

กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข



นางสาวสุพัตรา แยมเม้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ISSUE MANAGEMENT STRATEGIES TO ADVOCATE THE RIGHTS TO SHOW THE  
INTENTION OF NOT RECEIVING HEALTH SERVICES



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts (Communication Arts) Program in Communication  
Arts

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์               | กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดง |
|                                 | เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข               |
| โดย                             | นางสาวสุพัตรา แยมเม้ง                             |
| สาขาวิชา                        | นิเทศศาสตร์                                       |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชาติรี ใต้ฟ้าพูล           |

---

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะนิเทศศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล ชาติประเสริฐ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ รุ่งนภา พิตรปรีชา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชาติรี ใต้ฟ้าพูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ กัลยกร วรกุลสถฐานีย์)

สุพัตรา แยมเม้ง : กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (ISSUE MANAGEMENT STRATEGIES TO ADVOCATE THE RIGHTS TO SHOW THE INTENTION OF NOT RECEIVING HEALTH SERVICES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ธาตรี ใต้ฟ้าพูล , 196 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อทราบถึงสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 2) เพื่อทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และ 3) เพื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) จำนวน 15 ท่าน 2) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ประกอบไปด้วย เอกสารจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เอกสารที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และเอกสารจากการสืบค้นในเว็บไซต์

ผลการวิจัยพบว่าการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผู้เห็นด้วยและสนับสนุนให้เกิดกฎหมายนี้เกือบทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย แพทย์ พยาบาล ฝ่ายสงฆ์ และประชาชนทั่วไป จะมีผู้ที่ไม่เห็นด้วยและต่อต้านกฎหมายนี้ก็คือ แพทย์บางกลุ่มเท่านั้นที่มีความเข้าใจว่ากฎหมายนี้เป็นการอนุญาตให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย

ในการผลักดันการออกกฎหมายผู้ผลักดันมีการใช้กลยุทธ์การบริหารประเด็น 3 รูปแบบ คือ 1) กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต ใช้ในช่วงเริ่มต้นการผลักดันการออกพระราชบัญญัติและกฎกระทรวง 2) กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ ใช้ในช่วงที่ถูกโจมตีจากผู้ต่อต้าน 3) กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว ใช้ในช่วงการผลักดันการออกกฎกระทรวง นอกจากนี้แล้วยังใช้กลยุทธ์การสื่อสาร 3 รูปแบบคือ 1) กลยุทธ์การสื่อสารแบ่งออกเป็น 1.1) กลยุทธ์การสร้าง ความเข้าใจและหาแนวร่วม 1.2) กลยุทธ์หลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง 1.3) กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร 2) กลยุทธ์การใช้สื่อแบ่งออกเป็น กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร 3) กลยุทธ์การโน้มน้าวใจแบ่งออกเป็น 3.1) กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ 3.2) กลยุทธ์การสร้าง ความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการบริหารประเด็นนี้ มี 2 ประการคือ 1) ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย วิธีการแก้ไขคือ การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องให้ผู้ต่อต้านเข้าใจ 2) ปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 วิธีการแก้ไขคือ การล่ารายชื่อประชาชนเพื่อกดดันรัฐบาลให้ดำเนินการออกกฎหมายต่อไป

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....



# # 5684700428 : MAJOR COMMUNICATION ARTS

KEYWORDS:

SUPATTRA YAMMENG: ISSUE MANAGEMENT STRATEGIES TO ADVOCATE THE RIGHTS TO SHOW THE INTENTION OF NOT RECEIVING HEALTH SERVICES. ADVISOR: ASST. PROF. DR. TATRI TAIPHAPOON, 196 pp.

This research is a qualitative study which aims to 1) to study the situation of cooperation and resistance before enacting the National Health Act B.E. 2550 section 12 2) to study issue management strategies and communication tactics to advocate the rights to show the intention of not receiving health services. 3) to study the problems and obstacles in issue management to advocate the rights to show the intention of not receiving health services. The research methodologies are in-depth interview of 15 key informants by purposive sampling and snowball technique; and documentary research that analyze the documents from the National Health Commission office of Thailand, related documents from the health office and documents from websites.

The research results find that the enactment of the National Health Act B.E. 2550 section 12 and ministerial regulations section 12 of the National Health Act B.E. 2550 are agreed and supported by almost every party including lawyers, doctors, nurses, Buddhist ecclesiastical and people. Only some groups of doctors disagree and are against this law as they understand that this law gives permission to doctors to commit euthanasia.

There are 3 administrative strategies used by the supporters to enact the Act. They are 1) dynamic response strategy used at the beginning of the promotion of the act and ministerial regulations 2) reactive change strategy used when attacked by opponents 3) adaptive change strategy used when promoting ministerial regulations enactment. Moreover, there are 3 communicative strategies 1) communicative strategy which can be divided into 1.1) creating common understanding and allies strategy 1.2) people power driving political policy strategy 1.3) communicative strategy by word of mouth to spread news events 2) media strategy which can be divided into the integration of media strategy to spread the news 3) persuasive strategy can be divided into 3.1) expert strategy to create reliability 3.2) building confidence to the patient and the patient's relative strategy

There are 2 problems and obstacles in the administration 1) misunderstanding of the opponents who believe that euthanasia is a right. The solution is to ask experts to explain accurate information to the opponents. 2) the problem of cessation of the enactment of the National Health Act B.E. 2550. The solution is a class-action lawsuit to oppress the government to enact new legislation.

Field of Study: Communication Arts

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาตรี ใต้ฟ้าพูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้จุดประกายเกี่ยวกับหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจและอยากศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ขอขอบพระคุณที่อาจารย์ได้แนะนำ ปรับแก้ไข และสนับสนุนในทุก ๆ ขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์รุ่งนภา พิตรปรีชา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์กัลยกร วรกุลลัญฐานีย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลามาเป็นเกียรติในการสอบและได้ช่วยแนะนำ ปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้ความเป็นกันเองในขณะที่สอบทำให้ผู้วิจัยรู้สึกสบายใจและผ่านการสอบวิทยานิพนธ์ไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะนิเทศศาสตร์ทุกท่านที่ได้อบรม สั่งสอน และให้ความเมตตาตลอดการเรียนในหลักสูตรนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง

งานวิจัยนี้จะสำเร็จมิได้หากขาดความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูล และความเป็นกันเองตลอดการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับบุคคลดังต่อไปนี้ นายสมชาย แยมเม้ง บิดาของผู้วิจัย นางปราณี แยมเม้ง มารดาของผู้วิจัย และนางสาวดวงกมล แยมเม้ง น้องสาวของผู้วิจัย ที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งเรื่องทุนทรัพย์ การให้กำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจที่ดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโทนิเทศศาสตร์ทุกคน สำหรับคำปรึกษา คำแนะนำ การช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง และกำลังใจที่ดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้อย่างราบรื่น

งานวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของบุคคลหลายท่าน และความมานะอดุสาหะ ตั้งใจของผู้วิจัยที่พยายามค้นคว้า และเขียนวิทยานิพนธ์อย่างดีที่สุด ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์เรื่องกลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ศึกษาด้านการบริหารประเด็นเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....  | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....   | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....  | ฉ    |
| สารบัญ.....   | ช    |
| สารบัญตาราง.....  | ญ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....   | 11   |
| 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา .....                                 | 11   |
| 1.2 ปัญหานำวิจัย.....   | 15   |
| 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....                                       | 15   |
| 1.4 ขอบเขตการวิจัย .....  | 16   |
| 1.5 นิยามศัพท์ .....  | 16   |
| 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....                                  | 18   |
| บทที่ 2 แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                        | 19   |
| 2.1 แนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร .....           | 19   |
| 2.2 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ .....                  | 32   |
| 2.3 แนวคิดเรื่องการบริหารประเด็น .....                              | 36   |
| 2.4 แนวคิดเรื่องการเข้าพบเพื่อชี้แจง (สื่อบับ).....                 | 40   |
| 2.5 แนวคิดเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12..... | 43   |
| 2.6 แนวคิดเรื่องการรณยฆาต.....                                      | 46   |
| 2.7 แนวคิดเรื่องบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย .....    | 49   |
| 2.8 แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม.....   | 54   |
| 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                                      | 58   |

|         |   |     |
|---------|---|-----|
| บทที่ 3 | ระเบียบวิธีวิจัย .....  | 63  |
| 3.1     | แหล่งข้อมูลในการวิจัย และการกำหนดเครื่องมือในการวิจัย .....   | 63  |
| 3.2     | ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล .....  | 68  |
| 3.3     | การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการวิจัย .....  | 68  |
| 3.4     | การวิเคราะห์ข้อมูล .....  | 69  |
| 3.5     | การนำเสนอข้อมูล.....  | 69  |
| บทที่ 4 | ผลการวิจัย.....   | 71  |
| 4.1     | ส่วนที่ 1 พัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 .....                             | 71  |
| 4.1.1   | สถานการณ์และกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 .....                                   | 72  |
| 4.1.2   | วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 .....   | 80  |
| 4.1.3   | ความจำเป็นของการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 .....  | 81  |
| 4.1.4   | ความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง .....   | 82  |
| 4.2     | ส่วนที่ 2 นำเสนอตามปัญหานำวิจัย .....   | 85  |
| 4.2.1   | สถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 .....                        | 86  |
| 4.2.2   | กลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ..... | 97  |
| 4.2.3   | ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข.....            | 118 |
| บทที่ 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....   | 123 |
| 5.1     | สรุปผลการวิจัย.....   | 123 |
| 5.2     | อภิปรายผล.....  | 134 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย.....  | 140 |
| 5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต.....  | 141 |
| 5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ .....   | 141 |
| รายการอ้างอิง .....  | 143 |
| ภาคผนวก.....   | 148 |
| ภาคผนวก ก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.....   | 149 |
| ภาคผนวก ข กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ...   | 167 |
| ภาคผนวก ค แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้าน<br>สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนด<br>หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตาม หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ<br>สาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ<br>ทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ..... | 173 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....   | 196 |

## สารบัญตาราง

|  |    |
|--|----|
| ตารางที่ 1 แสดงแนวคำถาม เพื่อใช้สำหรับการสัมภาษณ์.....               | 65 |
| ตารางที่ 2 แสดงการสรุปสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้าน .....            | 96 |
| ตารางที่ 3 แสดงการสรุปกลยุทธ์และกลวิธีที่ใช้ในการบริหารประเด็น ..... | 98 |



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคนไทยมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิต่าง ๆ มากขึ้น นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ถึงรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้ระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งได้รวมสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองไว้ด้วย โดยประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่คุ้มครองการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองภายใต้คำปรึกษาของแพทย์เกี่ยวกับอาการของโรคและวิธีการรักษา มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนี้เป็นการวางแผนการดูแลรักษาเมื่อตนเองป่วยหนักหรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการรักษา เพราะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ป่วยหนักโดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจึงมักขึ้นอยู่กับมติของแพทย์กับญาติ ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจของแพทย์กับญาติอาจขัดแย้งกันและการตัดสินใจนั้นอาจสวนทางกับความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาดังกล่าวจึงนำมาสู่สิทธิในการแสดงเจตนาเพื่อปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามธรรมชาติ อย่างมีสุขภาวะ หรือที่เรียกว่า การตายโดยสงบหรือตายดี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

“ในคัมภีร์พุทธศาสนาพูดถึงเสมอว่าอย่างไรเป็นการตายที่ดี คือมีสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้นไม่ใช่เฉพาะตายแล้ว ไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติ ไม่หลงตาย มีจิตใจไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม” (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2550) ในยุคปัจจุบันที่วิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ญาติของผู้ป่วยที่กำลังป่วยหนักมี

ความหวังว่าผู้ป่วยต้องรอดพ้นจากการเสียชีวิต จึงอนุญาตให้แพทย์ทำทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งบางวิธีอาจเป็นการทำร้ายผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดการทรมาน และอาจเสียชีวิตอย่างไม่มีสภาวะ หรือตายอย่างไม่สบาย ดังนั้นทุกคนจึงมีสิทธิที่จะแสดงความจำนงขอปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็นเพื่อให้ยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยเครื่องมือกึ่งชีพต่าง ๆ และจากไปอย่างสงบได้ เช่น ในยามที่ตนเองอยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent / Permanent Vegetative State – PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง มีลมหายใจจากเครื่องช่วยหายใจ เมื่อถอดเครื่องช่วยหายใจออกก็เสียชีวิต

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดหลายประการคือ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแจ้งความประสงค์ก่อนตายให้กับญาติหรือคนใกล้ชิด ได้รับทราบ ประโยชน์สำหรับแพทย์เจ้าของไข้คือ สามารถช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติของผู้ป่วยได้ เพราะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ หนังสือแสดงเจตนาจะเป็นสิ่งที่บอกเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีว่าต้องการให้แพทย์วางแผนการรักษาอย่างไร ประโยชน์สำหรับตัวผู้ป่วยเองคือผู้ป่วยจะไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับการกึ่งชีพด้วยวิธีการทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ เป็นต้น ประโยชน์สำหรับญาติและคนในครอบครัวคือ ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาที่ไม่จำเป็น และสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยบางรายอาจมีโอกาสดื้อสารหรือรื้อถอนในครอบครัวในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ และมีโอกาสได้รับการเยียวยาจิตใจก่อนสิ้นลมหายใจ

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็นของผู้ป่วยตามมาตรา 12 นี้ ถึงแม้ว่าแพทย์จะกระทำตามเจตนาที่ผู้ป่วยได้ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนา แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การให้ออกซิเจน การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งแพทย์และพยาบาลไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่หากในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ แพทย์จะไม่ได้ดำเนินการตามเจตนาที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาจนกว่าผู้ป่วยจะพ้นจากสภาพการตั้งครุฑเพื่อคุ้มครองชีวิตในครุฑของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ ตลอดจนการดูแลญาติและคนในครอบครัวของผู้ป่วยให้คลายความโศกเศร้า เนื่องจากการต้องสูญเสียผู้ป่วยไป ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิต



ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อไปผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

สิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองคือ การทำความเข้าใจครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยให้สำเร็จ คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาสิ่งที่ค้างคาใจไว้ให้สำเร็จ เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระวนกระวายใจ สิ่งผู้ป่วยต้องการสิ่งเสีย ต้องการทำความครั้งสุดท้ายนั้น ญาติของผู้ป่วยต้องเอาใจใส่ คอยสังเกตและซักถามถึงความต้องการนั้นว่าคืออะไร และหาหนทางช่วยให้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความสุขสบายใจ และจากไปด้วยความหมดหวัง หมดความกังวล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ทุกคนมีสิทธิสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้ คุณสมบัติที่สำคัญคือต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขจะเป็นผู้ประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ที่ถือว่ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์นั้นจะต้องสามารถสื่อสารได้ตามปกติ เข้าใจสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้ และสามารถเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาจะมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์แล้วจะต้องมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์อีกด้วย แต่หากผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาจะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ผู้ปกครองควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนี้สามารถทำได้ 2 รูปแบบคือ ผู้ทำสามารถเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง และอีกรูปแบบคือ ผู้ที่สามารถแสดงเจตนาด้วยวาจาต่อแพทย์ ในกรณีที่ผู้ทำไม่รู้หนังสือหรือไม่สามารถเขียนหรือพิมพ์หนังสือได้ด้วยตนเอง แต่หากต้องการให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ ก็สามารถทำได้เช่นกัน แต่ควรมีชื่อผู้ที่เขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนากำกับไว้ด้วย หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนี้สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลง ระวัง หรือยกเลิกได้ตลอดเวลาตามที่ผู้ทำหนังสือต้องการ แต่ผู้ทำควรแจ้งให้แพทย์หรือญาติที่เก็บหนังสือนี้ไว้ล่วงหน้าทราบก่อนโดยเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

