



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต  
กรณีศึกษาผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม  
ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)

จัดทำโดย นางสาวอภิรชญา ชัยติกุล  
รหัส 9826

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 98  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2566  
ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



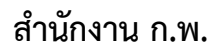
## รายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study)

เรื่อง แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยปณัยกรรมชีวิต  
กรณีศึกษาผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ  
บ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)

จัดทำโดย นางสาวอภิรชญา ชัยติกุล  
รหัส 9826

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 98  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2566

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



ลงชื่อ นางสาวสุชาดา ไทยบรรเทา  
อาจารย์ที่ปรึกษา

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กรมกิจการผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ ค้ำครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 ได้อนุมัติแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยแผนปฏิบัติการระยะเร่งด่วนใน 5 ปีแรก (พ.ศ. 2566-2570) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ซึ่งมีแนวปฏิบัติพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ในชุมชน โดยจัดให้มีระบบการดูแลพิทักษ์สิทธิรวมถึงการดูแลให้เป็นไปตามเจตจำนงที่ระบุไว้ล่วงหน้าของผู้สูงอายุ (Living Will)

ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดประเด็นการศึกษา “แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต กรณีศึกษาผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)” เพื่อมุ่งพัฒนาให้สอดคล้องและตอบโจทย์แผนปฏิบัติการผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2570) ของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลให้เป็นไปตามเจตจำนงที่ระบุไว้ล่วงหน้าของผู้สูงอายุ (Living Will) ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ จะช่วยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต รวมทั้งครอบครัวไม่ต้องทุกข์ทรมานใจจากการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว และลดการรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมถึงการช่วยภาระลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศ แต่พบว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติ **ประการแรก** คือ ประชาชน บุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ยังไม่ทราบว่ากฎหมายนี้รับรองสิทธิของประชาชนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพื่อปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นและขอตายธรรมชาติ **ประการที่สอง** คือ คนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากฎหมายส่งเสริมอนุญาตให้มีการการุณยฆาต หรือให้แพทย์กระทำการใด ๆ เพื่อให้ตายเร็วขึ้น **ประการที่สาม** คือ พินัยกรรมชีวิตมักถูกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิต และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น แต่พินัยกรรมชีวิตยังมีประโยชน์สำหรับคนกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มทางสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่มากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเข้าใกล้ความสูญเสีย แต่ประชาชนที่ตระหนักและตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด จึงอาจถูกละเลยในเรื่องการให้ความรู้ และสนับสนุนในการทำพินัยกรรมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะดี ซึ่งหากในอนาคตข้างหน้าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ป่วยหนักหรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น สมอเสื่อม มีความบกพร่อง ทางสติปัญญา ไม่สามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามที่ต้องการหรือได้รับการดูแลที่สวนทางกับความต้องการ **ประการที่สี่** คือ ทศนคติ วัฒนธรรม ความเชื่อบริบทสังคมแวดล้อมรอบตัวประชาชน ซึ่งถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่สมควรจะพูดถึง ไม่เป็นมงคล **ประการที่ห้า** คือ ความกตัญญู ต้องทุ่มเทเงินทองเพื่อยื้อชีวิตดูแลบุพการีให้มีชีวิตที่นานที่สุด ซึ่งไม่อาจฟื้นคืนได้ รวมทั้งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดคิดและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใด

รายงานการศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะแนวทางการขับเคลื่อนการทำพินัยกรรมชีวิต โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ **1) ระดับบุคคล** เน้นการจัดการส่วนบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุ ประชาชน โดยสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต และควรตัดสินใจทำ

ในระหว่างที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ **2) ระดับระหว่างบุคคล** เน้นการสื่อสารเชิงบวกระหว่างผู้แสดงเจตนา กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดข้อขัดแย้งที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจในกลุ่มญาติที่จะมีขึ้นในอนาคตในการ เลือกรักษา **3) ระดับชุมชน** เน้นการจัดการในส่วนชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม สร้างความเข้มแข็ง ให้กับเครือข่ายในระดับตำบล/ชุมชน ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ทักษะในการปรับเปลี่ยนอคติด้านลบของประชาชนที่มีต่อพินัยกรรมชีวิตมาเป็นด้านบวก และสามารถถ่ายทอด วิธีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาให้แก่ แกนนำชุมชน แกนนำ อสม. แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัว และบุคลากรสุขภาพทุกระดับ เพื่อนำไปถ่ายทอดแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ของผู้สูงอายุ ประชาชนในพื้นที่ โดยอาจใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

**4) ระดับหน่วยงาน/องค์กร** การปรับปรุงแนวทางการทำงานภายในของหน่วยงาน/องค์กร โดยการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร (training) ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เน้นในกลุ่ม gatekeeper เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ทักษะ ในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และนำไปประชาสัมพันธ์ให้กับผู้รับบริการในสถานรองรับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุพิการ ที่อยู่ในความดูแลของสถานรองรับของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

**5) ระดับสังคม** เน้นการจัดการในเชิงนโยบายจากทุกระดับในสังคม โดยบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านพินัยกรรมชีวิต การเสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย หรือออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ เพื่อกำหนดลำดับญาติใกล้ชิดเป็นผู้มีอำนาจ ให้ความยินยอมแทน ในขณะที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมเองได้ เพื่อมิให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการตระหนักรู้ให้แก่สังคมเกี่ยวกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาเรื่อง แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต กรณีศึกษา ผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม (นบส.1) รุ่นที่ 98 ประจำปี 2566 ของวิทยาลัย บริหาร สถาบันข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. ในการอบรมครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณอาจารย์ปัทมา เจริญวิเศษสุกุล อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม GP8 ที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ตั้งแต่การกำหนดขอบเขต หัวข้อการศึกษา รูปแบบของเนื้อหา ข้อคิดเห็นต่าง ๆ เปิดมุมมองของผู้ศึกษาให้กว้างขึ้นในเชิงยุทธศาสตร์ และนโยบาย รวมทั้งมีมุมมองที่รอบด้าน ทำให้รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณอาจารย์ระรินทิพย์ ศิโรรัตน์ และอาจารย์สุชาดา ไทยบรรเทา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น วิพากษ์ และชี้แนะปรับปรุงการจัดทำรายงานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนด

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนางสาวแรมรุ้ง วรวัธ อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ และผู้บริหารทุกท่าน ที่ได้สนับสนุนให้ผู้ศึกษาเข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีประโยชน์สำหรับข้าราชการในการ พัฒนาตนเองเพื่อเป็นผู้บริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนา ข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. ที่ได้ดำเนินการจัดการฝึกอบรม อำนวยความสะดวกให้กับผู้เข้ารับการ อบรม สามารถบรรลุเป้าหมายในครั้งนี้

อภิรัชญา ชัยติกุล

สิงหาคม 2566

## สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	1
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	6
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	9
2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	10
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	10
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	12
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	24
3. แผนพัฒนาตนเอง	26
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	26
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	26
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	27
บรรณานุกรม	44
ภาคผนวก	45
- กฎกระทรวง	46
- หนังสือแสดงเจตนา	50
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	51

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุทำพินัยกรรมชีวิต ยังไม่ทำ และทำพินัยกรรมชีวิตไม่ได้	17
ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่ทราบหรือไม่ทราบว่ามียุติบัตรทำหนังสือแสดงเจตนา	17
ตารางที่ 3 ผลการประเมินทักษะของนักบริหารระดับสูง	26



## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของแผนระดับ 1 แผนระดับ 2 และแผนระดับ 3	4
ภาพที่ 2 แบบจำลองนิเวศวิทยาการขับเคลื่อนการทำพินัยกรรมชีวิต	23

# 1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

### 2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา

เรื่อง แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต กรณีศึกษาผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)

