

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวทางการตราฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติและแพทย์

นางสาวสิวพร ดีบ้านคลอง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สมชาติ โตรักษา

พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุรชาติ ณ หนองคาย

Psy.D.(Management)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ครีกกรณ์จิตร

วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย

ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์

และสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติและแพทย์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

นางสาวศิวพร ดีบ้านคลอง

ผู้วิจัย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

Dr. Med.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สมชาติ ไตรรักษา

พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร

วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุรชาติ ณ หนองคาย

Psy.D.(Management)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของศาสตราจารย์ เกียรติคุณวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ รองศาสตราจารย์ นพ.สมชาติ โตรักษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ฌ หนองคาย และผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ครีกครั้นจิตร ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง และช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอกราบขอบคุณผู้ป่วระยะสุดท้ายและญาติทุกท่าน ถือเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ทรงคุณค่า ถึงแม้จะอยู่ในห้วงทุกข์ที่สุดของชีวิต ก็ยังกรุณาเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้สอบถามความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณพ่อ แม่ พี่ชาย น้องสาว และหลาน ๆ ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุก ๆ เรื่อง โดยเฉพาะแม่ ที่ถึงแม้จะป่วยเป็นมะเร็งแต่มีกำลังใจที่ดีมาก เป็นผู้ทำให้ขบคิดและกำลังใจแก่ผู้วิจัยในทุกช่วงเวลา ขอกราบขอบคุณ อาจารย์ณฤมล กิจจานนท์ ที่เมตตาให้ความช่วยเหลือในทุกสถานการณ์ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่กรุณาเอื้อเวลาในการศึกษาค้นคว้า ขอขอบคุณภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงเรียนชีวิต ให้ผู้วิจัยได้เข้าใจธรรมชาติของโลกจากชีวิตของบุคคลหลากหลาย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ศิวพร ดีบ้านคลอง

แนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ (MAIN CONCEPTS FOR ISSUING THE MINISTERIAL REGULATION OF THE NATIONAL HEALTH ACT B.E. 2550: ACCORDING TO THE OPINION OF THE PATIENTS, RELATIVES AND PHYSICIANS)

สิวพร ดีบ้านคลอง 4636785 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สมชาติ โตรักษา พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน), สุรชาติ ณ หนองคาย Psy.D.(Management), พีระ ศรีกรรณจิตร วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวง การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์กลุ่มละ 30 คน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับแนวทางการร่างกฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์สมควรเป็นผู้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้อง ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจ พยานควรเป็นทนายโดยธรรมและไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้แสดงเจตนา จำนวนอย่างน้อย 2 คน หนังสือแสดงเจตนามีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล หนังสือแสดงเจตนาควรระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ผู้แสดงเจตนาสามารถระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้ แพทย์มีหน้าที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ แพทย์มีสิทธิปฏิเสธในกรณีขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ ผู้แสดงเจตนามีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์และญาติรับทราบ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วน หรือ ทั้งหมดได้ โรงพยาบาลควรส่งเสริมการวางแผนในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขล่วงหน้า ข้อยกเว้นในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีฉุกเฉิน ตั้งครรภ์ หนังสือแสดงเจตนาตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คือ การกำหนดให้คำนิยามของการทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นความทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย การกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์มีสิทธิแสดงเจตนา และการกำหนดให้การแสดงเจตนาสามารถกระทำโดยวาจาได้ จากการเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านคุณสมบัติ เรื่อง อายุที่เหมาะสมของบุคคลในการมีสิทธิแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ระหว่างอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือไม่จำกัดอายุ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข / การตรากฎกระทรวง / พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

MAIN CONCEPTS FOR ISSUING THE MINISTERIAL REGULATION OF THE NATIONAL HEALTH ACT B.E. 2550: ACCORDING TO THE OPINION OF THE PATIENTS, RELATIVES AND PHYSICIANS

SIWAPORN DEEBANKLONG 4636785 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH LAW ADMINISTRATION

THESIS ADVISORS: SOMCHART TORUGSA Dip. Thai Board of Preventive Medicine, SURACHART NA NONGKHAI Psy.D.(Management), PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc.(Bios.)

ABTRACT

This study was a descriptive survey of the opinions of persons who were affected by the issuing of section 12 of the Thai National Health ACT B.E. 2550. The data was collected from a questionnaire survey of terminally ill patients, relatives, and physicians, with 30 subjects in each group.

The results of this study showed most of the subjects agreed with issuing the ministerial regulation regarding refusal of medical service. The Medical Council should clearly define all related concepts. People in the sample groups who wrote a living will must have been able to make decisions at the time the living will was written. Witnesses should be legal descendants who are not beneficiaries of the death of the will maker. At least 2 witnesses are required. The advance directive was effective when the will maker was facing the end of life or suffering from terminal illness, with the consensus granted by medical care team physicians. The advance directive or living will should specify what medical care the will maker does not want. The will maker must specify a durable power of attorney individual to make decisions for him or her. Physicians are responsible for providing care according to the living will even though the will could potentially conflict with relatives' decisions. The physician has a right to refuse to follow the advance directive if it is against the medical professional standard. The will maker is responsible for stating the living will to physicians and relatives in advance. The living will can be partially revised or totally revised after it has been written. Hospitals should promote making, in advance, living wills to refuse medical service. The advance directive is void if the will maker was under threat, forced, or deceived in any way when deciding on the content of the living will. The study also found most subjects disagreed that the term "suffering from illnesses" was specific to only physical illnesses. Also, they disagreed that only people age over 18 years had the right to make living wills, and that the living will could be made verbally. There were differences when opinions among groups were compared in specifying the age of the living will maker to refuse medical service.

KEY WORDS: TERMINALLY ILL PATIENTS / ADVANCE MEDICAL DIRECTIVE / MINISTERIAL REGULATION / NATIONAL HEALTH ACT B.E. 2550

123 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.3 คำถามการวิจัย.....	5
1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
2 ทบทวนวรรณกรรม	
ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	9
ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับแนวทาง.....	13
ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	16
ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข.....	18
ส่วนที่ 5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
3 วัตถุและวิธีการวิจัย	
3.1 แบบการวิจัย.....	36
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
3.3 วิธีการเลือกตัวอย่าง.....	36
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
3.5 การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ.....	39
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข.....	43
ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ รับบริการสาธารณสุข.....	57
5 อภิปรายผล.....	68
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	92
รายการอ้างอิง.....	100
ภาคผนวก	106
ประวัติผู้วิจัย.....	123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร.....	43
2	เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูกทรู.....	49
3	ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการตรวจกระดูกทรูการสังเกตจนไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข.....	57

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาเครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค (วิชัย วงศ์ชนะภักย์, 2546: 33) ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่มนุษย์ไม่สามารถเอาชนะความตาย ทำได้เพียงแต่ชะลอความตาย (Stein , 2004: 77) ความตายและการตายเป็นข้อเท็จจริงในวงจรชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2546: 19) ถึงจะอย่างไรก็ตามแก่ ความเจ็บ ความตายก็จะต้องเกิดขึ้นเป็นธรรมดา (ประเวศ วะสี, 2545: 168) ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถปฏิบัติการชะลอชีพของผู้กำลังจะตายให้ทรงอยู่ได้อีกช่วงหนึ่งตามต้องการ โดยใช้เครื่องมือและความรู้ทันสมัยกระตุ้นอวัยวะสำคัญสำหรับดำรงชีพให้ทำหน้าที่ต่อ แต่ถ้าปลดเครื่องมือต่าง ๆ ออก สังหารร่างกายของบุคคลผู้รับการชะลอชีพจะพบกับภาวะความตายในไม่ช้า (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549: 644) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศที่เจริญมากทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างสหรัฐอเมริกาเคยมีการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศร้อยละ 75 ถูกใช้ไปในการบริบาลผู้ป่วยในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิต โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสหรัฐสูงราวร้อยละ 14 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2547: 3) ในเชิงเศรษฐศาสตร์ เป็นการสูญเสียทรัพยากรที่มีจำกัดไปโดยเปล่าประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในสภาพสิ้นหวังที่จะรักษาให้ฟื้นคืนเป็นบุคคลปกติได้ การรักษาโดยการช่วยต่อชีวิตไปไม่มีที่ยุติยอมเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ (กุลพล พลวัน, 2548: 113) เป็นที่คาดกันว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในสังคม จากการสำรวจของ National Survey of Families and Households ในสหรัฐอเมริกา พบว่าใน ค.ศ. 2000 มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 26 ล้านคน และเป็นที่คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 54 ล้านคน (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2549: 137)

จะเห็นได้ว่าวิทยาศาสตร์ที่ขาดความเข้าใจในเรื่องธรรมะทำให้ขาดความเข้าใจในกฎธรรมชาติที่แท้จริง การก้าวต่อไปโดยมุมมองทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว จะทำให้ขาดความถูกต้องและความพอดี แต่การรู้ความจริงจะทำให้เกิดความถูกต้อง (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2546: 179)

กระบวนการยึดชีวิตผู้ป่วยที่มีสายระโยงระยางต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2544: 2) วรรณกรรมทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้แผ่อิทธิพลไปทั่วโลก สถาบันการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดี (อ้างในอนุพันธ์ ดันดิงส์ และคนอื่น ๆ, 2550: 2) ว่าการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม

ตามสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ได้กำหนดว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น” สิทธิผู้ป่วยดังกล่าวนี้ ครอบคลุมถึงสิทธิผู้ป่วยจะตัดสินใจเองที่จะหยุดการรักษาเพื่อยึดชีวิต แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาและสิทธิส่วนบุคคลในอันที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลอันเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (WHO, 1976: 34)

สิทธิการปฏิเสธการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิของมนุษย์ที่มีความเป็นอิสระเสรี ดังที่ได้มีการรับรองไว้ในปณญสาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อที่ 1 ดังนี้ มนุษย์ทุกคนที่เกิดมามีอิสระเสรีและเท่าเทียมกันทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิ ทุกคนต้องได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรมและควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันท์พี่น้อง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2546: 93) แต่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานทางสุขภาพที่บุคคลย่อมมีสิทธิจะเลือกรักษา หรือปฏิเสธการรักษา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมิได้บัญญัติรับรองถึงสิทธิที่จะเลือกวิธีตายอย่างมีศักดิ์ศรีไว้โดยตรง และไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดโดยองค์กรวิชาชีพที่ชัดเจน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2545: 29–32) ต้องอาศัยการตีความเพื่อให้เห็นถึงการยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย (สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546: 124) สิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย รวมถึงการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าเพื่อกำหนดการรักษาของตนเอง เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนเพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนะ ความเป็นความตาย เทคโนโลยี คุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิของคน เศรษฐกิจ ความยุติธรรมในสังคม ความเชื่อทางศาสนา จริยธรรมในสังคม ซึ่งยังหาจุดที่แน่นอนในทางกฎหมายโดยชัดเจนไม่ได้ (วันวิสาห์ เสงี่ยมประเสริฐ, 2546: 5) ประเด็นทางกฎหมายที่น่าจะพิจารณาต่อไป คือ ใครจะเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิ หากตอบในทางทฤษฎี คือ ตัวผู้ป่วยเพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคลนั้น แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ใกล้ตายนั้น ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนา

ได้ เพราะไม่รู้สีกตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์กับญาติ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากเพราะญาติอาจไม่รู้อย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้ว หรือคิดว่าต้องรักษาพยาบาลให้เต็มที่เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ การตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริง เช่นนี้ ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ จึงนำไปสู่แนวคิดในเรื่องให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า หรือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า การพยาบาลจะกระทำกันโดยชอบเขตเพื่อให้ชีวิตได้จากไปอย่างสงบ ให้เขาได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มิใช่ยืดความตายต่อไปเรื่อย ๆ ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้นั้นอยู่ในภาวะพินทุ์ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง ต้องอยู่ในลักษณะเหมือนเป็นผักปลา (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2547: 173)

ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งเสนอโดยคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 เป็นหลัก ได้มีประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งได้รับความสนใจอย่างโดดเด่น (อรพรรณ ศรีสุขวัฒน์, 2548: 9-25)

ในวันที่ 19 มีนาคม 2550 ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในราชกิจจานุเบกษา เป็นกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายนำไปสู่เป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง เป็นกฎหมายที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดเวลาของการยกร่าง (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2550: 43)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติ การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในมาตรา 12 ดังนี้

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

เจตนารมณ์ของมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือ เพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลและคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลโดยการทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าเป็นเพียงเพื่อแสดงสิทธิในฐานะเจ้าชีวิตเพื่อบอกแพทย์บอกญาติในห้วงสุดท้ายของชีวิตที่ไร้สติสัมปชัญญะว่าอย่าได้ให้การรักษาพยาบาลในส่วนที่บุคคลนั้นไม่ประสงค์จะรับบริการ ไม่ใช่การ อนุญาตให้ผู้อื่นมาทำให้ตาย ไม่ใช่เรื่องการกำหนดสิทธิให้ยุติชีวิตของตนเอง เป็นการให้สิทธิประชาชน 2 ประการ คือ สิทธิที่จะแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล และสิทธิที่จะปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาล มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคล และคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เปิดโอกาสให้ทุกคนมีสิทธิเลือกที่จะจากไปโดยวิถีธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงการตายเกินจำเป็น อันนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน และภาระค่าใช้จ่ายโดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้

โดยสิทธินี้จะเกิดขึ้นได้จริงเมื่อมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จากการจัดโครงการเวทีสาธารณะ เรื่อง “การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต” เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550 มีข้อเสนอแนะว่า การร่างกฎกระทรวง การกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติต้องชัดเจน ต้องมีกระบวนการรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวาง ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มาก ควรพิจารณาให้รอบด้าน ต้องมีการสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ให้เข้าใจตรงกัน เพื่อกำหนดกฎกระทรวงให้รอบคอบที่สุด ป้องกันการนำไปปฏิบัติที่ผิดเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ในการร่างกฎหมายนั้นต้องพยายามให้ได้หลักเกณฑ์ที่เหมาะสม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ที่ถูกกำหนดให้มีสิทธิและหน้าที่ (หยุด แสงอุทัย, 2545: 168-182) มาตรการทางกฎหมายที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องศึกษาจากผู้มีส่วนได้เสียโดยตรง เพราะความคิดของบุคคลเหล่านั้นมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ ที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย และดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากประชากรที่ต้องการศึกษาเป็นผู้มีส่วนได้เสียโดยตรง ประเด็นนี้มีความละเอียดอ่อน มีผลกระทบทางความรู้สึกมาก การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้ยากจึงศึกษาใน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการในระดับตติยภูมิ มีการใช้เทคโนโลยีนำสมัยทางการแพทย์ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไปโดยไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา ผู้ใช้บริการมีทั้งในและนอกเขตกรุงเทพมหานครจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบข้อมูลผลการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ และเป็นการศึกษาก่อนที่

จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะ แนวทางการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจากผลการวิจัยนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิด ในการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ได้มาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียโดยตรง เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ให้ตรงตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวัดระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
3. เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

1.3 คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วย ญาติและแพทย์มีความคิดเห็นต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐อยู่ในระดับใด
2. ความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติและแพทย์ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย

การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หมายถึง การแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีผลเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สึกตัวไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

ผู้มีส่วนได้เสีย หมายถึง ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแพทย์

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย โดยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้นหรืออนาคต ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยอยู่รอดในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1629 และมาตรา 1635 ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

แพทย์ หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ที่รักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งรับบริการที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประสบการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ได้พบหรือผ่านเข้ามาในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตายของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางความคิดความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ที่ให้บริการสาธารณสุข ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีต่อแนวทางการตรวจการตรวจการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

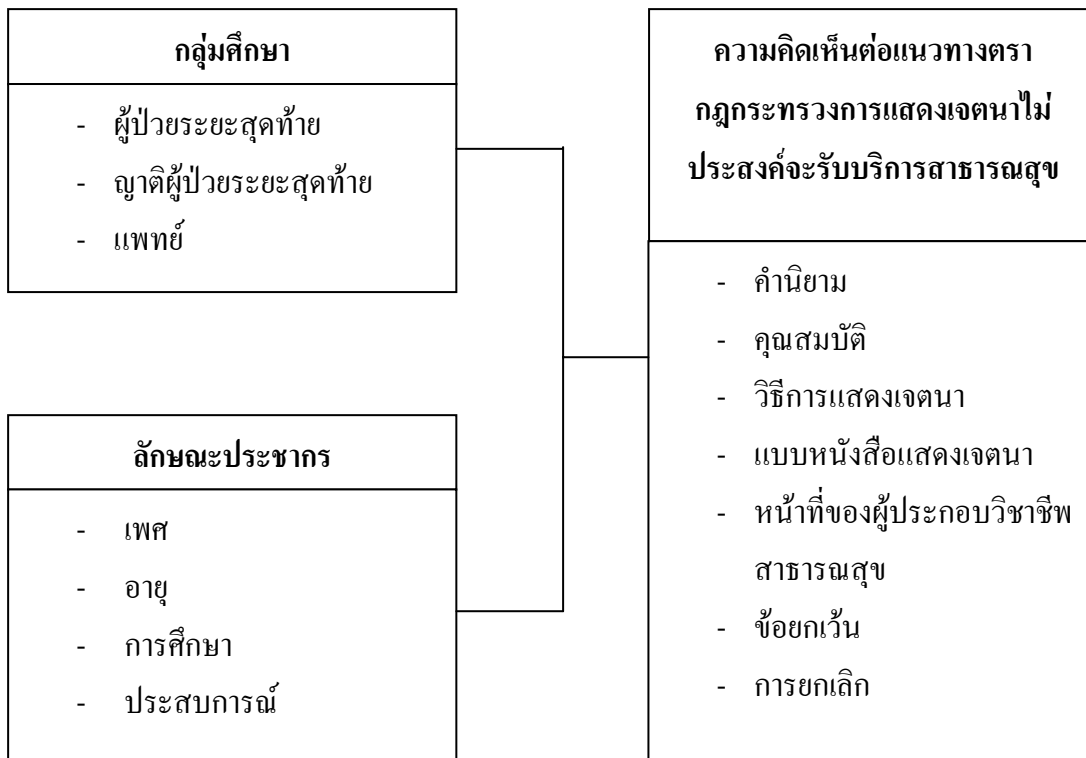
แนวทาง หมายถึง ทางปฏิบัติที่ได้จากการนำความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย มาใช้เป็นฐานในการเสนอไว้เป็นแนวในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ เกี่ยวกับแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในผู้รับบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความพร้อมและเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาแนวทางดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
การวิจัยมาเป็นส่วน ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับแนวทาง

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมายของความคิดเห็น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 226) ทศนคติ เป็นความคิดเห็น ซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ
และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ปทานุกรมสังคมวิทยา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2532: 246) ได้บัญญัติคำว่าความคิดเห็นซึ่ง
ตรงกับคำว่า Opinion ในภาษาอังกฤษไว้ว่า หมายถึง

1. ข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญาความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้
อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยัน ได้เสมอไปก็ตาม
2. ทศนะหรือประมาณการเกี่ยวกับเนื้อหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง
3. คำแถลงที่ยอมรับนับถือกันว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อปัญหาที่มีผู้นำมาขอ
ปรึกษา

ศุภภรณ์ ภูสุวรรณ (2541) ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก ความนึกคิด ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการพูดหรือการเขียน โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ ภูมิหลังทางสังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานการแสดงออก ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายและสลายตัวเร็ว ซึ่งความคิดเห็นนี้ไม่อาจบอกได้ว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่ อาจจะได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากบุคคลอื่นก็ได้ และต้องยอมรับว่าประชาชนทั่วไปนั้น อาจมีความคิดเห็นแตกต่างกันไป และความคิดเห็นนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

วิจิตร เกื่อนชื่น (2541) ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งโดยเฉพาะ มีความสอดคล้องกับความรู้สึกภายในของตนด้วยการแสดงออกโดยการพูด การเขียน หรือวิธีการอื่น

พระมหาสนธิญาณ รักษาภักดี (2542) ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก หรือความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งอาจเกิดจากการประเมินผลสิ่งนั้น หรือเหตุการณ์นั้น โดยมีความรู้ อารมณ์ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานการแสดงออก ซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจจะได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ และความคิดเห็นนี้สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา การแสดงความคิดเห็นอาจทำได้ด้วยการพูดหรือการเขียนก็ได้

ปติมา หิริสังกะ (2544) ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก ความนึกคิด ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูดหรือการเขียน โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ ภูมิหลังทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานของการแสดงออก ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่าย แต่ก็สลายตัวเร็ว ซึ่งความคิดเห็นนี้ไม่อาจบอกได้ว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่ อาจจะได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากบุคคลอื่นได้ และต้องยอมรับว่าประชาชนทั่วไปนั้นอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไป และความคิดเห็นนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

กิตติพัฒน์ นนทปัทมดูล (2546: 140) ความคิดเห็น หมายถึง การที่บุคคลตีความหมาย สถานการณ์ หรือเหตุการณ์