ผู้ที่สนใจจะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขควรขอคำปรึกษาในการทำหนังสือจากแพทย์เจ้าของไข้ และเมื่อมีการทำหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ผู้ทำหนังสือควรเก็บ

รักษาหนังสือนี้ไว้เอง และมอบสำเนาที่รับรองความถูกต้องไว้แล้วแก่แพทย์เจ้าของไข้หรือญาติที่ไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลผู้ทำหนังสือหรือญาติที่เก็บสำเนาหนังสือแสดงเจตนาไว้ควรมอบหนังสือให้แก่แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในทันที (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

ปัจจุบันมีกฎหมายหลายประเทศให้การรับรองในสิทธิการปฏิเสธการรักษา เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย เดนมาร์ก และสิงคโปร์ เป็นต้น ซึ่งแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association) และหลายประเทศให้การยอมรับสิทธิการปฏิเสธการรักษา ว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (The right to self-determination) ซึ่งสอดคล้องกับจริยธรรมทางการแพทย์ เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องการตายอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ ต่างจากการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย หรือการุณยฆาต (Mercy Killing) ซึ่งหมายถึงการทำให้บุคคลตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ไม่รุนแรงหรือวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวก ทั้งนี้เพื่อระงับความเจ็บปวดอย่างสาหัสของบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลนั้นป่วยเป็นโรคอันไร้หนทางเยียวยา อย่างไรก็ตาม การุณยฆาตยังเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและเป็นความผิดอาญาอยู่ในบางประเทศ กับทั้งผู้ไม่เห็นด้วยกับการฆ่าคนชนิดนี้ก็เห็นว่าเป็นการกระทำที่เป็นบาปขัดต่อศีลธรรม และจริยธรรมของแพทย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรับรองเรื่องการทำการุณยฆาต เพราะถือเป็นการเร่งการตาย การุณยฆาตจึงแตกต่างจากการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will หรือ Advance Directives) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งถือเป็นการแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อที่จะกำหนดวิธีการดูแลรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีต่าง ๆ กฎหมายหลายประเทศก็ให้การยอมรับในเรื่องนี้ ดังนั้น จึงถือเป็นการเข้าใจผิดอย่างสิ้นเชิงของแพทย์บางกลุ่มที่เห็นว่า การใช้สิทธิตามมาตรา 12 ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นกรณีการุณยฆาต

การบริหารประเด็นถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เนื่องจากสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข นั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับสำหรับญาติผู้ป่วยและแพทย์บางกลุ่มที่เข้าใจว่าสิทธินี้เป็นเข้าช่วยเป็นการกระทำ การุณยฆาต รวมทั้งประเด็นของข้อดีของสิทธินี้ที่ช่วยให้ญาติไม่ต้องเผชิญกับการล้มละลาย เพราะการยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นต้องใช้เครื่องมือกู้ชีพและยาที่มีราคาสูงซึ่งหากญาติไม่ยื้อชีวิตจะทำ

ให้ญาติได้ประโยชน์แต่โรงพยาบาลอาจเป็นฝ่ายเสียประโยชน์เนื่องจากการเสียรายได้ ดังนั้นจึงเกิดเป็นประเด็นที่มีทั้งผู้ที่ได้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการเกิดขึ้นของสิทธินี้ ซึ่งในการผลักดันให้สิทธินี้ได้ผ่านเป็นพระราชบัญญัติจึงต้องอาศัยกลยุทธ์และกลวิธีในการบริหารประเด็นเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ที่ต่อต้านให้เข้าใจเจตนาของสิทธินี้ และหันมาร่วมมือ เพื่อให้เกิดเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

แม้ว่าเรื่องนี้คนไทยจะยังรับรู้ไม่มาก และญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ต้องการที่จะยื้อชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด โดยไม่สนใจสุขภาพ และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากญาติเกิดความเข้าใจสับสนกับการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย แต่ก็สามารถผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ขึ้นได้ท่ามกลางความขัดแย้งในวงการสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์บางกลุ่ม จึงน่าสนใจศึกษาวิธีการบริหารประเด็นที่ทำให้สิทธินี้ได้รับการยอมรับผ่านเป็นพระราชบัญญัติ รวมถึงวิธีการสื่อสารอย่างไรให้ประชาชนเกิดการยอมรับในสิทธินี้มากยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาเรื่อง “กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข”

## 1.2 ปัญหานำวิจัย

1.2.1 ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร

1.2.2 การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารอย่างไร

1.2.3 การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อทราบถึงสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

1.3.2 เพื่อทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

1.3.3 เพื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

#### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งจะศึกษาเฉพาะกลยุทธ์และกลวิธีในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปตามกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยไม่มุ่งศึกษาเนื้อหาในเชิงกฎหมายของกฎกระทรวงดังกล่าว ซึ่งกลุ่มเป้าหมายสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือผู้บริหารและปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่มีความรู้ความเข้าใจทางด้านสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และญาติของผู้ป่วยด้วย สัมภาษณ์เป็นจำนวน 15 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2558

#### 1.5 นิยามศัพท์

##### กลยุทธ์

แนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย

กลยุทธ์การบริหารประเด็น ซึ่งได้แก่

- กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต (Dynamic response)  
เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งจะใช้ในช่วงเริ่มต้นการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
- กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ (Reactive change)  
เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กลวิธีในการตั้งรับเพื่อสงวนท่าทีหรือตอบโต้ ซึ่งจะใช้ในช่วงที่ถูกโจมตีจากผู้ต่อต้าน
- กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว (Adaptive change)  
เป็นกลยุทธ์ที่ใช้กลวิธีการประนีประนอมเพื่อให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไป จะใช้ในช่วงการผลักดันการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

และกลยุทธ์การสื่อสาร ซึ่งได้แก่

- กลยุทธ์การสื่อสาร คือแนวทางในการสื่อสารความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
- กลยุทธ์การใช้สื่อ คือแนวทางในการใช้สื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ หรือกิจกรรม ในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

- **กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ** คือแนวทางในการสร้างการรับรู้ ทำความเข้าใจ กับกลุ่มเป้าหมายและเปลี่ยนทัศนคติของผู้ที่ต่อต้านให้เกิดการยอมรับในสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

### กลวิธี

การใช้เครื่องมือทางการสื่อสารการตลาดที่สอดคล้องกับกลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เช่น การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การจัดประชุมวิชาการ การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการอธิบายข้อมูลที่ถูกต้อง การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อหลักและสื่อรอง เป็นต้น เพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

### ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่การเสียชีวิตได้ภายในเวลาไม่นานนัก

### สุขภาวะ

การมีสุขภาพที่ดีครบทั้ง 4 ด้าน คือ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ **สุขภาวะทางกาย** คือ ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยมีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี **สุขภาวะทางจิต** คือ มีจิตใจดี มีเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีความหย่อนคลายสบายใจ **สุขภาวะทางสังคม** คือ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีศีล ไม่เบียดเบียนกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการทำงานชอบ มีความยุติธรรมในสังคม **สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** คือ มีความดี ลดละความเห็นแก่ตัว มีปัญญา

### การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ ตลอดจนการดูแลญาติและคนในครอบครัวของผู้ป่วยให้คลายความโศกเศร้า เนื่องจากการต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

### บริการสาธารณสุข

การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความเจ็บปวดทรมานจากเครื่องมือกึ่งชีวะต่าง ๆ เช่น การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง กระบวนการฟื้นฟูชีพเมื่อหัวใจหยุด และการกระตุ้นระบบไหลเวียน เป็นต้น

## หนังสือแสดงเจตนา

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกลยุทธ์ในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้เป็นที่ยอมรับเพื่อเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ

1.6.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับการบริหารประเด็นทางสังคมอื่น ๆ ที่สำคัญต่อประเทศ



## บทที่ 2

### แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประกอบไปด้วย

1. แนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร
2. แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ
3. แนวคิดเรื่องการบริหารประเด็น
4. แนวคิดเรื่องการเข้าพบเพื่อชี้แจง (ล็อบบี้)
5. แนวคิดเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
6. แนวคิดเรื่องการรณรงค์
7. แนวคิดเรื่องบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
8. แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร

นักวิชาการหลายท่านได้ให้คำนิยามของการวางแผนกลยุทธ์ไว้ ดังนี้

การวางแผนกลยุทธ์ คือ กระบวนการพัฒนาทักษะแบบใหม่ซึ่งส่งผลต่อการบริหารงานขององค์กร (Johnson, Scholes, & Sexty, 1989)

การวางแผนกลยุทธ์ คือ กระบวนการจัดสรรทรัพยากรที่หาได้ยากเพื่อนำมาสนับสนุนการบริหารงานขององค์กร (Judson, 1990)

การวางแผนกลยุทธ์ คือ แนวทางในการบริหารเพื่อความได้เปรียบและเพิ่มผลกำไรขององค์กร (Porter, 1987)

การวางแผนกลยุทธ์ คือ การจัดการกับความซับซ้อนของตลาดหรือสถานการณ์แวดล้อมของการทำงานที่เพิ่มขึ้น (Smith, 2002)

จากนิยามของการวางแผนกลยุทธ์ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของการวางแผนกลยุทธ์ได้ว่า คือ แนวทางในการดำเนินงานเพื่อทำให้องค์กรสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่จะมากระทบต่อองค์กร

ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ (2554) ได้สรุปองค์ประกอบการวางแผนการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ไว้ดังนี้

### 1. สถานการณ์ (Situation)

คือ สิ่งที่องค์กรดำเนินอยู่หรือคิดว่าจะเผชิญในอนาคต เช่น

- สถานการณ์แบบที่ 1 คือ กรณีที่องค์กรกำลังเกิดปัญหาหรือเผชิญสถานการณ์ด้านลบ เช่น องค์กรทำให้สิ่งแวดล้อมของชุมชนเสียหาย เป็นต้น

- สถานการณ์แบบที่ 2 คือ กรณีที่ไม่มีคนรู้จักองค์กร ว่าองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับอะไร ไม่รู้จักหรือได้ยินชื่อ หรือตราสินค้าขององค์กร

- สถานการณ์แบบที่ 3 คือ กรณีที่องค์กร หรือตราสินค้าขององค์กรเป็นที่รู้จักดีในสังคม ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ดีที่สุดขององค์กร

### 2. วัตถุประสงค์ (Objectives)

แผนงานสื่อสารมักมีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ

1. วัตถุประสงค์ด้านการรับทราบข้อมูลข่าวสาร เช่น เพื่อให้ผู้รับสารทราบข่าวสารที่ได้สื่อออกไป

2. วัตถุประสงค์ด้านความรู้สึก เช่น ต้องการให้ผู้รับสารแสดงความคิดเห็นกับข่าวสารที่สื่อออกไป

3. วัตถุประสงค์ด้านพฤติกรรม เช่น ต้องการให้ผู้รับสารเข้าร่วมงาน หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

### 3. ข้อมูล (Facts)

ข้อมูล คือ สิ่งที่น่าวางแผนการสื่อสารจำเป็นต้องรู้เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนได้แก่

- ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร (Category facts)
- ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ (Product/service issues)
- ข้อมูลเกี่ยวกับคู่แข่ง (Competitive facts)
- ข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า (Customer facts)

### 4. เป้าหมาย (Goals)

เป้าหมาย คือ สิ่งที่เราคาดหวังจะให้เกิดขึ้นเมื่อโครงการหรือแผนงานการสื่อสารสำเร็จ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เช่น การที่องค์กรเป็นที่รู้จัก การได้รับการยอมรับ หรือการที่



ประเด็นดังกล่าวสาธารณชนเห็นด้วย ตลอดจนการที่สาธารณชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับโครงการนั้น ๆ ด้วย

## 5. ผู้รับสาร (Audience)

คือผู้ที่เราต้องการให้ทราบข้อมูล เพื่อให้รู้สึกคล้อยตามหรือเปลี่ยนพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้แก่

- **กลุ่มสาธารณชน (Publics)** เป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ การเข้าถึงคนกลุ่มนี้ต้องรู้วิธีการเข้าถึงที่เหมาะสม เช่น การใช้สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

- **กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ (Geographic groups)** การสื่อสารกับกลุ่มคนต่างจังหวัดต้องอาศัยสื่อที่เหมาะสม เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว ใบปลิว เป็นต้น ส่วนการสื่อสารกับกลุ่มคนกรุงเทพฯ สื่อที่เหมาะสม คือ เว็บไซต์ ป้ายโฆษณา เป็นต้น

- **กลุ่มประชากร (Demographic groups)** เป็นการสื่อสารกับกลุ่มคนโดยแบ่งตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้ เป็นต้น

- **กลุ่มรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyles groups)** จำแนกตามรูปแบบการดำเนินชีวิต เพราะคนที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน จะเปิดรับสื่อต่างกัน

## 6. ใจความสำคัญ (Key message)

ใจความสำคัญ คือ ข้อความหลักที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเพื่อการสนับสนุนวิธีคิดของผู้รับสาร เป็นหัวใจสำคัญในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ เข้าใจ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนความคิดหรือเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดนั้น ๆ

## 7. กลยุทธ์ (Strategies)

กลยุทธ์ คือ แนวทางที่นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- **กลยุทธ์เชิงรุก (Proactive Strategies)** เป็นการเตรียมการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยมีการคาดคะเนถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยอาจเตรียมการล่วงหน้าไว้ก่อนจะเกิดปัญหา เช่น กลยุทธ์การพัฒนาองค์กร กลยุทธ์การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น

- **กลยุทธ์เชิงรับ (Reactive Strategies)** เป็นการวางแผนในการรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ เช่น กลยุทธ์การจัดการความขัดแย้ง กลยุทธ์การจัดการภาวะวิกฤต เป็นต้น

## 8. กลวิธีหรือกิจกรรม (Tactics or communication activities)

กลวิธี คือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้กลยุทธ์ในการทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ได้ (Johnson, Scholes, & Sexty, 1989)

ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ (2554) ได้สรุปกลวิธีการสื่อสารไว้ดังนี้

### 1. การส่งข่าวทางสื่อมวลชน (News Release)

เป็นการส่งข้อมูลถึงสื่อมวลชนในรูปแบบของข่าวอาจส่งเป็นจดหมาย หรืออีเมล มักส่งให้สื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในงานประชาสัมพันธ์มักเรียกว่า ข่าวแจก เพื่อแจ้งกำหนดการ หรือข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรให้สื่อมวลชนได้รับทราบ ปัจจุบันมักทำข่าวแจกในรูปแบบวิดีโอทัศน์หรือทำล่วงหน้าก่อนข่าวจริง