#### นิยามศัพท์

**พินัยกรรมชีวิต (Living Will)** หมายถึง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อการตายในวาระสุดท้ายของตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

**บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย** หมายถึง วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ป่วยหนังสือแสดงเจตนา

**วาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง

**การทรมานจากการเจ็บป่วย** หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางกาย ทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

#### 2.1.1 สภาพปัญหา ความท้าทายหรือความจำเป็นในการดำเนินการแก้ไขหรือพัฒนา

ประเทศไทยได้มีการประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ซึ่งเป็นการกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดจากอุปกรณ์ฟุ้งซึ้ง การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นการปรับกระบวนการทัศน์ต่อการจัดการชีวิต จัดระบบการดูแลอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา และที่สำคัญคือญาติพี่น้องจะได้รับรู้ว่าเราต้องการให้เขาช่วยเหลืออย่างไรามที่เราอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ ลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ระยะเวลาสุดท้ายอยู่กับญาติในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ แต่กฎหมายนี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทยมากนัก มีประชาชนที่ตระหนักและตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี ยังมีค่อนข้างจำกัด ทศนคติความเชื่อบริบททางสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่กล้าหยิบยกประเด็นความตายมาพูดคุยกัน มองว่าเป็นเรื่องอัปมงคล และการถูกแทรกแซงจากญาติล้วนเป็นอุปสรรคที่ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยทำพินัยกรรมชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยอื่น ๆ รวมถึงผู้สูงอายุทั่วไปอาจถูกละเลยในเรื่องการให้ความรู้และสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งหากในอนาคตข้างหน้าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ป่วยหนักหรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น สมองเสื่อม มีความบกพร่อง ทางสติปัญญา ไม่สามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้แล้ว ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่ต้องการหรือได้รับการดูแลที่สวนทางกับความต้องการของผู้สูงอายุ

### 2.1.2 สภาพปัญหาที่ผ่านมา แนวโน้มของปัญหาในอนาคต และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ประเทศไทยประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น คาดว่าในปี 2583 จะมีประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 3.9 ล้านคน หรือคาดว่าภายใน 20 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด และลักษณะของความเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งและสมองเสื่อม เป็นต้น ทำให้มีความพิการและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับปัจจุบันเทคโนโลยี และวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตรยาวนานขึ้น แต่บางรายอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ไม่สามารถยืดความตายออกไปได้ ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ แต่กลับสร้างความทุกข์ทรมาน ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย แต่รวมถึงครอบครัวและญาติจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัวไปด้วย รวมทั้งการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตของชาวอเมริกันมีมูลค่าประมาณ 70-80 % ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชาวอเมริกันทั่วประเทศ นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในกระบวนการยืดการตาย (ยืดชีวิต) ของคนอเมริกันเพียงไม่กี่คนไปอีก 6 เดือน มีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนอเมริกันอื่นๆทั่วทั้งประเทศหลายเท่าตัว ส่วนค่าใช้จ่ายของประเทศไทยพบว่าหลายครอบครัวเจอปัญหาล้ำยกัน พบความสูญเสียเงินทอง ทรัพย์สิน โรคซึมเศร้า บุตรหลานคนยึดถือหลักธรรมเนียมค่านิยมของสังคมของการเป็นบุตรกตัญญู ต้องการให้ผู้เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุดไม่ว่าคุณภาพชีวิตจะเป็นอย่างไร บางคนต้องทุ่มเทเงินทองเพื่อยื้อชีวิตบุพการีจนถึงวินาทีสุดท้าย ตัวเลขที่สูงที่ต้องยอมจ่ายระยะเวลา 4 ปี เสียเงินไป 10 ล้านบาท หรือกรณีเมื่อ 20 ปีที่แล้วมีผู้ป่วยด้านสมองพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีโอกาสหายเพียง 3% และในที่สุดผู้ป่วยก็เสียชีวิต โดยมีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเกือบ 400,000 บาท ประเด็นสำคัญอยู่ที่เมื่อประชาชนมีภาวะการเจ็บป่วยดำเนินมาสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาดูแลรักษาแบบประคับประคองได้ ตลอดจนการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อให้ทีมการรักษาได้รับทราบเจตนาและให้การดูแลรักษาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ แต่จากผลการศึกษา เรื่อง การศึกษาแนวคิดการสร้างรับรู้และการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) ของนักศึกษาศาสนาพระปกเกล้า หลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงการบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชน รุ่นที่ 20 จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1,647 คน มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี ร้อยละ 32.6 รองลงมาคืออายุ 40-50 ปี ร้อยละ 26 และอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 85.3 พบว่าหากเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายไม่ต้องการให้แพทย์ยืดชีวิต และร้อยละ 66.3 ไม่ทราบว่าประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งหากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่ให้การรับรองสิทธิในการวางแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิตได้ และไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิต จะทำให้ประชาชนไม่ได้รับการดูแลรักษาตามความต้องการของตนเอง รวมทั้งการที่คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่จะได้รับ อาจส่งผลให้ครอบครัวมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดคิด และเป็นการเบียดเบียนประโยชน์ที่ผู้ป่วยอื่นๆ และสังคม ควรจะได้รับอีกด้วย

### 2.1.3 ความจำเป็นในการแก้ไขปัญห

1) การทำพินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือแสดงเจตนาเป็นการคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง...” และมาตรา 28 “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย...”

2) การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นเรื่องสำคัญที่ควรตัดสินใจในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวางแผนรักษา ซึ่งหากผู้ทำหนังสือไม่ได้สติ หรือโรคทางสมองที่ไม่สามารถสื่อสารในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ การตัดสินใจดังกล่าวจะตกอยู่กับกับคนในครอบครัวที่ต้องประหวั่นพรั่นพรึงหาทางออก โดยปัญหาที่เกิดขึ้น คือความเห็นที่ไม่ตรงกัน 100% ของคนในครอบครัว ดังนั้น ควรทำในขณะที่ยังมีสติ เพื่อที่แพทย์จะได้ดูแลจัดการให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้แสดงเจตนา

3) แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) โดยแผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยในช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ. 2566 – 2570) มาตรการพัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่) โดยให้มีระบบการดูแลพิทักษ์สิทธิรวมถึงการดูแลรักษาให้เป็นไปตามเจตจำนงที่ระบุไว้ล่วงหน้าของผู้สูงอายุ (Living Will) ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบหลัก 2 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

## 2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

### 2.2.1 หลักการ แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบหรือแนวทางในการจัดทำข้อเสนอ

ผู้ศึกษาได้ศึกษาและค้นคว้า หลักการ แนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบการพิจารณาแนวทางในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต ดังนี้

#### (1) แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าถึงขนาดที่จะดำรงชีวิตมนุษย์จากภาวะการตายตามธรรมชาติได้ แต่ผู้ป่วยที่ถูกยื้อชีวิตนั้นกลับไม่อาจมาใช้ชีวิตตามปกติ อีกทั้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีชีวิตอยู่ได้โดยอาศัยเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ อันเป็นสิ่งที่ทำให้สภาพความเป็นมนุษย์ลดน้อยถอยลง ซึ่งเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์และทำลายศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Human dignity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิมนุษยชนอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ มนุษย์ในฐานะประธานแห่งสิทธิ จึงควรมีสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง สามารถที่จะตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเอง (autonomy)ว่าจะอนุญาตให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อร่างกายตนอย่างไร รวมถึงการเลือกด้วยตนเองว่าจะใช้สิทธิที่จะตาย หรือสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในชีวิตร่างกาย สิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง สิทธิในความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิทธิตามแนวคิดของสิทธิธรรมชาติที่มีมาแต่ดั้งเดิม อันถือว่าเป็นสิทธิที่ติดตัวกับความเป็นมนุษย์ไม่ได้เป็นสิทธิที่เกิดจากรัฐบัญญัติหรือกำหนดขึ้นแต่อย่างใด นอกจากนี้สิทธิดังกล่าวยังได้รับการรับรองในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งบัญญัติรับรองการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีอิสระและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในข้อ 1 “มนุษย์ทั้งปวงเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ...” รวมถึงกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองได้บัญญัติรับรองสิทธิในการกำหนด