ศราวุธ รัตนยานนท์ (2546) ความคิดเห็น หมายถึง ความเชื่อ ความรู้ หรือการแสดงออกของบุคคลเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยการพูดหรือการเขียน จินตนาการกับความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นและอาจได้รับการยอมรับจากผู้อื่นหรือไม่ก็ได้

จิตรา กรณาฤทธิโยธิน (2547) ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก ความเชื่อ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง จากการใช้สติปัญญาความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นเป็นส่วนช่วยในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งอาจเป็นการพูดหรือเขียน อาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ และอาจได้รับการยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ได้เช่นกัน ความคิดเห็นนี้เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานการณ์ หรือมีข้อเท็จจริงปรากฏขึ้นมา

2. ระบบค่านิยมและการตัดสินค่านิยม (Value System and Judgement) เนื่องจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยมและการตัดสินค่านิยมไม่เหมือนกัน แต่ละคนจึงมีความคิดเห็นต่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกันแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดความคิดเห็น

ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลเกิดจากประสบการณ์ การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น การเลียนแบบและองค์ประกอบทางสถาบันของสังคม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์, 2537: 602-604)

1. ประสบการณ์ (Experience) บุคคล จะมีความคิดเห็นที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่มีต่อ สิ่งนั้น ๆ ในลักษณะใด หากบุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ดีก็จะทำให้มีความคิดเห็นที่ดี และหากบุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ไม่ดีก็จะมีความคิดเห็นที่ไม่ดีเช่นกัน

2. การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ความคิดเห็นของคนบางคนอาจเกิดจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่น โดยได้รับข้อมูลเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้ที่สัมพันธ์ด้วยแล้วถ่ายทอดความคิดเห็นนั้นเป็นของตน เช่น ความสัมพันธ์ที่มีต่อพ่อแม่ ครู อาจารย์ บุคคลนั้นก็จะได้รับความคิดเห็นถ่ายทอดจากบุคคลที่ใกล้ชิดได้เป็นอย่างมาก

3. ตัวแบบความคิดเห็นของบุคคลบางอย่างเกิดจากการเลียนแบบเด็กอาจเลียนแบบพฤติกรรมอย่างที่ชอบจากพ่อแม่ ครู และบุคคลที่ใกล้ชิด นอกจากนั้นอาจเลียนแบบจากภาพยนตร์และสื่อต่าง ๆ ที่ได้พบเห็น หากตัวแบบดังกล่าวมีความคิดเห็นที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ ผู้เลียนแบบก็จะรับเอาข้อมูลฝังเข้าไปในจิตใจ และมีความคิดเห็นต่อสิ่งต่าง ๆ เหมือนตัวแบบ

4. องค์ประกอบของสถาบันทางสังคม สถาบันสังคมต่าง ๆ ดังเช่น โรงเรียน วัด โรงภาพยนตร์ และองค์กรต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลในการสร้างความคิดเห็นให้เกิดขึ้นกับบุคคลได้เป็นอย่างดีโดยที่บุคคลจะค่อย ๆ รับประสบการณ์จากชีวิตประจำวันและสะสมมากขึ้นจนเป็นความคิดเห็นและมีพฤติกรรมที่ดีต่อไป ดังเช่น โรงเรียนอาจจะอบรมให้เด็กรู้จักเชื่อฟังและเคารพพ่อแม่ เด็กก็จะรับรู้ข้อมูลและมีความคิดเห็นที่ดีต่อพ่อแม่เป็นต้น

สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน (เสกสรรค์ วัฒนพงษ์ (2542) อ้างในสุภาวดีวรพันธุ์, 2546: 14-15)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

ปัจจัยทางพันธุกรรมและสรีระ คือ เพศ อวัยวะ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ คุณภาพของสภาพ

ระดับการศึกษา การศึกษามีอิทธิพลต่อการแสดงออกซึ่งความคิดเห็นและการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น และคนที่มีความรู้มากมักจะมีความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล

ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติของบุคคลต่อเรื่องต่าง ๆ ซึ่งอาจจะได้จากการเรียนรู้กลุ่มบุคคลในสังคม หรือจากการอบรมสั่งสอนของครอบครัว

ประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในหน้าที่และความรับผิดชอบต่องาน ซึ่งจะส่งผลต่อความคิดเห็น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

สื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดเห็นของบุคคล เป็นการได้รับข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล

กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใด ก็จะต้องยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือสังคมนั้น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีความคิดเห็นไปตามกลุ่มหรือสังคมที่อยู่

ข้อเท็จจริงในเรื่องต่าง ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลแต่ละคนได้รับ ทั้งนี้เพราะข้อเท็จจริงที่แต่ละบุคคลได้รับแตกต่างกัน ก็จะมีผลต่อการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับแนวทาง

ความหมาย

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน (2542) แนวทาง หมายถึง ทางปฏิบัติที่วางไว้เป็นแนว Webster Dictionary (2007) Guideline หมายถึง การอธิบายกฎ ระเบียบ ซึ่งใช้เป็นทางที่จะบรรลุจุดประสงค์เหมือนทิศทางการบริหารจากผู้ชำนาญการ

แมคคี (McKEE (1999) อ้างในจิตติมา ธีรญาบาล, 2547: 38) ได้เสนอแนวทางเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยจะต้องบอกถึงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในสถานการณ์นั้น ๆ
2. การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและไร้ความสามารถในการตัดสินใจ
3. หลังจากได้ทำการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าแล้วผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
4. ถ้าผู้ป่วยได้มอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะต้องบอกความต้องการของตนเองแก่บุคคลนั้น

5. ถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมหรือเปลี่ยนแปลงการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์หรือทีมสุขภาพได้รับทราบ เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลนั้นไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย และผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของตน

แนวทางการจัดทำร่างกฎกระทรวง (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2549: 63-69)

ร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษา พ.ศ.... ควรมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องสำคัญ ดังนี้

- เงื่อนไขการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา

แพทย์มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยถือว่าเป็นความยินยอมหรือความประสงค์ของผู้ป่วย ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต และผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจหรือสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

- คำนิยาม

ในร่างกฎกระทรวงควรกำหนดคำนิยามหรือความหมายของถ้อยคำที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจและหลีกเลี่ยงปัญหาการตีความ

- วิธีการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา

การแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อปฏิเสธการรักษาหรือรับบริการสาธารณสุข ควรทำได้ทั้ง 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 ทำเป็นหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรและลงลายมือชื่อของผู้แสดงเจตนา และมีพยาน 2 คน ลงลายมือชื่อในขณะนั้น

วิธีที่ 2 แสดงเจตจำนงด้วยวาจา หรือวิธีการอื่นใดที่สามารถสื่อความหมายแก่บุคคลอื่นได้ มีการบันทึกคำกล่าวของผู้ป่วยและมีพยาน 2 คน ลงลายมือชื่อรับรองในขณะนั้น

ข้อสำคัญของการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยจะต้องทำโดยใจสมัคร ไม่มีการข่มขู่ บังคับ หลอกลวงนอกจากนั้น แพทย์ควรเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยร่วมปรึกษา วางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ทำนองเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

- แบบพิธีในการจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (ตัวอย่างแบบฟอร์ม)

ส่วนแรก คือเนื้อหาส่วนคำสั่งในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

1. รายละเอียดข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเงื่อนไขการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาล่วงหน้า หากผู้แสดงเจตจำนงอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเป็นผู้ป่วยใกล้ตายที่ไม่สามารถสื่อสารความหมายกับผู้อื่น

2. ระบุคุณสมบัติและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำเอกสาร, พยาน เช่น ชื่อ สกุล เพศ วัย สถานที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ชื่อบุคคลที่จะติดต่อด้วย

3. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ควรมีทางเลือกที่ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาหรืออนุญาตให้ทำการรักษา ดูแลหรือกู้ชีพในบางกรณี อนุญาตให้ดูแลแบบประคับประคอง หรือให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานพักฟื้นผู้ป่วยแบบ Hospice Care

ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาเรื่องการแต่งตั้งตัวแทน

1. คุณสมบัติและข้อมูลส่วนบุคคลของตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

2. หน้าที่หรือข้อปฏิบัติโดยย่อของผู้ที่เป็นตัวแทน

- คุณสมบัติของผู้แสดงเจตจำนง พยาน และตัวแทน

ก) ไม่มีผลประโยชน์หรือส่วนได้เสียตามพันธุกรรมหรือทรัพย์สินในกองมรดกของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง

ข) มิใช่ผู้รับผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันชีวิต หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

- หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

1. แจ้งสิทธิต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย ตัวแทนและญาติของผู้ป่วยทราบ

2. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วยเคยจัดทำไว้ และทำการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยหรือขอสำเนาเอกสารดังกล่าว

3. ปฏิบัติตามเอกสารแสดงเจตจำนงและความประสงค์ของผู้ป่วย

4. ในกรณีที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน จะต้องตีความตามเจตจำนงของผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่ของคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์อื่นหรือ คณะกรรมการจริยธรรมประจำสถานพยาบาล และควรขอคำปรึกษาจากตัวแทนหรือญาติของผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีกรรมการแต่งตั้งตัวแทน

5. ห้ามกระทำการใด ๆ ในลักษณะเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าหรือกำหนดเป็นเงื่อนไขในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- สิทธิพิเศษของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข

1. เจตจำนงของผู้ป่วยขัดต่อความเชื่อทางศาสนาจริยธรรมหรือ ความรู้สึกผิดชอบส่วนบุคคล (ของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพ)

2. ความไม่สมบูรณ์ทางกฎหมายของเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เอกสารแต่งตั้งตัวแทน หรือทราบว่าเอกสารดังกล่าวถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือถูกยกเลิกแล้ว เช่น ผู้ทำเอกสารถูกข่มขู่ ถูกกลอุบายหลอกลวง หรือไม่ได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงตามหลักวิชาการแพทย์

3. คำสั่งหรือแนวทางรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในเอกสารแสดงเจตจำนงฯ ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานหลักวิชาการทางการแพทย์ในขณะนั้น

- การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า

ผู้ป่วยที่ทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามีสิทธิยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงเอกสารฯ ทั้งหมด หรือส่วนหนึ่งส่วนใดเมื่อใดก็ได้

- ข้อยกเว้นการปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย
กรณีที่ผู้ป่วยกำลังตั้งครุภ

- อำนาจพิจารณาทบทวนของศาล

กฎกระทรวงควรบัญญัติช่องทางให้ศาลที่มีเขตอำนาจ มีอำนาจพิจารณาตัดสินชี้ขาดข้อพิพาท ทั้งนี้ ไม่กระทบต่อการคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามกฎหมาย

- การคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งโดยสุจริตและปราศจากความประมาทเลินเล่อ ย่อมไม่มีความผิดทางอาญา และไม่ถือว่ากระทำผิดจริยธรรม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้แนวทาง หมายถึง ทางปฏิบัติ ที่ได้จากการนำความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย มาใช้เป็นฐานในการเสนอไว้เป็นแนวในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ดังนี้

สันต์ หัตถิรัตน์ (2521: 8-9, 28-29) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า คือผู้ป่วยที่เจ็บหนัก และ/หรือผู้ป่วยที่หมดหวัง โดยให้ความหมายไว้ 3 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนและระบบหายใจ

2. ผู้ป่วยที่หมดหวัง คือ ผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย และ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นทุกข์ทรมาน และไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่

ตนเอง และแก่ผู้อื่นอีกได้ เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังในทรศนะของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่ในทรศนะของผู้ป่วยและญาติอาจจะยังไม่รู้สึกหมดหวัง หรือในทัศนะของแพทย์แผนโบราณหรือแผนอื่น อาจจะยังไม่เห็นว่าผู้ป่วยหมดหวังก็ได้

3. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าจะเป็นการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย

รศพร ประทุมวัน (2534: 21) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์

สุภาพร คาวดี (2537: 12) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์

ธัสมน นามวงษ์ (2541: 12) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการต่าง ๆ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

วันดี โภคะกุล (2543: 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรคเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีการรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ

คณะกรรมการด้านจริยธรรมของสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา (อ้างใน วันดี โภคะกุล 2543: 5) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยหนักไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยและเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย

วิลาวัณย์ บุญมานุษ (2543) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และได้รับการพยากรณ์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค มีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน และมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อย ๆ ต้องทนทรมานต่อความเจ็บป่วย และกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการดูแลเพื่อประคับประคองมากกว่าการรักษาทางการแพทย์

สุจิตรา วงศ์กำแหง (2546: 58) การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง อาการเจ็บป่วยที่แพทย์ให้การยืนยันว่า ไม่สามารถบำบัดรักษาให้มีสภาพเป็นปกติตามเดิมได้ หรือไม่สามารถรักษาได้ และอาการเจ็บป่วยจะมีผลทำให้บุคคลนั้นต้องจบชีวิตลงภายในระยะเวลา 6 เดือน

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2547) แพทยสมาคมมีการจัดสัมมนาทางวิชาการเพื่อกำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเตรียมออกเป็นประกาศของแพทยสภาเพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ถือปฏิบัติ โดยให้คำจำกัดความผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า การรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในขณะนั้น หรือที่จะได้รับต่อไปไม่สามารถทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้นานพอในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วิชัย วงศ์ชนะภัย (2546) ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ คนที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย หรือกำลังจะตาย

อิศรางค์ นุชประยูร (2550) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาแล้วว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย โดยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้นหรืออนาคตไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยอยู่รอดในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ความหมายของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Medical Directive)

มีผู้ให้ความหมาย การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้หลายท่าน ดังนี้

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549: 43) Advance Medical Directive เป็นเอกสารกฎหมายที่บุคคลลงนามเพื่อแสดงเจตนาล่วงหน้า ปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิตออกไปในกรณีที่ตนเองอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

แพทยสมาคมโลก (อ้างในไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2549: 12) Advance Directive หรือ Living Will เป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลายมือชื่อ หรือคำกล่าวต่อหน้าบุคคลที่เป็นพยาน ได้แก่ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย เพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป เพราะในสภาพเช่นนั้น ชี้ชัดว่าผู้ป่วยไม่อาจฟื้นตัวกลับมาได้ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ

นรินทร์ วรุณ (2543) การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า คือ กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยกระทำขณะผู้ป่วยยังรู้ตัวดี และเข้าใจขั้นตอนของแผนการรักษาที่วางไว้ล่วงหน้าและนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิตและตัดสินใจเองไม่ได้

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2546: 97-98) Advance Directive เป็นการแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษรกำหนดวิธีการที่เขาจะรับการรักษาไว้ล่วงหน้า ก่อนที่จะตกอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงความจำนงค์ไม่ต้องการการรักษาที่มีลักษณะที่ทำให้เกิดการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีในระยะสุดท้าย และอาจแสดงเจตนากำหนดผู้แทนที่ไว้ใจให้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแทน

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2547: 173) Advance Directive หรือ Living Will คือ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า หรือการแสดงความจำนงค์ไว้ล่วงหน้า

นิกริหะ นิจินการี (2547) การแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เป็นเอกสารทางกฎหมายที่แสดงถึงการมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพเพื่อที่จะบอกถึงการปฏิเสธ หรือการยินยอมถึงแผนการรักษาพยาบาลในอนาคต

Van Asselt D. (2006) Advance Directive เป็นการบันทึกทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรักษาในอนาคต เป็นรูปแบบของการตัดสินใจที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นเครื่องมือที่กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

Wareham P., Mccallin A., Diesfeld K. (2005) Advance Directive เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยกลายเป็นคนไร้ความสามารถ

Lippincott Williams & Wilkins (2007: 270) Advance Directive เป็นบันทึกตามกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ในขณะที่ยังเป็นผู้ป่วยเป็นบุคคลไร้ความสามารถไม่อาจตัดสินใจใด ๆ ได้ โดยผู้ป่วยต้องมีการอธิบายความต้องการของตนแก่สมาชิกในครอบครัวมาแล้ว และเห็นด้วย อย่างไรก็ตามมีบางสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวต้องการปฏิเสธความต้องการของผู้ป่วย กรณีนี้ Living will จะถูกนำมาใช้เป็นข้อสนับสนุนตามกฎหมาย Living will จะมาแทนที่สิทธิของครอบครัว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หมายถึง การแสดงความจำนงค์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีผลเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

หลักเกณฑ์แสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา (วันวิสาข์ เส่งประเสริฐ, 2546: 190)

1. ผู้เขียนต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ในขณะที่เขียนควรมีแพทย์รับรอง
2. ควรมีพยานรับรู้

3. ผู้เขียนต้องมีได้ถูกบังคับให้เขียน
4. ต้องมีรายละเอียดชัดเจน เช่น การรักษาแบบใด ต้องการหรือไม่ต้องการ และควรมีหลักการสำหรับเรื่องนี้ว่าการรักษาประเภทใดบ้างที่สามารถเลือกและปฏิเสธได้
5. ได้รับการรับรองทางกฎหมาย
6. ใช้สำหรับกรณีโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เท่านั้น และควรเป็นระยะสุดท้าย ควรมีคำจำกัดความต่าง ๆ ชัดเจน
7. ต้องมีแพทย์สำหรับวินิจฉัยว่า เป็นโรคไม่สามารถรักษาหายได้จริง ควรมีแพทย์ร่วมวินิจฉัยมากกว่า 2 คนขึ้นไป
8. ต้องไม่ใช่การแสดงเจตจำนงในลักษณะ Active Euthanasia

การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า จะต้องมีการลงลายมือชื่อของพยาน และลงวันที่ในแบบฟอร์มบันทึก เพราะเอกสารนี้ถือเป็นพันธะสัญญาทางกฎหมายที่บุคคลจะสื่อสารถึงความปรารถนาในการดูแลตนเอง ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ที่เขาไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้

การแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ประกอบด้วย

1. พินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่เขียนลงนามไว้เป็นหลักฐานที่จะอธิบายถึงความต้องการของผู้ป่วย เกี่ยวกับการยืดหรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต
2. การมอบอำนาจให้กับตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย (appointment of a proxy of surrogate) เป็นการมอบอำนาจให้กับตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก และการตัดสินใจนั้นมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวแทนจะมีอำนาจในการตัดสินใจเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเท่านั้น และสามารถยืดหยุ่นได้มากกว่าการทำพินัยกรรมชีวิต เพราะวิธีนี้ไม่ได้จำกัดการใช้เฉพาะในเหตุการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (Margaret & Alvita, 2000; McKEE, 1999; Rice et al., 1997; Robinson, 2001; Thelan et al., 1994 อ้างในนิกริหมีะ นิจินการี, 2547)

การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต อาจอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ (ดุสิต สดาวร, 2550: 411-418)

1. Living will หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับความต้องการและไม่ต้องการการรักษาเฉพาะประเภท เป็นการให้ผู้ป่วยได้เขียนแสดงความต้องการว่าเขาเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษา การผ่าตัด หรือหัตถการต่าง ๆ แม้ว่าจะทำให้ชีวิตสั้นลงก็ตาม

2. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้กับผู้ใดผู้หนึ่ง (Durable power of attorney for healthcare) เป็นการให้ผู้ป่วยระบุบุคคล (proxy or surrogate decision maker) ที่ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้บนพื้นฐานของการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในที่สุดต่อผู้ป่วย

3. บทสนทนา (Conversations) บทสนทนาที่ผู้ป่วยคุยกับญาติพี่น้อง เพื่อนแพทย์ที่ดูแลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต เป็นรูปแบบของ Advance Directives ที่ใช้กันบ่อยที่สุด

4. หนังสือแสดงจุดยืนหรือคุณค่าของตัวผู้ป่วยเอง โดยอาจไม่ได้กล่าวถึงแผนการรักษาจำเพาะที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีความประสงค์ให้กระทำต่อตนเอง (Written Directive)

องค์ประกอบสำคัญของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา (สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546: 52)

1. เป็นสิทธิประจำตัวของปัจเจกชน
2. เป็นศักดิ์ศรีประจำตัวของมนุษย์
3. สิทธิในการแสดงเจตนา
4. การปฏิเสธการรักษาต้องได้รับรู้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์อย่างถูกต้อง อย่างชัดเจน
5. เป็นการปฏิเสธโดยคำสั่งให้กระทำการ หรือคำสั่งให้งดเว้นกระทำการ

สาระสำคัญของหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษา (สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546: 120)

1. ระบุชื่อ เอกสารให้ชัดเจนว่าเป็นหนังสือแสดงเจตจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล
2. วัน เวลา สถานที่ ที่ทำหนังสือแสดงเจตจำนง
3. ผู้ทำหนังสือเป็นใคร อายุเท่าใด

4. เงื่อนไขที่ปฏิเสธการรักษา เช่น เมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรับรู้ หรือ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ จึงขอถือหนังสือนี้แทนการแสดงเจตนา

5. สิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ เช่น ข้าพเจ้าไม่ต้องการวิธีการตรวจรักษาพยาบาลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงว่าหลังจากใช้วิธีการรักษานั้นแล้ว แม้ข้าพเจ้ารอดชีวิต แต่ไม่สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถติดต่อกับผู้อื่นได้ หรือต้องอยู่ในความเจ็บปวด หรือ ความทุกข์จนกว่าจะสิ้นชีวิต แต่ข้าพเจ้าขอให้แพทย์และพยาบาลช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน และความเจ็บปวดของข้าพเจ้าได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะทำให้ข้าพเจ้าต้องเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

6. คำรับรองว่า ได้กระทำลงด้วยใจสมัคร ปราศจากการขู่เข็ญ หลอกลวง คำลัญผิด

7. ลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือ และพยานอย่างน้อยสองคน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546: 125-126)

1. ควรมีคำนิยามที่ชัดเจน
 - คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือ
 - แพทย์ที่ทำการวินิจฉัย
 - โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
2. ควรให้แพทย์สภาเป็นผู้มีหน้าที่ในการกำหนดคำนิยามศัพท์
 - แพทย์กระทำการรักษาหรือปฏิเสธ หรือยุติการรักษาในเรื่องใดได้บ้าง
3. ควรมีแบบร่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
 - ใช้ภาษาง่าย ๆ
 - ไม่จำเป็นต้องมีเนื้อหาทางการแพทย์มากนัก
 - มีข้อผูกพันทางกฎหมาย
 - มีคำแนะนำประกอบช่วยในการตีความเอกสาร
 - มีลักษณะเป็นแนวทางมากกว่าเป็นข้อกำหนดตายตัว
4. ผู้ลงลายมือชื่อเป็นพยานในเอกสารต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียใด ๆ เกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย

5. สิทธิในการบอกเลิกหนังสือแสดงเจตจำนงเป็นสิทธิของผู้ป่วยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา

แบบฟอร์มเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า แบ่งได้ 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เนื้อหาคำสั่งในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

เงื่อนไขการใช้สิทธิปฏิเสธรักษาล่วงหน้า

- ผู้แสดงความจำนงอยู่ในวาระสุดท้าย
- ผู้แสดงความจำนงเป็นผู้ป่วยใกล้ตายที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น

คุณสมบัติและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำเอกสาร

- ชื่อ สกุล
- อายุ
- เพศ
- สถานที่อยู่

พยาน

- ชื่อ สกุล
- อายุ
- เพศ
- สถานที่อยู่

ทางเลือกในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา

- ห้ามช่วยฟื้นคืนชีวิต
- ห้ามใช้อุปกรณ์

ทางเลือกในการอนุญาตให้ทำการรักษา

- อนุญาตให้ดูแลแบบประคับประคอง
- ให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานพักฟื้นผู้ป่วยแบบ Hospice Care

ส่วนที่ 2 เนื้อหาการแต่งตั้งตัวแทน

คุณสมบัติของตัวแทน

เงื่อนไขที่จะตัดสินใจแทนได้

- เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้ตัว
- ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

หน้าที่ของตัวแทน

คุณสมบัติของผู้แสดงเจตจำนง

- บรรลุนิติภาวะ
- ไม่มีปัญหาทางจิต
- ประสงค์ที่จะปฏิเสธการรักษาในกรณี ทราบผลของการตัดสินใจไม่รับ

การรักษาจากแพทย์

คุณสมบัติของพยาน

- พยานที่เป็นญาติ หรือ ผู้ที่ผู้ป่วยเลือก
- พยานที่เป็นแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพ

การพิจารณาเทียบเคียงกฎหมายต่างประเทศ

หลายประเทศลงความเห็นว่า การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้าไว้ ไม่ใช่เรื่องเสียหาย และเป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะสามารถเลือกได้ การระบุแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องชอบธรรมและได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยนำมาเขียนเป็นกฎหมายคุ้มครองแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และมลรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกา (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2549)

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา

ปัจจุบันมีมลรัฐต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 24 มลรัฐ ที่มีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดความประสงค์ในการรักษาพยาบาลในกรณีที่บุคคลนั้นไม่อาจให้ความยินยอมต่อการรักษาพยาบาลของตนในอนาคต โดยทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาสุขภาพ (health care advance directives) เรียกสั้น ๆ ว่า “advance directives” นอกจากนี้ศาลสหรัฐได้เคยมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับการรับรองสิทธิปฏิเสธการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยในหลายกรณี ทั้งในกรณีที่ยังไม่ได้ใช้ และสั่งให้ยุติการใช้ด้วย

การยอมรับทางกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า Advance Directive เป็นเอกสารแสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มี 3 รูปแบบหลัก

- รูปแบบพินัยกรรมชีวิต บอกความต้องการของบุคคลในอนาคตเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการ เมื่อไม่สามารถแสดงความต้องการให้บุคคลอื่นได้รู้
- รูปแบบการมอบอำนาจให้ตัวแทนตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาความต้องการของบุคคลจะถูกสื่อผ่านตัวแทนในเวลา que บุคคลนั้นไม่มีความสามารถในการสื่อสาร

- รูปแบบผสม รูปแบบเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมของแต่ละรัฐ

2. ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียนี้ยังไม่มีกฎหมายของรัฐบาลกลางในเรื่องนี้ แต่ในทุกมลรัฐมีการรับรองเรื่องนี้เป็นกฎหมายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน บางมลรัฐมีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติเรื่องการทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเรียกว่า“advance directives”ไว้โดยเฉพาะบางมลรัฐมีการจัดทำแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรับรองสิทธิดังกล่าว

3. ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ประเทศหนึ่งในเอเชีย จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องพบว่ามีกฎหมายชื่อ “Advance Medical Directive Act” เป็นกฎหมายว่าด้วยการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของบุคคล เมื่อเป็นผู้เจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถใช้ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาทางการแพทย์” เมื่อตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (terminal illness) ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ประเทศสิงคโปร์

- แพทย์ 3 คน รวมทั้งแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ต้องรับรองเป็นเอกฉันท์ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และในบรรดาคณะแพทย์ผู้รับรองจะต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน

- ถ้าคณะแพทย์ผู้รับรองชุดแรกทั้งสามคนไม่สามารถตกลงกันอย่างเป็นเอกฉันท์ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ได้รับผิดชอบ (Doctor in Charge) ก็จะวินิจฉัยอาการผู้ป่วยนั้นอีกครั้ง หากพวกเขายังคงมีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายก็จะดำเนินการส่งเรื่องไปให้คณะแพทย์ชุดที่สองเป็นผู้วินิจฉัย ซึ่งคณะแพทย์ชุดที่สองประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (The Ministry of Health) เป็นผู้เลือกขึ้น

- หากคณะแพทย์ชุดที่สองยังไม่สามารถตกลงเป็นเอกฉันท์ได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย คำสั่งล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาจะไม่เกิดผล

4. ประเทศเดนมาร์ก

ประเทศเดนมาร์กมีกฎหมายที่มีบทบัญญัติกล่าวถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย คือ กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ค.ศ.1998 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ และรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและอำนาจที่จะกำหนดความเป็นไปของตนเอง ทั้งโดยให้บุคคลจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ากำหนดวิธีการรักษาพยาบาลของตนไว้ในกรณีที่ตนไม่สามารถแสดงเจตนาได้ในอนาคต

5. ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษยังไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรในเรื่อง advance directives หรือ living will เป็นการเฉพาะ แต่การแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนทั้งในกรณีเจ็บป่วยทั่วไปและในกรณีอยู่ในภาวะใกล้ตาย เป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมายอังกฤษ ตามหลักกฎหมายคอมมอนลอว์ คือ แนวคำตัดสินของศาลที่ถือเป็นบรรทัดฐาน นอกจากนี้แพทยสมาคมอังกฤษยังได้ออกแนวปฏิบัติเรื่องการจัดทำเอกสารกำหนดเจตจำนงล่วงหน้าในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ซึ่งมีการกล่าวถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงการแต่งตั้งบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือช่วยบอกเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ได้ ให้สิทธิโดยการใช้คำสั่งล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ที่ไม่มีความสามารถมีโอกาสที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในอนาคตซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความยินยอมและความเป็นอิสระของคน และยังรวมถึงการปฏิเสธการรักษาในอนาคต โดยอาศัยคำตัดสินของผู้พิพากษาตามกฎหมายเป็นหลักในการพิจารณาการปฏิเสธการรักษาด้วย

6. ประเทศฝรั่งเศส

แต่เดิมประเทศฝรั่งเศสไม่มีกฎหมายที่บัญญัติเรื่องนี้ไว้เป็นการเฉพาะ แต่ได้อาศัยกฎหมายรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาในมาตรา 16(3) แห่งประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส ว่าด้วยเรื่องบุคคล ที่รับรองหลักการว่า มนุษย์ไม่อาจถูกละเมิดเนื้อตัวร่างกายได้ เว้นแต่กรณีการให้การรักษาทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นต่อบุคคล ทั้งนี้จะได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้นเสียก่อน กรณีเช่นนี้ ศาลสูงสุดของฝรั่งเศสได้ยอมรับสิทธิการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลว่าเป็นสิทธิที่แพทย์ต้องปฏิบัติตาม โดยศาลได้วางหลักให้แพทย์ต้องพิสูจน์ว่าตนเองได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจึงจะถือว่าไม่มีความผิด

ต่อมาในปี 2005 รัฐสภาฝรั่งเศสได้ลงมติเห็นชอบต่อร่างกฎหมายที่วางกรอบการตัดสินใจของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และหน้าที่ที่จะให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยดังกล่าวด้วย เพราะฝรั่งเศสเป็นประเทศที่เน้นระบบสวัสดิการสังคมแก่ประชาชนในเรื่องการรักษาพยาบาลที่ดี

กฎหมายในต่างประเทศได้กำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลดำเนินการเพื่อส่งเสริมการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ดังนี้ (Rice, Beck, and Stevenson, 1997 อ้างในจิตติมา รัชญาบาล, 2547: 38)

1. จัดเตรียมให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาและมีการพัฒนารูปแบบของการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า

2. ทำแบบบันทึกการรักษาให้เห็นแน่ชัดว่าได้ทำตามการวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย
3. ไม่มีเงื่อนไขข้อกำหนดหรือแบ่งแยกการรักษาใด ๆ กับผู้ป่วยที่ไม่มี การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
4. จัดเตรียมชุมชน ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายโรงพยาบาล และการใช้การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า
5. เขียนนโยบาย วิธีการ การสนับสนุนหลักการการกระทำการตัดสินใจ ด้วยตนเอง

การร่างกฎกระทรวง (หยุด แสงอุทัย, 2545: 171-182) จะต้องพิจารณา 3 ประการ คือ

1. จะแย้งหรือขัดต่อรัฐธรรมนูญฯ ไม่ได้
2. จะขัดกับกฎหมายใดๆ ก็ไม่ได้
3. ต้องออกภายในกรอบแห่งพระราชบัญญัติ หรือพระราชกำหนดที่ให้อำนาจ ออกกฎกระทรวงนั้น ๆ กล่าวคือจะต้องพิจารณาจากพระราชบัญญัติ หรือพระราชกำหนดที่เป็นแม่บท ว่าได้ให้อำนาจให้ออกกฎกระทรวงในเรื่องใดบ้าง และจะออกกฎกระทรวงได้เฉพาะเท่าที่พระราชบัญญัติหรือพระราชกำหนดนั้น ๆ ระบุไว้

ในการร่างกฎกระทรวงต้องมีหลักเกณฑ์ที่ควรระลึกดังนี้

1. กฎหมายจะต้องนำไปใช้แก่ราษฎร ฉะนั้น จึงต้องพยายามใช้ถ้อยคำให้ง่ายที่สุดที่ราษฎรจะพึงสามารถเข้าใจได้ แต่ในเวลาเดียวกัน ก็ต้องให้มีข้อความกะทัดรัดไม่เยิ่นเย้อจนเกินไปด้วย โดยเหตุนี้ ข้อความใดที่ไม่จำเป็นไม่ต้องเขียน
2. ในบางกรณีซึ่งเป็น เรื่องทางวิชาการ ผู้ร่างกฎหมายก็จำเป็นต้องใช้ศัพท์ในทางวิชาการซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปไว้ แม้จะทราบดีว่าราษฎรจะไม่สู้เข้าใจศัพท์ในทางวิชาการนั้นนักก็ต้องทนยอม เพราะถ้าจะใช้ศัพท์ธรรมดาหรือใช้ถ้อยคำอย่างอื่น ผู้อ่านกฎหมายอาจเข้าใจผิดเป็นอย่างอื่นได้
3. ในบางกรณีผู้ร่างกฎหมายย่อมพบว่า
 - (ก) ถ้อยคำที่ใช้อยู่ในภาษาสามัญมีความหมายกำกวมไม่แน่นอน อาจหมายความว่าอย่างนั้นก็ได้อย่างนี้ก็ได้
 - (ข) ถ้อยคำที่ใช้อยู่ในภาษาสามัญมีความหมายกว้างเกินไปหรือแคบไปกว่าความหมายที่ผู้ร่างกฎหมายประสงค์จะให้ความหมาย หรือ

(ค) ถ้อยคำที่ใช้อยู่ในภาษาสามัญมีข้อความยืดยาวเกินไป สมควรจะใช้ถ้อยคำสั้น ๆ หรือคำย่อ ในกรณีใดกรณีหนึ่งในสามกรณีดังกล่าวมานี้ ผู้ร่างกฎหมายก็ต้องร่างบทนิยามหรือบทวิเคราะห์ศัพท์ (Definition) ขึ้น ซึ่งมุ่งหมายจะใช้เฉพาะกฎหมายนั้นเท่านั้น

การค้นหาลักษณะที่เหมาะสม

ก. ต้องพิจารณาลักษณะจากกฎหมายไทย ที่บัญญัติไปแล้วในเรื่องเดียวกันและเรื่องอื่น ๆ ว่าการใช้หลักเกณฑ์ดังกล่าวได้บังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างไร มีข้อดีอย่างไรข้อเสียอย่างไร มีอุปสรรคบ้างหรือไม่มีทางแก้ไขข้อเสียและอุปสรรคนั้นอย่างใดบ้าง ข้อเสียและอุปสรรคดังกล่าวมีการแก้ไขไปแล้วและมีผลอย่างไรหรือไม่ เมื่อนำข้อดีมาเปรียบเทียบกับข้อเสียและอุปสรรคดังกล่าวจะสมควรมีหลักเกณฑ์นั้น ๆ ต่อไปอีกหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลักเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในกฎหมายไทยนั้นเหมาะสมกับนิสัยใจคอของคนไทย ภูมิประเทศ เหตุการณ์และกาลสมัยมากน้อยเพียงใด

ข. การพิจารณาเทียบเคียงกฎหมายต่างประเทศ นอกจากผู้ร่างกฎหมายจะคำนึงถึงกฎหมายไทยแล้ว ควรจะได้เทียบเคียงกฎหมายต่างประเทศด้วย เพราะสังคมมนุษย์ย่อมมีชีวิตและดำเนินการประกอบอาชีพและทำการค้าขายคล้ายคลึงกัน ถ้าผู้ร่างกฎหมายไทยจะเทียบเคียงเอากฎหมายต่างประเทศมาใช้ ก็จะต้องแก้ไขข้อขัดตบกพร่องหรือจัดอุปสรรคนั้น ๆ ให้หมดไป อนึ่ง มีข้อที่ควรระลึกร่วมกันว่าไม่ใช่บทบัญญัติของกฎหมายต่างประเทศจะดีไปหมด เพราะอาจเป็นได้ว่าเมื่อคำนึงถึงภูมิประเทศ กาลนิสัยใจคอ และความต้องการชนชาติไทยแล้ว การนำกฎหมายต่างประเทศเทียบเคียงมาใช้อาจไม่เหมาะสมก็ได้ จึงต้องพิจารณาในแง่ที่ว่า ถ้านำเอากฎหมายต่างประเทศเทียบเคียงมาใช้ในประเทศไทยแล้ว จะเหมาะสมกับฐานะความเป็นอยู่ของประเทศไทย ตลอดจนนิสัยใจคอและความต้องการของคนไทยหรือไม่

ค. การพิจารณาสภาพความเป็นอยู่ของประเทศไทย เมื่อออกกฎหมายไปแล้ว ต้องคำนึงถึงเจ้าพนักงานผู้ที่จะปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่า มีสมรรถภาพเพียงใด ตลอดจนงบประมาณ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีอยู่ว่าจะดำเนินการไปได้เพียงใดด้วย ในการยกร่างกฎหมายที่ดี ในการพิจารณาร่างกฎหมายที่ดี จึงต้องเชิญผู้แทนกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายนั้นมาร่วมประชุมด้วย เพื่อจะได้แถลงข้อเท็จจริงว่า ถ้าร่างกฎหมายจะมีบทบัญญัตินั้น ๆ กระทรวง ทบวง กรมนั้น ๆ จะปฏิบัติให้การเป็นไปได้อย่างไรหรือไม่เพียงใด

ง. ต้องพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ในการตีความในกฎหมาย กฎหมายเมื่อประกาศใช้ไปแล้วก็ต้องมีการใช้และการตีความในกฎหมาย ทั้งนี้ เพราะการตีความในกฎหมายได้แก่ การหยั่งทราบความหมายของกฎหมายในกรณีที่บทกฎหมายมีข้อความไม่ชัดเจนแน่นอน มี

ความหมายกำกวม หรือมีความหมายได้หลายทาง และบทบัญญัติที่ผู้ร่างกฎหมายเห็นว่าชัดเจนแล้ว ผู้ใช้กฎหมายอาจเห็นว่ายังไม่ชัดเจนก็ได้ เพราะต่างคนต่างความคิด โดยเหตุนี้ ถ้าผู้ใช้กฎหมายเห็นว่า บทกฎหมายมีข้อความไม่ชัดเจนแน่นอน มีความหมายกำกวม หรือมีความหมายได้หลายทางก็จะต้องตีความ

จ. ต้องพิจารณาถึงกรณีช่องว่างแห่งกฎหมาย (gap in the law) ด้วย กล่าวคือ ผู้ร่างกฎหมายที่ดีนั้นจะต้องพยายามมิให้มีช่องว่างแห่งกฎหมายโดยไม่จำเป็น ในกรณีที่ผู้ร่างกฎหมายเห็นว่า การที่จะกำหนด หลักเกณฑ์ไว้ด้วยตัวในร่างกฎหมาย อาจทำให้ร่างกฎหมายนั้น ๆ มีบทบัญญัติไม่สมบูรณ์ กล่าวคือ อาจได้หลักเกณฑ์ที่ยังไม่ดีพอสมควรจะปล่อยให้ตำรากฎหมายหรือคำพิพากษาศาลสูงได้คลี่คลายปัญหานั้น ๆ ให้แจ่มแจ้ง และค้นหาหลักเกณฑ์ที่ดีที่สุดมาใช้ไปพลางก่อน ผู้ร่างกฎหมายก็อาจปล่อยให้เกิดช่องว่างแห่งกฎหมายไว้โดยตั้งใจ เพื่อให้ศาล เจ้าพนักงาน หรือผู้เขียนตำราได้คิดค้นหลักเกณฑ์อันเหมาะสมสำหรับอุดช่องว่างแห่งกฎหมายไปก่อน และเมื่อได้หลักเกณฑ์ที่ดีพอแล้วจึงค่อยคิดแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายโดยนำเอาหลักเกณฑ์นั้น ๆ มาบัญญัติไว้ต่อไป

ฉ. ต้องลองสมมติตนเองเป็นราษฎรซึ่งจะต้องถูกกฎหมายใช้บังคับ โดยปกติกฎหมายที่ร่างโดยเจ้าพนักงานของรัฐบาลนั้น มักจะคำนึงถึงความสะดวกของเจ้าพนักงานเป็นเกณฑ์

เนื้อหาสาระของกฎหมายเรื่องการใช้สิทธิที่จะตายควรประกอบด้วย (กรแก้ว กำพลศิริ, 2542: 117-118)

- กำจำกัดความของคำที่เกี่ยวข้อง
- การกำหนดคุณสมบัติของบุคคลผู้ร้องขอใช้สิทธิควรมีสภาพบุคคลและบรรลุนิติภาวะ ยกเว้นหญิงมีครรภ์เพื่อเป็นการรักษาสิทธิของทารกที่อยู่ในครรภ์ กรณีของบุคคลไร้ความสามารถและผู้เยาว์ ควรกำหนดให้ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทน
- กำหนดองค์กรซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่พิจารณา และให้คำอนุมัติในการกระทำของแพทย์ตามเจตนาของผู้ต้องการใช้สิทธิ ประกอบไปด้วย คณะบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญการแพทย์ กฎหมาย และจริยธรรม และกำหนดไว้ว่าเมื่อแพทย์ปฏิบัติตามการใช้สิทธิของผู้ป่วยแล้ว แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่ง และทางอาญา โดยคำร้องต้องผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากองค์กรที่ตั้งขึ้นเพื่อการนี้โดยเฉพาะ

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงความคิดเห็น

- เพศ

ชนิษฐา นาคะ (2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน พบว่า ผู้ป่วยเพศต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย

มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์ (2527) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายแสดงความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ของตนในโรงพยาบาลโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน แต่ในรายค้านพบว่าผู้ป่วยหญิงแสดงความคิดเห็นด้วยมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยชายในด้านสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรียา (2534) ได้ทำ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้มีสุขภาพดี และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีแนวคิดด้านประสบการณ์ ความตาย ความคิดเกี่ยวกับความตายและความพร้อมในการเผชิญความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Carmel & Mutran (1997) ศึกษาในผู้สูงอายุชาวอิสราเอลที่มีอายุระหว่าง 70 ปี ถึง 101 ปี จำนวน 987 ราย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการเลือกการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตในสถานการณ์การเจ็บป่วยต่าง ๆ น้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

จารุวรรณ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีการยอมรับความตายไม่แตกต่างกัน

- อายุ

สิริพร รมนันทน์ (2528) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินการศูนย์โภชนาการเด็กในจังหวัดปราจีนบุรี พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์โภชนาการเด็ก มีความรู้ ทักษะคิดต่อการดำเนินการค่อนข้างดี โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติงาน แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติงาน

บุริราชต์ รอดทิพย์ (2535) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกที่มีต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะมีความคิดเห็นในทางพึงพอใจต่อพฤติกรรมของพยาบาลโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี

ชนิษฐา นาคะ (2534) ทำการศึกษา ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามารัตน์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง จำนวน 120 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความวิตกกังวล แฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21 – 24 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี

กรรณา คุ่มพร้อม (2534) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของผู้นำท้องถื่นเกี่ยวกับผลกระทบของการท่องเที่ยว ที่มีต่อการเพิ่มปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในเขตอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อความคิดเห็นของผู้นำท้องถื่นเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hamel et al. (1999) ได้ศึกษา เรื่องอายุของผู้ป่วย และการเลือกวิธีการรักษาที่ช่วยประคับประคองชีวิตในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 9,105 คน ที่มีอายุระหว่าง 47 ปี ถึง 84 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี เลือกวิธีการรักษาที่ช่วยประคับประคองชีวิต ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การผ่าตัด และการฟอกเลือด น้อยกว่าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 70 ปี

Silverira et al. (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 1,000 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 66 – 99 ปี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี และมีการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการวางแผนการตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

- การศึกษา

พรรณี พชรประภาส (2534) ได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม เกี่ยวกับบทบาทในการควบคุมอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาททั้งในด้านการควบคุม การป้องกัน และการปราบปรามอาชญากรรมทางเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุรีรัชต์ รอดทิพย์ (2535) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันจะแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมของพยาบาลในเชิงจริยธรรมแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา กับกลุ่มอาชีวศึกษาและปริญญาตรีหรือสูงกว่า และกลุ่มไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา กับกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น

ชนุตรา อธิธรรมวินิจ และคนอื่น ๆ (2539) ทำการศึกษาสิทธิของผู้ป่วยในทรรณะของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช โดยการเปรียบเทียบสิทธิของผู้ป่วยในทรรณะผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่าทรรณะต่อสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสิทธิในความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

Mezey et al. (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยในจำนวน 1,016 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่สูงมีการทำเอกสารระบุการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

- ประสพการณ์

สมาน วรพันธ์ (2539) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยและการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล โดยทดสอบความแตกต่างของความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในแพทย์และพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า แพทย์กับพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกันพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03

ธรรมรักษ์ ตระการภาสกุล (2531) ศึกษาเรื่องความรู้ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่บุคลากรต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสิ่งแวดล้อม พบว่า

1. เจ้าหน้าที่บุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้มากกว่าเจ้าหน้าที่บุคลากรอื่น ๆ
2. ประสพการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกัน จะมีความรู้ที่แตกต่างกัน
3. ตำแหน่งที่แตกต่างกันจะมีความรู้ที่แตกต่างกัน กล่าวคือตำแหน่งสูงจะมีความรู้สูง

ศิริพร นิรามยกุล (2535) ได้ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เทศกิจต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 พบว่า ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานราชการ มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เทศกิจในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย

วาสนา ทีปะลา (2537) ได้ศึกษาความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป พบว่าความรู้ของพยาบาลวิชาชีพนั้น แตกต่างกันตามประสบการณ์ในการทำงาน

สุทธิสักดิ์ ภัทรมานะวงศ์ (2535) ได้ศึกษาความรู้ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทรัพยากรธรณีต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติแร่ พบว่า

- (1) เจ้าหน้าที่ที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้แตกต่างกัน ที่มีอายุมากจะมีความรู้มาก
- (2) เจ้าหน้าที่ที่มีการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้แตกต่างกัน
- (3) อายุราชการของเจ้าหน้าที่ทำให้มีความรู้แตกต่างกัน
- (4) การได้รับข่าวสารที่แตกต่างกัน จะมีความรู้ที่แตกต่างกัน

นิภา อัสวเพิ่มพูนผล (2542) อ้างในวิลาวณย์ บุญมานุษ, 2543: 119 ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และของผู้ป่วยต่อสิทธิที่จะตายของผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยต่อสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยสูงกว่าญาติผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสิทธิที่จะตายของญาติผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กลุ่มที่ทราบข้อมูลหรือเคยดูแลผู้ป่วยสิ้นหวังเห็นด้วยต่อสิทธิที่จะตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์

แนวคิดเรื่องความตายของมนุษย์จะพัฒนาไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายตั้งแต่วัยเด็ก การได้ฟัง หรือได้เห็นการตาย เหตุการณ์เหล่านี้จะช่วยให้เกิดการรับรู้และการเข้าใจถึงความหมายของความตาย ยอมรับเหตุผลของความตายที่เป็นจริง (Billings & Stohes 1982 อ้างในอุทยา นาคเจริญ, 2544: 16)

การแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา

สุจิตรา วงศ์กำแหง (2546) ศึกษาสถานภาพทางกฎหมายของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาพบว่า ในประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติรับรองในเรื่อง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถึง 3 มาตรา คือ มาตรา 4, 26 และมาตรา 28 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าสูงสุดของรัฐธรรมนูญ การดำเนินการต่าง ๆ ของรัฐดำเนินไปเพื่อมนุษย์ ดังนั้น รัฐจึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และจะต้องให้ความคุ้มครองปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยจึงมีสิทธิทำหนังสือแสดง

เจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ พิจารณาตามกฎหมายไทยที่ใช้บังคับอยู่ปัจจุบัน หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ใช่พินัยกรรมจึงไม่ต้องทำตามบทบัญญัติว่าด้วยมรดก หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ใช่เอกเทศสัญญา จึงเป็นนิติกรรมทั่วไป เป็นนิติกรรมที่ไม่มีแบบ ดังนั้น การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า จึงอาจทำได้วาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ แต่การแสดงเจตจำนงด้วยวาจา อาจเกิดกรณีโต้แย้งจากญาติของผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่ามีการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นหลักฐานในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีลายมือชื่อของผู้ป่วยและพยานอย่างน้อยสองคน เนื่องจาก บทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังกล่าวยังต้องอาศัยการตีความเพื่อให้เห็นถึงการยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งหากมีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจน ก็จะช่วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการยุติการรักษาผู้ป่วยทั้งแพทย์และญาติเข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วยและไม่ต้องกังวลว่าตนเองอาจต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหรือไม่

วันวิสาห์ เสงี่ยมประเสริฐ (2546) อธิบายความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์เกี่ยวกับการเลือกและปฏิเสธการรักษา รวมถึงการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ กลุ่มละ 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งต้องการการรักษาแต่พอสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สำหรับเอกสารแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย จะระบุชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเลือกบุคคลหนึ่งและระบุชื่อไว้ในเอกสาร เพื่อทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ยอมรับและเห็นด้วยกับหลักการของการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ศึกษาสิทธิปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 10 แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ พบว่าหลายประเทศลงความเห็นว่า การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้าเอาไว้ไม่ใช่เรื่องเสียหาย และเป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะสามารถเลือกได้ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องชอบธรรมและได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยนำมาเขียนเป็นกฎหมายคุ้มครองแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกา และเสนอแนวทางการจัดทำร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจากการนำหลักการและสาระสำคัญของประเทศต่าง ๆ มาปรับใช้

ซีเกล อาร์ (Sehgel AR) และคณะ (อ้างในวันวิสาห์ เติ้งประเสริฐ, 2546) เรื่องคำสั่งล่วงหน้าและการยกเลิกการทำไคอะไลซิส ในประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมัน และญี่ปุ่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของคำสั่งล่วงหน้าในการตัดสินใจยกเลิกการทำไคอะไลซิสที่เรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมัน และญี่ปุ่น โดยใช้แบบสอบถาม มีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตชาวอเมริกา 22 คน เยอรมัน 87 คน ญี่ปุ่น 73 คน โดยมีการวัดจำนวนของผู้ป่วยที่ทำไคอะไลซิส จำนวนผู้ป่วยที่ยกเลิกการทำไคอะไลซิส จำนวนผู้ป่วยที่มีคำสั่งล่วงหน้า จำนวนผู้ป่วยที่ใช้คำสั่งล่วงหน้า จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดที่เข้าร่วม ผลการศึกษาพบว่า มีรายงานจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตชาวอเมริกัน เยอรมัน และญี่ปุ่น ในการยกเลิกการทำไคอะไลซิส ร้อยละ 5.1, 1.6, 0.7 ของผู้ป่วยตามลำดับ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยชาวอเมริกัน มีคำสั่งล่วงหน้า โดยถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจคิดเป็นร้อยละ 3.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 0.3 ของผู้ป่วยเยอรมันและญี่ปุ่นมีคำสั่งล่วงหน้า และถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจคิดเป็นร้อยละ 0.09 ของผู้ป่วยทั้งหมด กรณีผู้ป่วยไม่มีความสามารถทางการตัดสินใจ การยกเลิกจะถูกขอรับรองโดยครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตชาวอเมริกัน มีการหยุดทำไคอะไลซิส โดยคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ชาวเยอรมันและญี่ปุ่น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกคนจากทั้ง 3 ประเทศ จะหยุดการทำไคอะไลซิส เมื่อครอบครัวขอให้ยกเลิกการทำโดยมีคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยสนับสนุน ผลสรุปมีความซุกของการใช้คำสั่งล่วงหน้าในผู้ป่วยชาวอเมริกันที่ทำไคอะไลซิสมากขึ้น และคำสั่งล่วงหน้ามีบทบาทมากขึ้นในการทำการตัดสินใจ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญชาวเยอรมัน และญี่ปุ่น มีความตั้งใจที่จะทำตามคำสั่งล่วงหน้า แต่ยังมีข้อจำกัดว่ามีการใช้คำสั่งล่วงหน้าในผู้ป่วยเยอรมันและญี่ปุ่น

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป จำนวน 161 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต และยังมีความคิดเห็นว่าควรมีกฎหมาย องค์กร หรือหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อตรวจสอบ กำกับ ควบคุม ดูแล ให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และยุติธรรม มีข้อเสนอแนะว่า ถ้าจะมีการจัดทำพินัยกรรมชีวิต ควรศึกษาหารูปแบบแนวความคิดเห็นให้หลากหลายจากสาธารณชน ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อรวบรวมใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการดำเนินการจัดทำเกี่ยวกับเรื่องพินัยกรรมชีวิตต่อไป

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ของผู้มีส่วนได้เสียเป็นตัวแปรที่มีผลต่อ ความคิดเห็น เกี่ยวกับแนวทางการตราฎกระทรวงการจดทะเบียนไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

บทที่ 3

วัตถุและวิธีการวิจัย

3.1 แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ ต่อแนวทางร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยใช้แนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน
2. ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน
3. แพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน

3.3 วิธีการเลือกตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์ในการพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองใน

มนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อตรวจสอบหลักการและวิธีการดำเนินการวิจัยเป็นการรักษาสีทึบของ
ผู้ร่วมวิจัย ได้ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ตอบแบบสอบถาม โดยมีความพร้อม
และเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ลงนามในใบยินยอมโดยได้รับการบอก
กล่าวด้วยความเต็มใจตามเอกสารแนบท้ายในภาคผนวก

เกณฑ์ในการเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์ในการเลือกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งชายและหญิงที่ร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ผู้ป่วยสามารถพูด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้
4. ผู้ป่วยมีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ มีความพร้อม ในการให้สัมภาษณ์และ
ตอบแบบสอบถามโดยลงนามในใบยินยอมหลังจากได้รับการบอกกล่าวด้วยความเต็มใจ
5. ผู้ป่วยรู้สึกตัว อยู่ในสถานะที่สามารถพูดคุยได้ ไม่เจ็บปวด หรือทุกข์ทรมาน
6. ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจเป็นปกติ

เกณฑ์ในการเลือกสำหรับญาติผู้ป่วย

1. เป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1629 และมาตรา
1635 ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือ
ร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เป็นญาติผู้ป่วยที่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. สามารถพูด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ มีความพร้อม ในการให้สัมภาษณ์และตอบ
แบบสอบถาม หลังจากลงนามในใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการเลือกสำหรับแพทย์

1. เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจาก
แพทยสภาที่รักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. มีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ มีความพร้อม ในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามหลังจาก ลงนามในใบยินยอมได้รับการบอกกล่าวด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การแยกผู้ยินยอมตนในการทำวิจัยออกจากโครงการ

เมื่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแพทย์ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสามารถทำได้ตลอดเวลา

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวความคิด ทฤษฎี กฎหมาย เอกสาร และผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งโครงสร้างของแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ การศึกษา อายุ ประสบการณ์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยใช้มาตรวัดของ Likert' s Scale วัดระดับความคิดเห็น ใช้เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ แล้วแทนค่าการเป็นคะแนน ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540: 250)

ระดับคำตอบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว ใช้คะแนนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาระดับความคิดเห็น โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณาออกเป็น 3 ระดับ (วชิระ สิงหะเกษนทร์, 2539)

เกณฑ์ระดับมาก	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70-100
เกณฑ์ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง ร้อยละ 51-69
เกณฑ์ระดับน้อย	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50

จากเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแบ่งระดับความคิดเห็น ได้ดังนี้

คะแนนร้อยละ	ระดับความคิดเห็น
70-100	มาก
50-69	ปานกลาง
< 50	น้อย

ตอนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อแนวทางการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จำนวน 30 ข้อ

3.5 การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามไปให้ คณะอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาและประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม นำผลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกัน คำนวณหาความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น (สุวิมล ติรกานันท์, 2549: 138-140) ได้เป็นดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

R = ผลคูณของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระดับความสอดคล้อง

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามที่ดีควรมีค่า IOC ใกล้ 1

ผลการคำนวณได้ ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66- 1.00

2. หาความเที่ยง (Reliability)

ใช้การคำนวณค่าความเที่ยง โดยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient - α) (สุวิมล ติรกานนท์, 2549: 142-146) จากสูตร

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือ

n = จำนวนข้อคำถามในเครื่องมือ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนคำถามแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมของผู้ตอบทั้งหมด

ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.6721

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา

ใช้ค่าจำนวนร้อยละ (Percentage) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากร และอธิบายระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

สถิติเชิงอนุมาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และ ประสบการณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแลต่อแนวทางการร่าง กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินการตามหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุข ด้วยการทดสอบ ไคสแควร์ Fisher's Exact Test ที่ระดับความมีนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1. เพศ

ในกลุ่มตัวอย่าง 90 คนพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศชายจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3

- ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คนคิดเป็นร้อยละ 83.3

- แพทย์พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6

2. ระดับการศึกษา

พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 90 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 70 รองลงไป คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 14.4 อนุปริญญา ร้อยละ 6.6 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 5.6 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ จำแนกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 30 คน ได้ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 53.3 รองลงไป คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 26.6 อนุปริญญา ร้อยละ 10 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 6.6 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

- ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 56.6 รองลงไปคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 16.6 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10 อนุปริญญา ร้อยละ 10 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 6.6 ตามลำดับ

- แพทย์ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

3. อายุ

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน พบว่าส่วนใหญ่ อายุ 21-40 ปี ร้อยละ 47.7 รองลงไป คือ อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 40.0 อายุ >60 ปี ร้อยละ 10 อายุ <20 ปี ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ จำแนกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ได้ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 60 รองลงไป อายุ >60 ปี ร้อยละ 26.7 อายุ 21-40 ปี ร้อยละ 10 อายุ <20 ปี ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

- ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงไป อายุ 21-40 ปี ร้อยละ 40 อายุ <20 ปี ร้อยละ 3.3 อายุ >60 ปี ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

- แพทย์ส่วนใหญ่ อายุ 21-40 ปี ร้อยละ 93.3 รองลงไป อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 6.7

4. ประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน พบว่าส่วนใหญ่ เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย ร้อยละ 65.5 จำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย ร้อยละ 56.7

- ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย ร้อยละ 60

- แพทย์ ทั้งหมดเคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	ผู้ป่วย (n=30)		ญาติ (n=30)		แพทย์ (n=30)		รวม (n=90)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เพศ								
ชาย	19	63.3	5	16.6	10	33.3	34	37.7
หญิง	11	36.6	25	83.3	20	66.6	56	62.2
อายุ (ปี)								
<21	1	3.3	1	3.3	0	0.0	2	2.2
21-40	3	10.0	12	40.0	28	93.3	43	47.7
41-60	18	60.0	16	53.3	2	6.7	36	40.0
>60	8	26.7	1	3.3	0	0.0	9	10.0
การศึกษาสูงสุด								
ประถมศึกษา	8	26.7	5	16.7	0	0.0	13	14.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.3	2	6.7	0	0.0	3	3.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	6.7	3	10.0	0	0.0	5	5.5
อนุปริญญา	3	10.0	3	10.0	0	0.0	6	6.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	53.3	1	56.6	30	100.0	63	70.0
ประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย								
เคย	17	56.7	12	40.0	30	100.0	59	65.5
ไม่เคย	13	43.3	18	60.0	0	0.0	31	34.4

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการรากลุกระทรวงการแสดงความไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุข

1. ด้านคำนิยาม

1.1 วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรคเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ

พบว่า แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 76.7 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วย ร้อยละ 63.3

เท่ากับญาติ

ระดับความคิดเห็นของแพทย์แตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

1.2 วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ระยะสุดท้ายของโรค มีอาการทุกข์ทรมานจากโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่สามารถเยียวยาให้พ้นทุกข์ทรมานได้ มีผลทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปราศจากการช่วยเหลือเพื่อประคับประคองชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 100 ญาติ เห็นด้วยร้อยละ 80 แพทย์เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 56.7

ระดับความคิดเห็นของแพทย์แตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

1.3 การยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติการใด ๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น โดยไม่สามารถกลับคืนมาใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยร้อยละ 93.3 ญาติ เห็นด้วยร้อยละ 70 แพทย์เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 66.7

ระดับความคิดเห็นของแพทย์แตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

1.4 การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยร้อยละ 96.7 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 86.7 แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 80

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

1.5 การทรมานจากการเจ็บป่วย ควรประเมินแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

พบว่า แพทย์เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 100 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยร้อยละ 96.7 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 93.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

1.6 การทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย

พบว่าแพทย์ไม่เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 73.3 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เห็นด้วยร้อยละ 60 เท่ากับญาติ

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

1.7 แพทย์สมควรเป็นผู้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดชีวิต วาระสุดท้าย การทรมานจากการเจ็บป่วย

พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยร้อยละ 90

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

2. ด้านคุณสมบัติ

2.1 การกำหนดให้ผู้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์

พบว่า แพทย์เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 80 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วย ร้อยละ 70 ญาติเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 36.3

ระดับความคิดเห็นของญาติ แตกต่างกับแพทย์และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 การกำหนดให้ผู้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์

พบว่า แพทย์ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 56.7 ญาติ ไม่เห็นด้วยร้อยละ 50 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เห็นด้วย ร้อยละ 43.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

2.3 การกำหนดให้ใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น สามารถกระทำได้โดยผู้ที่ มีความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจโดยไม่จำกัดอายุ

พบว่า แพทย์เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 13.3 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วย ร้อยละ 83.3 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 73.3

ระดับความคิดเห็นของแพทย์ แตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ

2.4 พยานในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรเป็นทายาท โดยธรรม ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้แสดงเจตนาเท่านั้น

พบว่า ญาติ เห็นด้วยร้อยละ 86.7 เท่ากับแพทย์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วย ร้อยละ 80.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

2.5 พยานในการรับรองหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 90 ญาติ เห็นด้วยร้อยละ 83.3 แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 76.7

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

2.6 การกำหนดให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สีก้าว

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 100 แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 96.7

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

3. ด้านวิธีการแสดงเจตนา

3.1 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 100 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 83.3 แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 73.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

3.2 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดการตาย เป็นสิทธิส่วนบุคคล

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 96.7 เท่ากับญาติ แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 86.7

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

3.3 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลต่อเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในภาวะทุพภิกขภัยจากการเจ็บป่วย โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 96.7 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 83.3 แพทย์เห็นด้วย ร้อยละ 73.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