### 2. การประชุมแถลงข่าว (Press conference)

เป็นกิจกรรมที่เชิญสื่อมวลชนมารับฟังข้อมูลที่เสนอโดยโฆษก มักจัดขึ้นเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะเกิดขึ้น หรือเป็นเรื่องที่สื่อมวลชนสนใจ การประชุมแถลงข่าวนอกจากจะให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนแล้ว ยังเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยได้อีกด้วย

### 3. การให้สัมภาษณ์ของผู้สับสนุน (Executive Interviews)

เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้บริหารได้สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารรูปแบบนี้จะช่วยสร้างภาพลักษณ์องค์กรว่าผู้ดำเนินการสามารถทำงานได้ผลดี มีความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นต้น (Wilcox, Cameron, Reber, & Shin, 2011)

### 4. การจัดงานสัมมนา (Seminar)

เป็นรูปแบบของการระดมความคิดของผู้เข้าร่วมในแต่ละประเด็น เป็นการแสดงถึงความเท่าเทียมกันของผู้จัดและผู้เข้าร่วมสัมมนา เพื่อสร้างความรู้ และเป็นการแสวงหาความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมสัมมนา

### 5. การฝึกอบรม (Training)

การฝึกอบรมนั้นแตกต่างจากการสัมมนาคือ การสัมมนานั้นผู้นำการสัมมนากับผู้เข้าร่วมการสัมมนาอาจมีความรู้ระดับเดียวกัน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แต่การฝึกอบรมนั้นผู้จัดการอบรม หรือผู้นำจะมีความรู้มากกว่าผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งนอกจากการให้ความรู้แก่ผู้เข้ารับ

การอบรมแล้ว ยังแสดงให้เห็นว่าผู้จัดการอบรมหรือองค์กรที่จัดการอบรมมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งช่วยต่อยอดภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร

#### 6. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการตลาด (Event marketing)

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้และความสนใจในสินค้าหรือบริการที่นำเสนอ อาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น การแสดง การจัดประกวด การแข่งขันเกมส์ชิงรางวัล เป็นต้น (Schultz, Tannenbaum, & Lauterborn, 1992)

#### 7. การตลาดทางตรง (Direct marketing)

เป็นการส่งเสริมการขายที่สื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เช่น การส่งข่าวสารข้อมูลของสินค้า หรือกิจกรรมทางการตลาดทางไปรษณีย์ ซึ่งการตลาดทางตรงสิ่งสำคัญคือต้องทราบที่อยู่ของกลุ่มเป้าหมาย หรือถ้าไม่มีที่อยู่คือการส่งข่าวสารถึงหน้าบ้าน

#### 8. การตลาดเชิงสังคม (Social marketing)

เป็นเทคนิคทางการตลาดที่นำมาใช้เพื่อให้ผู้รับสารเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตนเองหรือสังคม เช่น การดูแลสุขภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

#### 9. การเป็นผู้สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ (Sponsorships)

เป็นการนำเอาองค์กรเข้าไปสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประกวด การแข่งขัน กีฬา เพื่อบ่งบอกว่าองค์กรมีแนวคิดแบบใด มีการดำเนินงานไปในทิศทางใด เช่น การสนับสนุนโครงการสิ่งแวดล้อม บ่งบอกว่าองค์กรดำเนินงานเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

#### 10. กิจกรรมลูกค้าสัมพันธ์ (Customer relations)

เป็นกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือลูกค้า ซึ่งกิจกรรมนั้นอาจผูกโยงสินค้าเข้ากับกิจกรรมเพื่อให้ลูกค้ารู้สึกดีกับองค์กรและสินค้าขององค์กร (Christopher, Payne, & Ballantyne, 1991)

#### 11. กิจกรรมพนักงานสัมพันธ์ (Employee relations)

มีทั้งการสื่อสารทางเดียวและการสื่อสารสองทาง เช่น การจัดกีฬาภายในขององค์กร งานฉลองปีใหม่ เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ร่วมงาน

**12. กิจกรรมชุมชนสัมพันธ์ (Community relations)** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างองค์กรกับชุมชน โดยองค์กรอาจเข้าไปช่วยชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน ด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้น

**13. กิจกรรมสื่อมวลชนสัมพันธ์ (Media relations)** เป็นกิจกรรมเพื่อสานสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์กรกับสื่อมวลชน เช่น การที่องค์กรไปเยี่ยมสื่อมวลชนถึงสำนักงาน การพาสื่อมาเยี่ยมชมองค์กร เป็นต้น

**14. เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social networking)** เป็นวิธีที่เป็นที่นิยมอย่างมากในปัจจุบันเพราะสามารถเข้าถึงผู้รับสารในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี สื่อที่นิยมใช้ตัวอย่างเช่น Facebook Twitter Youtube หรือ E-mail เป็นต้น

## 9. ตารางการปฏิบัติงานการสื่อสาร (Calender – time tables)

ตารางการปฏิบัติงาน คือตัวกำหนดว่ากิจกรรมจะจัดขึ้นที่ไหน เมื่อใด โดยมีการระบุลำดับขั้นตอนของกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน

## 10. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผล คือ การหาคำตอบว่าการวางแผนกลยุทธ์นั้นสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งเกณฑ์ในการประเมิน คือ ตัวชี้วัดผลงาน เช่น ตัวชี้วัดด้านผลผลิต คือ ปริมาณสินค้าที่ส่งไปยังผู้รับสาร เป็นต้น

ธাত্রี ใต้ฟ้าพูล (2556) ได้สรุปองค์ประกอบการวางแผนการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ไว้ดังนี้

### องค์ประกอบพื้นฐานของแผนงาน

1. สถานการณ์ปัจจุบัน (Situation)
2. วัตถุประสงค์ (Objectives)
3. ผู้รับสาร (Audience) / กลุ่มเป้าหมาย (Target Group)
4. แก่นและใจความสำคัญ (Theme and Key Message)
5. กลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ (Strategy)
6. ยุทธวิธีหรือกลวิธี (Tactics)
7. ปฏิทินกิจกรรม / ตารางการปฏิบัติงาน (Calender or Timetable)

8. งบประมาณ (Budget)
9. การประเมินผล (Evaluation)

ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบสามารถอธิบายได้ดังนี้

### 1. สถานการณ์ปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของแผนงานจะไม่มีทางถูกต้องได้เลย หากกำหนดขึ้นมาโดยปราศจากความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสถานการณ์นี้เองเป็นที่มาของความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานทางด้านการสื่อสารการตลาด ซึ่งโดยปกติแล้วจะมีสถานการณ์ 3 รูปแบบ ดังนี้

**1.1 เกิดปัญหา** หรือสถานการณ์ที่มีผลทางลบต่อองค์กรหรือต่อโครงสร้างที่องค์กรดำเนินอยู่ เช่น ถูกรุมว่าคำกำไรเกินควร เป็นตัวการที่ทำให้สิ่งแวดล้อมของชุมชนเสียหาย ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้องค์กรต้องจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา หรือแก้ไขสถานการณ์ในด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อองค์กร

**1.2 ไม่มีคนรู้จักองค์กร** หรือไม่รู้จักรองสร้างต่าง ๆ ขององค์กรแม้จะดำเนินกิจการมาเป็นระยะเวลาแล้วก็ตาม หรือรู้จักเฉพาะในวงแคบเท่านั้น สถานการณ์นี้ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้ยินหรือรับรู้ว่าองค์กรดำเนินกิจกรรมประเภทใด ส่งผลดีอย่างไรต่อประชาชนและสังคม ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้องค์กรจำเป็นต้องจัดโครงการเฉพาะกิจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ หรือทำให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลที่ต้องการเผยแพร่

**1.3 องค์กรมีชื่อเสียงเกียรติคุณและเป็นที่รู้จักโดยทั่วไปในสังคม** สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่สินค้าหรือบริการขององค์กรได้รับความนิยม หรือโครงการที่ดำเนินการได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากประชาชน สถานการณ์เช่นนี้ องค์กรต้องรักษาชื่อเสียงเกียรติคุณ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนต่อไป ซึ่งองค์กรที่อยู่ในสภาพเช่นนี้ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ดีที่สุด ไม่ต้องใช้ทรัพยากรและความพยายามมากในการดำเนินงานสื่อสารการตลาด เนื่องจากไม่ต้องแก้ปัญหาภาพลักษณ์เช่นในสถานการณ์ที่ 1 และไม่ต้องพยายามทำให้เป็นที่รู้จักเช่นในสถานการณ์ที่ 2 หากแต่เพียงดำเนินการเพื่อรักษาชื่อเสียงที่ดีอยู่แล้วให้คงเส้นคงวาต่อไป หรืออาจเพิ่มระดับความมีชื่อเสียงให้สูงขึ้นเท่านั้น

### SWOT Analysis

**จุดแข็ง (Strength)** ได้แก่ ข้อได้เปรียบต่าง ๆ ที่องค์กรมีเหนือคู่แข่งในอุตสาหกรรมหรือในตลาดเดียวกัน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในองค์กรที่สามารถควบคุมหรือทำให้เกิดขึ้นได้ เช่น สินค้าขององค์กรมีส่วนผสมของสารสกัดจากธรรมชาติ ไม่มีสารเคมีเจือปนที่เป็นอันตราย ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ความดับกระหายแล้ว ยังช่วยลดน้ำหนัก และช่วยให้ผิวพรรณกระจ่างใสอีกด้วย ซึ่งคุณสมบัตินี้เป็นคุณสมบัติเด่นที่ผู้บริโภคต้องการ

**จุดอ่อน (Weakness)** ได้แก่ ข้อเสียเปรียบต่าง ๆ ที่องค์กรมีเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่ง ซึ่งเป็นปัจจัยภายในองค์กรที่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ เช่น องค์กรมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญด้านการเขียนโปรแกรม เราสามารถรับสมัครหาบุคคลที่มีความสามารถด้านดังกล่าวมาทำงานในหน้าที่นั้น ๆ ได้

**โอกาส (Opportunity)** ได้แก่ เงื่อนไขหรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ผู้บริโภคปัจจุบันนิยมดื่มชาเขียวมากยิ่งขึ้น ทำให้ตลาดน้ำชาเขียวเติบโตจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 70

**อุปสรรค (Threat)** ได้แก่ เงื่อนไขหรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่คุกคามการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดให้เป็นได้ เช่น คนในสังคมปัจจุบันมีความใจร้อนและให้อภัยกันน้อยลง ทำให้เกิดข้อพิพาทระหว่างบุคคลและเกิดการฟ้องร้องกันมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคอื่น ๆ ได้แก่

- การวิเคราะห์ 5 Forces Analysis ซึ่งประกอบด้วย
  - การเข้ามาของคู่แข่งรายใหม่ (Entry of New Competitors)
  - อุปสรรคที่เกิดจากสินค้าทดแทน (Threat of Substitution)
  - อำนาจในการต่อรองของผู้ซื้อสินค้าหรือบริการ (Bargaining Power of Buyers)
  - อำนาจการต่อรองของผู้ส่งมอบวัตถุดิบหรือผู้สนับสนุนการตลาด (Bargaining Power of Suppliers)
- สภาพการแข่งขันของคู่แข่งในปัจจุบัน (Rivalry Among the Existing Competition)
- การวิเคราะห์ PEST Analysis ซึ่งประกอบด้วย
  - ปัจจัยด้านการเมือง (Political)
  - ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economic)
  - ปัจจัยด้านสังคม (Social)
  - ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (Technology)
- การวิเคราะห์ถึงสภาพการแข่งขัน (Competitive Analysis)
- การวิเคราะห์คู่แข่ง (Competitor Analysis)
- การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย (Target Audience Analysis)

## 2. วัตถุประสงค์

การกำหนดวัตถุประสงค์ คือ สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติงานตามแผนงานสื่อสารการตลาดแล้วเสร็จ วัตถุประสงค์ของแผนงานสื่อสารการตลาดมักจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร และบทบาทของการสื่อสารการตลาดที่มีต่อองค์กรและต่อการตอบสนองเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นการตั้งวัตถุประสงค์ของแผนงานสื่อสารการตลาดควรเริ่มจากการพิจารณาโดยตอบคำถามดังนี้

- วัตถุประสงค์นั้นสะท้อนสถานการณ์จริง ๆ หรือไม่
- วัตถุประสงค์นั้นเป็นจริงได้หรือไม่ และสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้หรือไม่
- สามารถวัดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีนัยยะสำคัญ และถูกต้องได้หรือไม่

วัตถุประสงค์มี 2 ประเภทดังนี้

**1. วัตถุประสงค์ในเชิงข้อมูล (Informational Objectives)** วัตถุประสงค์ส่วนใหญ่มักกำหนดมาเพื่อให้ข้อมูล หรือเพิ่มระดับการรับรู้ในประเด็นกิจกรรมหรือผลิตภัณฑ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่สารและแก้ไขความเข้าใจผิด

**2. วัตถุประสงค์ในเชิงการจูงใจ (Motivational Objectives)** วัตถุประสงค์เชิงการจูงใจมุ่งทำให้ผู้รับสารเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือพฤติกรรม ซึ่งสามารถวัดผลสำเร็จในเชิงปริมาณสามารถจับต้องได้

## 3. ผู้รับสาร

การสื่อสารการตลาดนั้นควรมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่ากลุ่มผู้รับสารเป็นใคร แม้ว่าในบางโครงการจะต้องการสื่อสารไปยังสาธารณชนก็ตาม การกำหนดผู้รับสารสามารถกำหนดได้จาก

- กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)
- กลุ่มลักษณะทางภูมิศาสตร์ (Geographic Group)
- กลุ่มลักษณะทางประชากร (Demographic Group)
- กลุ่มลักษณะทางจิตวิทยา (Psychographic Group)
- กลุ่มลักษณะทางวิถีชีวิต (Lifestyles Group)

นอกจากนี้ อาจกำหนดผู้รับสารโดยใช้การผสมผสานหลายลักษณะประกอบกัน เช่น อายุ รายได้ สถานภาพทางสังคม การศึกษา การเป็นเจ้าของสินทรัพย์ พฤติกรรมการบริโภค ถิ่นที่อยู่อาศัย แรงจูงใจ ความต้องการ ความนิยมเทคโนโลยีใหม่ เป็นต้น

ในกระบวนการสื่อสารการตลาดปัจจุบัน ยอมรับว่า “ผู้รับสาร” คือ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการรณรงค์ นักสื่อสารการตลาดต้องทำความเข้าใจกับผู้รับสารให้มากที่สุด เพื่อจะได้รับรู้ถึงความต้องการ ทัศนคติ ความพึงพอใจ ของผู้รับสาร เพื่อนำไปสู่กระบวนการวางแผนในทุกขั้นตอนไม่ว่าจะ

เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย การออกแบบสาร การกำหนดกลยุทธ์และยุทธวิธีในการสื่อสาร