ตนเอง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิในความเป็นส่วนตัว ในภาค 1 (1) บัญญัติว่า “บุคคลทั้งหลายที่ถูกกลั่นแกล้งหรือทารุณกรรมต้องได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม และได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมถึงในข้อ 17 กำหนดถึงสิทธิของบุคคลที่จะไม่ถูกสอดแทรกในความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ยังได้รับรองจากแพทยสมาคมโลก (World Medical Association) ซึ่งให้การรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ในปฏิญญาลิสบอน (World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of The Patient) ค.ศ. 1981 แก้ไขเพิ่มเติมใน ค.ศ. 2005 ทั้งนี้ สิทธิปฏิเสธการรักษาระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยตามข้อ 3 (b) ว่าด้วยสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเองที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์มีสิทธิในการให้หรือถอนความยินยอมในวินิจฉัยโรคและการรักษาทุกกระบวนการ โดยผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ ผู้ป่วยต้องเข้าใจชัดเจนในจุดประสงค์การรักษา ผลของการรักษา และผลที่จะเกิดขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยถอนหรือปฏิเสธการรักษา และข้อ 10 “ศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นส่วนตัว ต้องได้รับความเคารพตลอดเวลาในการรักษา โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและคุณค่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานตามสถานการณ์ความรู้ในปัจจุบัน และมีสิทธิได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือทุกวิถีทางเพื่อให้เสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบเท่าที่จะเป็นไปได้ จึงเป็นความมุ่งหมายให้ผู้ป่วยตายดีคือ ไม่ถูกเทคโนโลยีทางการแพทย์ใด ๆ ที่เกินจำเป็นและไม่สมควรมายืดการตายไว้

## (2) แนวคิด Living Will ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำการนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มิได้มีมิติในเรื่องสิทธิเพียงอย่างเดียว หากยังเป็นเรื่องของบททบทวนและใคร่ครวญถึงชีวิตที่ผ่านมาว่ามีสิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ ซึ่งอาจทำให้ตายไม่สงบหรือไม่ ในความหมายอย่างกว้าง หนังสือแสดงเจตนาฯ จึงอาจเป็นการช่วยให้เราสามารถปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ ทั้งในแง่ความสัมพันธ์ ทรัพย์สิน การงาน รวมถึงการรักษาพยาบาล และการจัดการเกี่ยวกับร่างกายของเราในวาระสุดท้ายด้วย แม้ว่ารูปแบบโดยรวมของหนังสือแสดงเจตนาฯ จะเน้นที่การปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต ซึ่งเป็นมิติทางร่างกาย แต่หากผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาจะเข้าใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่ายังมีมิติ อื่นๆ ที่เขาต้องการอยู่ด้วย โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นองค์รวมมากขึ้น ในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังกล่าว กระบวนการจะมีความสำคัญมากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพราะหากเริ่มต้นในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นปกติโดยการเปิดพื้นที่พูดคุยกันในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด เพื่อให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงสิ่งที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ให้คุณค่าและเข้าใจวิธีคิดที่อยู่เบื้องหลังวิธีการทำหนังสือแสดงเจตนา

### การทำหนังสือแสดงเจตนา

1. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรเป็นผู้ที่มีอายุครบ 18 ปี แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยชอบธรรม ผู้ทำหนังสือสามารถให้ผู้อื่นพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาได้ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ทำหนังสือ ดังนี้ 1) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา 2) ชื่อ นามสกุล อายุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ และพยาน 3) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ เช่น การใช้เคมีบำบัด การกู้ชีพ เมื่อหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น 4) รายละเอียดอื่น ๆ เช่น สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา

2. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษาเพื่อเก็บไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

3. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยืนยันให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

### (3) ศาลปกครองสูงสุดเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

ร้อยตำรวจโท ดร.อุทัย อาทิวะ ได้กล่าวไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้มาฟ้องศาลปกครองสูงสุดเพื่อขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงที่ออกตามความในมาตรา 12 วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยในปี 2558 ศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษาในคดีหมายเลขแดงที่ พ 11/2558 ยกฟ้องและเนื้อหาของคำพิพากษาดังกล่าววินิจฉัยว่า กฎกระทรวงตามความในมาตรา 12 วรรคสองนี้ไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกระบวนการออกกฎกระทรวงชอบด้วยกฎหมายทั้งวิธีการและเนื้อหา รวมทั้งดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วยที่ให้อยู่ติการรักษาพยาบาลที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยและไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญา โดยประเด็นในคำพิพากษา คือ ศาลเห็นว่า 1) กระบวนการร่างกฎหมายเป็นไปตามขั้นตอน 2) มีการรับฟังความคิดเห็นจากสภาวิชาชีพและองค์กรต่าง ๆ 3) สอดคล้องตามมาตรา 38 ของรัฐธรรมนูญปี 50 ที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพและประกาศสิทธิผู้ป่วยของแพทยสภา รวมทั้งข้อตกลงระหว่างประเทศของแพทยสมาคมโลก 4) การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลนั้น เป็นการแสดงสิทธิในชีวิตและร่างกาย โดยเป็นการยื่นความประสงค์ไว้ล่วงหน้าเพื่อประกาศให้สาธารณชนทราบ ความประสงค์ของตนว่าจะใช้สิทธิเช่นใด จึงไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีและความสงบเรียบร้อยของประชาชน

### (4) ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 การสื่อสารภายในตัวบุคคล เกิดจากการตระหนักรู้ การให้ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อการเตรียมตัวตาย บุคคลอาจจะรับรู้และแสวงหาข้อมูล ข่าวสารด้วยตนเอง จากคนใกล้ชิด จากข่าว จากการอ่านหนังสือ เว็บไซต์ เกิดความคิดที่จะสื่อสารการเตรียมตัวตาย และอาจถ่ายทอดความคิดนั้นออกมาด้วยการเขียนเป็นพินัยกรรมหรือหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) อัจฉริยะประวัติ หรือหนังสืองานศพที่เตรียมเขียนไว้ล่วงหน้า

ระดับที่ 2 การสื่อสารระหว่างบุคคล จากระดับที่ 1 บุคคลสื่อสารกับผู้ใกล้ชิด คนในครอบครัว บอกว่าตนเองได้จัดทำเอกสารในรูปของพินัยกรรม หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ หรือการบริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย ปัจจุบันมีการจัดทำคลิปเสียง คลิปที่สื่อสารแสดงเจตนา เช่น การบริจาคอวัยวะในกรณีที่สมองตาย

ระดับที่ 3 การสื่อสารในกลุ่มเล็ก ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเรียนรู้ อบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบของเครือข่ายพุทธิกา กระบวนการเรียนรู้ในสถานศึกษาที่สอนเรื่องมรณศึกษา ชีวิตและความตาย การสื่อสารในกลุ่มเล็กนี้มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารในระดับที่ 1 และ 2 กล่าวคือผู้ที่สนใจและเกิดการสื่อสารภายในตนเองและกับคนใกล้ชิดเรื่องความตาย การเตรียมตัวตาย จะเกิดสนใจให้ข้อมูลข่าวสารเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว

ระดับที่ 4 การสื่อสารต่อสาธารณะ การเตรียมตัวตายต่อสาธารณะในรูปแบบการอบรม สัมมนา การจัดบรรยาย การจัดกิจกรรมพิเศษ การสื่อสารต่อสาธารณะลักษณะนี้ มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารในระดับ 1,2 และ 3 กล่าวคือ รูปแบบการเข้าร่วมมีทั้งการบรรยายกลุ่มผู้ฟังขนาดใหญ่ การชมนิทรรศการ ที่สื่อสารกับจิตอาสาระดับบุคคล หรือการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับจิตอาสาหลังการรับประสบการณ์จำลองงานศพ เป็นต้น

ระดับที่ 5 การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และสื่อสังคม สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ มีการนำเสนอเรื่องการเตรียมตัวตาย ในรูปของข่าว การรายงานกิจกรรมที่เกิดขึ้น ข่าวสารออนไลน์อ่านสมาร์โฟนมากกว่าการอ่าน การฟังวิทยุกระจายเสียงสด ข้อดีของสื่อสังคมออนไลน์ต่อการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเรื่องการเตรียมตัวตายคือ คนที่สนใจสามารถสืบค้น อ่าน ฟัง โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ สามารถแชร์ให้เพื่อนในสื่อสังคม และสามารถมีส่วนร่วมด้วยการให้ความเห็น เป็นการสื่อสาร 2 ทาง

หากองค์ประกอบของการสื่อสารดี จะทำให้กลุ่มประชาชนที่มีความรู้ ความเข้าใจ และให้การยอมรับแนวคิดของการเตรียมตัวก่อนตาย โดยการทำปณิกรรมชีวิตมีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมีการเผยแพร่ข้อมูลด้านดีและประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวบุคคลนั้นๆ สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสมาชิกในสังคม กลุ่มประชาชนอื่น ๆ ก็ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และจะหันมาให้ความสนใจในเรื่องของการเตรียมตัวเพื่อทำปณิกรรมชีวิตมากขึ้นต่อไป

### (5) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก กำหนดประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้าย มี 6 ด้าน คือ

1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล เน้นการดูแลเพื่อความสุขสบาย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน แยกแยะระหว่างปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน เป็นการดูแลที่ต้องใส่ใจทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3) ความต่อเนื่องในการดูแล เป็นกระบวนการที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม วิเคราะห์ปัญหาความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ



เมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินผลการดูแลของผู้ป่วย และผู้ดูแลก่อนจำหน่าย รวมทั้งเป็นการติดตามให้การดูแลและช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากการดูแลตลอดช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตตลอดจน ภายหลังเสียชีวิต

4) การดูแลแบบเป็นทีม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นการทำงาน ที่ประสานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแลและให้ ความสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

6) เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เพื่อให้หายจากการรักษา แต่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี คุณภาพชีวิตที่ดี คือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ ก่อให้เกิดปัญหากับสังคม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจน แสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

## 2.2.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) มีภารกิจหน้าที่เป็น ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน โดยรับผู้สูงอายุประสบปัญหาทางสังคม ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีอาชีพและรายได้ พักอาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่มีญาติพี่น้องดูแล หรือมีญาติ พี่น้อง แต่ไม่สามารถให้การดูแลได้ โดยให้การดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ามาในด้านปัจจัยสี่ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้คำปรึกษา การดูแลรักษา สุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุป่วยที่จะเข้าสู่ในระยะสุดท้ายหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษา ให้หายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในกรณีที่มีญาติพี่น้อง มักขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแพทย์กับญาติพี่น้อง ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพี่น้อง การตัดสินใจในการรักษา พยาบาล จึงมักขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแพทย์กับทีมงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) อาจจะสวนทางกับความต้องการของผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) ได้เล็งเห็นการเสริมสร้างสุขระยสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ จึงได้ให้ผู้สูงอายุ แสดงเจตนาล่วงหน้าว่าจะเลือกวิธีการรักษาในระยะสุดท้าย ไม่ทุกขุทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถ จากไปอย่างสงบ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย รวมทั้งมีโอกาสเป็นผู้ตัดสินใจการดูแล รักษาด้วยตัวเอง ตั้งแต่ตอนที่ยังสามารถตัดสินใจ รวมทั้งเป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่จะช่วยสะท้อนความต้องการ ของผู้สูงอายุที่ป่วยไปยังทีมรักษาพยาบาล ถือเป็นการวางแผนการรักษาล่วงหน้า และเพื่อ “ศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์” และ เป็นการรับรอง “สิทธิ” ของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง โดยความร่วมมือ กับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดังนี้

1. อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ขั้นตอน วิธีการทำอย่างถูกต้อง และสามารถนำไป ปฏิบัติได้จริง

2. งานพยาบาลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และชี้ให้เห็นความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต มีการจัดทำสื่อรูปภาพการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต ให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้นึกคิดหรือการสื่อสาร เช่น หูตึง อ่านหนังสือไม่ออก เป็นต้น

3. เมื่อจัดทำพินัยกรรมชีวิตแล้ว งานพยาบาลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) จัดเก็บไว้แฟ้มประวัติผู้สูงอายุ 1 ฉบับ และประสานส่งเอกสารให้โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1 ฉบับ เพื่อดำเนินการสแกนหนังสือฯ ลงในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล หากเกิดกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลฯ สามารถนำมาวางแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่

การทำพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2566 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล จำนวน 124 คน เพศชาย จำนวน 64 คน เพศหญิง จำนวน 60 คน โดยแบ่งตามศักยภาพผู้สูงอายุ กลุ่ม A (ช่วยเหลือตนเองได้มาก) มีจำนวน 54 คน กลุ่ม B (ช่วยเหลือตนเองได้) มี 55 คน กลุ่ม C (ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยหรือไม่ได้เลย) มีจำนวน 15 คน มีผู้สูงอายุที่ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 82.3 ยังไม่ทำจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่เพิ่งเข้ามาใช้บริการในศูนย์ฯ อยู่ในระหว่างการปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุอื่น ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุยังมีญาติที่สามารถติดต่อได้ และทำไม่ได้ จำนวน 12 คน สาเหตุเนื่องจากติดเตียง สมองเสื่อม หูตึง ตาบอด มีปัญหาจิตเวช

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุทำพินัยกรรมชีวิต ยังไม่ทำ และทำไม่ได้

การตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ทำ	102	82.3
ยังไม่ทำ	10	8.1
ทำไม่ได้	12	9.7
รวม	124	100

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่ทำพินัยกรรมชีวิต ทราบหรือไม่ทราบว่าสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยี่ดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทราบ	-	0
ไม่ทราบ	102	100
รวม	102	100

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ (เชียงใหม่) ที่ทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เคยรับทราบว่ามีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยืดยาดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

นับจากที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) ได้ให้ผู้สูงอายุจัดทำพินัยกรรมชีวิตตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน และเมื่อผู้สูงอายุป่วยหนักเฉียบพลัน อาการไม่ค่อยดี หายใจเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำมาก ทีมแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีการใช้พินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุที่สแกนเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาลนำมาวางแผนการรักษาโดยในปี 2563 จำนวน 10 คน ปี 2564 จำนวน 9 คน ปี 2565 จำนวน 20 คน และในปี 2566 ถึงปัจจุบัน จำนวน 19 คน ซึ่งนับว่ามีประโยชน์อย่างมาก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดทำพินัยกรรมชีวิตได้ และป่วยหนัก และไม่มีญาติพี่น้องทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ร่วมกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ (เชียงใหม่) ในการวางแผนการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยดังกล่าว