3.4 การระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้ ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและประโยชน์สูงสุดของผู้แสดงเจตนา

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 93.3 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 90 เท่ากับแพทย์

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

4. ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

4.1 การระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่า การตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เช่น

การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) การช่วยฟื้นคืนชีวิต (Cardiopulmonary resuscitation) การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation) การให้ยากระตุ้นหัวใจ

พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 93.3 เท่ากับ แพทย์ ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 80

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

4.2 การมีแบบฟอร์มจะช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข กระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น

พบว่า แพทย์เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 100 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วย ร้อยละ 90 ญาติ เห็นด้วย ร้อยละ 83.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

4.3 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถกระทำโดยวาจาได้ แต่ต้องมีการบันทึก ลงชื่อรับรองโดยผู้แสดงเจตนาและพยานอย่างน้อย 2 คน

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 50.0 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 53.3 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 60

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

4.4 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะมีผลตามกฎหมาย จำเป็นต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 80 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 73.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

5. ด้านหน้าที่

5.1 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

5.1.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขแพทย์มีหน้าที่ปฏิบัติตาม แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 96.7 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 73.3 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 63.3

ระดับความคิดเห็นของแพทย์ แตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

5.1.2 การให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์

พบว่าญาติเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยร้อยละ 76.7 เท่ากับแพทย์

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

5.1.3 การกำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์ล่วงหน้า เช่น มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 100 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 93.3 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 90

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

5.1.4 การให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้ง

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 86.7 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 80 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 56.7

ระดับความคิดเห็นของญาติแตกต่างกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแพทย์

5.2 หน้าที่ของผู้แสดงเจตนา

5.2.1 ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและญาติรับทราบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามความต้องการของผู้แสดงเจตนา

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 100 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ 90 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 96.7

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

5.2.2 ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วน หรือ ทั้งหมดได้ตลอดเวลา

พบว่า ญาติเห็นด้วยร้อยละ 80 แพทย์เห็นด้วยร้อยละ 76.7 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยร้อยละ 73.3

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

5.2.3 การเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในการรับบริการสาธารณสุขผู้แสดงเจตนาจำเป็นต้องแจ้งให้แพทย์และญาติทราบโดยเร็ว

พบว่า ญาติเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 100 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 96.7
เท่ากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับเดียวกัน

6. ด้านข้อยกเว้น

6.1 ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลต่อชีวิตของทารกในครรภ์

พบว่า ญาติเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3 แพทย์ เห็นด้วยร้อยละ 80 ผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายเห็นด้วยน้อยที่สุดร้อยละ 50

ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกับญาติและแพทย์

7. การยกเลิก

7.1 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขครบตกเป็น โฉมเมื่อ
ผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ

พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเห็นด้วยสูงที่สุดร้อยละ 100 ญาติเห็นด้วย ร้อยละ
96.7 เท่ากับแพทย์

ความคิดเห็นของทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับเดียวกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความ
คิดเห็นต่อแนวทางการตราฎกระทรวง

แนวทางการตรากฎกระทรวง	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความ คิดเห็น	
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย			
		n	%	n	%	n	%		
1. ด้านนิยาม									
1.1 วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง	ผู้ป่วย	7	23.3	4	13.3	19	63.3	ปานกลาง	
ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค	ญาติ	5	16.7	6	20.0	19	63.3	ปานกลาง	
เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษา	แพทย์	5	16.7	2	6.7	23	76.7	มาก	
ให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ	รวม	17	18.9	12	13.3	61	67.8	ปานกลาง	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
1.2 วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ระยะ สุดท้ายของโรคมมีอาการทุกข์ ทรมานจากโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดย ไม่สามารถเยียวยาให้พ้นทุกข์ ทรมานได้มีผลทำให้ไม่สามารถ ดำรงชีวิตโดยปราศจากการช่วย เหลือเพื่อประคับ ประคองชีวิตด้วย อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.	มาก
	ญาติ	3	10.0	3	10.0	24	80.0	มาก
	แพทย์	9	30.0	4	13.3	17	56.7	ปานกลาง
	รวม	12	13.3	7	7.7	71	78.8	มาก
1.3 การยืดการตายในวาระสุดท้าย ของชีวิต หมายถึง การรักษา พยาบาลหรือปฏิบัติการใด ๆ ที่มี ผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น โดยไม่สามารถกลับคืนมาใช้ชีวิต ได้ด้วยตนเอง อย่างมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	ผู้ป่วย	1	3.3	1	3.3	28	93.3	มาก
	ญาติ	4	13.3	5	16.7	21	70.0	มาก
	แพทย์	5	16.7	5	16.7	20	66.7	ปานกลาง
	รวม	10	11.0	11	12.2	69	76.6	มาก
1.4 การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มี คุณภาพชีวิตที่ลดลง	ผู้ป่วย	1	3.3	0	0.0	29	96.7	มาก
	ญาติ	4	13.3	0	0.0	26	86.7	มาก
	แพทย์	3	10.0	3	10.0	24	80.0	มาก
	รวม	8	8.8	3	3.3	79	87.7	มาก
1.5 การทรมานจากการเจ็บป่วย ควร ประเมินแบบองค์รวม ทั้งทาง ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ	ผู้ป่วย	1	3.3	0	0.0	29	96.7	มาก
	ญาติ	0	0.0	2	6.7	28	93.3	มาก
	แพทย์	0	0.0	0	0.0	30	100.	มาก
	รวม	1	1.1	2	2.2	87	96.6	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูกโครงกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
1.6 ควรที่จะกำหนดให้คำจำกัดความทางกฎหมาย ว่าการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย	ผู้ป่วย	18	60.0	5	16.7	7	23.3	น้อย
	ญาติ	18	60.0	6	20.0	6	20.0	น้อย
	แพทย์	22	73.3	2	6.7	6	20.0	น้อย
	รวม	58	64.4	13	14.4	19	21.1	น้อย
1.7 แพทย์สภา ควรเป็นผู้กำหนดค่านิยามที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดชีวิตวาระสุดท้าย การทรมานจากการเจ็บป่วย	ผู้ป่วย	0	0.0	3	10.0	27	90.0	มาก
	ญาติ	1	3.3	2	6.7	27	90.0	มาก
	แพทย์	1	3.3	2	6.7	27	90.0	มาก
	รวม	2	2.2	7	7.7	81	90.0	มาก
2. ด้านคุณสมบัติ								
2.1 การกำหนดให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์	ผู้ป่วย	2	6.7	7	23.3	21	70.0	มาก
	ญาติ	8	26.7	11	36.7	11	36.7	น้อย
	แพทย์	4	13.3	2	6.7	24	80.0	มาก
	รวม	14	15.5	20	22.2	56	62.2	ปานกลาง
2.2 การกำหนดให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์	ผู้ป่วย	13	43.3	16	53.3	1	3.3	น้อย
	ญาติ	15	50.0	12	40.0	3	10.0	น้อย
	แพทย์	17	56.7	8	26.7	15	50.0	น้อย
	รวม	45	50.0	36	40.0	9	10.0	น้อย
2.3 การกำหนดให้การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขนั้น กระทำได้โดยผู้ที่มีความสามารถ ในการสื่อสารและการตัดสินใจโดยไม่จำกัดอายุ	ผู้ป่วย	3	10.0	2	6.7	25	83.3	มาก
	ญาติ	7	23.3	1	3.3	22	73.3	มาก
	แพทย์	24	80.0	2	6.7	4	13.3	น้อย
	รวม	34	37.7	5	5.5	51	56.6	ปานกลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
2.4 พยานในการแสดงเจตนาไม่	ผู้ป่วย	2	6.7	4	13.3	24	80.0	มาก
ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข	ญาติ	2	6.7	0	0.0	26	86.7	มาก
ควรเป็นทนายโดยธรรม ของผู้	แพทย์	1	3.3	3	10.0	26	86.7	มาก
แสดงเจตนา	รวม	7	7.7	7	7.7	76	84.4	มาก
2.5 พยานในการรับรองหนังสือแสดง	ผู้ป่วย	2	6.7	1	3.3	27	90.0	มาก
เจตนาต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้	ญาติ	3	10.0	2	6.7	25	83.3	มาก
เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำ	แพทย์	2	6.7	5	16.7	23	76.7	มาก
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์	รวม	7	7.7	8	8.8	75	83.3	มาก
จะรับบริการสาธารณสุข								
2.6 การกำหนดให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือ	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ	ญาติ	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
บริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มี	แพทย์	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
ความสามารถในการตัดสินใจ ไม่	รวม	0	0.0	1	1.1	89	98.8	มาก
เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สึกตัว								
3. ด้านวิธีการแสดงเจตนา								
3.1 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผล	ญาติ	2	6.7	3	10.0	25	83.3	มาก
นำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ใน	แพทย์	1	3.3	7	23.3	22	73.3	มาก
วาระสุดท้ายของชีวิต โดยการ	รวม	3	3.3	10	11.1	77	85.5	มาก
รับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล								
3.2 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ	ผู้ป่วย	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
บริการสาธารณสุขที่เป็นการยึด	ญาติ	1	3.3	0	0.0	29	96.7	มาก
การตาย เป็นสิทธิส่วนบุคคล	แพทย์	1	3.3	3	10.0	26	86.7	มาก
	รวม	2	2.2	4	4.4	84	93.3	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูกทรูว (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูกทรูว	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น	
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย			
		n	%	n	%	n	%		
3.3 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผล ต่อเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในภาวะ ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย โดย การรับรองของคณะแพทย์	ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ รวม	1 2 4 7	3.3 6.7 13.3 7.7	0 3 4 7	0.0 10.0 13.3 7.7	29 25 22 76	96.7 83.3 73.3 84.4	มาก มาก มาก มาก	
3.4 การระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทน ตนได้ ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มี ความสามารถในการตัดสินใจด้วย ตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่ บนความต้องการและประโยชน์ สูงสุดของผู้แสดงเจตนา	ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ รวม	2 2 0 4	6.7 6.7 0.0 4.4	0 1 3 4	0.0 3.3 10.0 4.4	28 27 27 82	93.3 90.0 90.0 91.1	มาก มาก มาก มาก	
4. ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา									
4.1 การระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่าการตัดสินใจ นั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตาม ธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุข	ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ รวม	1 3 1 5	3.3 10.0 3.3 5.5	1 3 1 5	3.3 10.0 3.3 5.5	28 24 28 80	93.3 80.0 93.3 88.8	มาก มาก มาก มาก	
4.2 การมีแบบฟอร์มจะช่วยให้การ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขกระทำได้ อย่างสะดวกมากขึ้น	ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ รวม	0 2 0 2	0.0 6.7 0.0 2.2	3 3 0 6	10.0 10.0 0.0 6.6	27 25 30 82	90.0 83.3 100.0 91.1	มาก มาก มาก มาก	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
4.3 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขสามารถกระทำ โดยวาจาได้ แต่ต้องมีการบันทึก ลง ชื่อรับรองโดยผู้แสดงเจตนาและ พยานอย่างน้อย 2 คน	ผู้ป่วย	15	50.0	5	16.7	10	33.3	น้อย
	ญาติ	11	36.6	3	10.0	16	53.3	ปานกลาง
	แพทย์	9	30.0	3	10.0	18	60.0	ปานกลาง
	รวม	35	38.8	11	12.2	44	48.8	น้อย
4.4 การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขจะมีผลตาม กฎหมายจำเป็นต้องมีพยาน รับรองอย่างน้อย 2 คน	ผู้ป่วย	1	3.3	4	13.3	25	83.3	มาก
	ญาติ	1	3.3	7	23.3	22	73.3	มาก
	แพทย์	2	6.7	4	13.3	24	80.0	มาก
	รวม	4	4.4	15	16.6	71	78.8	มาก
5. ด้านหน้าที่								
5.1 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ								
5.1.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุข แพทย์มี หน้าที่ปฏิบัติตาม แม้จะขัดกับ ความประสงค์ของญาติ	ผู้ป่วย	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
	ญาติ	4	13.3	4	13.3	22	73.3	มาก
	แพทย์	2	6.7	9	30.0	19	63.3	ปานกลาง
	รวม	6	6.6	14	15.5	70	77.7	มาก
5.1.2 การให้สิทธิแพทย์ในการ ปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุข ในกรณีที่ ขัดกับมาตรฐานวิชาการทาง การแพทย์	ผู้ป่วย	1	3.3	6	20.0	23	76.7	มาก
	ญาติ	1	3.3	4	13.3	25	83.3	มาก
	แพทย์	3	10.0	4	13.3	23	76.7	มาก
	รวม	5	5.5	14	15.5	71	78.8	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
5.1.3 การกำหนดให้โรงพยาบาล	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
ดำเนินการส่งเสริมการ	ญาติ	2	6.7	1	3.3	27	90.0	มาก
วางแผนแสดงเจตจำนงทาง	แพทย์	1	3.3	1	3.3	28	93.3	มาก
การแพทย์ล่วงหน้า	รวม	3	3.3	2	2.2	85	94.4	มาก
5.1.4 การให้มีองค์กรเฉพาะทำ	ผู้ป่วย	0	0.0	4	13.3	26	86.7	มาก
หน้าที่พิจารณาและให้อนุญาต	ญาติ	4	13.3	9	30.0	17	56.7	ปานกลาง
แพทย์ กระทำตามการแสดง	แพทย์	0	0.0	6	20.0	24	80.0	มาก
เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ	รวม	4	4.4	19	21.1	71	78.8	มาก
สาธารณสุข เพื่อประโยชน์ใน								
กรณีมีความเห็นขัดแย้ง								
5.2 หน้าที่ของผู้แสดงเจตนา								
5.2.1 ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
รับบริการสาธารณสุขควรมี	ญาติ	1	3.3	2	6.7	27	90.0	มาก
หน้าที่แจ้งความประสงค์ของ	แพทย์	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
ตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและ	รวม	1	1.1	3	3.3	86	95.5	มาก
ญาติรับทราบเพื่อประโยชน์ใน								
การปฏิบัติตามความต้องการ								
ของผู้แสดงเจตนา								
5.2.2 ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ	ผู้ป่วย	4	13.3	4	13.3	22	73.3	มาก
รับบริการสาธารณสุขสามารถ	ญาติ	1	3.3	5	16.7	24	80.0	มาก
เปลี่ยนแปลงความประสงค์	แพทย์	6	20.0	1	3.3	23	76.7	มาก
บางส่วน หรือ ทั้งหมดได้	รวม	11	12.2	10	11.1	69	76.6	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย ญาติและแพทย์จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการตรวจกระดูก (ต่อ)

แนวทางการตรวจกระดูก	กลุ่ม	ความคิดเห็น						ระดับ ความเห็น
		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		
		n	%	n	%	n	%	
5.2.3 การเปลี่ยนแปลงความ	ผู้ป่วย	1	3.3	0	0.0	29	96.7	มาก
ประสงค์ในการรับบริการ	ญาติ	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
สาธารณสุขผู้แสดงเจตนา	แพทย์	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
จำเป็นต้องแจ้งให้แพทย์และ	รวม	1	1.1	1	1.1	71	78.8	มาก
ญาติทราบโดยเร็ว								
6. ด้านข้อยกเว้น								
6.1 ควรมีข้อยกเว้นในการปฏิบัติตาม	ผู้ป่วย	1	3.3	14	46.7	15	50.0	ปานกลาง
การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ	ญาติ	0	0.0	5	16.7	25	83.3	มาก
บริการสาธารณสุขในกรณีหญิง	แพทย์	0	0.0	6	20.0	24	80.0	มาก
ตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลต่อชีวิต	รวม	1	1.1	25	27.7	64	71.1	มาก
ของทารกในครรภ์								
7. ด้านการยกเลิก								
7.1 หนังสือแสดงเจตนาควรตกเป็น	ผู้ป่วย	0	0.0	0	0.0	30	100.0	มาก
โมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่	ญาติ	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดใน	แพทย์	0	0.0	1	3.3	29	96.7	มาก
สาระสำคัญ	รวม	0	0.0	2	2.2	88	97.7	มาก

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

แนวทาง	ข้อเสนอแนะ		
	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์
1. ด้านคำนิยาม			
1.1 วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรคเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ	- ควรมีความชัดเจนเพิ่มขึ้น คือ นอกจากจะรักษาไม่หายขาดแล้ว จะต้องมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ๑	- เปลี่ยนจากคำว่าหมดหวังจะหายขาด เป็นคำอื่นที่น่าจะไม่หัดหู่ สิ้นหวังเกินไป เช่น ไม่สามารถ ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้	- น่าจะเพิ่มความหมายของความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาไม่นาน ต้องเป็นโรคที่ คุกคามชีวิต
			- ไม่มีทางหายจากโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค
			- อาจมีโอกาสดูแลได้ แต่จะนำมาซึ่งภาวะทรมานจากการรักษาได้
			- วาระสุดท้ายของชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับความหวังผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าก็จะหมดหวังท้อแท้ทั้งที่ความเจ็บป่วยยังไม่มาก เพียงแต่ทราบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย

ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อแนวการตรวจถูกระวังการแสดงผลงานไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
(ต่อ)

แนวทาง	ข้อเสนอแนะ		
	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์
4. ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา			
4.1 การระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข	-		- ทางแพทย์มีความก้าวหน้าเร็ว ควร ให้มีการระบุเพิ่มเติมได้
4.2 การมีแบบฟอร์มจะช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น	- ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ	- เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย - อาจทำให้การตัดสินใจเร็วเกินไป ควรมีแบบฟอร์ม แต่การนำมาใช้ต้องผ่านขั้นตอนการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแล้ว - แบบฟอร์ม จะต้องครอบคลุมความประสงค์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งมีคำอธิบาย	

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ ต่อแนวทางร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางการตรากฎกระทรวง การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ามีแนวทาง 2 ด้าน ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย และไม่มี ความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็น ได้แก่ ด้านวิธีการแสดงเจตนา และด้านการยกเลิก การแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

5.1 ความคิดเห็นต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

5.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

5.1 ความคิดเห็นต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ด้านที่ 1 คำนิยาม

แพทย์มีความคิดเห็น ไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ แพทย์เห็นว่า การกำหนดคำนิยามข้อความที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมชัดเจนเพียงพอมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติม เนื่องจากมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม โดยปกติจะเป็นความรับผิดชอบของแพทย์มากกว่าผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขสาขาอื่น ประกอบกับแพทย์ก็ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามข้อบังคับสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ที่สภาวิชาชีพกำหนด แพทย์จึงมีความต้องการให้ การกำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้อง เช่น วาระสุดท้าย การยืดการตาย การทรมานจากการเจ็บป่วย ที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจิตรา วงศ์กำแหง (2546) วันวิสาข์ เสี่ยงประเสริฐ (2546) และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ได้เสนอให้การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา ควรกำหนดคำนิยาม หรือความหมายข้อความสำคัญ ในเรื่องโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และหลีกเลี่ยงปัญหาการตีความ สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การร่างกฎกระทรวงซึ่งถึงแม้ว่าจะต้องพยายามใช้ถ้อยคำที่ง่าย กระชับ แต่ในกรณีเรื่องทางวิชาการ ก็จำเป็นต้องใช้ศัพท์ทางวิชาการที่เป็นที่รับรองกันทั่วไป เพื่อป้องกันการเข้าใจผิด (หยูด แสงอุทัย, 2545: 171-182) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นควรให้แพทย์สภาเป็นผู้กำหนดคำนิยาม ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การก่อตั้งของแพทย์สภา ในอันที่จะให้คำปรึกษา หรือข้อเสนอแนะ ต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์ และการสาธารณสุขของประเทศ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2551: 33)

ด้านที่ 2 คุณสมบัติ

2.1 อายุของผู้แสดงเจตนา

ประเด็นในเรื่องอายุเท่าไรถึงจะทำได้ เป็นหนึ่งในข้อกังวลใจจากการจัดเวทีสาธารณะ การปฏิเธรการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สถานิติบัญญัติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็นในเรื่องอายุที่เหมาะสมของผู้แสดงเจตนา แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ผู้มีสิทธิแสดงเจตนาควรมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ แตกต่างจากผู้ป่วย และญาติ เห็นด้วยกับการให้สิทธิแสดงเจตนาโดยไม่จำกัดอายุ ในสหรัฐอเมริกา หากเป็นผู้ที่เติบโตสมวัยจะถือว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 14 ปีเป็นผู้มีภาวะเพียงพอที่จะร่วมตัดสินใจในภาวะ End of life ของตนเองได้ (Preyer RD. อ้างในเมธินี ไหมแพง, 2549: 99) สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ต้องการให้ผู้ที่มีอายุ 15 ปีสามารถแสดงเจตนาในเรื่องนี้ได้ความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ แตกต่างจากผลการศึกษาของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ที่เสนอให้ผู้ที่มีประสงค์จะทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ควรบรรลุนิติภาวะ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ที่แพทย์ใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยมี 4 ประการ หนึ่งในหลักการนั้นได้แก่ หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (Patient Autonomy) เพื่อให้แพทย์รับทราบและเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเสมอ อย่างไรก็ตามเสรีภาพในข้อนี้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น กรณีผู้ป่วยเด็กซึ่งผู้ปกครองจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนจนกว่าบุคคลนั้นจะมีสิทธิในการตัดสินใจได้เองตามกฎหมาย (คูสิต สถาวร, 2550: 406)