#### 4. แก่นและใจความสำคัญ

ในการกำหนดผู้รับสาร ขั้นตอนต่อไปที่ต้องดำเนินการในการวางแผนการสื่อสารการตลาด คือ การกำหนดแก่น ที่จะใช้เป็นกรอบในการสื่อสารตลอดทั้งแผนงาน และใจความสำคัญ ซึ่งใจความสำคัญ คือ ข้อความหลักที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

ใจความสำคัญเป็นหัวใจของการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้สื่อสารตั้งใจให้ผู้รับสารรับรู้ เข้าใจ และเปลี่ยนการตัดสินใจ รวมถึงเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อความหลักดังกล่าวจึงต้องชัดเจน จึงจะทำให้เกิดผลตามที่ได้วางแผนไว้

#### 5. กลยุทธ์ หรือยุทธศาสตร์

กลยุทธ์ คือ ข้อความที่อธิบายแนวคิดว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้อย่างไร เป็นการให้แนวทาง และแนวคิดหลักสำหรับโครงการโดยรวมทั้งหมด ในโครงการหนึ่ง ๆ อาจมีกลยุทธ์เดียวหรือหลายกลยุทธ์ก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และผู้รับสารที่วางไว้ในแต่ละแผนงาน

กลยุทธ์แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

- กลยุทธ์การสื่อสาร (Communication Strategy)
- กลยุทธ์การใช้สื่อ (Media Strategy)
- กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ (Persuasive Strategy)

แต่ละกลยุทธ์ขยายความได้ดังนี้

##### กลยุทธ์การสื่อสาร

ในการสื่อสารเพื่อให้ผู้บริโภคเกิดพฤติกรรมการบริโภคสินค้าขององค์กรนั้น ต้องมีการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารโดยแยกประเด็นสื่อสารกับกลุ่มผู้บริโภค (Consumer) ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ (Decision Maker) หรือผู้ซื้อ (Buyer) และผู้นำความคิด (Opinion Leader)

##### กลยุทธ์การใช้สื่อ

เช่นการเลือกสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง หรือการใช้สื่อหลากหลายชนิดเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น หรือการใช้สื่อโดยตอกย้ำบ่อย ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายจดจำได้



โดยในแผนงานกลยุทธ์ควรระบุว่าจะระบุว่าจะใช้สื่ออะไรเป็นสื่อหลัก และใช้สื่ออะไรเป็นสื่อรองหรือสื่อสนับสนุน

### กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ

อาจใช้วิธีการจูงใจกลุ่มเป้าหมายในลักษณะต่าง ๆ เช่น

- การใช้แหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือในการโน้มน้าวใจ (Source Credibility Approach) เช่น การใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่สังคมยอมรับมาช่วยให้ความเห็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเราก

- การโน้มน้าวใจด้วยรางวัล (Reward Approach) เช่น ประหยัดเวลา เพิ่มรายได้ การได้รับความความสะดวกสบายเพิ่มขึ้น เป็นต้น

- การโน้มน้าวใจด้วยการลงโทษ หรือขู่ให้กลัว (Fear Approach) เช่น การทำให้สิ้นเปลืองเวลา ทำให้เสียเงิน ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ถูกดำเนินคดี เป็นต้น

### 6. ยุทธวิธี หรือกลวิธี

ยุทธวิธี คือ การใช้เครื่องมือทางการสื่อสารการตลาด เพื่อนำใจความสำคัญที่ต้องการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลัก (Primary Audiences) และกลุ่มเป้าหมายรอง (Secondary Audience) ยุทธวิธีจึงเปรียบเสมือน ผลและดอก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานที่บรรยายถึงกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงต่าง ๆ ซึ่งช่วยทำให้กลยุทธ์นำไปสู่การปฏิบัติ และช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้

ยุทธวิธีการสื่อสารการตลาด มีความหลากหลายไม่ว่าจะเป็นการโฆษณา การจัดสัมมนา เฉพาะบุคคล สัมภาษณ์กลุ่ม การร่วมรับประทานอาหารกับผู้บริหาร การจัดบรรยายให้สถานศึกษา หรือหน่วยงานภายนอกองค์กร การโฆษณาเชิงประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ การจัดทำและแจกของที่ระลึก การจัดประกวดแข่งขัน การเฉลิมฉลอง การแถลงนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน การแนะนำผู้บริหารชุดใหม่ การเยี่ยมเยียนสื่อมวลชน การจัดงานเลี้ยงขอบคุณสื่อมวลชน การพาสื่อมวลชนไปดูงานนอกสถานที่ เป็นต้น

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของนักสื่อสารในการสร้างสรรค์กิจกรรมและเลือกใช้เครื่องมือการสื่อสารให้เหมาะสมกับแผนงานที่วางไว้

### 7. ปฏิทินกิจกรรม และตารางการปฏิบัติงาน

ปฏิทินกิจกรรมและตารางการปฏิบัติงาน มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การตัดสินใจว่าเมื่อใดควรทำกิจกรรม
2. พิจารณาจัดลำดับกิจกรรม
3. กำหนดรายละเอียดแต่ละขั้นตอนในการดำเนินงาน

ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้มีความสำคัญต่อการบรรลุประสิทธิผลสูงสุด โดยปฏิทินกิจกรรมและตารางการปฏิบัติงาน มักจะใช้ 3 รูปแบบดังนี้

1. **ปฏิทินกิจกรรม** คือ การกำหนดว่าเมื่อใดควรจัดกิจกรรมการสื่อสารการตลาดแต่ละกิจกรรมซึ่งจะเป็นการระบุถึงระยะเวลาและสถานการณ์ที่เหมาะสมของโครงการ
2. **ตารางปฏิบัติงาน** คือ การกำหนดลำดับขั้นตอนที่เหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งจะมีกำหนดการและลำดับกิจกรรม ในแต่ละยุทธวิธีหรือแต่ละกิจกรรม
3. **รายละเอียดการปฏิบัติงาน** คือ การกำหนดทุกขั้นตอนที่จำเป็นสำหรับการผลิตสื่อเพื่อการสื่อสารการตลาด โดยมีการกำหนดเวลาในการปฏิบัติงาน

## 8. งบประมาณ

แผนงานสื่อสารการตลาดจะสมบูรณ์ได้ต้องมีการวางแผนและกำหนดงบประมาณ โดยบริษัทจะกำหนดงบประมาณ และให้นักสื่อสารการตลาดเขียนแผนงานภายใต้งบประมาณที่กำหนด

โดยปกติค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการว่าจ้างบริษัทที่ปรึกษาหรือตัวแทนการสื่อสารการตลาด จะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- ค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกิดจากเวลาการทำงานของพนักงาน (Staff and Administrative Time)
- ค่าใช้จ่ายจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ (OOP : Out of Pocket)

จากการดำเนินงาน ปกติค่าใช้จ่ายทั้งสองประเภทจะอยู่ในอัตราส่วน 70 : 30

งบประมาณในส่วนแรกที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากเวลาการทำงานของพนักงาน เกิดจากการคำนวณ โดยใช้ประสบการณ์ของนักสื่อสารการตลาดร่วมกับราคาประมาณการจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงาน เป็นต้น

งบประมาณในส่วนหลังซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ค่าจัดซื้อหรือค่าเช่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสื่อสารการตลาด ค่าจัดทำของที่ระลึก ค่าเวลาและพื้นที่ในการเผยแพร่ข่าวสาร เป็นต้น

เมื่อแผนงานเสร็จสิ้นลง จะมีการแสดงเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายประมาณการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งถ้ามีความแตกต่างกันน้อย แสดงถึงประสิทธิภาพในการกำหนดงบประมาณมีมาก

## 9. การประเมินผล

การประเมินผล เป็นวิธีการเพื่อหาคำตอบว่าการวางแผนและการดำเนินงานสื่อสารการตลาด ได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ ดังนั้น จึงควรมีการวัดด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเป็นอย่างน้อยเพื่อตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. กิจกรรมหรือแผนงานที่ดำเนินการไปเพียงพอหรือไม่
2. ผู้รับสารเข้าใจในใจความสำคัญที่ได้สื่อสารออกไปหรือไม่
3. มีกลยุทธ์อื่นที่ได้ผลมากกว่านี้หรือไม่
4. การสื่อสารการตลาดเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดหรือไม่
5. กิจกรรมการสื่อสารนั้นช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การหรือไม่
6. การดำเนินงานอยู่งบประมาณที่วางไว้หรือไม่
7. ทำอย่างไรจึงจะปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นในอนาคต
8. การสื่อสารการตลาดทำให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้หรือมีทัศนคติที่ดีขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ขององค์การเพิ่มมากขึ้นหรือไม่

การประเมินผลจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับวัตถุประสงค์ของแผนงาน วัตถุประสงค์ต้องสามารถวัดผลได้ทางใดทางหนึ่ง เพื่อแสดงให้เห็นว่าแผนงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างไร

เกณฑ์ในการประเมินควรอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เชื่อถือได้ มีความชัดเจน และสอดคล้องกับความคาดหวังขององค์กร

ในส่วนของการประเมินผล ควรจะนำเอาวัตถุประสงค์ของแผนงานมาแสดงประกอบให้เห็นอีกครั้งและระบุวิธีการวัดผล ซึ่งการประเมินผลตามวัตถุประสงค์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

- **การประเมินผลตามวัตถุประสงค์ในเชิงข้อมูล** มักจะใช้ข่าวตัด และวิเคราะห์ความบ่อยครั้งที่ประเด็นเนื้อหาของข้อความสำคัญได้รับการเอ่ยถึง รวมถึงทิศทางของการนำเสนอข่าวว่า การนำเสนอข่าวนั้น เนื้อหาเป็นไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ

- **การประเมินผลตามวัตถุประสงค์ในเชิงการจูงใจ** มักจะวัดและประเมินจากยอดขาย หรือส่วนถือครองการตลาดที่เพิ่มขึ้น รวมถึงใช้จำนวนคนที่โทรศัพท์เข้ามาสอบถามข้อมูล หรือโดยการวิจัยเชิงสำรวจเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังโครงการ

วิธีการประเมิน อาจใช้การประเมินโดยการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสิ่งที่ต้องการประเมิน

จากแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารสามารถนำหลักกลยุทธ์มาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยนี้ได้ดังนี้ กลยุทธ์หลักที่สำคัญที่ใช้ในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 คือกลยุทธ์การสื่อสารที่เราควรสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใด กลยุทธ์การใช้สื่อที่เราควรใช้สื่อใดเป็นสื่อหลัก และสื่อใดเป็นสื่อสนับสนุน และกลยุทธ์การโน้มน้าวใจว่าเราควรจะใช้หลักการโน้มน้าวใจอย่างไรที่จะทำให้ผู้ที่ต่อต้านเปลี่ยนความคิดและเห็นด้วยกับพระราชบัญญัติดังกล่าว ส่วนแนวคิดด้านกลวิธีการสื่อสารที่น่าสนใจคือ วิธีการโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพระราชบัญญัตินี้

## 2.2 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ เป็นแนวคิดที่สำคัญสำหรับการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ต่อต้านให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และเห็นด้วยกับเรื่องราวที่ต้องการสื่อสาร ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการโน้มน้าวใจไว้ดังนี้

อรรถพร ปิลาธนโอบาท (2549) กล่าวว่า การโน้มน้าวใจ คือ การที่ผู้โน้มน้าวใจตั้งใจจะมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลง สร้าง หรือดำรงไว้ ซึ่งความเห็น ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อของผู้ถูกโน้มน้าว ซึ่งโดยปกติผู้ถูกโน้มน้าวจะมีทางเลือกมากกว่า ดังนั้นผู้โน้มน้าวต้องชักจูงให้ผู้ถูกโน้มน้าวเลือกทางที่ตนเสนอ

วิชญ์ สุวรรณเพิ่ม (2525) ให้ความหมายของการโน้มน้าวใจไว้ว่า การโน้มน้าวใจนั้นเป็นรูปแบบของการสื่อสารระหว่างมนุษย์ (Human intention) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละคนหรือคนใดคนหนึ่งมุ่งที่จะหวังให้คนอื่นหรือกลุ่มบุคคลใดก็ตามตอบสนองตนโดยเฉพาะ (Particular response) โดยที่ผู้กระทำการนั้นได้จัดเตรียมองค์ประกอบในการโน้มน้าวใจไว้อย่างสมบูรณ์รอบคอบแล้วให้ผ่านกระบวนการสื่อความหมาย

### องค์ประกอบขั้นพื้นฐานในการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

อรรถพร ปิลาธนโอบาท (2549) ได้จัดองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจไว้ 4 ประการ ดังนี้

**1. คุณสมบัติของผู้สื่อสาร (Source Characteristics)** ผู้ส่งสารแต่ละคนมีความแตกต่างกันทำให้ความสามารถในการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจมีความแตกต่างกัน เช่น ความเชื่อถือได้ (Credibility) อำนาจในสังคม (Social power) บทบาททางสังคม (Social role) ความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้รับสาร (Relationship to the receiver) อายุ เพศ และอาชีพ (Age, sex and occupation)

**2. สาร (Message)** ความแตกต่างของเนื้อหาสาร การจัดลำดับ การเรียบเรียงประเด็น ข้อโต้แย้ง ภาษาที่ใช้รวมทั้งทำนองท่วงท่า สลีลาในการสื่อสาร ล้วนเป็นปัจจัยให้การสื่อสารโน้มน้าวใจมีความแตกต่างกัน

**3. ช่องทางการสื่อสาร (Channels)** การเลือกช่องทางการสื่อสารที่ต่างกันส่งผลต่อการโน้มน้าวใจที่ต่างกัน เช่น การสื่อสารระหว่างบุคคล กับการสื่อสารผ่านสื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

**4. สภาพการณ์ (Environment)** สภาพการณ์ที่มีบุคคลใดหรือขาดบุคคลใดมีความคุ้นเคยกันหรือไม่คุ้นเคยกันก็จะส่งผลต่อความโน้มน้าวใจที่ต่างกัน

การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจประกอบด้วยองค์ประกอบและตัวแปรมากมาย ซึ่งมีส่วนทำให้การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจสำเร็จผลหรือล้มเหลว ได้แก่ คุณสมบัติของผู้ส่งสาร ตัวสาร ช่องทางการสื่อสาร นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่เกี่ยวกับเวลา ระยะทาง และองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ตลอดจนองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้รับสาร (พีชนิ เขยจรรยา, เมตตา วิวัฒนานุกูล, & ธีรพันธ์ อนวัชศิริวงศ์, 2538)

ในการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ส่งสารควรมีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้รับสารที่มีผลต่อการรับรู้และการตีความสารที่ได้รับ โดยทั่วไปผู้ส่งสารอาจทำการศึกษาและวิเคราะห์ผู้รับสารในปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ลักษณะทางประชากร (Demographic) ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological) ลักษณะทางบุคลิกภาพ (Personality) และประเภทของผู้รับสาร ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้รับสารมีการตอบกลับ (Feedback) ที่แตกต่างกันไป ผู้รับสารบางคนอาจมีการตอบสนองต่อสารมาก บางคนมีการตอบสนองต่อสารน้อย หรือบางคนอาจไม่มีการตอบสนองเลย ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้ผู้รับสารตอบสนองต่อสารแตกต่างกันคือ ลักษณะบุคลิกนิสัยหรือบุคลิกภาพ

