT-TMY.PDF>. [2019. 9 July]
- The Standard Team . 2561. หลักการของ Palliative care การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะ ยะ ส ุ ต ทั ย . เข้าถึงได้จาก <https://thestandard.co/palliative-care/> (วันที่สืบค้นข้อมูล 21 พฤษภาคม 2562)
- Thurston A. 2019. Physician=Assisted Death: A Selected Annotated Bibliography. *Law Library Journal: California*, Vol. 111.1 (32)
- World Health Organization. 2002. WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>