2.2 ความสามารถของผู้แสดงเจตนา

กลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยในระดับมากและไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็นทั้ง 3 กลุ่ม ในการกำหนดให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สึกตัว โดยทั่วไปสิทธิที่จะปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่บุคคลมีอยู่แล้วจะใช้หรือไม่ก็ได้ มาตรา 12 เป็นเรื่องการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า คือ แสดงเจตนาไว้ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารได้ เกิดความชัดเจนและน่าเชื่อถือในการปฏิบัติตามเจตนาของผู้ทำหนังสือ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของวันวิสาข์ เสงี่ยมประเสริฐ (2546) ที่ผู้แสดงเจตนาควรมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ของสุจิตรา วงศ์กำแหง (2546) ผู้แสดงเจตนาต้องไม่มีปัญหาทางจิต และของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ซึ่งเสนอให้การมีความสามารถในการตัดสินใจเป็นคุณสมบัติของผู้แสดงเจตนา การพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นเกณฑ์สำคัญในกระบวนการขอให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมเกี่ยวกับการรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา โดยสามารถพิจารณาได้จากการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่ได้รับการอธิบายได้หรือไม่ สื่อสารกับผู้อื่นได้หรือไม่ และนำคำอธิบายไปประเมินหรือตีความได้หรือไม่ (คูลิต สถาวร, 2550: 408) ความสามารถในการตัดสินใจคือ ไม่มีความเจ็บปวด ไม่มีโรคซึมเศร้า ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ไม่อยู่ในภาวะ Delirium, Dementia, Coma หรือภาวะอื่นที่ไม่สามารถให้การตัดสินใจได้ ไม่ถูกบังคับ (Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. อ้างในคูลิต สถาวร, 2550: 420-421)

2.3 พยาน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยและไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็น ในการกำหนดให้พยานในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรเป็น

- ทายาทโดยธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1629 และ มาตรา 1635 ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อาของผู้แสดงเจตนา
- ต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะแนวทางการร่างกฎกระทรวงของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ในการกำหนดให้พยานต้อง ไม่มีผลประโยชน์หรือส่วนได้เสียตามพินัยกรรมหรือทรัพย์สินในกองมรดกของผู้ป่วยที่เสียชีวิตลง มิใช่ผู้รับผลประโยชน์ตามกฎหมายกรรมกรรมประกันชีวิต หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพยกเว้นญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

ด้านที่ 3 วิธีการแสดงเจตนา

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยในระดับมากเท่ากัน ในการกำหนดให้หนังสือแสดงเจตนาควรมีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย โดยมีการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล สอดคล้องกับบทบัญญัติ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และสอดคล้องกับกฎหมายบางมรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาที่การแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาล่วงหน้า จะมีผลในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาอยู่ในระยะสุดท้าย โกล์เลียชีวิต (Raymond S. Edge, John Randall Groves, 2006: 209) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยในระดับมากเท่ากัน ในการกำหนดให้ผู้แสดงเจตนาสามารถระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้ ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและประโยชน์สูงสุดของผู้แสดงเจตนา เป็นไปในแนวทางเดียวกับกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้าในสหรัฐอเมริกาที่รับรองการแสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพล่วงหน้า มี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ รูปแบบพินัยกรรมชีวิต รูปแบบการมอบอำนาจให้ตัวแทนตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาความต้องการของบุคคลจะถูกสื่อผ่านตัวแทนในเวลาที่บุคคลนั้นไม่มีความสามารถในการสื่อสาร และรูปแบบผสม

ด้านที่ 4 ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ เห็นด้วยระดับมากไม่แตกต่างกัน กับการมีแบบฟอร์มในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุธิตรา วงศ์กำแหง (2546) ซึ่งเสนอว่าควรมีแบบร่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธ โดยแบบร่างนี้ควรมีลักษณะที่เป็นแนวทางมากกว่าเป็นข้อกำหนดที่ตายตัว เพื่อเปิดช่องให้มีการปรับรายละเอียดได้อย่างมีเหตุผล กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยกับการระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และ การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะมีผลตามกฎหมายจำเป็นต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน ผู้ป่วยและญาติควรแสดงเจตนา และความประสงค์ในการรักษา เพื่อให้แพทย์และผู้ดูแลรักษาพยาบาลพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการวางแผนดูแลรักษาที่ดีที่สุดร่วมกันเพื่อให้เป็นไปตามประสงค์ (ลัทธมี ชาญเวช, 2549: 46) กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยในระดับน้อย ในการกำหนดให้ การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถกระทำได้ โดยอาจ แตกต่างจากข้อเสนอแนวทางการร่างกฎกระทรวงของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ที่เสนอให้การแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อปฏิเสธการรักษาหรือรับบริการสาธารณสุข ควรทำได้ 2 วิธี คือ เป็นลายลักษณ์อักษร และด้วยวาจา

ด้านที่ 5 หน้าที่

5.1 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติและแพทย์เห็นด้วย ในการกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขแม้จะขัดกับความประสงค์ของ ญาติ สอดคล้องกับเกณฑ์ทางจริยธรรมที่ยอมรับกันทั่วไปว่าผู้ใหญ่ทุกคนที่มีความสามารถตาม กฎหมาย ต้องเป็นผู้ที่มีอิสระเสรีในการตัดสินใจที่จะเลือกรับหรือไม่รับการกระทำใดต่อตัวเขาเอง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548: 17) สิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่รับการรักษายาบาลเป็นสิทธิเฉพาะตัว บุคคลโดยเจ้าของชีวิตต้องเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิล่วงหน้าด้วยตนเอง กฎหมายไม่อนุญาตให้ ญาติ หรือคนอื่น ๆ ใช้สิทธินี้แทน ผู้ป่วยมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะเลือกหนทางการรักษาเองโดย อิสระ (คุสิต สดาวร, 2550:406) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติและแพทย์เห็นด้วย กับการให้สิทธิแพทย์ ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัด กับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยยึดหลักจริยศาสตร์ที่ใช้สำหรับทางการแพทย์ คือ หลักการทำแต่ความดี หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล และหลักการแห่งความยุติธรรม ซึ่งต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการมีจรรยาบรรณแพทย์ กรณี ขัดแย้งในการดูแลซึ่งเป็นปัญหาที่ตัดสินใจลำบากในด้านจริยธรรม ต้องมีหลักในการพิจารณาใน มุมมองของผู้ป่วย โดยไตร่ตรองการได้ประโยชน์ และภาระความยากลำบากต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะ เกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วย ในการกำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งเสริมการ วางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์ล่วงหน้า กฎหมายในต่างประเทศได้กำหนดให้โรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลดำเนินการเพื่อส่งเสริมการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ดังนี้ จัดเตรียมให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาและมีการพัฒนารูปแบบของการวางแผน แสดงเจตจำนงล่วงหน้า ทำแบบบันทึกการรักษาให้เห็นแน่ชัดว่าได้ทำตามการวางแผนแสดง เจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย ไม่มีเงื่อนไขข้อกำหนดหรือแบ่งแยกการรักษาใด ๆ กับผู้ป่วยที่ไม่มีการ วางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า จัดเตรียมชุมชน ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบายโรงพยาบาล และการใช้การวางแผนแสดงเจตจำนงล่วงหน้า เขียนนโยบาย วิธีการ การสนับสนุนหลักการการ กระทำการตัดสินใจด้วยตนเอง (Rice, Beck, and Stevenson, 1997 อ้างในจิตติมา ธัญญาบาล, 2547: 38) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติและแพทย์เห็นด้วยในการกำหนดให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณา และให้อนุญาตแพทย์ กระทำการตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อ ประโยชน์ในกรณีที่มีความคิดเห็นขัดแย้ง ดังเช่น ประเทศสิงคโปร์ ที่มีบทบัญญัติ Advance Medical Directive Act กำหนดให้ แพทย์ 3 คน รวมทั้งแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ต้องรับรอง เป็นเอกฉันท์ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดย 2 ใน 3 ของคณะแพทย์ผู้รับรอง

จะต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าคณะแพทย์ผู้รับรองชุดแรกทั้งสามคนไม่สามารถตกลงกันอย่างเป็นเอกฉันท์ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ได้รับผิดชอบ (Doctor in Charge) ก็จะวินิจฉัยอาการผู้ป่วยนั้นอีกครั้ง มีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนั้นมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายก็จะดำเนินการส่งเรื่องไปให้คณะแพทย์ชุดที่สองเป็นผู้วินิจฉัย ซึ่งคณะแพทย์ชุดที่สองประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (The Ministry of Health) เป็นผู้กำหนด หากคณะแพทย์ชุดที่สองยังไม่สามารถตกลงเป็นเอกฉันท์ได้ คำสั่งล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาจะไม่เกิดผล

5.2 หน้าที่ของผู้แสดงเจตนา

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยในระดับมากเท่ากัน ในการกำหนดให้ผู้แสดงเจตนาสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วนหรือทั้งหมดได้ และมีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและญาติรับทราบสอดคล้องกับผลการศึกษาของไพศาล ลิมสติกย์ (2549) เสนอให้ผู้ป่วยที่ทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามีสิทธิยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงเอกสารแสดงเจตนา ทั้งหมด หรือส่วนหนึ่งส่วนใดเมื่อใดก็ได้ วิธีการยกเลิกควรทำด้วยวิธีการใดก็ได้คือ ทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อของผู้ทำเอกสารแสดงเจตนา หรือแจ้งด้วยวาจาต่อแพทย์ที่ให้การรักษาพยาบาลในขณะนั้น ตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้งหรือพยานที่ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงเจตนาเพื่อรับทราบ

ด้านที่ 6 ข้อยกเว้น

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วยในระดับมากเท่ากัน ในการกำหนดให้มีข้อยกเว้นในการปฏิบัติตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในกรณีหึงตั้งครรรค์ ในบางมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา เจตจำนงจะถูกจำกัดในขณะตั้งครรรค์ (Agile freeman, 1990 อ้างใน Raymond S. Edge, John Randall Groves, 2006: 209) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะทางการร่างกฎกระทรวงของไพศาล ลิมสติกย์ (2549) เสนอให้ควรกำหนดข้อยกเว้นไม่ใช่บังคับในบางกรณีคือ กรณีที่ผู้ป่วยกำลังตั้งครรรค์ โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปจะช่วยรักษาชีวิตของเด็กในครรรค์ที่มีช่วงอายุไม่น้อยกว่า 8 สัปดาห์ นับแต่วันปฏิสนธิ จนถึงก่อนคลอดหรือที่เรียกว่า “Fetus” ให้มีชีวิตอยู่รอดต่อไปได้ แม้ว่าจะขัดต่อเจตนาที่ผู้ป่วยเคยให้ไว้ในเอกสารแสดงเจตจำนงก็ตาม หลังจากที่ทารกคลอดออกมาอย่างปลอดภัย แพทย์จึงสามารถปฏิบัติตามคำสั่งหรือเจตจำนงของผู้ป่วย โดยไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกต่อไป เว้นแต่กฎหมายอื่นให้ยุติการตั้งครรรค์โดยไม่ถือเป็นความผิดตามกฎหมายอาญา

ด้านที่ 7 การยกเลิก

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ เห็นด้วยในการกำหนดให้หนังสือแสดงเจตนาควรตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะแนวทางการร่างกฎหมายของไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ซึ่งเสนอให้การแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยจะต้องทำโดยใจสมัคร ไม่มีการข่มขู่บังคับ หลอกลวงนอกจากนั้น แพทย์ควรเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยร่วมปรึกษา วางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ทำนองเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และผลการศึกษาของสุจิตรา วงศ์กำแหง (2546) ผู้ที่ทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถยกเลิกการแสดงเจตนาได้ตลอดเวลา

5.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการตรากฎหมายการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านคำนิยาม

เพิ่มเติมความชัดเจนของคำนิยาม วาระสุดท้าย การยึดการตาย เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปราศจากการช่วยเหลือเพื่อประคับประคองชีวิตด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การทรมานจากการเจ็บป่วย ต้องพิจารณาหลายมิติแบบองค์รวม ครอบคลุมความทรมาน/ เจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ และสังคมด้วย

ด้านคุณสมบัติ

อายุที่เหมาะสม อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถือว่าบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ควรพิจารณาถึงวุฒิภาวะความเข้าใจ ความรู้ในภาวะโรค/การเจ็บป่วย/การกำหนดคุณสมบัติในเรื่องอายุอาจมีข้อยกเว้น ในผู้เยาว์อาจใช้หลักการร่วมตัดสินใจหรือได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง ให้พิจารณาถึงหลักเกณฑ์เรื่องอายุ ประกอบกับการร่วมตัดสินใจของญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยเสนอให้ใช้เกณฑ์อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการให้สิทธิแสดงเจตนา ร่วมกับการได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม

พยาน

แพทย์ มีข้อเสนอแนะในเรื่องคุณสมบัติพยานผู้รับรองในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขว่าไม่ควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนาควรมีแบบฟอร์มเพื่ออำนวยความสะดวก แต่การนำมาใช้ต้องผ่านขั้นตอนการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแล้ว แบบฟอร์มจะต้องครอบคลุมความประสงค์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งมีคำอธิบาย ควรมีการระบุเพิ่มเติมในแบบฟอร์มได้ เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าเร็ว

ด้านหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ

ให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้ง แต่สิ่งสำคัญ ควรทำความเข้าใจกับญาติให้ดี

ให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ ถ้าเป็นโรคที่สามารถทำให้บรรเทาความเจ็บปวด แม้ไม่หายแต่ยังอยู่ได้อีกนาน มีข้อควรระวังก่อนการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในเรื่องความ สมบูรณ์ของหนังสือ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง แนวทางการตราฎกระทรวงการแสดงเจตนาปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวทางในการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่พึงประสงค์ ของผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

6.1 สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

- 1.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 21 – 40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย
- 1.2 ญาติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตาย
- 1.3 แพทย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 21 – 40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าทั้งหมด มีประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความตายทั้งหมด

2. ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแสดงเจตนา

- 2.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ระดับมากเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม ในแนวการร่างกฎกระทรวง ดังนี้

ด้านค่านิยม

- การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง
- การทรมานจากการเจ็บป่วย ควรประเมินแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ
- แพทย์สภาควรเป็นผู้กำหนดค่านิยมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดชีวิต วาระสุดท้าย การทรมานจากการเจ็บป่วย

ด้านคุณสมบัติ

- พยานในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรเป็นทายาทโดยธรรม ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้แสดงเจตนาเท่านั้น
- พยานในการรับรองหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
- การกำหนดให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สีก้าว

ด้านวิธีการแสดงเจตนา

- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล
- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดการตาย เป็นสิทธิส่วนบุคคล
- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลต่อเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล
- การระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและประโยชน์สูงสุดของผู้แสดงเจตนา

ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

- การระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่า การตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ

สาธารณสุข เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ(Endotracheal intubation) การช่วยฟื้นคืนชีวิต (Cardiopulmonary resuscitation) การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation) การให้ยากระตุ้นหัวใจ

- การมีแบบฟอร์มจะช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น
- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะมีผลตามกฎหมายจำเป็นต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ด้านหน้าที่

หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

- การให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์
- การกำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์ล่วงหน้า เช่น มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

หน้าที่ของผู้แสดงเจตนา

- ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและญาติรับทราบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามความต้องการของผู้แสดงเจตนา
- ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วน หรือ ทั้งหมดได้ตลอดเวลา
- การเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในการรับบริการสาธารณสุขผู้แสดงเจตนาจำเป็นต้องแจ้งให้แพทย์และญาติทราบโดยเร็ว

การยกเลิก

- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ

2.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ระดับแตกต่างกัน ในแนวการร่างกฎกระทรวงครั้งนี้
ด้านคำนิยาม

- วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึงผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีการรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ แพทย์เห็นด้วยระดับมากแตกต่างกับผู้ป่วยและญาติที่เห็นด้วยระดับปานกลาง

- วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึงระยะสุดท้ายของโรคมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่สามารถเยียวยาให้พ้นทุกข์ทรมานได้มีผลทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปราศจากการช่วยเหลือเพื่อประคับประคองชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง แพทย์เห็นด้วยระดับปานกลางแตกต่างกับผู้ป่วยและญาติที่เห็นด้วยระดับมาก

- การยืดการตายในวาระสุดท้าย หมายถึง การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติการใด ๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น โดยไม่สามารถกลับคืนมาใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แพทย์เห็นด้วยระดับปานกลาง แตกต่างกับผู้ป่วยและญาติที่เห็นด้วยระดับมาก

ด้านคุณสมบัติ

- ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องมีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ผู้ป่วยและแพทย์เห็นด้วยระดับมากแตกต่างกับญาติเห็นด้วยระดับน้อย

- ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถกระทำได้โดยผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจโดยไม่จำกัดอายุ แพทย์เห็นด้วยระดับน้อยแตกต่าง ผู้ป่วยและญาติเห็นด้วยระดับมาก

ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถกระทำโดยวาจาได้ แต่ต้องมีการบันทึก ลงชื่อรับรองโดยผู้แสดงเจตนาและพยานอย่างน้อย 2 คน ผู้ป่วยเห็นด้วยระดับน้อยแตกต่างจากแพทย์ และญาติเห็นด้วยระดับปานกลาง

ด้านหน้าที่

หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขแพทย์มีหน้าที่ปฏิบัติตาม แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ แพทย์เห็นด้วยระดับปานกลางแตกต่างจาก ผู้ป่วยและญาติเห็นด้วยระดับมาก

- การให้มือฉกรรจ์เฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้ง ญาติเห็นด้วยระดับปานกลางแตกต่างจาก ผู้ป่วยและแพทย์เห็นด้วยระดับมาก

ด้านข้อยกเว้น

- ข้อยกเว้นในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกรณีหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลต่อชีวิตของทารกในครรภ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยระดับปานกลางแตกต่างจาก ญาติและแพทย์เห็นด้วยระดับมาก

2.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ระดับน้อยเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม ในแนวการร่างกฎกระทรวงดังนี้

ด้านคำนินยอม

- การกำหนดให้การทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย

ด้านคุณสมบัติ

- การกำหนดให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

6.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติและแพทย์

คำนินยอม

- การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

- การทรมานจากการเจ็บป่วย ควรประเมินแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ
- ไม่ควรที่จะให้คำนิยาม การทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย
- แพทย์สภาควรเป็นผู้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการสาธารณสุขที่เป็น การยืดชีวิต วาระสุดท้าย การทรมานจากการเจ็บป่วย

คุณสมบัติ

- ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สึกตัว
- พยานในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรเป็นทนาย โดยธรรม ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้แสดงเจตนาเท่านั้น
- พยานในการรับรองหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

วิธีการแสดงเจตนา

- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล
- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดการตาย เป็นสิทธิส่วนบุคคล การพิจารณาต้องให้ความสำคัญกับเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก
- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลต่อเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในภาวะ ทุณขั้ทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล
- การระบุดังบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้ ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและประโยชน์สูงสุดของผู้แสดงเจตนา

แบบหนังสือแสดงเจตนา

- มีการระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) การช่วยฟื้นคืนชีวิต (Cardiopulmonary resuscitation) การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation) การให้ยากระตุ้นหัวใจ เพื่อประโยชน์ต่อแพทย์ในการรักษาให้ตรงตามเจตนาของผู้ป่วย

- ควรมีแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาเพื่อช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น

- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะมีผลตามกฎหมายต้องมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข

- แพทย์มีหน้าที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ

- ให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์

- กำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์ล่วงหน้า เช่น มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

หน้าที่ของผู้แสดงเจตนา

- มีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและญาติรับทราบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามความต้องการของผู้แสดงเจตนา

- สามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วน หรือ ทั้งหมดได้ตลอดเวลา และต้องแจ้งให้แพทย์และญาติทราบโดยเร็ว

การยกเลิก

- หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย มีดังนี้

1. การทราบจากการเจ็บป่วย ต้องพิจารณาหลายมิติแบบองค์รวม ควรรวมความทราบ/เจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ และสังคมเข้าไปด้วย

2. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถือว่าบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย แต่ควรต้องพิจารณาถึงวุฒิภาวะความเข้าใจ ความรู้ในภาวะโรค/การเจ็บป่วย/การกำหนดอายุอาจมีข้อยกเว้น ในผู้เยาว์ อาจให้ร่วมตัดสินใจหรือได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง มีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง ให้พิจารณาถึงหลักเกณฑ์เรื่องอายุ และการร่วมตัดสินใจของญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยเสนอให้ใช้อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการให้สิทธิแสดงเจตนา ร่วมกับการได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม

3. แพทย์ มีข้อเสนอแนะในเรื่องคุณสมบัติพยานว่าไม่ควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์