### หลักการโน้มน้าวใจของ Aristotle

อริสโตเติล ได้ชื่อว่าเป็นบิดาทางด้านวาทะวิทยา ได้สร้างแบบจำลองการสื่อสารซึ่งเน้นในเรื่องของการพูดเพื่อโน้มน้าวใจ (Persuasive Speaking) ซึ่งเป็นเครื่องมือการสื่อสารที่สำคัญที่สุดเพื่อใช้ในการชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ฟังเกิดความเห็นที่คล้อยตาม องค์ประกอบความสำเร็จในการโน้มน้าวใจตามหลักของอริสโตเติลมี 3 ลักษณะดังนี้ (Cooper, 1960)

**1. ความน่าเชื่อถือของผู้พูด (Ethos)** คือ บุคลิกลักษณะของผู้พูดที่แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือ มีเชาวน์ปัญญา ไหวพริบ รักษาคำพูด มีจริยธรรมและความปรารถนาดี มีบุคลิกลักษณะของผู้พูดที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเชื่อ ความประทับใจ และมีศรัทธา ดังนั้น ผู้พูดต้องมีความรู้ในเรื่องที่พูด การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ฟัง และการเป็นผู้ที่มีคุณธรรม วัชร ลภีรัตน์กุล (2543) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ความน่าเชื่อถือของผู้พูดประกอบด้วยสิ่งสำคัญอีก 3 ประการ คือ ผู้พูดต้องมีความเชี่ยวชาญ (Expertise or expertness) มีความรู้จริงและเชี่ยวชาญในเรื่องที่พูด ผู้พูดต้องมีคุณธรรมหรือความดีงามในตัวผู้พูด

(Moral character) และผู้พูดต้องมีความจริงใจและความปรารถนาดีต่อผู้ฟัง (Sincerity, Good Will and Trustworthiness)

นอกจากความเชี่ยวชาญและความรู้ความสามารถของผู้พูดเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอในการเป็นผู้พูดที่สามารถโน้มน้าวใจผู้อื่นได้ แต่ผู้พูดต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมในการพูดด้วย คุณธรรมและจริยธรรมที่สำคัญที่ผู้พูดควรยึดถือปฏิบัติ มีดังนี้ (วัชร เกิดคำ, 2543 อ้างถึงใน สหทัย ไชยพันธุ์, 2555)

- **มีความซื่อตรง** ผู้พูดต้องมีความซื่อตรงในการใช้คำพูด คำพูดนั้นต้องแสดงถึงความสุจริตใจ เทียงธรรม น่าเชื่อถือ ไม่พูดหลอกลวง ไม่พูดเอาแต่ประโยชน์ส่วนตน ไม่พูดเท็จให้ผู้อื่นหลงเชื่อ ไม่พูดตลบตะแลง หรือพูดจูงใจจนเกินขอบเขตของความเป็นจริง อาจทำให้เห็นว่าเป็นจริง ดังนั้นผู้พูดควรยึดมั่นการพูดบนพื้นฐานของความจริงเป็นหลัก

- **มีความจริงใจและความปรารถนาดี** ผู้พูดต้องแสดงความจริงใจ ความปรารถนาดี และแสดงความเป็นมิตรไมตรีต่อผู้ฟัง ผู้พูดมีความรู้สึกอย่างไรก็แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา ไม่แสดงอาการเสแสร้งแกล้งทำ ไม่ควรพูดอาฆาต มุ่งร้าย หรือโกรธแค้นผู้ฟัง แต่ถ้าต้องการจะยกย่องสรรเสริญ ชมเชย ก็ควรแสดงด้วยความจริงใจ มิใช่การพูดในลักษณะประชดประชัน

- **มีความรับผิดชอบ** ผู้พูดต้องรับผิดชอบต่อคำพูดที่ได้พูดออกไป หรือเรื่องที่ได้เสนอต่อผู้ฟัง เมื่อพูดไปแล้วต้องพร้อมที่จะเผชิญและรับผิดชอบต่อผลที่จะตามมาจากคำพูดนั้นไม่ว่ากรณีใด โดยผู้พูดจะต้องคิดให้รอบคอบ ดังคำที่ว่า “คิดก่อนพูดมิใช่พูดก่อนคิด”

2. **อารมณ์ของผู้ฟัง (Pathos)** คือ การปรับอารมณ์ของผู้ฟังให้มีจิตใจที่นิ่งสงบพร้อมที่จะฟังวาจาในการโน้มน้าวใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกคล้อยตาม สนุกสนาน หรือไม่ชอบไปเลยก็ได้

3. **เหตุผลในวาจา (Logos)** คือ การใช้เหตุผลมาประกอบการพูด แสดงให้เห็นถึงหลักฐาน (Evidence) และการแสดงเหตุผล (Reason) ซึ่งการแสดงเหตุผล อริสโตเติล (Aristotle) แบ่งการแสดงเหตุผลเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 เหตุผลที่มาจากตัวอย่าง (Example) แบ่งออกเป็น การยกตัวอย่างจากเรื่องจริงจากประวัติศาสตร์และเรื่องที่เป็นคติสอนใจ เช่น นิทานชาดก นิทานอีสป เป็นต้น

3.2 เหตุผลที่มาจากเอนธิมีม (Enthymemes) เป็นการให้เหตุผลในรูปแบบการบอกข้อเสนอและข้อสรุปที่สมเหตุสมผล หรืออีกรูปแบบคือการใช้หลักความเป็นไปได้มากกว่าความแน่นอน

## ปัจจัยในการโน้มน้าวใจ

หนึ่งในปัจจัยในการโน้มน้าวใจนั้น ตามหลักจิตวิทยาในการโน้มน้าวใจได้กล่าวถึง ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Theory of Human Motivation) หรือที่เรียกว่า (Hierarchy of Needs Theory) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง มาสโลว์ได้สรุปลักษณะการจูงใจไว้ว่า การจูงใจจะเป็นไปตามลำดับของความต้องการของมนุษย์ตามลำดับขั้น

ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow) ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ (Human needs) เป็น 5 ลำดับขั้น จากขั้นต่ำสุดไปถึงขั้นสูงสุด (Maslow, 1970 อ้างถึงใน วิรัช ลภีรัตน์กุล, 2543) ดังนี้

**1. ความต้องการทางสรีระ (Physiological Needs)** มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานขั้นแรกคือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่งก็คือความต้องการด้านปัจจัยสี่ของมนุษย์ ได้แก่ อากาศ (Oxygen) อาหาร (Food) น้ำ (Water) ที่อยู่อาศัย (Rest) การออกกำลังกาย (Exercise) การเลี่ยงจากภัยอันตราย (Avoidance of bodily damage) และการขับถ่าย (Excretion)

**2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety and Security Needs)** ขั้นต่อมา มนุษย์ต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง สวัสดิภาพในความเป็นอยู่ของตนในการทำงาน และด้านอื่น ๆ

**3. ความต้องการความรักและความมีตัวตนเป็นเจ้าของ (Love and Belonging Needs)** ขั้นต่อมา มนุษย์ต้องการความรักโดยการรักผู้อื่น หรือผู้อื่นรักตนเอง อีกทั้งต้องการเป็นที่ยอมรับ หรือต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนหรือสมาชิกต่าง ๆ

**4. ความต้องการการยกย่อง (Self Esteem Needs)** ขั้นต่อมา มนุษย์ต้องการความมีชื่อเสียงและได้รับการยกย่องจากผู้อื่น รวมถึงต้องการความเชื่อมั่นจากบุคคลอื่นและความเป็นผู้นำในกลุ่ม

**5. ความต้องการสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs)** ขั้นที่ 5 ขั้นสุดท้ายคือขั้นสูงสุด มนุษย์ต้องการที่จะประสบความสำเร็จ สามารถเข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้ง เช่น ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จสูงสุดความสามารถที่ตนเองจะทำได้ ความสำเร็จที่จะมีความคิดสร้างสรรค์ การยอมรับในสัจธรรม ความจริงต่าง ๆ เป็นต้น

จากแนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ สามารถนำมาประยุกต์กับงานวิจัยนี้ได้โดยผู้ผลักดันสามารถใช้หลักการโน้มน้าวใจในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ต่อต้านให้มีความเข้าใจในเจตนารมณ์ที่ถูกต้องของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่ามีเจตนารมณ์เพื่อรักษาสิทธิของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิในการวางแผนการรักษาให้กับตนเองในช่วงระยะสุดท้ายของ

ชีวิต นอกจากนี้แล้วหลักการโน้มน้าวใจยังอาจช่วยให้ผู้ที่ต่อต้านเกิดการยอมรับ เห็นด้วย และหันมาเป็นผู้สนับสนุนได้ในที่สุด

### 2.3 แนวคิดเรื่องการบริหารประเด็น

การบริหารประเด็นเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1976 โดย W. Howard Chase ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการประชาสัมพันธ์ธุรกิจ เขาได้สร้างแบบจำลองพื้นฐานของกระบวนการบริหารประเด็นขึ้นในปี ค.ศ. 1977 แท้จริงแล้วการบริหารประเด็นเป็นวิชาที่เกิดขึ้นในสถาบันด้านธุรกิจไม่ใช่ทางด้านนิเทศศาสตร์ ส่วนใหญ่การบริหารประเด็นจึงเน้นหนักไปทางทฤษฎีธุรกิจ (วีรัช ลภีรัตน์กุล, 2552)

W. Howard Chase (1984) ผู้เริ่มคิดค้นวิชาการบริหารประเด็นได้ให้ความหมายของการบริหารประเด็นไว้ว่า การบริหารประเด็นคือการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการวางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเพื่อสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะซึ่งมีผลกระทบต่อองค์กรนั้น ๆ (W. Howard Chase, 1984 อ้างถึงใน วีรัช ลภีรัตน์กุล, 2552)

Wilcox, Ault and Agee (1995) ได้อธิบายที่มาของการบริหารประเด็น (Wilcox, Ault and Agee, 1995 อ้างถึงใน ประทุม ฤกษ์กลาง, 2551) ไว้ดังนี้

องค์กรอยู่ภายใต้บริบทของการเมือง สังคม วัฒนธรรม ประเทศและโลกซึ่งส่งผลซึ่งกันและกัน องค์กรจึงต้องมีการวางแผนนโยบายอย่างเหมาะสมต่อความกดดันของสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี และต้องมีความเกี่ยวข้องกับสาธารณชนและองค์กรอื่น ๆ ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม องค์กรด้วย เช่น สื่อ สาธารณชน ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับส่วนของสังคมนำไปสู่การเกิดของการบริหารประเด็น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการแสดงประสิทธิภาพของการประชาสัมพันธ์ การบริหารประเด็นเป็นการระบุประเด็นที่องค์กรต้องเผชิญในอนาคต ในการจัดการประเด็นจึงต้องเข้าใจสาธารณชนและแรงกดดันที่จะส่งผลกระทบต่อองค์กร

Seitel (1998) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการบริหารประเด็น (Seitel, 1998 อ้างถึงใน ประทุม ฤกษ์กลาง, 2551) ไว้ดังนี้

#### 1. การคาดการณ์ประเด็นที่จะกระทบต่อองค์กรในอนาคต (Anticipate Emerging Issues)

จึงมีความแตกต่างจากการวางแผนวิกฤต ทั้งการวางแผนก่อนภาวะวิกฤต และการวางแผนหลังภาวะวิกฤต

#### 2. ระบุประเด็น (Identify issues Selectively)



ในการจัดการประเด็นควรเลือกประเด็นที่สำคัญจัดการก่อนเป็นอันดับแรก เพราะในองค์กร จะเกิดประเด็นหลายประเด็น ควรมีการเรียงลำดับความสำคัญ และเลือกประเด็นที่จะจัดการให้ดี

### 3. จัดการกับโอกาสและผลกระทบเสียหาย (Deal with Opportunities and Vulnerabilities)

ประเด็นที่มีการคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต อาจจะสร้างโอกาสให้องค์กรหรือสร้างความเสียหายต่อองค์กรก็ได้

#### 4. การวางแผนจากภายนอกสู่ภายใน (Plan from the Outside in)

ในการบริหารประเด็นนั้นจะพิจารณาจากปัจจัยภายนอกในการจัดการกับปัญหา แทนที่จะใช้กลยุทธ์ภายในองค์กร ซึ่งแตกต่างจากการบริหารกลยุทธ์รูปแบบอื่น ๆ ที่จะอาศัยกลยุทธ์ภายในองค์กรในการจัดการกับปัญหา

#### 5. เน้นผลประโยชน์

คนทั่วไปอาจมองว่าการบริหารประเด็นเป็นการคาดการณ์ถึงผลกระทบที่จะเกิดกับองค์กรในอนาคต แต่แท้จริงแล้วเป็นการป้องกันองค์กรจากปัจจัยภายนอก และเป็นการสร้างผลประโยชน์ในด้านโอกาสให้กับองค์กร

#### 6. ทำตารางปฏิบัติการ (Action Timetable)

ในกระบวนการบริหารประเด็นนั้นสิ่งที่สำคัญคือการลำดับความสำคัญของประเด็นที่จะเกิดขึ้น โดยการจัดลำดับเวลาปฏิบัติการ วิธีการตอบโต้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารประเด็น

#### 7. การจัดการจากเบื้องต้น (Dealing from the Top)

ในการบริหารประเด็นนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหารองค์กร วิกฤตที่เกิดขึ้น ผู้บริหารจะต้องรับรู้และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

Seitel (1998) ได้อธิบายถึงขั้นตอนของการบริหารประเด็น (Seitel, 1998 อ้างถึงใน ประทุม ฤกษ์กลาง, 2551) ไว้ดังนี้

การบริหารประเด็นนั้น มี 4 ขั้นตอน คือ

#### 1. ระบุประเด็นและแนวโน้ม (Identifying Issues and Trends)

ในการระบุประเด็นที่อาจจะส่งผลกระทบต่อองค์กรนั้นอาจใช้เทคนิคการวิจัยอย่างไม่เป็นทางการ วิธีการที่ทำได้คือ การรับแจ้งข้อมูล ปัญหา หรือข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์กร ตลอดจนตรวจสอบข้อวิพากษ์วิจารณ์ของสื่อมวลชนด้วย

#### 2. ประเมินผลกระทบของประเด็นและจัดลำดับความสำคัญ (Evaluating Impact and Setting Priorities)

องค์กรควรจัดตั้งคณะกรรมการในการประเมินและวิเคราะห์ประเด็น ซึ่งคณะกรรมการเหล่านี้ควรลำดับความสำคัญของประเด็นก่อนและหลัง และควรหาแนวทางแก้ไขเตรียมไว้ด้วย

### 3. สร้างจุดยืนองค์กร (Establishing a Company Position)

ในการสร้างจุดยืนให้แก่องค์กรนั้นควรทำอย่างเป็นทางการ วิธีการ เช่น การจัดเตรียมแถลงการณ์ การแจกเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

### 4. วางแผนออกแบบการกระทำและการตอบสนองขององค์กร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ (Designing Company Action and Response to Achieve Results)