นอกจากนี้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) ไม่ได้ให้ความสำคัญการจัดทำพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุในมิติทางร่างกายในเรื่องสิทธิเพียงอย่างเดียว แต่หากยังให้ความสำคัญด้านมิติด้านจิตใจด้วยการทำให้ผู้สูงอายุได้บอกความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างไรในวาระสุดท้าย สะท้อนสิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้สามารถปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ ทั้งในแง่ความสัมพันธ์ ทรัพย์สิน และอื่น ๆ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายเป็นองค์รวมมากขึ้น ซึ่งการเปิดพื้นที่พูดคุยสื่อสารกัน เพื่อให้ทุกฝ่ายตระหนักและเห็นคุณค่าถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุบอกความต้องการ แต่เนื่องจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) มีบุคลากรน้อยและมีงบประมาณจำกัด ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุได้ทุกคน

## (2) การศึกษาเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตของประเทศไทย

- โรงพยาบาลรามาริบัติได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 16 คน เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต พบว่า 12 คนใน 16 คน มีแนวคิดที่จะสั่งการไว้ล่วงหน้า แต่มีเพียง 6 รายเท่านั้นที่พร้อมจะทำพินัยกรรมชีวิต โดยส่วนใหญ่ที่ทำเพราะได้เห็นการรักษาหรือผลการรักษาช่วยชีวิตที่ตนไม่ชอบ 4 ราย ซึ่งผลสรุปจากงานวิจัยนี้ พบว่าผู้สูงอายุไทยเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะทำขณะนี้รอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อน เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง ส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และกลัวการทรมานจากหัตถการยืดชีวิตมากกว่า

- งานวิจัย เรื่อง ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์พศิน ภูริโชติ) ประชากรศึกษาคือผู้ป่วยเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลบรบือที่อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ในสภาวะที่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งจากผลงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูงมากถึงร้อยละ 37.1 และอยู่ในระดับปานกลาง 61.4 มีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้นที่มีระดับทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทั้งที่ส่วนใหญ่แล้วไม่เคยรู้จักหรือได้ยินเกี่ยวกับพินัยกรรมมาก่อนเลย มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 8.6 เท่านั้นที่เคยได้ยินหรือรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน และเป็นที่น่าสังเกตว่าใน

กลุ่มตัวอย่างที่เคยรู้จักกิจกรรมชีวิตมาก่อน ถึงแม้ว่าจากการนำมาวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างน้อย แต่สัดส่วนของกลุ่มนี้พบว่าเมื่ออัตราการตัดสินใจที่จะทำกิจกรรมชีวิตมากถึงร้อยละ 100 เลยทีเดียว และจากผลการวิจัยนี้พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง และกิจกรรมชีวิตและระดับทัศนคติต่อกิจกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำกิจกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหากมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเห็นถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมชีวิต ก็จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเขียนกิจกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นมากในอนาคต ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Glick KL และคณะ ที่ได้นำงานวิจัยทั้งหมด 15 มาทบทวนผลเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้อัตราการเขียนหนังสือส่งการรักษาที่ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญต่อการเขียนหนังสือส่งรักษาล่วงหน้า คือ เรื่องการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหนังสือส่งการรักษา ล่วงหน้าและความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวหรือตัวแทน และผู้ให้ข้อมูล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barbana B.ott ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมชีวิตแก่กลุ่มตัวอย่าง สามารถเพิ่มอัตราการเขียนกิจกรรมได้ นอกจากนี้ลักษณะวัฒนธรรมของคนไทย โดยเฉพาะคนในเขตชนบทมีอิทธิพลของญาติหรือคนใกล้ชิดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ซึ่งจะต่างกับวัฒนธรรมของต่างชาติ โดยเฉพาะชาวยุโรป และอเมริกา ที่จะให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิส่วนบุคคลมากกว่า

### (3) การศึกษาเกี่ยวกับหนังสือเจตนาของประเทศไต้หวัน

ในประเด็นผู้มีอำนาจตามกฎหมายไต้หวันในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ได้สติหรือไม่อาจแสดงเจตนาอย่างชัดเจนที่ยังไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ญาติใกล้ชิดอาจลงนามให้ความยินยอมแทนได้ แต่ความยินยอมของญาติใกล้ชิดต้องไม่ขัดแย้งกับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตนาได้ ทั้งนี้ ความยินยอมของญาติใกล้ชิดอาจทำได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ในกรณีที่ไม่มีความเห็นเป็นเอกฉันท์ในหมู่ญาติใกล้ชิด โดยกฎหมายไต้หวันได้กำหนดความสำคัญของญาติใกล้ชิด ดังนี้ 1) คู่สมรส 2) บุตรและหลานที่บรรลุนิติภาวะ 3) บิดามารดา 4) พี่น้อง 5) ปู่ย่าตายาย 6) ทวด เหลน หรือญาติลำดับชั้นที่สามที่ร่วมสายเลือดเดียวกัน 7) ญาติโดยการสมรสโดยตรงในลำดับชั้นแรก โดยหากความยินยอมของญาติใกล้ชิดในลำดับต่ำกว่าขัดกับเจตนาของญาติใกล้ชิดในลำดับสูงกว่า ญาติใกล้ชิดในลำดับสูงกว่าต้องแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการยุติหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต สำหรับผู้ที่ไม่ญาติใกล้ชิดให้ความยินยอม คณะผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเป็นผู้พิจารณา นอกจากนี้มีการบันทึกข้อมูลหนังสือแสดงเจตนาไว้ในบัตรประจำตัวประชาชนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (IC Card) ซึ่งมีขนาดเท่าบัตรประชาชน เมื่อผู้ป่วยเข้าใช้บริการต้องแสดงบัตรดังกล่าวนี้ต่อโรงพยาบาล ข้อมูลทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนา ก็จะถูกรับทราบจากผู้ให้บริการสาธารณสุข

(4) การศึกษาเกี่ยวกับหนังสือเจตนาของสิงคโปร์ โดยให้ประชาชนสามารถทำแผนการรักษา ล่วงหน้าได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ทำโดยที่ยังไม่ต้องจำเป็นต้องป่วย เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อถึงเวลาจะได้รับการดูแลตามแผน 2) ทำแผนการรักษาล่วงหน้าเฉพาะโรค 3) ทำแผนการรักษาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ศึกษาได้นำสรุปถอดบทเรียนการทำกิจกรรมชีวิตของผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการและการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมชีวิตที่มีอยู่ในประเทศไทย และต่างประเทศ มาวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนการขยายผลการทำกิจกรรมชีวิตอย่างยั่งยืน สรุปได้ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกฎหมายรับรอง ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีผลบังคับใช้ได้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554</li> <li>- เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ มนุษย์มีสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเองว่าจะอนุญาตให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อร่างกายตนอย่างไร</li> <li>- การเปิดพื้นที่ให้เกิดการสื่อสารร่วมกันอย่างเปิดเผย ระหว่างผู้สูงอายุ กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงเรื่องชีวิตและความตาย และวางแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งความในใจของผู้สูงอายุหลายคนคิดเรื่องความตายอยู่ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุทำพิธีกรรมชีวิตมากขึ้น</li> <li>- ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัว และทีมแพทย์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการวางแผนรักษา โดยมีพิธีกรรมชีวิตเป็นแนวทางในการตัดสินใจ</li> <li>- ไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยยืดการตายออกไป ซึ่งไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น</li> <li>- ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ในการรักษาที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ฟื้นคืนได้</li> </ul>	<p><b>บุคลากร/ผู้ให้บริการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรของกรมกิจการผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพิธีกรรมชีวิต</li> <li>- บุคลากรกรมกิจการผู้สูงอายุขาดความตระหนักในคุณค่าความต้องการระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุได้</li> <li>- ผู้บริหารกรมกิจการผู้สูงอายุให้ความสำคัญน้อยกับการดูแลด้านจิตใจในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งงบประมาณจำกัด ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนความต้องการ ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในศูนย์ฯ ได้ทุกคน</li> </ul> <p><b>ประชาชน/ผู้รับบริการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้พิธีกรรมชีวิตยังไม่แพร่หลาย ประชาชนจำนวนมากไม่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพิธีกรรมชีวิตมาก่อน ถึงแม้จะมีกฎหมายรองรับแล้วก็ตาม</li> <li>- ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการทำพิธีกรรมชีวิต รอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อนหรือหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง</li> </ul> <p><b>กฎหมาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ได้กำหนดลำดับญาติใกล้ชิดเป็นผู้แสดงเจตนาให้ความยินยอม รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติแสดงเจตนา ใครเป็นผู้ให้ความยินยอม</li> </ul>

โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Treats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อพิธีกรรมชีวิต มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ มีความพร้อมเผชิญความตาย ไม่มีสิ่งค้างคาใจ ซึ่งจะช่วยให้ตัดสินใจทำพิธีกรรมชีวิตมากขึ้น</li> <li>- ผู้สูงอายุเคยเห็นวาระสุดท้ายของผู้อื่น ด้วยการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต กลัวการทรมานจากหัตถการที่ยื้อชีวิต</li> </ul>	<p><b>บุคคล/ผู้รับบริการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการตัดสินใจที่จำกัด เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ สมอ่งเสื่อม พิกการตาบอด ดิดเตียง กลุ่มที่มีภาวะ cognitive impaired โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช (Mental disorders) เช่น โรคจิตเภท ที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้มีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับ</li> </ul>

โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Treats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้แก่ประชาชนเห็นถึงประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิต จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นมาก</li> <li>- การให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพและความเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ จะช่วยให้เกิดการยอมรับในการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น</li> <li>- มีสถาบัน/โรงพยาบาล/รพ.สต. รองรับการทำพินัยกรรมชีวิตทั่วประเทศ ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย</li> <li>- รูปแบบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาต่อการเขียน</li> <li>- การนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบันทึกข้อมูลพินัยกรรมชีวิต ทำให้ประชาชนเข้าถึงกระบวนการติดตามการรักษาได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น</li> </ul>	<p>ความเป็นจริง ฯลฯ อาจส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ/ความต้องการที่ชัดเจนต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งอาจมีผลต่อการบังคับใช้ทางกฎหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความแตกต่างในความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจสร้างความขัดแย้งและความท้าทายในการทำพินัยกรรมชีวิตของแต่ละบุคคล</li> <li>- ทศนคติทางสังคม ความเชื่อทางวัฒนธรรมหรือศาสนา มีอิทธิพลต่อผลการตัดสินใจการทำพินัยกรรมชีวิต ส่งผลให้เกิดการต่อต้านหรือการยอมรับอย่างจำกัดในบางชุมชน</li> <li>- เกิดการต่อต้านทางอารมณ์: คนจำนวนหนึ่งอาจพบว่าเป็นการยากที่จะเผชิญกับการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิต</li> </ul> <p><b>กระบวนการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความก้าวหน้าทางการแพทย์ อาจทำให้เกิดความท้าทายในการเลือกการดูแลสุขภาพในอนาคต และการนำข้อกำหนดในพินัยกรรมชีวิตไปใช้</li> </ul>

### 2.2.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหหรือพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์

ในการขับเคลื่อน “แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต กรณีศึกษาผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)” ให้ประสบความสำเร็จสามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายและมีประสิทธิภาพ (Effective implementation) ในบริบทของสังคมไทยนั้น หากดูจากหลักการ แนวคิด และบทสรุปจากการวิเคราะห์ SWOT Analysis รวมถึงการประยุกต์ใช้แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social-Ecological model) ผู้ศึกษาจึงเสนอแนวทางการขับเคลื่อนฯ ออกเป็น 5 ระดับดังนี้

**ระดับที่ 1 ระดับบุคคล (Individual)** - เน้นการจัดการส่วนบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุ ประชาชน

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุข สร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต เห็นถึงความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต ตระหนักถึงสิทธิในการตัดสินใจในด้านวิธีการตายของตน ซึ่งตนควรเป็นผู้เลือก ไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุข สร้างการรับรู้ และความตระหนักว่าการทำพินัยกรรมชีวิต มีประโยชน์สำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มทางสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเข้าใกล้ความสูญเสีย และควรตัดสินใจทำในระหว่างที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3. กรมกิจการผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต เช่น สารสำคัญของพินัยกรรมชีวิต ข้อดีหรือประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิต วิธีการเขียนพินัยกรรมชีวิต ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนพินัยกรรมชีวิตที่ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย สถานที่ติดต่อหรือยื่นหนังสือ โดยจัดทำเป็นคู่มือทำพินัยกรรมชีวิตฉบับประชาชน เผยแพร่ลงในเว็บไซต์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข หรือเว็บไซต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**ระดับที่ 2 ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal)** - เน้นการจัดการในส่วนของคนรอบคร้วญาติ ผู้ดูแล เพื่อนผู้สูงอายุ หรือคนที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ โดยสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารเชิงบวกระหว่างผู้แสดงเจตนา ครอบครัว/ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษายาบาลาระยะประคับประคองและกระบวนการตัดสินใจในการทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อลดข้อขัดแย้งที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจในกลุ่มญาติที่มีขึ้นในอนาคต

**ระดับที่ 3 ระดับชุมชน** - เน้นการจัดการในส่วนชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในระดับตำบล/ชุมชน ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ทักษะในการปรับเปลี่ยนอคติด้านลบของประชาชนที่มีต่อพินัยกรรมชีวิตมาเป็นด้านบวก และสามารถถ่ายทอดวิธีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาให้แก่ แกนนำชุมชน แกนนำ อสม. แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัว และบุคลากรสุขภาพทุกระดับ เพื่อนำไปถ่ายทอดแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ประชาชนในพื้นที่ โดยอาจใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

**ระดับที่ 4 หน่วยงาน/องค์กร** - การปรับปรุงแนวทางการทำงานภายในของหน่วยงาน/องค์กร

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพบุคลากร (training) ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเน้นในกลุ่ม gatekeeper เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต ทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และนำไปประชาสัมพันธ์ให้กับผู้รับบริการในสถานรองรับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 11 แห่ง และผู้สูงอายุพิการที่อยู่ในความดูแลของสถานรองรับของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

2. ผู้บริหารกรมกิจการผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ

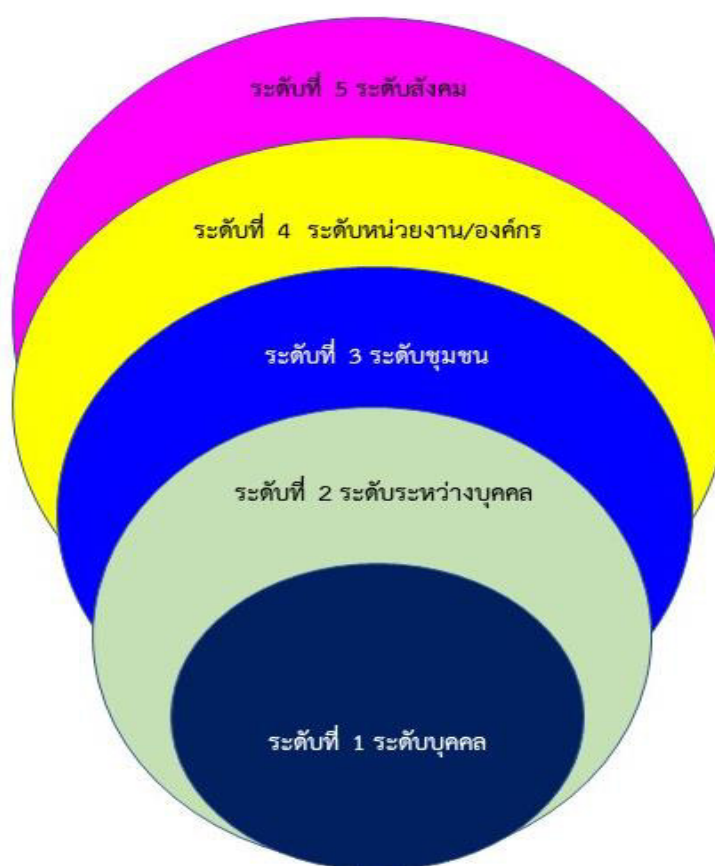
**ระดับที่ 5 ระดับสังคม (Societal)** - เน้นการจัดการในเชิงนโยบายจากทุกระดับในสังคม และความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคส่วนอื่น ๆ ของสังคม