4. ควรมีแบบฟอร์มในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่การนำมาใช้ต้องผ่านขั้นตอนการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแล้ว แบบฟอร์มจะต้องครอบคลุมความประสงค์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งมีคำอธิบาย เทคโนโลยีการแพทย์มีความก้าวหน้าเร็วควรมีการระบุเพิ่มเติมได้

5. ให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้งแต่สิ่งสำคัญ ควรทำความเข้าใจกับญาติให้ดี

6. ให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ ถ้าเป็นโรคที่สามารถทำให้บรรเทาความเจ็บปวด แม้ไม่หายแต่ยังอยู่ได้อีกนาน

7. ข้อควรระวังก่อนการปฏิบัติตามในเรื่องความสมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเรื่องอายุที่เหมาะสมในการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้เยาว์

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มนักกฎหมายเพื่อความครอบคลุมรอบด้านในการบัญญัติกฎหมาย

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องบทบาทของโรงพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตนาทางการแพทย์ล่วงหน้า เช่น ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

แนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ (MAIN CONCEPTS FOR ISSUING THE MINISTERIAL REGULATION OF THE NATIONAL HEALTH ACT B.E. 2550: ACCORDING TO THE OPINION OF THE PATIENTS, RELATIVES AND PHYSICIANS)

ศิวพร ดีบ้านคลอง 4636785 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมชาติ โตรักษา พ.บ., อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน), สุรชาติ ณ หนองคาย Psy.D.(Management), พีระ ครีกครั้นจิตร วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้แผ่อิทธิพลไปทั่วโลก สถาบันการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดี (อ้างในอนุพันธ์ ดันคิงส์ และคนอื่น ๆ, 2550: 2) ว่าการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม สิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย รวมถึงการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าเพื่อกำหนดการรักษาของตนเอง เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนเพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับทักษะ ความเป็นความตาย เทคโนโลยี คุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิของคน เศรษฐกิจ ความยุติธรรมในสังคม ความเชื่อทางศาสนา จริยธรรมในสังคม ซึ่งยังหาจุดที่แน่นอนในทางกฎหมายโดยชัดเจนไม่ได้ (วันวิสาห์ เสงี่ยมประเสริฐ, 2546: 5) ประเด็นทางกฎหมายที่น่าจะพิจารณาต่อไป คือ ใครจะเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิ หากตอบในทางทฤษฎี คือตัวผู้ป่วยเพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคลนั้น แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ใกล้ตายนั้น ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาได้ เพราะไม่รู้สึกร่างกาย การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์ กับญาติ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากเพราะญาติอาจไม่รู้ว่าความจริงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ

ใกล้ตายแล้ว หรือคิดว่าต้องรักษาพยาบาลให้เต็มที่เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ การตัดสินใจที่สวนทางกับความเป็นจริงเช่นนี้ ทำให้ความหวังดีเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความไม่สงบ จึงนำไปสู่แนวคิดในเรื่องให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า หรือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้บัญญัติการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในมาตรา 12 ดังนี้

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

โดยสิทธินี้จะเกิดขึ้นได้จริงเมื่อมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวัดระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
3. เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล ต่อแนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

บททวนวรรณกรรม

แนวคิด

การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าประกอบด้วย

1. พินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่เขียนลงนามไว้เป็นหลักฐานที่จะอธิบายถึงความต้องการของผู้ป่วย เกี่ยวกับการยืดหรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต

2. การมอบอำนาจให้กับตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย (appointment of a proxy of surrogate) เป็นการมอบอำนาจให้กับตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก และการตัดสินใจนั้นมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวแทนจะมีอำนาจในการตัดสินใจเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเท่านั้น และสามารถยืดหยุ่นได้มากกว่าการทำพินัยกรรมชีวิต เพราะวิธีนี้ไม่ได้จำกัดการใช้เฉพาะในเหตุการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (Margaret & Alvita, 2000; McKEE, 1999; Rice et al., 1997; Robinson, 2001; Thelan et al., 1994 อ้างในนิการีหมีะ นิจินการี, 2547)

การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต อาจอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ (ดุสิต สดาวร, 2550: 411-418)

1. Living will หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับความต้องการและไม่ต้องการการรักษาเฉพาะประเภทเป็นการให้ผู้ป่วยได้เขียนแสดงความต้องการว่าเขาเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษา การผ่าตัด หรือหัตถการต่าง ๆ แม้ว่าจะทำให้ชีวิตสั้นลงก็ตาม

2. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้กับผู้ใดคนหนึ่ง (Durable power of attorney for healthcare) เป็นการให้ผู้ป่วยระบุบุคคล (proxy or surrogate decision maker) ที่ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับด้านการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้บนพื้นฐานของการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

3. บทสนทนา (Conversations) บทสนทนาที่ผู้ป่วยคุยกับญาติพี่น้อง เพื่อนแพทย์ที่ดูแลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต เป็นรูปแบบของ Advance Directives ที่ใช้กันบ่อยที่สุด

4. หนังสือแสดงจุดยืนหรือคุณค่าของตัวผู้ป่วยเอง โดยอาจไม่ได้กล่าวถึงแผนการรักษาจำเพาะที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีความประสงค์ให้กระทำต่อตนเอง (Written Directive)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุจิตรา วงศ์กำแหง (2546) ศึกษาสถานภาพทางกฎหมายของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้บัญญัติรับรองในเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ถึง 3 มาตรา คือ มาตรา 4, 26 และมาตรา 28 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าสูงสุดของรัฐธรรมนูญ การดำเนินการต่างๆ ของรัฐดำเนินไปเพื่อมนุษย์ ดังนั้นรัฐจึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และจะต้องให้ความคุ้มครองปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยจึงมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ พิจารณาตามกฎหมายไทยที่ใช้บังคับอยู่ปัจจุบัน หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ใช่พันธุกรรมจึงไม่ต้องทำตามบทบัญญัติว่าด้วยมรดก หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ใช่เอกเทศสัญญา จึงเป็นนิติกรรมทั่วไป เป็นนิติกรรมที่ไม่มีแบบ ดังนั้นการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า จึงอาจทำโดยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ แต่การแสดงเจตจำนงด้วยวาจา อาจเกิดกรณีโต้แย้งจากญาติของผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่ามีการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นหลักฐานในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีลายมือชื่อของผู้ป่วยและพยานอย่างน้อยสองคน เนื่องจาก บทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังกล่าวยังต้องอาศัยการตีความเพื่อให้เห็นถึงการยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งหากมีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจน ก็จะช่วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการยุติการรักษาผู้ป่วยทั้งแพทย์และญาติเข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วยและไม่ต้องกังวลว่าตนเองอาจต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหรือไม่

วันวิสาห์ เสงี่ยมประเสริฐ (2546) อธิบายความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์เกี่ยวกับการเลือกและปฏิเสธการรักษา รวมถึงการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ กลุ่มละ 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งต้องการการดูแลเพื่อสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สำหรับเอกสารแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วย จะระบุนิคมของการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเลือกบุคคลหนึ่งและระบุชื่อไว้ในเอกสาร เพื่อทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถ

ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ยอมรับและเห็นด้วยกับหลักการของการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2549) ศึกษาสิทธิปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 10 แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ พบว่าหลายประเทศลงความเห็นว่า การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้าไว้ไม่ใช่เรื่องเสียหายและเป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะสามารถเลือกได้ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องชอบธรรมและได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยนำมาเขียนเป็นกฎหมายคุ้มครองแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกา และเสนอแนวทางการจัดทำร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจากการนำหลักการและสาระสำคัญของประเทศต่าง ๆ มาปรับใช้

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ ต่อแนวทางร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ร่วมโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลคู่บ้านโดยใช้แนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 30 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2551 -15 มีนาคม พ.ศ. 2551 ใช้ค่าจำนวนร้อยละ (Percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากร และอธิบายระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางการร่างกฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ใน 7 ด้านได้แก่

1. ด้านนิยาม

แพทยสภาควรเป็นผู้กำหนดค่านิยมที่เกี่ยวข้อง เช่น วาระสุดท้าย การยึดการตาย การทรมานจากการเจ็บป่วย ที่ชัดเจน

2. ด้านคุณสมบัติ

ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้มีความสามารถในการตัดสินใจ พยานควรเป็นทายาทโดยธรรมและไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้แสดงเจตนา จำนวนอย่างน้อย 2 คน

3. ด้านวิธีการแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนามีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล

4. ด้านแบบหนังสือแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนาควรระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ผู้แสดงเจตนาสามารถระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจแทนตนได้

5. ด้านหน้าที่

แพทย์มีหน้าที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ แพทย์มีสิทธิปฏิเสธในกรณีขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ ผู้แสดงเจตนามีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์และญาติรับทราบ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วนหรือทั้งหมดได้ โรงพยาบาลควรส่งเสริมการวางแผนในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขล่วงหน้า

6. ด้านข้อยกเว้น

ข้อยกเว้นในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีหญิงตั้งครรภ์

7. ด้านการยกเลิก

หนังสือแสดงเจตนาตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ค่านิยมของการทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นความทรมานเฉพาะทางด้านร่างกาย การกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์มีสิทธิแสดงเจตนา และการกำหนดให้การแสดงเจตนาสามารถกระทำโดยวาจาได้

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุที่เหมาะสมของบุคคลในการมีสิทธิแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ระหว่างอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือไม่จำกัดอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย มีดังนี้

1. การทราบจากการเจ็บป่วย ต้องพิจารณาหลายมิติแบบองค์รวม ควรรวมความ
ทราบ/ เจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ และสังคมเข้าไปด้วย
2. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ถือว่าบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย แต่ควรต้องพิจารณาถึง
วุฒิภาวะความเข้าใจ ความรู้ในภาวะโรค/การเจ็บป่วย/การกำหนดอายุอาจมีข้อยกเว้น ในผู้เยาว์ อาจ
ให้ร่วมตัดสินใจหรือได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง มีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง ให้พิจารณา
ถึงหลักเกณฑ์เรื่องอายุ และการร่วมตัดสินใจของญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยเสนอให้ใช้อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน
การให้สิทธิแสดงเจตนาาร่วมกับการได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม
3. แพทย์ มีข้อเสนอแนะในเรื่องคุณสมบัติขานว่าไม่ควรเป็นบุคลากรทาง
การแพทย์
4. ควรมีแบบฟอร์มในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่
การนำมาใช้ต้องผ่านขั้นตอนการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแล้ว แบบฟอร์มจะต้องครอบคลุมความ
ประสงค์ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งมีคำอธิบาย การแพทย์มีความก้าวหน้าเร็วควรมีการระบุ
เพิ่มเติมได้
5. ให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการ
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้งแต่สิ่ง
สำคัญ ควรทำความเข้าใจกับญาติให้ดี
6. ให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ
รับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์ ถ้าเป็นโรคที่สามารถทำให้
บรรเทาความเจ็บปวด แม้ไม่หายแต่ยังอยู่ได้อีกนาน 7 ข้อควรระวังก่อนการปฏิบัติตามในเรื่องความ
สมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเรื่องอายุที่เหมาะสมในการใช้สิทธิทำ
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้เยาว์
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มนักกฎหมายเพื่อความครอบคลุมรอบด้านใน
การบัญญัติกฎกระทรวง

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องบทบาทของโรงพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์ล่วงหน้า เช่น ให้ออกแบบผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

MAIN CONCEPTS FOR ISSUING THE MINISTERIAL REGULATION OF THE NATIONAL HEALTH ACT B.E. 2550: ACCORDING TO THE OPINION OF THE PATIENTS, RELATIVES AND PHYSICIANS

SIWAPORN DEEBANKLONG 4636785 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH LAW ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMCHART TORUGSA, Dip. Thai board of Preventive Med., SURACHART NA NONGKHAI, Psy.D.(Management), PEERA KRUGKRUNJIT, M.Sc.(Bios.)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale of the Problem

Medical technology has advance developed worldwide. Medical institutes in USA has attempted to define the “Good Death” (as cited in Anupan Tontiwong & others, 2550: 2) as the death without suffering from avoidable suffers of patients, relatives, and health care providers. Generally, the term of good death should be specified according to patients & relatives’s will based on standard medical treatment regimen, culture, and ethical consideration. Patient’s right to refuse medical treatment at the end of life including the intention to specify his or her own treatment has been complicated because it involved attitude on life and death, medical technology, human value, human right, economy, social norms, religious beliefs, and moral in society which remained legal debatable and could not reach clear legal practice (Wanwisa Sengprasert, 2546: 5) Considerable legal issues is who has legal right on advance directive. Technically, this should be patient due to concerning to his or her own life. However, what we have found in practice, most of patients near end of life were not capable of making decision because of unconsciousness. Therefore the decision on medical treatment plan was based on merely physician and relative’s decision. This decision could contribute serious consequences without knowing the fact that patient was at the end of life stage or deciding full medical support for the sake of good responsibility. Ironically, this misunderstanding could increase patient’s sufferings and finally led to unpleasant death. According to these conflicts, there should be concepts on issuing intention or medical directive in advance.

The National Health Act B.E. 2550 has issued the refusal of medical service at the end of life in section 12 as follows.

Section 12:

A person shall have the right to make a living will in writing to refuse the public health service which is provided merely to prolong his/her terminal stage of life or to make a living will to refuse the service as to cease the severe suffering from illness.

The living will under paragraph one shall be carried out in accordance with the rules and procedure prescribed in the Ministerial Regulation.

An act done by public health personnel in compliance with the living will under paragraph one shall not be held an offence and shall not be liable to any responsibility whatsoever.

By this right, it is effective when there are instructions and methods issued by ministerial regulation of national health on advance directive to refuse medical treatment in order to prolong life at terminal illness or terminate life from suffering illnesses.

Objective

To study the opinions of terminally ill patients, relatives, and physicians to concepts of issuing the ministerial regulation (section 12) of National Health Act B.E. 2550 on advance directive to refuse medical service.

Research Hypothesis

1. To assess the opinions of terminally ill patients, relatives, and physicians to concepts of issuing the ministerial regulation of National Health Act B.E. 2550 on advance directive regarding to refusal of medical service.

2. To compare opinions of terminally ill patients, relatives, and physicians to concepts of issuing the ministerial regulation of National Health Act B.E. 2550 on advance directive regarding to refusal of medical service.

3. To explain descriptive data of sample which has relationship to opinions of terminally ill patients, relatives, and physicians to concepts of issuing the ministerial regulation (section 12) of National Health Act B.E. 2550 on advance directive regarding to refusal of medical service.

Literature Review

Concepts

Related terms which have some similarity found in literature are advance directives, living will, health care proxy and durable power of attorney.

Advance Directives: refers to treatment preferences and the designation of a surrogate decision-maker in the event that a person should become unable to make medical decisions on her or his own behalf. Advance directives generally fall into three categories: living will, power of attorney, and health care proxy.

Living Will: This is a written document that specifies what types of medical treatment are desired should the individual become incapacitated. A living will can be general or very specific. The most common statement is a living will is to the effect that: If I suffer an incurable, irreversible illness, disease, or condition, and my attending physician determines that my condition is terminal, I direct that life-sustaining measures that would serve only to prolong my dying be withheld or discontinued. More specific living wills may include information regarding an individual's desire for such services such as analgesia (pain relief), antibiotics, hydration, feeding, CPR (cardiopulmonary resuscitation) and the use of life-support equipment including ventilators.

Health Care Proxy: This is a legal document in which an individual designates another person to make health care decisions if he or she is rendered incapable of making their wishes known. The health care proxy has, in essence, the same rights to request or refuse treatment that the individual would have if capable of making and communicating decisions.

Durable Power of Attorney: Through this type of advance directive, an individual executes legal document which provide the power of attorney to others in the case of an incapacitating medical condition. The durable power of attorney allows an individual to make bank transactions, sign social security check, apply for disability, or simply write checks to pay the utility bill while an individual is medically incapacitated.

Dusit Satavorn (2550: 411-418) has suggested the future advance directive types in case his or her were unconscious and unable to make his or her own decision as follows:

1. Living will is a written advance directive that specifies what types of medical treatment are desired or undesired. This living will allow patient to write his or her decision to receive or refuse medical treatment, surgery, or procedure even though this decision could lead to his or her own death.

2. Durable power of attorney for healthcare is a written advance directive which provides power of attorney to proxy or surrogate decision maker to make health care decision if he or she is incapable of making their decision based on what is best for patient.

3. Conversations among patient, families, friends, and health care physicians regarding medical treatment plan in case of incapable of making his or her own decision in the future, the type of advance directive which is most frequently used.

Written directive states patient value or standpoints in which written directive may not specify desired treatment for his or her wish to receive.

Related Research

Sujitra Wongkamhang (2546) studied the legal status on advance directive regarding refusal of medical treatment at the end of life in Thailand. The study found legal supports under human dignity stated in 3 acts which are act 4, 26, and 28 of national constitution of kingdom of Thailand B.E.2540. The human dignity hold highest value as written in constitution all aimed for people. Government must aware of human value and dignity and should protect this human dignity. Therefore, patient has a right to make advance directive to refuse medical treatment at the end of life. According to current legal status, this advance directive regarding refusal of medical treatment is not a will. As a result, it does not require legal requirement as making personal will. In addition advance directive is not sole contract but general legal statement. Advance directive can be made by verbal or written documentation.

However, verbal advance directive can cause argument from patient's family who does not believe there is existing verbal advance directive. To eliminate the conflicts and make valid evident support, advance directive need to be prepared in a written document with the signature of patient along with at least 2 witnesses' signatures. This is because legal advance directive required the interpretation and reference to patient wish to refuse medical treatment. Under clear legal statement of this decision, persons who involved in termination of medical treatment would have consensus on patient's right and also feel safe from prosecution both criminal and civil law.

Wanwisa Sengprasert (2546) explained the need of terminally ill cancer patients, relatives, and physicians regarding to desire and refuse medical treatment including advance directive plan. The study conducted focus group in terminally ill cancer patients, relatives, and physicians, 20 persons in each group. The results showed more than half of patients preferred supportive treatment and refused to receive any treatment that might cause suffering. Advance directive stated type of desire or refuse medical treatment in advance. In additions, patients could designate another person in written advance directive to make health care decision for his or her in the future when patient could not make decision on his or her own. Patients, relatives, and physicians accepted and agreed with this purpose of advance directive.

Paisarn Limsatith (2549) studied right to refuse medical treatment under section 10 of national health act B.E. compared with advance directive concepts internationally. The study found many countries supported the concepts of making advance directive on health care decision was a right that everyone could choose. Advance directive on health care decision has been accepted worldwide and has full legal support in many countries such as France, England, Canada, New Zealand, Denmark, and most cities in the USA. As a result, there was suggestion for issuing ministerial regulation regarding to refusal of medical service from concepts and methods adapted to use in Thailand from legal regulation in other countries.

Methodology

This study is a descriptive research surveying opinions of terminally ill patients, relatives, and physician to issuing ministerial regulation, strategy to utilize advance directive for prolonging life at the end of life situation or ending suffering from terminal illness under section 12 of national health act B.E. 2550. Data collected by using questionnaire survey terminal illness patients who participate discharge planning program done by Ramathibodi's nursing department at Ramathibodi hospital. The discharge program promoted continuous care at home tailored to patient's needs and conditions. Subjects were terminal illness patients, relatives, and physician, 30 subjects in each group. Data collection has done from 15 January 2551 –15 March 2551. Data analysis was done using percentage to study population and explain the opinions of studied subjects.

Results

Results from this study showed most of subjects agreed with concepts for issuing ministerial regulation regarding refusal of medical service in 7 aspects as followings.

1. Definition

Medical Council should define clearly on all related definition such as end of life, prolong life, suffering from illnesses.

2. Qualification

Person who wrote living will must be able to make decision at the time of living will was written. Witnesses should be legal descendants who were not beneficiaries to the death of the will maker. At least 2 witnesses were required

3. Advance directive conduct

Advance directive is effective when advance directive owner is in end of life, suffering from terminal illnesses under approval from physician care team.

4. Advance directive document

Advance directive specifies what does not want to be treated. Person can delegate another person to make decision for his or her.

5. Responsibility

Physician is responsible for providing care according to patient's advance directive statement. Although this may be contrary to relative's will. Physician has a right to refuse in case advance directive is against medical standard. Patient is responsible for stating living will to physicians and relatives in advance. The advance directive can be partially revised or totally revised after it was written. Hospital should promote advance directive awareness in refusal medical service among patients.

6. Exception

Exception of advance directive used in pregnant woman.

7. Termination

The advance directive was void if will maker was under threatening, forcing, or deceiving the living will content.

The study found most of subjects disagreed with limited the term of suffering from illnesses subject to only physical. Most of subjects disagreed with age specified to 18 years is eligible for making his or her own advance directive and allow advance directive is done by verbal consent.

Compared opinions among groups of subjects, the study found differences in opinions on deciding appropriate age for person who is eligible for writing advance directive at age of 20 years old or not specified at all.

Recommendations

1. The concept of suffering from illnesses must consider holistically. The suffering term should include suffering/illness from mental and social as well.