องค์กรควรมีวิธีการตอบโต้โดยใช้เครื่องมือหลายรูปแบบผสมผสานกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น การร่วมมือกับองค์กรอื่น การโฆษณา การสื่อสารไปยังพนักงาน เป็นต้น

เสรี วงษ์มณฑา (2540) ได้สรุปขั้นตอนการบริหารประเด็นไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. การวิเคราะห์ประเด็นที่นำไปสู่ความขัดแย้ง

วิเคราะห์ว่าประเด็นที่นำไปสู่ข้อขัดแย้งนั้นคืออะไร เพื่อการแก้ไขที่ถูกต้องตรงประเด็น

#### 2. การติดตามประเด็นอย่างใกล้ชิด

ในการติดตามประเด็นนี้ สามารถติดตามได้จากสื่อต่าง ๆ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของทั้งหมด ว่าประเด็นที่จะเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อองค์กรหรือไม่

#### 3. การระบุกลุ่มสนับสนุนและกลุ่มต่อต้าน

กลุ่มที่เป็นกลุ่มสนับสนุน คือกลุ่มที่ได้รับประโยชน์ ส่วนกลุ่มที่เป็นกลุ่มต่อต้าน คือ กลุ่มที่เสียประโยชน์

#### 4. วิเคราะห์การได้ประโยชน์การเสียผลประโยชน์จากฝ่ายสนับสนุน และฝ่ายต่อต้าน

โดยดูว่าฝ่ายสนับสนุนได้ประโยชน์อะไร ฝ่ายต่อต้านเสียประโยชน์อย่างไรเพื่อดึงฝ่ายสนับสนุน และแก้ปัญหาสำหรับฝ่ายต่อต้าน

#### 5. การทำให้ฝ่ายสนับสนุนออกมาให้การสนับสนุน

ทำได้โดยการจัดการสัมภาษณ์กับสื่อ หรือจัดเวทีสัมมนา เพื่อให้องค์กรไม่ได้เป็นฝ่ายต่อสู้เพียงฝ่ายเดียว

#### 6. การให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้สนับสนุน

การช่วยเหลือกลุ่มผู้สนับสนุนเป็นประโยชน์คือ กิจกรรมเหล่านั้นอาจเป็นข่าวได้ จึงควรสนับสนุนในรูปแบบเป็นทางการ

#### 7. การจูงใจหวานล่อมผู้นำทางความคิด

การจูงใจผู้นำทางความคิดเพื่อให้ผู้นำทางความคิดเป็นแนวร่วมให้กับองค์กร โดยองค์กรจะให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้นำทางความคิด ให้ผู้นำทางความคิดเป็นผู้รับรององค์กร และพูดถึงองค์กรในแง่ดี

### 8. การเปลี่ยนความรู้สึกลบของกลุ่มต่อต้าน

อาจทำได้โดยการทำให้กลุ่มต่อต้านมองว่าส่วนรวมได้ประโยชน์มากกว่า โดยดึงกลุ่มผู้สนับสนุนเป็นแนวร่วมให้ได้มาก เพื่อให้กลุ่มต่อต้านคิดว่าส่วนรวมเห็นด้วย เพื่อจะได้เปลี่ยนความคิดกลุ่มต่อต้าน

### 9. การทำให้กลุ่มต่อต้านกลัวกับการต่อสู้

อาจทำได้โดยหาแนวร่วมกับองค์กรให้ได้มาก เพื่อให้กลุ่มต่อต้านกลัวการต่อสู้กับคนส่วนใหญ่ และเปลี่ยนความคิดในที่สุด

### 10. การหาทางชดเชยกับสิ่งที่กลุ่มต่อต้านสูญเสีย

ควรรหาทางชดเชยในสิ่งที่กลุ่มต่อต้านสูญเสีย โดยทำให้กลุ่มต่อต้านพึงพอใจ โดยองค์กรไม่เสียประโยชน์มากเกินไป

จตุพร ปริญญากุล (2554) ได้สรุปกลยุทธ์การบริหารประเด็นไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

#### 1. กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต (Dynamic response)

กลยุทธ์นี้เป็นกลยุทธ์ที่กำหนดแนวทางสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ด้วยการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อประเด็นที่เกิดขึ้น โดยกลยุทธ์นี้จะช่วยให้องค์กรสามารถเข้ามาเป็นผู้นำในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

#### 2. กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ (Reactive change)

กลยุทธ์นี้เหมาะสำหรับองค์กรที่ไม่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยกลยุทธ์นี้จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเหมือนเช่นที่เคยทำไว้ในอดีต เช่น การชะลอการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายบางอย่างที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กลยุทธ์นี้จึงเป็นการพยายามทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้วางวัตถุประสงค์ไว้

#### 3. กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว (Adaptive change)

กลยุทธ์นี้เป็นกลยุทธ์ที่ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กลยุทธ์นี้ให้ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแผนการเดิมที่เคยมีขององค์กรไปเป็นการเจรจาด้วยความสร้างสรรค์ เพื่อหาทางประนีประนอมให้เกิดขึ้นกับทุกฝ่าย

จากแนวคิดเรื่องการบริหารประเด็นสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้ได้โดยนำมาเป็นหลักในการวางกลยุทธ์เพื่อผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ท่ามกลางกระแสต่อต้าน และคัดค้านจากบุคคลหลายฝ่าย จนในที่สุดพระราชบัญญัตินี้ก็มีผลบังคับใช้ได้สำเร็จ

## 2.4 แนวคิดเรื่องการเข้าพบเพื่อชี้แจง (ล็อบบี้)

เนื่องจากวิธีการล็อบบี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันอย่างชัดเจนในประเทศไทย จึงมีการเรียก การล็อบบี้อย่างเหมาะสมว่า การเข้าพบเพื่อชี้แจง ซึ่งการชี้แจงในที่นี้หมายถึงการชี้แจงรายละเอียดในเรื่องที่ต้องการในเบื้องต้นก่อนการพบกันอย่างเป็นทางการ

การล็อบบี้ (Lobby) หมายถึง การทำเพื่อมุ่งให้เกิดผลต่อการตัดสินใจของรัฐบาล มาจากคำในภาษาอังกฤษคือ Lobby ที่หมายถึงห้องนั่งเล่นของสมาชิกวุฒิสภา การล็อบบี้ใช้กันครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อทศวรรษ 1830 เมื่อตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ได้รวมตัวกันเพื่อให้ได้เสียงสนับสนุนจากสภาองเกรสในการลงมติเรื่องสำคัญ ในปัจจุบันการล็อบบี้มีความหมายรวมถึงการพยายามมีอิทธิพลต่อการกระทำของรัฐในทุก ๆ เรื่อง เช่น การจ้างนักล็อบบี้ให้หาเสียงสนับสนุนให้กับประเทศของตน ผู้ที่ทำหน้าที่ล็อบบี้ เรียกว่า ล็อบบี้ยิสต์ (วิกิพีเดีย, 2555 : ออนไลน์)

Mushtaq H. Khan (อ้างถึงใน ศรีณย์ ธิติลักษณ์, 2554 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการล็อบบี้ไว้ดังนี้

**1. การล็อบบี้โดยตรง (Direct lobbying techniques)** มีวิธีการล็อบบี้ดังนี้ คือ หมั่นทำการพบปะเป็นการส่วนตัว ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ คอยหมั่นเข้าพบสมาชิกวุฒิสภาเป็นประจำ เพื่อนำเสนอข้อมูลให้สมาชิกวุฒิสภาได้ทราบ เพื่อเป้าหมายคือการโน้มน้าวให้เกิดความเห็นด้วย โดยทำตัวให้เหมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของรัฐสภา และพยายามหว่านล้อมให้ทำตามในสิ่งที่ตนต้องการ มีการจ่ายผลประโยชน์เป็นเงินหรือของขวัญที่มีค่าเพื่อให้ผู้รับพอใจ

**2. การล็อบบี้ทางอ้อม (Indirect lobbying techniques)** มีวิธีการดังนี้ คือ การเชิญชวนให้ประชาชนเห็นด้วยกับความคิดตน ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น การโทรศัพท์ การเขียนจดหมายไปเรียกร้องต่อสมาชิกวุฒิสภาให้ลงคะแนนเสียงตามที่ตนต้องการ หรือเขียนบทความผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ชนิดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดเป็นประเด็นสาธารณะ อาจระดมมวลชน หรือสร้างมติมหาชน เพื่อให้ประชาชนเห็นด้วยกับความคิดนั้น ๆ

การล็อบบี้ทางอ้อม สามารถเรียกอีกอย่างว่า การวิงวอนในระดับรากหญ้า (Grassroots lobbying) เป็นประเภทของการวิงวอนที่ความคิดเห็นของประชาชนหรือมติมหาชนมีอิทธิพลต่อการออกกฎหมาย โดยประชาชนจะใช้วิธีนี้ในการดำเนินการออกกฎหมายโดยการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ การวิงวอนในระดับรากหญ้า (Grassroots lobbying) ได้รับอิทธิพลมาตั้งแต่โลกได้เปลี่ยนเป็นสังคมแห่งข้อมูลข่าวสาร (Seitel, 2006)

จตุพร ปริญญากุล (2554) ได้แบ่งกลุ่มที่ทำการสืบปีไว้ 3 ประเภท ดังนี้

### 1. กลุ่มบริษัทที่ปรึกษาทางการเมือง

กลุ่มบริษัทที่ปรึกษาทางการเมืองเป็นกลุ่มที่คอยให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางการเมืองในหลาย ๆ หัวข้อ เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านการเกษตร ด้านการวางแผน ด้านรัฐบาลท้องถิ่น เป็นต้น

### 2. กลุ่มบริการเฉพาะทาง

กลุ่มบริการเฉพาะทางเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ที่ดูแลด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านคมนาคมขนส่ง เป็นต้น

### 3. กลุ่มบริษัทด้านการประชาสัมพันธ์ทางการเงิน

กลุ่มบริษัทด้านการประชาสัมพันธ์ทางการเงิน เป็นกลุ่มที่มักจะแตกออกจากหน่วยงาน เพื่อให้คำปรึกษาด้านการเมืองโดยเฉพาะ โดยดูแลเรื่องกฎระเบียบและการเมือง คอยให้คำแนะนำกับบริษัทที่ทำการสร้างความสัมพันธ์กับนักการเมือง ว่าควรจะให้คำพูดอย่างไร ควรพบเมื่อไหร่ กับใครบ้าง

จตุพร ปริญญากุล (2554) ได้สรุปเคล็ดลับที่ทำให้การสืบปีประสบความสำเร็จไว้ดังนี้

#### ก่อนการเข้าพบ

ต้องทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นและผู้ร่างกฎหมายก่อนที่จะเข้าพบ สิ่งสำคัญต้องศึกษามาอย่างครบถ้วน รวมถึงคำถามที่ต้องพิจารณาคือ

#### คำถามเกี่ยวกับประเด็น

- การสืบปีเป็นวิธีที่เหมาะสมที่ใช้ในการผลักดันแล้วหรือไม่ หน่วยงานใดเป็นผู้ตัดสินใจ
- ใครคือผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจ เช่น หัวหน้าพรรค หรือผู้นำรัฐสภา
- การออกกฎหมายจะมีการลงมติเมื่อใด
- ใครกำลังทำการสืบปีเพื่อสนับสนุนหรือต่อต้านในการออกกฎหมาย และมีการโต้แย้ง

อย่างไร

#### คำถามเกี่ยวกับผู้ร่างกฎหมาย

- ผู้ที่เรากำลังจะเข้าพบนั้นเป็นผู้สนับสนุนหรือเป็นผู้ที่ต่อต้านต่อประเด็นนั้น
- บันทึกการลงมติผู้ร่างกฎหมายต่อประเด็นนั้นเป็นอย่างไร และในประเด็นที่คล้ายกันเป็นอย่างไร
- ผู้ที่เราทำการสืบปีอยู่ในฝ่ายสนับสนุนหรือไม่

- มีข้อมูลอะไรบ้างที่เป็นประโยชน์ในการเจรจา อาจเป็นความร่วมมือของสมาชิกสภานิติบัญญัติ หรือประชาชนในเขตที่ได้รับการเลือกตั้งเป็นฝ่ายสนับสนุนต่อประเด็นดังกล่าว

### การนัดหมายการเข้าพบ

ผู้ที่ออกกฎหมายมักต้องการให้มีผู้ร่วมสนับสนุนจึงเปิดรับความคิดเห็นของทุกฝ่าย ดังนั้นผู้ที่ทำการล็อบบี้ต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เพื่อให้การร้องขอการสนับสนุนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยกระบวนการขอนัดหมายการเข้าพบทำได้ดังนี้

- ทำการติดต่อไปยังผู้ที่ต้องการเข้าพบโดยตรง
- แนะนำตัวกับผู้ที่ทำกรนัดหมาย
- บอกถึงตารางเวลาและระยะเวลาที่ขอเข้าพบ
- ถ้าสมาชิกสภาไม่สะดวกให้เข้าพบ สามารถนัดหมายกับผู้ช่วยฝ่ายนิติบัญญัติเพื่อเข้าพบแทนได้

### รายละเอียดสุดท้ายก่อนการเข้าพบ

หากการเข้าพบนั้นมีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มเล็ก ๆ สิ่งสำคัญคือดูว่าใครเป็นผู้นำการสนทนา ใครเป็นผู้ตอบคำถามและใครเป็นผู้จดบันทึก และไม่ว่าการเข้าพบนั้นจะพบแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม ผู้เข้าพบต้องเตรียมข้อมูลให้พร้อมเสมอไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่จะนำเสนอ เรื่องที่ต้องการจะพูด และเรื่องที่จะถูกถาม

### ระหว่างการเข้าพบ

- ควรแต่งกายให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดความประทับใจแรก และไม่ควรให้การแต่งกายเป็นสิ่งดึงดูดความสนใจไปมากกว่าเรื่องที่จะพูด
- หากเป็นตัวแทนองค์กร ควรแนะนำตนเองและภารกิจขององค์กรให้ชัดเจน แต่หากเป็นการล็อบบี้รายบุคคลควรแนะนำตนเองโดยหลีกเลี่ยงการกล่าวถึง ครอบครัว และธุรกิจที่เกี่ยวข้อง
- เริ่มการสนทนาด้วยการใช้คำพูดเชิงสนับสนุน
- กล่าวถึงเรื่องราวที่จะสนทนาอย่างชัดเจน หลีกเลี่ยงศัพท์ที่ยาก และกำกวม เพื่อให้การสื่อสารเข้าใจตรงกัน
- ควรสังเกตเห็นถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหากประเด็นนั้นไม่ได้รับการแก้ไข
- แสดงความเห็นส่วนตัว ว่าเหตุใดจึงใส่ใจต่อประเด็นนั้น
- กล่าวถึงผู้ร่วมสนับสนุนรายอื่น ๆ ว่ามีใครอีกบ้าง
- เป็นผู้ฟังที่ดี และพร้อมที่จะเข้าสู่การสนทนาเสมอ

- ตอบคำถามอย่างตั้งใจ และทำให้ดีที่สุด หากตอบคำถามใดไม่ได้ให้เสนอที่จะตอบในภายหลัง