1. กรมกิจการผู้สูงอายุบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย/ชมรม/สมาคมที่ดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนด้านพินัยกรรมชีวิต

2. กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย หรือออกประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ เพื่อกำหนดลำดับญาติใกล้ชิดเป็นผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทน ในขณะที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมเองได้ เพื่อมิให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ในกรณีที่ญาติของผู้ป่วย

มีความเห็นต่างกัน รวมทั้งควรมีคณะกรรมการจริยธรรมทำหน้าที่ตัดสินใจหรือให้ความยินยอมแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่สามารถตัดสินใจได้ หรือไม่มีญาติให้ความยินยอม

3. กรมกิจการผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการตระหนักรู้ให้แก่สังคมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งไม่จำเป็นต้องป่วยถึงจะทำได้ เช่น สาธารณรัฐสิงคโปร์ให้ประชาชนสามารถทำแผนการรักษาล่วงหน้าได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ทำโดยที่ยังไม่จำเป็นต้องป่วย เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อถึงเวลาจะได้รับการดูแลตามแผน 2) ทำแผนการรักษาล่วงหน้าเฉพาะโรค และ 3) ทำแผนการรักษาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต



ภาพที่ 2 การใช้โมเดลนิเวศวิทยาในการขับเคลื่อนการทำพินัยกรรมชีวิต



#### 2.2.2.4 ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินการข้อเสนอ

1. ทศนคติหรือความเชื่อที่ว่าพินัยกรรมชีวิตเหมือนกับเป็นการแข่งให้ตัวเองตาย

การบริหารจัดการ เสริมสร้างการให้ความรู้ ความเข้าใจ และให้การยอมรับแนวคิดว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิตและทุกระยะของชีวิตมีสิทธิที่จะตาย ไม่ว่าจะอายุเท่าใด ซึ่งพินัยกรรมชีวิตเป็นการเตรียมวางแผนระยะสุดท้ายให้กับตนเอง

2. ความเข้าใจว่าพินัยกรรมชีวิต เป็นการทำหนังสือเพื่อให้ผู้ป่วยและไม่สามารถรักษาให้หายได้จบชีวิตลงเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมาน หรือที่เรียกว่าเป็นการรณขมา หรือการฆ่าตัวตาย

การบริหารจัดการ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจว่า พินัยกรรมชีวิตเป็นเอกสารที่ระบุความประสงค์ของบุคคลในเรื่องของการรักษาทางการแพทย์เมื่อตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้

3. ครอบครัวมีฐานะดี สามารถยอมรับค่าใช้จ่ายสูงที่อาจเกิดขึ้นได้

การบริหารจัดการ เสริมสร้างทัศนคติว่า การรักษาพยาบาลใดๆ ที่เพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรือดีขึ้นจากโรคนั้นสามารถช่วยตนเองได้ ย่อมเป็นการทรมาน (torture) มากกว่าการดูแลรักษา (care) ผู้ป่วย

#### 2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

การดำเนินเรื่อง “แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุด้วยพินัยกรรมชีวิต กรณีศึกษาผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)” ให้สำเร็จได้นั้น ภาวะของผู้นำที่จะสนับสนุนการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายให้เป็นรูปธรรมได้นั้น มีดังนี้

2.3.1 การยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ (Demonstrating Integrity) ความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ทำงานด้วยความเป็นธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ มีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม โดยยึดถือมาตรฐานจริยธรรม และความเป็นมืออาชีพทั้งในระดับตนเองและระดับองค์กรเป็นที่ตั้ง

2.3.2 การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (Developing Vision and Strategy) ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้งว่าบทบาทหน้าที่และภารกิจของตนเองสนับสนุนและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ขององค์กร เป้าหมายของภาครัฐ ยุทธศาสตร์ของประเทศ และความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ รวมถึงการมุ่งเน้นการทำให้กิจกรรมงานและการสร้างผลลัพธ์ที่มีคุณค่าและประโยชน์ให้แก่ประชาชนและผู้รับบริการ

2.3.3 การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ (Driving Execution and Results) การยึดประโยชน์สูงสุดของประชาชนเป็นหลักในการทำงาน สามารถกำหนดแผนงาน ที่สอดคล้องนโยบาย เพื่อเป็นการกำกับทิศทางให้มุ่งสู่เป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ สามารถสร้างความเข้าใจ ความไว้วางใจ สามารถตัดสินใจอย่างทันเหตุการณ์บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผล รวมทั้งการใช้ข้อมูลที่รอบด้าน การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บริหารบุคลากรให้มีเป้าหมายร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนา นวัตกรรม การให้บริการ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้กลไกการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 ซึ่งเป็นการทำงานอย่างเปิดกว้างและเชื่อมโยงกันโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

2.3.4 การสร้างและส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการและความร่วมมืออย่างเต็มที่ (Facilitating Hyper-collaboration) ผู้นำต้องมีความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคลากรในองค์กร เครือข่ายต่าง ๆ

โดยการให้เกียรติ สร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันในการทำงาน เพื่อประสานความร่วมมือกัน ในองค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดแรงสนับสนุนเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

2.3.5 ทักษะการสื่อสารโน้มน้าว (Communicating and Influencing) การสื่อสารมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการบริหารงานและบริหารคนในยุคปัจจุบัน เนื่องจากมีความหลากหลาย ทั้งเรื่อง วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาษาวัยที่แตกต่างกัน ผู้นำที่ดีควรมีเทคนิคการสื่อสารที่ตอบโจทย์ต่อผู้รับสาร เริ่มจากคิดเป็นระบบ เพราะการที่ผู้นำจะสื่อสารได้ชัดเจนได้ ต้องมาจากการคิดที่ชัดเจนก่อน และพิจารณา มุมมองของผู้อื่นเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสม เพราะเมื่อเข้าใจผู้อื่นแล้วนั้น การโน้มน้าวก็จะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรเลือกใช้วิธีการและเครื่องมือการสื่อสารที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามเรื่องราว สถานการณ์ เวลา และผู้รับสารเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารในองค์กร การสื่อสาร กับกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก การตั้งใจฟังอย่างเข้าใจในสิ่งที่คนอื่นสื่อสาร ผู้นำที่ดีจะสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจก็ต้องเข้าใจคนอื่นก่อน Two way communication ผู้นำที่ดีควรเรียนรู้วิธีการใช้คำถามแบบ ปลายเปิด เช่น ทำไม เพราะอะไร อย่างไร ไม่ควรใช้คำถามปลายปิด เอาใจเขามาใส่ใจเรา หากเราใช้คำถามถูก จะเกิดการตอบรับที่ดีและต่อยอดอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.6 การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง (Driving Innovation and Change) ความสามารถในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์และแสวงหาโอกาสในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ เรียนรู้ จากงานที่ประสบผลสำเร็จและที่ล้มเหลวเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การยกระดับคุณภาพ บริหาร ระบบการทำงาน และนโยบายของภาครัฐ ให้ทันต่อบริบทความเปลี่ยนแปลง ยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนและผู้รับบริการ รวมถึงการนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน โดยมุ่งสู่ประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