2. Person 20 years or older is eligible for writing his or her own advance directive but requiring maturity, understanding in disease/illness. However children under age 20 years old may participate in decision making or consent from parent. There was suggestion from a studies group to consider age and participation from

relative in patient age 15 years or older to have a right to make decision under consent from parent or legal representatives.

3. Physician suggested witnesses should not be health care providers due to conflict of interests.

4. There should be advance directive form refusal of medical service but before using patients should receive information and counselling. The advance directive needs to specify patients will regarding to treatment plan what desire or refuse. In addition, advance directive can be modified up to date medical advancement and technology.

5. There should be organization support to consider and allow physician to practice followed advance directive regarding refusal of medical service to reduce conflicts among physicians and relatives. Therefore, the most important aspect is good communication to have agreement among physicians and patient's families.

6. Physician should have a right to refuse to follow advance directive regarding refusal of medical service in case it against medical standard. Also precaution in chronic illnesses such as chronic pain which is not life threatening and patient may live for years. Therefore there should be caution in completeness of advance directive document.

Recommendations for Further Study

Suggestions from this study are followings.

1. Future study should be done to find an appropriate age of patient who is eligible to write advance directive regarding refusal of medical service. The study should be focus on children and right to have his or her own advance directive.

2. Additional study should be done in lawyers for issuing ministerial regulation on advance directive thoroughly in all legal aspects.

3. Future study should include hospital roles to promote advance directive in health care to patient and family in advance such as giving information on patient's right to receive or refuse medical treatment or documentation regarding patient's living will in patient's chart.

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรุณา คุ่มพร้อม. (2534). การศึกษาความคิดเห็นของผู้นำท้องถิ่น เกี่ยวกับผลกระทบของการท่องเที่ยวที่มีต่อการเพิ่มปัญหาความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนในเขตอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาบัณฑิตสาขาอาชีววิทยาและงานยุติธรรม. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนุดรา อธิธิธรรมวินิจ สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย วราภรณ์ วีระสุนทร. (2539). สิทธิของผู้ป่วยในธรรมชาติของแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาติชาย โทสินธิติ. (2536). ความคิดเห็นของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในการจัดตั้งสถานคาสโนในเขตพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คำเนินการเด่น. (2543). คำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยหรือพินัยกรรมเพื่อชีวิต. ใน: ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ). ทางเลือกของผู้ป่วย. (หน้า 151-155). กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2549). สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

- ธรรมรักษ์ ตระการภาสกุล. (2531). **ความรู้ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่บุคลากรต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสิ่งแวดล้อม**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย (สิ่งแวดล้อม) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุริรัชต์ รอดทิพย์. (2535). **ความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกที่มีต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528**. วิทยาสาตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นรินทร์ วรวิทย์. (2543). **จริยธรรมการตัดสินใจทางมะเร็งวิทยา**. ในวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). **เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม**. (หน้า 348 – 33), กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิกริทธิ์ นิธิกริทธิ์. (2547). **การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). **การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม**. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ประสาน ต่างใจ. (บรรณาธิการ). (2543). **ทางเลือกของผู้ป่วย**. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- ประเวศ วะสี. (2545). **วิถีมุสลิมในศตวรรษที่ 21: สู่พหุมิติใหม่แห่งการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชัย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2549). **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- พงษ์ไพบลีย์ ศิลาธาราเวทย์. (2526). **ความคิดเห็นของประชาชนต่อสวนสาธารณะ: ศึกษากรณีผู้มาใช้สวนสาธารณะในกรุงเทพ**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี พชรประภาส. (2534). **ความคิดเห็นของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม เกี่ยวกับบทบาทในการควบคุมอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต. (อาชญาวิทยาและงานยุติธรรม). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา, 2550; 124(16ก), 19 มีนาคม 2550: 1-18.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2549). **สิทธิปฏิเสธรักษาตามมาตรา 10 แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... : ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ.** สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์. (2527). **ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามธิบดี** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา, 2550: 124(47ก), 24 สิงหาคม 2550: 1-127.

ลดารัตน์ สาภินันท์. (2545). **ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ และการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลักขมิ ชาญเวช. (บรรณาธิการ). (2549). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต = Holistic care for promotion of quality of life.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

วาสนา ทีปะลา. (2537). **ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิตร เกื่อนชื่น. (2541). **ความคิดเห็นของนักรายภาพบำบัดต่อการประกอบวิชาชีพ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2545). **กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต.** วารสารคลินิก, 18(1); 29-32.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546). **กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.

- วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร นิรามยกุล. (2535). ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เทศกิจต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกข (วัยรุ่น-วัยสูงอายุ). (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2522). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ชัยศิริการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2541). วิทยานิพนธ์ชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาน วรพันธ์. (2539). ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยและการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล. วิทยานิพนธ์คณะสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (บรรณาธิการ). (2546). ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สราวุธ รัตนยานนท์. (2546). ความคิดเห็นของผู้ประกอบการที่มีต่อการจัดสภาพแวดล้อมภายใน วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อมบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2521). การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์.
- สิริพร รมนานนท์. (2533). ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินการศูนย์โภชนาการเด็กในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุจิตรา วงศ์กำแหง. (2546). สถานภาพทางกฎหมายของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการ
ปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต.
 คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุชาย สุนทราภา. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: เอช.ที.พี.เพรส.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2545). การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. คลินิกเวช
 ปฏิบัติปริทัศน์, 205(18); 10-14.
- สุทธิศักดิ์ ภัทรมานะวงศ์. (2535). ความรู้ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทรัพยากรธรณีต่อการ
ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติแร่. สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
 มหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อม). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ ภูสุวรรณ. (2541). **ความคิดเห็นของเจ้าพนักงานกรุงเทพมหานครต่อมาตรการทาง
 กฎหมายในการควบคุมอาหารริมบาทวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส อเนก ยมจินดา. (2540). **กฎหมายการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). มาตรา 10 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไม่ใช่เรื่องการขมขาด.
**รายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติการปฏิเสธการ
 รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต**, 53-55.
- โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). (2549). **การตายกับความตาย: มุมมองทางศาสนากับ
 วิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- สำนักงานคณะกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. **รายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข
 สภานิติบัญญัติแห่งชาติการปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต**.
 2550 สำนักงานการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการ
 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ.
- หยุด แสงอุทัย. (2545). (พิมพ์ครั้งที่ 15). **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร:
 พงพลเทรคคิง.
- อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา. (บรรณาธิการ). (2548). **ตายอย่างมีศักดิ์ศรี: มาตรา 10 ร่างพ.ร.บ. สุขภาพ
 แห่งชาติ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- อุทัย หิรัญโต. (2522). **หลักสังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Howe, E. G. (2007). When family members disagree. **J Clin Ethics**, 18(4); 331-339.
- Kemp, C. (1999). **Terminal illness; A guide of nursing care**. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- McKee, R. J. (1999). Clarifying advance directives. **Nursing**, 29(5); 52-53.
- Norlan, M.T., & Bruder, M. (1997). Patient's attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. **Nursing Outlook**, 45(5); 204-208.
- Raymond S. Edge, John Randoll Groves. (2006). **Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice, Third Edition**. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Rice, V. H., Beck, C., & Stevenson, J. S. (1997). Ethical Issues relative to autonomy and personal control in independent and cognitively impaired elders. **Nursing Outlook**, 45(1); 27-34.
- Simon-Lorda, P., Tamayo-Velazquez, M. I., Vazquez-Vicente, A., Duran-Hoyos, A., Pena-Gonzalez, J., & Jimenez-Zurita, P. (2008). Knowledge and Attitudes of Medical Staff in Two Health Districts Concerning Living Wills. **Aten Primaria**, 40(2); 61-66.
- Stein, G. L., (2004). Improving our care at Life's end: Making a difference. **Health & Social Work**, 29(1); 77-79.
- Swisher, K.M. (2000). **Legal issues in the delivery of critical care medicine**. In A. Grenvik, S.W. Ayres, P. R. Holbrook & W.C. Shoemaker (Eds.), Textbook of critical care (4thed, pp. 2097-2105). Philadelphia: W.B. Saunder.
- Valente, S. M. (2001). End of life issues. **Geriatric Nursing**, 22(6); 294-298.
- Van Asselt, D. (2006). Advance directives: prerequisites and usefulness. **Z Gerontol Geriatr**, 39(5); 371-375.
- Williams, L & wilkins. (2007). **End of Life a nurse's guide to compassionate care**. Philadelphia: a Wolters Kluwer business.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก



No. MU 2007-276

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

Title of Project: Guideline for Advance Medical Directive Decree under National Health ACT
B.E. 2550
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator: Miss Siwaporn Deebanklong

Name of Institution: Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman: 
(Professor Dr.Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute: 
(Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval: - 7 DEC 2007

Date of Expiration: - 8 DEC 2008



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

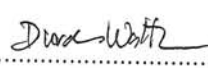
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2007/473

Title of Project	Guideline for Advance Medical Directive Decree Under National Health Act B.E. 2550
Protocol Number	ID 11-50-05
Principal Investigator	Miss. Siwaporn Deebanklong
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects	 Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.
Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects	 Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.
Date of Approval	November 16, 2007

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็น

เรื่อง

แนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติและแพทย์

คำชี้แจง แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จำนวน 30 ข้อ

กรุณาตอบแบบสอบถามที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดกับ คำตอบที่ได้
จากแบบสอบถาม จะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามชุดนี้

แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์การแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรคเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีการรักษาให้
 หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ ☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย
5. ในกรณีญาติ กรุณาระบุความสัมพันธ์ ☐ 1. คู่สมรส, ผู้สืบสันดาน ☐ 2. บิดามารดา
☐ 3. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
☐ 4. พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
☐ 5. ปู่ ย่า ตา ยาย ☐ 6. ลูก ป้า น้า อา

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจง โปรดประเมินความคิดเห็นของท่านต่อข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ดังต่อไปนี้ แล้วกรุณาเติม
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. จากความหมายของวาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรคเป็นความ
 เจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใด ๆ ท่านเห็นด้วยกับความหมายนี้ในระดับใด
☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
 โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

.....

.....

2. วาระสุดท้ายในชีวิต หมายถึง ระยะสุดท้ายของโรค มีอาการทุกข์ทรมานจากโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่สามารถเยียวยาให้พ้นทุกข์ทรมานได้ มีผลทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปราศจากการช่วยเหลือเพื่อประคับประคองชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ท่านเห็นด้วยกับความหมายนี้ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

3. การยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติการใด ๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น โดยไม่สามารถกลับคืนมาใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ท่านเห็นด้วยกับความหมายนี้ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

4. การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ท่านเห็นด้วยกับความหมายนี้ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

5. การทรมานจากการเจ็บป่วย ควรประเมินแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

6. การที่จะกำหนดให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

7. การที่จะกำหนดให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

8. ควรที่จะกำหนดให้การใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้นสามารถกระทำได้โดยผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจโดยไม่จำกัดอายุ ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

9. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลนำมาใช้เมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

10. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดการตาย เป็นสิทธิส่วนบุคคล

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

11. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีผลต่อเมื่อผู้แสดงเจตนาอยู่ในภาวะทุพภิกขภัยจากการเจ็บป่วย โดยการรับรองของคณะแพทย์ผู้ดูแล

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

12. ควรที่จะกำหนดให้คำจำกัดความทางกฎหมาย ว่าการทรมาณจากการเจ็บป่วย เป็นการทรมาณเฉพาะทางด้านร่างกาย ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

13. ควรที่จะกำหนดให้มีการระบุสิ่งที่ไม่ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยแม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะทำให้ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติของโรค ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) การช่วยฟื้นคืนชีวิต (Cardiopulmonary resuscitation) การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation) การให้ยากระตุ้นหัวใจ เพื่อประโยชน์ต่อแพทย์ในการรักษาให้ตรงตามเจตนาของผู้ป่วย

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

14. การมีแบบฟอร์มจะช่วยให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกระทำได้อย่างสะดวกมากขึ้น

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

15. ควรกำหนดให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถกระทำโดยวาจาได้ แต่ต้องมีการบันทึก ลงชื่อรับรองโดยผู้แสดงเจตนาและพยานอย่างน้อย 2 คน

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

16. พยานในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรเป็นทายาทโดยธรรม ได้แก่ คู่สมรส ผู้สืบสันดาน บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ของผู้แสดงเจตนาเท่านั้น

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

17. คุณสมบัติของพยานในการรับรองหนังสือแสดงเจตนาต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการเสียชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

18. การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะมีผลตามกฎหมายจำเป็นต้องมีพยาน
รับรองอย่างน้อย 2 คน

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

19. ในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขแพทย์มีหน้าที่
ปฏิบัติตาม แม้จะขัดกับความประสงค์ของญาติ

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

20. ควรกำหนดให้สิทธิแพทย์ในการปฏิเสธการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ
บริการสาธารณสุข ในกรณีที่ขัดกับมาตรฐานวิชาการทางการแพทย์

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

21. ควรกำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งเสริมการวางแผนแสดงเจตจำนงทางการแพทย์
ล่วงหน้า เช่น มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และ
บันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

22. ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรมีหน้าที่แจ้งความประสงค์ของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาและญาติรับทราบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามความต้องการของผู้แสดงเจตนา
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

23. ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์บางส่วนหรือ ทั้งหมดได้ตลอดเวลา ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

24. ควรกำหนดให้การเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในการรับบริการสาธารณสุขผู้แสดงเจตนาจำเป็นต้องแจ้งให้แพทย์และญาติทราบโดยเร็ว ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

25. ควรมีข้อยกเว้นในการปฏิบัติตามการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในกรณีหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลต่อชีวิตของทารกในครรภ์
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

26. แพทย์สภาควรเป็นผู้กำหนดค่านิยมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการสาธารณสุขที่เป็นการยืดชีวิตวาระสุดท้าย การทรมานจากการเจ็บป่วย ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด
- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....

.....

27. ควรกำหนดให้มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่พิจารณาและให้อนุญาตแพทย์ กระทำตามการแสดง
เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในกรณีมีความคิดเห็นขัดแย้ง
☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

28. ควรให้สิทธิผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขสามารถระบุตัวบุคคลที่ตัดสินใจ
แทนตนได้ ในกรณีที่ผู้แสดงเจตนาไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการ
ตัดสินใจนั้นต้องอยู่บนความต้องการและประโยชน์สูงสุดของผู้แสดงเจตนา
☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

29. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรตกเป็นโมฆะเมื่อผู้แสดงเจตนา
ถูกข่มขู่ บังคับ หลอกลวง ให้สำคัญผิดในสาระสำคัญ ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด
☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
โปรดแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

.....
.....

30. ควรกำหนดให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต้องเป็นผู้มี
ความสามารถในการตัดสินใจไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่รู้สีก้าว ท่านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามชุดนี้

เปรียบเทียบแนวทางการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาจากผลการศึกษาของทั้ง 3 ท่านได้ดังนี้

แนวทาง	ไพศาล	วันวิสาห์	สุจิตรา
คำนิยาม	ควรกำหนดคำนิยาม หรือ ความหมายของ ถ้อยคำที่สำคัญ	ควรมีคำจำกัดความ ต่าง ๆ ชัดเจน	ควรมีคำนิยามที่ชัดเจน
	โดยแพทยสภา	โดยแพทยสภา	ควรให้แพทยสภาเป็น ผู้มีหน้าที่กำหนดคำ นิยาม
คุณสมบัติ			
ผู้แสดงเจตนา	อายุ 20 ปี บริบูรณ์		บรรลุนิติภาวะ
	มีความสามารถในการ ตัดสินใจ	สติสัมปชัญญะ สมบูรณ์	ไม่มีปัญหาทางจิต
	อยู่ในระยะสุดท้ายของ ชีวิต	ควรเป็นระยะสุดท้าย	
พยาน			
	ควรประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว	ควรมีพยาน	
	มิใช่ผู้รับผลประโยชน์ ตามกรรมธรรม์ประกัน ชีวิตหรือกองทุน สำรองเลี้ยงชีพ	ไม่จำเป็นต้องเป็นญาติ สายตรง	เป็นญาติหรือผู้ที่ผู้ป่วย เลือก
	ไม่มีส่วนได้เสียตาม พินัยกรรมหรือ ทรัพย์สินในกองมรดก ยกเว้นญาติที่มี ความสัมพันธ์ทาง สายเลือด		ไม่มีส่วนได้เสีย เป็นแพทย์หรือผู้ ประกอบวิชาชีพ
	พยาน 2 คน		อย่างน้อย 2 คน

แนวทาง	ไพศาล	วันวิสาห์	สุจิตรา
วิธีการแสดงเจตนา			
	ทำเป็นหนังสือ		ควรทำเป็นหนังสือ
	แสดงเจตจำนงด้วยวาจา		
แบบหนังสือแสดงเจตนา			
	ควรมีทางเลือก เช่น คำสั่ง no CPR	มีรายละเอียด การ รักษาแบบใดที่ ต้องการ ไม่ ต้องการ	สิ่งที่ต้องการและไม่ ต้องการให้แพทย์ ปฏิบัติ
	ควรมีตัวอย่างแบบฟอร์ม		ควรมีแบบร่างหนังสือ แสดงเจตนาล่วงหน้า
หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข			
	แจ้งสิทธิต่าง ๆ		
	ให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ จำเป็น		
	บันทึกข้อมูลในเวช ระเบียน		
	ปฏิบัติตามความประสงค์ ของผู้ป่วย		
	ในกรณีต้องตีความ ต้อง ขอคำปรึกษาจากแพทย์ ท่านอื่น หรือ คณะกรรมการ		
ข้อยกเว้น			
	กรณีผู้ป่วยกำลังตั้งครรรภ์		
การยกเลิก			
	เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา		สามารถยกเลิกได้ ตลอดเวลา
	ทำโดยหนังสือหรือวาจาก็ได้		

ภาคผนวก ก

โครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม/ระยะสุดท้าย มักมีปัญหาย่างยากซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงปัญหาทางครอบครัว เศรษฐกิจ และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการเผชิญสถานะการสูญเสีย ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีแผนการรักษาใด ๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคองจนถึงระยะสุดท้าย แนวทางการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดย มุ่งเน้นลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย เตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้เข้มแข็ง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ร่วมมือในการรักษาพยาบาลและเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าสูงสุดและเตรียมความพร้อมเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง

เนื่องจากโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงจำนวนผู้ป่วยจำกัดไม่สามารถรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้กลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้รับบริการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีการเตรียมความพร้อมเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจากหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้านจากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ (Extended Care Unit, Nursing Department) จึงจัดทำโครงการดังกล่าว พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้แนวทาง “จัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case Management)” มีการประสานงานกับทีมแพทย์หลายภาควิชา เช่น ทีมแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine Department) ทีมแพทย์ภาควิชาศัลยกรรม และทีมแพทย์คลินิกกระดูก ปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแบบองค์รวม ต่อเนื่องครบวงจรและคุ้มค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อ

1. พัฒนาระบบวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแบบองค์รวมมีความต่อเนื่องและเป็นทีมสหสาขา
3. มุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

4. สนับสนุนผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว

- ได้รับความรู้ผลวินิจฉัยและพยากรณ์โรค
- มีส่วนร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล ตัดสินใจเลือกแนวการรักษาพยาบาล
- พัฒนาศักยภาพดูแลตนเองให้เหมาะสม/ปลอดภัยทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและบ้าน
- เสริมสร้างสุขภาวะองค์รวม พลังอำนาจ และกำลังใจ ให้สามารถเผชิญสภาพเจ็บป่วย ปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่ได้ดีและเตรียมความพร้อมเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง
- เรียนรู้ “ความตาย” เป็นขบวนการปกติของธรรมชาติ เป็นสัจธรรมทุกชีวิตต้องสัมผัส ไม่ควรพยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ

5. สนับสนุนผู้ป่วยให้มีโอกาสได้เตรียมทำพินัยกรรมชีวิต

กลุ่มรับผิดชอบ ทีมพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยศัลยกรรมที่บ้าน หน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

งานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ผู้ดูแล/ครอบครัวทั้งที่อยู่ในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด

การดำเนินงาน

1. พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย และดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยประสานงานกับทีมแพทย์ต่าง ๆ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. จัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง
4. ผลิตสื่อการสอน ได้แก่ แผ่นพับ คู่มือ และบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นต้น
5. ส่งเสริมและผลักดันให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6. แสวงหาความรู้และพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
7. ศึกษาประเมินผลและสรุปบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ๆ อย่างต่อเนื่อง
8. ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประโยชน์ที่ได้

เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แนวทาง case management ที่มีจุดเด่นในด้านการประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหายากซับซ้อนได้ตามแผน นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ดูแลอยู่อย่างสง่า และตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวในบริการที่ได้รับ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางสาวศิวพร ดีบ้านคลอง

วัน เดือน ปีเกิด

2 มีนาคม 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, พ.ศ.2539

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะนิติศาสตร์, พ.ศ.2543

นิติศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2551

สถานที่ทำงาน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง

พยาบาล 6