- ควรถามคำถามที่สามารถตอบได้ชัดเจนว่าใช่หรือไม่ใช่
- ควรทิ้งข้อมูลสำคัญไว้เพื่อให้พิจารณาได้ในภายหลัง
- กล่าวคำขอบคุณที่สละเวลาให้เข้าพบ

### หลังการเข้าพบ

หลังการเข้าพบควรบันทึกข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ เพื่อที่ตนเองและผู้อื่นจะได้ใช้ประโยชน์ในการผลักดันนโยบายต่อไป นอกจากนี้ควรส่งหนังสือขอบคุณพร้อมแนบเอกสารข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับประเด็นนั้น ๆ ส่งไปด้วย

จากแนวคิดเรื่องการเข้าพบเพื่อชี้แจง (ลือบปี) สามารถนำมาปรับใช้กับงานวิจัยนี้ คือสามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ร่วมกับการบริหารประเด็น ในฐานะที่การเข้าพบเพื่อชี้แจง (ลือบปี) เป็นเครื่องมือในการโจมตีและการตั้งรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เนื่องจากพระราชบัญญัตินี้มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ดังนั้นการพิจารณาให้ผ่านเป็นพระราชบัญญัติจึงเป็นเรื่องยากในการผลักดันให้ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

### 2.5 แนวคิดเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีใจความดังนี้

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ได้ระบุกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไว้ดังนี้

**ข้อ 1** กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสี่วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (กฎกระทรวงฯ มีผลบังคับใช้วันที่ 20 พฤษภาคม 2554)

**ข้อ 2** ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรม การตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

**ข้อ 3** หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

1. รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา



3. ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

4. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

5. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อนามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

**ข้อ 4** หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

**ข้อ 5** เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

**ข้อ 6** หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและ

ความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

2. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตาม ข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

3. ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

4. ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

**ข้อ 7** ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

จากแนวคิดเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 สามารถนำมาปรับใช้ในงานวิจัยนี้ คือ สามารถนำมาเป็นกรอบในการวางกลยุทธ์เพื่อผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้ โดยข้อดีและประโยชน์ที่ชัดเจนของพระราชบัญญัติฉบับนี้อาจทำให้ผู้ที่ต่อต้านเล็งเห็นความสำคัญของสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและหันมาสนับสนุนหรือไม่ต่อต้านพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้

## 2.6 แนวคิดเรื่องการรณยฆาต

### ความเป็นมาของการกระทำการรณยฆาต

การกระทำการรณยฆาตมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น ในจีนและอินเดียมีการฆ่าทารกเพศหญิงที่เพิ่งเกิด เพราะมีความเชื่อว่าเพศหญิงเกิดมาเป็นภาระแก่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวยากจนลง ดังนั้นจึงมีความเชื่อว่าการฆ่าทารกเพศหญิงไม่ถือว่าเป็นการกระทำผิด และเป็นที่ยอมรับของสังคมนั้น ๆ อีกด้วย (สุจิตรา รณริน, 2527)

นักปรัชญากรีกหลายท่านเห็นด้วยกับการทำการรณยฆาต โดยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา เนื่องจากในยุคโบราณมีความเชื่อว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และการแพทย์ในสมัยนั้นก็ยังไม่มี

เจริญก้าวหน้าเท่าใดนัก การช่วยชีวิตคนจึงมีขอบเขตที่จำกัด นักปรัชญาที่เห็นด้วยกับการทำการุณยฆาต เช่น โซเครตีส (Socrates) ได้ให้ความเห็นว่าเด็กที่เกิดมาพิการ หรือป่วยเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายนั้นไม่ควรมีชีวิตอยู่เพื่อเป็นภาระแก่คนอื่น ควรตายไปเสีย ส่วนอริสโตเติล (Aristotle) มีความเห็นว่า รัฐในอุดมคตินั้น ไม่ควรมีเด็กที่มีความบกพร่องหรือพิการอยู่ต่อไป (นฤมล มารคแมน, 2528)

ต่อมาในยุคกลาง เป็นช่วงที่คริสตศาสนานิกายโรมันคาทอลิกรุ่งเรืองและคริสตจักรได้มีอิทธิพลเหนืออาณาจักรใด ๆ เนื่องจากมีคำสอนข้อที่ 6 ในบัญญัติสิบประการมีใจความว่า “อย่าฆ่าคน” คริสตจักรจึงคัดค้านการฆ่า ไม่ว่าจะเป็นการฆ่าโดยตั้งใจหรือเพื่อช่วยให้ผู้อื่นพ้นจากความทรมานก็ตาม และถือว่าการฆ่าผู้อื่นนั้นเป็นสิ่งผิดบาป แม้ว่าผู้ที่ถูกทำให้ตายจะยินยอมก็ตาม

จนถึงปัจจุบันคริสตจักรได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการุณยฆาต หรือการทำให้ผู้อื่นตายด้วยความสงสารเปลี่ยนไปในทางที่ยอมรับได้บ้างในบางกรณีโดยมีการตีความหมายของพระคัมภีร์ที่ต่างกันออกไป เช่น

Pope Pius XII ได้ให้ความเห็นว่า การช่วยให้ผู้อื่นระงับความเจ็บปวดทรมานเป็นสิ่งที่ถูกต้องทางศีลธรรมแม้การกระทำนั้นจะทำให้ผู้อื่นตายเร็วขึ้นก็ตาม และถ้าผู้ป่วยที่หมดหวังยอมรับได้ว่าความเจ็บปวดนั้นเป็นการแสดงความรักต่อพระเจ้าย่อมจะไม่เรียกหาความตายก่อนเวลาอันสมควร แต่ต้องปล่อยวางตามที่พระเจ้าต้องการ และยังให้ความเห็นอีกว่า มนุษย์สามารถร้องขอต่อแพทย์เพื่อชะลอความตายด้วยวิธีพิเศษได้ แต่ถ้าผู้ป่วยเกิดความหมดหวัง และวิธีพิเศษนั้นนำมาซึ่งความทรมานวิธีนั้นก็ไม่เป็นประโยชน์ ถ้าผู้ป่วยอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยหายใจ แพทย์มีสิทธิถอดเครื่องช่วยหายใจออกเมื่อได้รับการขอร้องจากญาติของผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2523)

ในศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงการทำการุณยฆาตไว้ว่า ศาสนาอิสลามมีความเชื่อเรื่องการเมืองอยู่ของพระเจ้า (อัลลอฮ์) โดยกล่าวว่า มนุษย์ไม่สามารถปฏิเสธสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ทุกอย่างเป็นเพราะพระเจ้าทรงให้เป็นไป แพทย์คือผู้ที่ใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยอย่างดีที่สุด แต่ถ้าผู้ป่วยหมดหวังและโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ ท่านศาสดากล่าวว่า จงปล่อยให้ เป็นไปตามพระประสงค์ (วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540)

ในศาสนาพุทธเห็นว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ การชะลอความตายถือเป็นความเมตตาตัวอย่างหนึ่ง แต่หากการชะลอความตายนี้ไม่เป็นประโยชน์และทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน การปล่อยให้ผู้ป่วยตายก็ถือเป็นเจตนาที่ดี แพทย์และญาติควรจะรู้ว่า จะชะลอความตายไปเพื่ออะไร ถ้าเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของญาติ หรือการวิจัยทางการแพทย์นั้น ถือว่าเป็นเป้าหมายที่ไม่ถูกต้อง เพราะมนุษย์มีคุณค่าของตัวเอง ไม่ควรเป็นไปเพื่อประโยชน์หรือการทดลองที่ไม่สมควร (วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540)

## รูปแบบของการกระทำการุณยฆาต

ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์ (2529) ได้แบ่งการกระทำการุณยฆาตหรือการทำให้ผู้อื่นตายด้วยความรู้สึกสงสารไว้ 2 กรณีได้แก่

### 1. Mercy Killing (Killing for Reasons of Mercy)

เป็นกรณีที่บุคคลธรรมดา เป็นผู้ที่ทำให้ผู้อื่นตายด้วยความรู้สึกสงสาร ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นวิธีการธรรมดา เช่น การใช้อาวุธ การใช้กำลัง เป็นต้น

### 2. Euthanasia

เป็นกรณีที่แพทย์เป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนนั้นตายด้วยความรู้สึกสงสาร เป็นวิธีการที่สลับซับซ้อนกว่าบุคคลธรรมดา เพราะบางครั้งอาจดูเหมือนไม่มีความผิด เช่น การใช้ยาระงับความเจ็บปวด ซึ่งอาจทำให้คนไข้เสียชีวิตเร็วขึ้นซึ่งอาจถูกมองว่า ไม่มีความผิด เป็นต้น

ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์ (2529) ยังได้แบ่ง Euthanasia ไว้ 2 รูปแบบด้วยกันคือ

#### 1. การทำให้ตายชนิดไม่ลงมือกระทำ (Passive or Negative Euthanasia)

เป็นการปล่อยให้คนไข้ตายไปเอง คือไม่ต้องรักษาด้วยวิธีการใด ๆ อีกต่อไปในการยื้อชีวิตของผู้ป่วย เพียงแค่ให้ผู้ป่วยได้นอนตามสบาย และเสียชีวิตไปเองในที่สุด

2. การทำให้ตายชนิดลงมือกระทำ (Active or Positive Euthanasia) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กรณีคือ

2.1 เป็นการทำให้ตายโดยสมัครใจและโดยตรง (Voluntary and Direct) คือ คนไข้เลือกกระทำเอง เช่น การที่แพทย์ได้วางยาที่เกินขนาดไว้ใกล้ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังกินยาเกินขนาดแล้วตายเองในที่สุด

2.2 เป็นการทำให้ตายโดยสมัครใจแต่โดยอ้อม (Voluntary but Indirect) คือ เป็นกรณีที่หากผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพที่ย่ำแย่ เขาจะไม่ขอยู่อีกต่อไป และขอให้แพทย์เป็นผู้ฆ่าเขาโดยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ (The Living Will)

2.3 เป็นการทำให้ตายโดยไม่สมัครใจและโดยตรง (Involuntary But Direct) คือ การที่คนไข้ถูกทำให้ตายโดยไม่ยินยอม แต่ถูกแพทย์ทำให้ตาย เพราะแพทย์สงสารและไม่อยากให้คนไข้ทรมานอีกต่อไป

วิฑูรย์ อั้งประพันธ์ (2540) ได้แบ่งการกระทำการุณยฆาตออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

#### 1. การกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia)

เป็นกรณีที่ผู้ป่วยขอร้องให้แพทย์ทำให้เขาตายอย่างสงบ เพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือความพิการ

#### 2. การกระทำการุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia)

เป็นกรณีที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว

ดังนั้นรูปแบบการกระทำการุณยฆาตจึงใช้เกณฑ์ในการพิจารณา 2 เกณฑ์ คือ การลงมือกระทำและความสมัครใจ โดยการลงมือกระทำขึ้นอยู่กับผู้กระทำการุณยฆาตเป็นสำคัญ ส่วนความสมัครใจขึ้นอยู่กับผู้ถูกกระทำการุณยฆาตเป็นสำคัญ ดังนั้นรูปแบบจึงมีความแตกต่างกัน

จากแนวคิดเรื่องการุณยฆาต มีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ เนื่องจาก กลุ่มผู้ต่อต้านมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับการกระทำการุณยฆาตของแพทย์ว่าเป็นสิ่งเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ต่อต้านไม่เห็นด้วยกับการใช้สิทธินี้ของผู้ป่วย ดังนั้นแนวคิดนี้จึงแสดงให้เห็นถึงลักษณะของการกระทำการุณยฆาตว่าเป็นความตั้งใจให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร ซึ่งเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยจะนำความแตกต่างที่ชัดเจนนี้ไปใช้ในการวางกลยุทธ์เพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต่อไป

## 2.7 แนวคิดเรื่องบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมผู้ดูแลหลายฝ่าย ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัดครอบครัวของผู้ป่วย และอาจารย์ถึงญาติที่คุ้นเคยกับผู้ป่วย รวมไปถึงพระหรือนักบวช (ศรีเวียงไพโรจน์กุล, 2552)

### บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย

ศรีเวียงไพโรจน์กุล (2552) ได้สรุปบทบาทของทีมผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงครอบครัวผู้ป่วยไว้ดังนี้

#### บทบาทของแพทย์

ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง แพทย์ต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่าย ต้องเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยใช้ความรู้ที่ทันสมัยสำรวจอาการผู้ป่วยอยู่เสมอ ต้องให้ความสำคัญกับคำพูด อาการ ท่าทางของผู้ป่วย รวมถึงสอบถามถึงลำดับอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย และดูแลอาการเหล่านั้นอย่างครบถ้วน เพื่อช่วยลดความทรมานให้ผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

### บทบาทของพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทในด้านการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และ ประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป้าหมายหลักของแผนการพยาบาลคือเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของ ผู้ป่วย ซึ่งต้องรักษาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของอาการ และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการดูแลการตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกายให้แก่ผู้ป่วยได้ เช่น การดูแลเรื่องด้านการรับประทานอาหาร การดูแลด้านความสะอาดของ ร่างกาย การขับถ่าย การนอนหลับ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ เหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องดูแลการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพยาบาลต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ต้องเข้าใจต้องความเจ็บป่วยและความตาย ต้องมีความอดทน และเป็น ผู้ฟังที่ดี นอกจากนี้ยังต้องช่วยเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าหาผู้ป่วยในวาระ สุดท้าย รวมถึงการให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตต่อไป หากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

### บทบาทของเภสัชกร

เภสัชกรมีหน้าที่สำคัญในการเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น ยาระงับอาการปวด ยา morphine รูปแบบต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการปวดและทรมานอย่างรุนแรง ยาระงับอาการ ปวดจึงมีความสำคัญ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา และ ปฏิกริยาของยาชนิดต่าง ๆ

### บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ การ ช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ การให้ความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประสานงานการเข้าออกจากโรงพยาบาล การไปเยี่ยมที่บ้าน การติดต่อองค์กรอื่นเพื่อให้ความ ช่วยเหลือผู้ป่วย การฝึกทักษะของญาติเพื่อให้สามารถหารายได้ต่อไปเพื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การ ติดตามญาติที่ขาดการติดต่อจากผู้ป่วยไป การดูแลเพื่อปรับให้ครอบครัวผู้ป่วยทำใจได้ทั้งก่อนและ หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพต่อไปได้

### บทบาทของผู้นำศาสนา

ผู้นำศาสนาสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยผ่านวิกฤตของชีวิตในความ เจ็บป่วยและความตายโดยการแนะแนวทางดำเนินชีวิต การให้คำแนะนำเรื่องการสวดมนต์ไหว้พระ

การสงบจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณจากการได้ทำบุญหรือพิธีกรรมตามความเชื่อ การได้พบพระหรือผู้นำศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยปลดปล่อยบาปที่ฝังใจให้หมดสิ้นก่อนเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยจากโลกนี้ไปอย่างหมดห่วง จากไปด้วยดี

