

คำแนะนำ ในการทำหนังสือแสดงเจตนา

1. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู
2. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้
3. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือสามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อนามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ที่บันทึกไว้ในหนังสือนั้นด้วย
4. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้
5. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ 1 ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ หรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ
6. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด
7. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัยไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง
8. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้
 เบอร์โทรศัพท์เบอร์ที่ทำงาน

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์ให้ผู้ประกอบ
 วิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของ
 ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือ
 ทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

<p>ไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้า มีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบนั้น</p>	<input type="checkbox"/> (ลายมือชื่อ)
<p>มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถ สนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง</p>	<input type="checkbox"/> (ลายมือชื่อ)
<p>ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจ พูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่ง ต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือ การรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น</p>	<input type="checkbox"/> (ลายมือชื่อ)
<p>อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่ มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่ กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความ เสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าจะขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา</p>	<input type="checkbox"/> (ลายมือชื่อ)

โปรดให้การรักษาล่าช้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับ หรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

<p>1. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่หลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้วซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ <hr/> (ลายมือชื่อ)</p>
<p>2. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ <hr/> (ลายมือชื่อ)</p>
<p>3. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือดการให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ <hr/> (ลายมือชื่อ)</p>
<p>4. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย</p>	<p><input type="checkbox"/> ยอมรับ <input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ <hr/> (ลายมือชื่อ)</p>

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- ☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
-
- ☐
- ☐

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล).....
 ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น
 ได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบ
 วิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และ
 พยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถาน
 พยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์.....

บุคคลใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหรือแนวทางการ
 ดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง
 หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้ว่างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้
 เบอร์โทรศัพท์เบอร์ที่ทำงาน

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- ☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐ การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)
- ☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- ☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- ☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

(.....)

ลายมือชื่อ

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อหาความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นถอนการหยุดการบริการ (Withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐
- ☐
- ☐

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

- ☐ การเยียวยาทางจิตใจ (กรณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
- ☐

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล).....

ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้ว่างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้.....
 เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้.....
 เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้.....
 เบอร์โทรศัพท์

(ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ สามารถเลือกใช้หนังสือแสดงเจตนาแบบใดก็ได้)

หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive) หรือ Living Will เป็นเอกสารที่สร้างขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เพื่อแสดงเจตนาล่วงหน้าในการเลือกวิธีการรักษา และดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสม จนสามารถนำไปสู่การจากไปอย่างสงบสุขแบบที่ควรเป็นไปตามธรรมชาติ หรือตายดี

Living Will จึงเป็นเครื่องมือช่วยวางแผนชีวิตช่วงสุดท้ายเรื่องการรักษาพยาบาล ที่จะสื่อสารกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารเจตนาเหล่านั้นด้วยตนเองได้อีก (ไม่นับกรณีป่วยเฉียบพลันหรือประสบอุบัติเหตุ) เพื่อให้เข้าใจ มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของเจ้าตัว

มรณธรรมกถา บทที่ ๒

เมื่อกล่าวตามนิสสัยแห่งปุถุชน ความตายนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่า
ชอบใจ ไม่มีใครต้องการให้เกิดขึ้น แต่ถ้ากล่าวตามหลักของ
พระพุทธศาสนา เรื่องความตายนี้ ท่านจัดอยู่ในคติของธรรมดา
คือเป็นเรื่องธรรมดาอย่างหนึ่ง ที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเข้า
ไม่วันใดก็วันหนึ่ง ความเกิดกับความตายนั้นเป็นของคู่กัน จะเลือก
เอาเพียงอย่างหนึ่งอย่างใดไม่ได้ และเป็นไปตามกระบวนการ
เหตุปัจจัย สิ่งทั้งหลายมีความเกิดในเบื้องต้น มีความเปลี่ยนแปลง
ในท่ามกลางและแตกสลายไปในที่สุด ฉะนั้น ผู้ประสบเหตุการณ์
เช่นนี้จึงไม่ควรเศร้าโศกจนเกินควร พึงมีสติพิจารณาให้เห็นตาม
ความเป็นจริงว่า ความตายนี้เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ทุกชีวิต
ล้วนมีความตายเป็นที่สุดเหมือนกันทั้งนั้น