2.3.7 ทักษะดิจิทัล (Digital Skill) ความสามารถมองเห็นประโยชน์ของเทคโนโลยี และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการทำงานและการให้บริการด้วยเทคโนโลยี สามารถทำงานและตัดสินใจ บนฐานข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ที่เกี่ยวข้อง และองค์กร เพื่อให้ภาครัฐสามารถ ตอบสนองและให้บริการประชาชนและผู้มีส่วนร่วมได้อย่างรวดเร็ว มีความยืดหยุ่นคล่องตัว และตอบโจทย์ การปฏิรูปภาครัฐ

### 3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และโครงสร้างกรมกิจการผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก  
<http://www.dop.go.th/th/aboutus/2>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2570). สืบค้นจาก  
[http://www.dop.go.th/download/th1653553501-843\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/th1653553501-843_0.pdf)

กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติราชการกรมกิจการผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570).  
สืบค้นจาก  
[http://www.dop.go.th/download/law/th1682568188-845\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/law/th1682568188-845_0.pdf)

ราชกิจจานุเบกษา. 2561. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก ลงวันที่  
13 ตุลาคม 2561. สืบค้นจาก  
[http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/046/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/046/T_0001.PDF)

การศึกษาแนวคิดการสร้างการรับรู้และการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will)  
<https://kpi-lib.com/elib/cgi-bin/opacexe.exe?op=mmvw&db=Main&skin=s&mmid=11375&bid=28793>

ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการ  
การทำพินัยกรรมชีวิต. สืบค้นจาก  
<http://www.chiangmaihealth.go.th/document/221124166928605456.pdf>

ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต  
ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ. สืบค้นจาก  
<https://www.thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/7406/6835>

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมุมมองทางกฎหมายมหาชน.  
สืบค้นจาก  
<http://libdcms.nida.ac.th/thesis6/2557/ba185730.pdf>

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ:  
ศึกษาเปรียบเทียบ ประเทศไทยและไต้หวัน. สืบค้นจาก  
<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/lawjournal/article/download/260221/175217/972614>

ความต้องการ ครั้งสุดท้ายของชีวิต. สืบค้นจาก  
[https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/thailivingwill\\_RP03\\_to\\_print.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/thailivingwill_RP03_to_print.pdf)

สิทธิในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต. สืบค้นจาก

[https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/253/files/  
article/Ssenate/5\\_64\\_2.pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/253/files/article/Ssenate/5_64_2.pdf)

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว : ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการ  
ทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. สืบค้นจาก

<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/issue/view/17145/4346>

## ภาคผนวก ก.

- กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
- ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



## กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา  
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต  
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

พ.ศ. ๒๕๕๓

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

ข้อ ๑ กฎกระทรวงนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศใน  
ราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์  
จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติ  
การทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติ  
การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับ  
ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำ  
หนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดง  
เจตนา ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย



หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรรยายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้น โดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุฑ

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

จรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

## ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาของรพ.มหาราชนครเชียงใหม่**

หน้า 1 จากทั้งหมด 2 หน้า

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย**

หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ได้ออกเขียนขึ้นโดยอำนาจพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12  
“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ  
ชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยมีเจตนาแสดงต่อไปนี้

ข้าพเจ้า (ชื่อ นามสกุล) ..... อายุ ..... ปี  
หมายเลขบัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ขณะที่หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ  
ทรมานจากการเจ็บป่วยหรือการทรมานซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ ข้าพเจ้าต้องการเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ และ  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมผู้รักษาดูแลรักษาข้าพเจ้า ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้  
(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ข้าพเจ้าต้องการ” “ข้าพเจ้าไม่ต้องการ” หรือ “ข้าพเจ้ายังไม่ตัดสินใจ”)

ข้าพเจ้า ต้องการ	ข้าพเจ้า ไม่ต้องการ	ข้าพเจ้า ยังไม่ตัดสินใจ	ข้อความ
			1. การฉีดยาโดยการปั๊มหัวใจ รวมถึงการกระตุ้น (ช็อก) ตัวให้ฟื้น
			2. การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลม
			3. การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
			4. การให้ยาระงับระบบไหลเวียนเลือด เมื่อความดันโลหิตต่ำ
			5. การใส่สายให้อาหารทางจมูก
			6. การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง
			7. การให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ
			8. การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ
			9. การใส่สายสวนหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน
			10. การฟอกไต เมื่อไตวาย
			อื่น ๆ .....
			อื่น ๆ .....

หากทีมผู้รักษาได้ให้บริการดังกล่าว โดยไม่ทราบเจตนาในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ทีมผู้รักษา  
☐ ยุติการให้บริการดังกล่าวและถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อยุติการทรมานของข้าพเจ้า  
☐ ให้บริการดังกล่าวและใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

หน้า 2 จากทั้งหมด 2 หน้า

ในการนี้ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นปกติ เพื่อทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้  
ไม่ชัดเจน และเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการให้บริการทางสาธารณสุข ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้  
(ชื่อ นามสกุล) ..... ความสัมพันธ์ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... เป็นผู้แสดงเจตนาแทน ข้าพเจ้าไม่ยินยอมคัดลอกสำเนาไปเผยแพร่ และขอให้  
ทีมผู้รักษาพิจารณาให้การทางสาธารณสุขโดยยึดความเห็นของผู้แสดงเจตนาแทนเป็นหลัก  
ลายมือชื่อผู้แสดงเจตนา ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือทีมผู้รักษาอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้  
 ข้าพเจ้าประสงค์จะเสียชีวิต ☐ บำบัด ☐ รักษาพยาบาล ☐ อื่นๆ เช่น .....  
 ข้าพเจ้าขอความร่วมมืออื่น ๆ ได้แก่ .....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และได้สำเนาเอกสารไว้เก็บรักษาในฉบับนี้แล้วผู้แสดงเจตนา  
แทนและญาติได้ทราบดี ทั้งนี้ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะฟ้องร้องพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือผู้แสดงเจตนา .....  
วันที่ ..... เวลา .....

**พยานฝ่ายผู้ป่วย**  
พยานคนที่ 1 ลายมือชื่อ ..... ชื่อ นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....  
พยานคนที่ 2 ลายมือชื่อ ..... ชื่อ นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

**พยานฝ่ายผู้รักษา (ถ้าไม่มีให้พิมพ์ที่นี้ทิ้ง)**  
ลายมือชื่อ ..... ชื่อ นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

**ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือแทนผู้แสดงเจตนา (ถ้าไม่มีให้พิมพ์ที่นี้ทิ้ง)**  
ลายมือชื่อ ..... ชื่อ นามสกุล .....  
ความสัมพันธ์ ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

**หมายเหตุ** ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยไม่ต้องแสดงเจตนา  
ถึงสาเหตุใดก็ตามในขณะนั้น

## ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล นางสาวอภิรชญา ชัยติกุล

### ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### ประสบการณ์การรับราชการ

- นักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดอ่างทอง กรมประชาสงเคราะห์
- ผู้อำนวยการกลุ่มการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมภายในประเทศ ศูนย์อำนวยการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม กรมกิจการเด็กและเยาวชน
- นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการผู้สูงอายุ
- ผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ สำนักงานเลขาธิการกรม กรมกิจการผู้สูงอายุ

### รางวัล

- กรมกิจการผู้สูงอายุได้รับรางวัลดีเด่นองค์กรต้นแบบด้านสิทธิมนุษยชนประจำปี 2564 ประเภทภาครัฐ โดยมีกิจกรรมด้านสิทธิมนุษยชน คำนึงความสุขและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้ผู้สูงอายุ “พินัยกรรมชีวิต สิทธิอันชอบธรรม” ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)

### ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์(เชียงใหม่) เลขที่ 1 ถนนมูลเมือง ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200