### บทบาทของครอบครัว

ญาติพี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตร มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ซึ่งพยาบาลควรทราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามประสงค์ของผู้ป่วย เช่น ตามหาบุตรที่ห่างไกลเพื่อให้ได้อาลาเป็นครั้งสุดท้าย เป็นต้น ญาติพี่น้องควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นที่อาจมีความขัดแย้งในอนาคต เช่น การกู้ชีพ การใส่ท่อต่าง ๆ ในร่างกาย ญาติควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการสำคัญต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดความทรมาน และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะสู้กับโรคร้ายมากยิ่งขึ้น

### การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) ได้สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

#### 1. การกล่าวพูดความจริงของการป่วยหรือการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

เมื่อวินิจฉัยโรคได้แล้ว แพทย์มีหน้าที่ต้องบอกผลการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบ การแจ้งข่าวร้ายต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่ดี มีจิตใจที่แน่วแน่มั่นคง

แนวทางในการแจ้งข่าวร้ายได้แก่

1.1 ต้องเตรียมข้อมูลที่ต้องตามจริงให้พร้อม ต้องรู้ว่าควรแจ้งกับใคร มีกำหนดเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม ควรจัดที่นั่งให้สบาย เตรียมทิชชูไว้ให้พร้อมเสมอ และไม่ควรถูกแจ้งข่าวร้ายทางโทรศัพท์

1.2 กระบวนการแจ้งข่าวร้าย ก่อนเริ่มการสนทนาควรสร้างบรรยากาศการสนทนาที่ผ่อนคลาย ก่อนให้ข้อมูลควรสอบถามเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติรู้เรื่องการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด มีอารมณ์อย่างไร ควรเกริ่นนำเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมใจ เช่น เรื่องที่จะบอกอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจแต่จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาของคุณ เป็นต้น จากนั้นให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย กรณีที่ผู้ป่วยฟังแล้วไม่เชื่อหรือยอมรับความจริงไม่ได้ ควรเคารพความคิดเห็นและใช้เวลาผู้ป่วยในการทำใจ หลังจากนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึก และร่วมวางแผนการรักษาต่อไป

## 2. การทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ

- 2.1 ยอมรับความจริงของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ และตาย
- 2.2 ลดความเป็นตัวเราของเรา
- 2.3 ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิในการเลือกวิธีการรักษา และมีสิทธิในชีวิตตน
- 2.4 การตายอย่างสงบในบ้าน พร้อมด้วยญาติอันเป็นที่รัก
- 2.5 การตายที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย รู้สึกเต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต
- 2.6 แพทย์และพยาบาลไม่ควรถือคติ “ยื้อสุดชีวิตจนผู้ป่วยตายคามือ”
- 2.7 ควรช่วยให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุด

## 3. การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ

สุมาลี นิมนานิตย์ (2552) ได้สรุปการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการที่รบกวนผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ ไว้ดังนี้

### 3.1 ความเจ็บปวด (Pain)

ความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้น ต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด และระยะเวลาของความปวด โดยสังเกตร่วมกับอาการอื่น ๆ การบำบัดความปวดนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือต้องดูแลอาการปวดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการระงับการปวดโดยไม่ใช้ยาจะสามารถทำได้ เช่น การทำสมาธิ การนวด แต่การใช้ยาแก้ปวดบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ เพราะยาแก้ปวดจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ความปวดนั้นมีด้วยกันหลายมิติ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคกระดูกงอก ดังนั้นการรับฟังอาการปวดที่ผู้ป่วยบอกจึงเป็นสิ่งสำคัญ

### 3.2 ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia)

ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้งมักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วย เพราะน้ำหนักที่ลดลงจะมีผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเบื่ออาหารและผอมแห้ง เพราะไม่มีความหิวอย่างที่ผู้อื่นเข้าใจ การฝืนให้อาหารจึงเป็นความทรมานของผู้ป่วยและมีข้อเสียหลายประการ เช่น ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน และอาจทำให้เกิดอันตรายได้ จากการศึกษาพบว่าการเบื่ออาหารมีผลดีมากกว่าผลเสีย เนื่องจากจะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น ช่วยลดอาการปวดลงได้ ฉะนั้นพยาบาลควรแจ้งให้ญาติเข้าใจถึงผลเสียของการฝืนให้อาหารแก่ผู้ป่วย และลองค้นหาวีธีอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยอยากอาหารเท่าที่สามารถทำได้



### 3.3 การหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea)

ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักมีอาการหายใจไม่ออก ซึ่งอาการนี้อาจทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกตกใจและทนเห็นไม่ได้ เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะขาดออกซิเจน แต่ความจริงแล้วผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้รู้สึกอย่างที่ญาติเข้าใจ การให้ออกซิเจนก็ไม่ได้มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

### 3.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

ในระยะสุดท้ายความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยจะเสียไป ทำให้มีน้ำลายคั่งค้างที่ช่องปากและคอ ทำให้เกิดเสียงดังเวลาหายใจออก บางครั้งมีอาการสำลัก ต้องหยุดให้อาหารทางปาก และควรให้ยาลดเสมหะ เพื่อลดการหลั่งน้ำลาย ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ เพราะจะระคายเคืองต่อผู้ป่วย และทำให้ญาติไม่สบายใจ

### 3.5 ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue)

ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้น จนในที่สุดจะมากจนผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวได้ จนอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ อาการเหนื่อยล้ามักไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน มักไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลต่อชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล โดดเดี่ยว สิ่งที่ควรทำคือ การช่วยขยับร่างกาย พลิกตัว การบีบนวด จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและทำให้เลือดหล่อเลี้ยงส่วนนั้นดีขึ้น สิ่งที่สำคัญคือต้องดูแลแผลกดทับให้ดี

### 3.6 อาการปากแห้ง (Dry mouth)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะดื่มน้ำน้อยลงหรือดื่มน้ำน้อยลงเลย ภาวะการขาดน้ำในช่วงสุดท้ายของชีวิตไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น และกลับช่วยหลังสารเอ็นดอร์ฟินที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จึงไม่ควรฝืนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ แต่ควรทำความสะอาดปาก จมูก และตา ให้สะอาดอยู่เสมอ

### 3.7 การขับถ่ายผิดปกติ

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายการขับถ่ายมักผิดปกติ อาจมีอาการถ่ายเหลว กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากการทำงานของหูรูดเสียไป พยาบาลควรอธิบายให้ญาติเข้าใจ และลดความวิตกกังวล สิ่งสำคัญคือต้องดูแลเรื่องความสะอาด

#### 4. การบรรเทาอาการทางใจ

ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักไม่ยอมให้ผู้ป่วยรู้ความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยเพราะไม่ยอมให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ทราบเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองและไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ หรือสะสมสิ่งที่จะต้องทำก่อนวาระสุดท้าย หลักการเยียวยาทางใจที่ดีคือการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ และคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ไม่ทอดทิ้ง พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย

จากแนวคิดเรื่องบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถบอกขอบเขตของการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ว่าในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกฝ่าย รวมทั้งญาติผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งทำให้เห็นชัดเจนว่าในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการรักษาผู้ป่วยปกติ นั้น มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง คือต้องมีความเอาใจใส่ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำให้ผู้ต่อต้านได้รับรู้ว่าการดูแลของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 นั้น มีวิธีการที่ไม่ได้ละเลยต่อผู้ป่วยอย่างที่คุณต่อต้านเข้าใจ เพราะเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายจะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุด และจากไปอย่างสงบ

#### 2.8 แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม

##### แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาพุทธ

##### 1. แนวคิดเรื่องกรรม

พระไพศาล วิสาโล (2546) ได้ให้แนวคิดเรื่องกรรมในพระพุทธศาสนาไว้ว่า กรรมตามความหมายของพุทธศาสนา หมายถึงการกระทำโดยเจตนาด้วยกาย วาจา และใจ เรียกว่า กายกรรม วาจากรรม และมโนกรรม โดยมีมโนกรรมคอยควบคุมกายกรรมและวาจากรรม ผู้ใดทำความดีย่อมได้รับผลดี ผู้ใดทำความชั่วย่อมได้รับผลร้าย กรรมทั้งหลายที่มนุษย์ได้กระทำมาก็ให้ผลของกรรมเสมอแต่อาจช้าหรือเร็วแตกต่างกันเท่านั้น

ในปรัชญาพุทธเถรวาทมีทัศนะเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมที่ต่างจากศาสนาฮินดู ในปรัชญาของฮินดูเชื่อว่า กรรมดี คือ การประกอบพิธีกรรมเช่นไหว้บูชา การสวดมนต์อ่อนน้อมพระเจ้า การบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม การบำเพ็ญเพียรเพื่อความหลุดพ้นและเป็นหนึ่งเดียวกับพรหม ศาสนาฮินดูเชื่อว่า การที่มนุษย์ต่างเกิดมามีความสุขมากบ้างน้อยบ้างเกิดจากกรรมในชาติก่อน คนที่ทำกรรมดีจะได้เกิดในครอบครัวมีฐานะ หน้าตาดีงาม คนที่ทำกรรมชั่วจะเกิดในตระกูลต่ำ มนุษย์จึงควรทำความดีเพื่อหวังผลในชาติหน้า

พระไพศาล วิสาโล (2546) ได้กล่าวต่ออีกว่า เป็นการยากที่ผู้ที่ทำกรรมชั่วนั้นจะรักษาจิตให้ปกติเมื่อถึงจิตสุดท้าย อาจเป็นเพราะ ประการที่ 1 ในช่วงใกล้ตายนั้นจะมีสิ่งที่เรียกว่า กรรมนิมิต นั่นคือประสบการณ์ที่เคยทำความชั่วในอดีตเข้ามาทำให้เกิดภาพน่ากลัวในช่วงก่อนตาย จึงยากจะทำจิตใจให้เป็นปกติได้ ประการที่ 2 คตินิมิต คือภพภูมิที่คนชั่วจะได้ไปเกิดใหม่ ได้แก่ ทุกคติภพ มีนรกเป็นต้น ภพภูมิเหล่านี้จะเข้ามาทำให้จิตใจไม่สงบสุข ถึงจะมีคนช่วยให้คิดแต่เรื่องดีงาม ได้เกิดในสุคติภพ แต่ไม่นานก็จะตกสู่นรก

## 2. แนวคิดเรื่องการตายดี

พระไพศาล วิสาโล (2548) ได้กล่าวถึงแนวคิดการตายดีไว้ว่า การตายดีเป็นการตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่มีใครมาทำให้ตาย การตายที่พึงปรารถนายังรวมถึง การตายท่ามกลางคนที่รัก ญาติพี่น้องอยู่พร้อมหน้า ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว และไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่คนที่ยังอยู่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การตายด้วยใจที่สงบ ปล่อยวางทุกสิ่ง ไม่มีห่วง ไม่มีกังวล ไม่มีความหวาดกลัวต่อการตาย

การตายดีคือการตายด้วยสติปัญญา การมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน โดยปราศจากความรู้สึกกระวนกระวาย หรือความกังวลต่าง ๆ หรือปราศจากความอยากที่จะตายเร็ว เพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมานของโรคร้าย หรือปราศจากความกลัวว่าจะเป็นการระดมเงินค่ารักษาพยาบาลของลูกหลาน นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อเข้าถึงการตายดีไว้ดังนี้

ประการแรก ให้คิดเสียว่าเราได้ทำงานทางโลกมาหมดแล้ว ให้ทำจิตใจให้ปราศจากอารมณ์ใด ๆ ปล่อยวางจากสิ่งที่กังวลทั้งหมด

ประการที่สอง ให้คิดเสียว่า มามืด ไปสว่างได้ ผู้ป่วยเคยทำกรรมชั่วอะไรไว้ให้ลืมไป ให้คิดแต่สิ่งที่ดีงาม คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ อย่ายึดจ้องกับความชั่วที่เคยกระทำในอดีต เพราะจะทำให้จิตใจเศร้าหมอง และไปสู่ภพภูมิที่ไม่ดี

ประการสุดท้าย ให้ผู้ป่วยคิดว่าร่างกายเป็นเรื่องของธรรมชาติ มิใช่ตัวเรา ของเรา คิดว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ควรยึดติดกับสังขาร

## แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาคริสต์

คุณค่าและความหมายของมนุษย์อยู่ที่พระเจ้าและการมุ่งสู่พระเจ้า มนุษย์ต้องมีความรับผิดชอบในฐานะส่วนหนึ่งของหมู่คณะ (Community) จึงต้องเอาใจใส่ตนเองและผู้อื่น เพื่อมุ่งสู่ปลายทางของชีวิตตามที่พระเจ้าได้กำหนดไว้ (บาทหลวงวุฒิชัย อ่องนาวา, 2548)

ความทุกข์ ความเจ็บปวด และความตาย ถือเป็นภาระโทษและการทดลองจากพระเจ้า และเป็นเรื่องเร้นลับที่ไม่สามารถอธิบายได้ทั้งหมด จึงไม่ใช่การหาคำ อธิบาย แต่เป็นการค้นหาความหมาย

ซึ่งชาวคริสต์พบความหมายในชีวิตของพระเยซูที่พระองค์ทรงได้รับการทรมานและสิ้นพระชนม์บนไม้กางเขน ความทุกข์ทรมานจึงเป็นเครื่องเตือนสติมนุษย์ว่ามนุษย์นั้นอ่อนแอ อาจเจ็บป่วยได้เสมอ จึงควรไว้วางใจพระเจ้า อย่าคิดว่าตนเองทำทุกอย่างได้โดยลำพัง ความทุกข์นั้นเป็นเรื่องส่วนรวม เช่นเดียวกับความทุกข์ทรมานของพระเจ้า หากเข้าใจความหมายของความทุกข์ก็จะไม่ทุกข์

ความตายเป็นเรื่องลึกลับ ไม่มีใครรู้ว่าเกิดเมื่อใด เป็นสิ่งที่มนุษย์เกรงกลัว ความเข้าใจเรื่องความตายได้เปลี่ยนไปเมื่อพระเยซูคริสต์ได้อาชนะความตายได้ด้วยการคืนชีพของพระองค์ ทำให้มนุษย์เชื่อว่าความตายเป็นแค่ทางผ่าน แล้วชีวิตใหม่ก็เกิดขึ้นพร้อมอาณาจักรใหม่ ความเชื่อเช่นนี้ทำให้ชาวคริสต์ไม่กลัวความตายอีกต่อไป และมีความกล้าหาญในการเผชิญกับความลำบากและการถูกเบียดเบียนต่าง ๆ (เสรี พงศ์พิศ, 2531)

ดังนั้นความเป็นมนุษย์ที่แท้จริงคือ ต้องปกป้องชีวิตและศักดิ์ศรีของผู้อื่น เพื่อมุ่งหน้าสู่ปลายทางที่พระเจ้ากำหนดไว้ เนื่องจากพระเจ้าคือผู้ไถ่บาป ความตายคือทางรอด การที่พระเจ้าทรงรับธรรมชาติของมนุษย์ไม่ได้อยู่ที่การเกิดขึ้นเท่านั้น แต่รวมถึงการทรมาน การสิ้นพระชนม์ และการคืนชีพ นอกจากความสุขทางกายแล้ว ความต้องการทางจิตวิญญาณมีความสำคัญ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บาทหลวงเชดชัย เลิศจิตรเลขา (2546) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

## 1. ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล

เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักถูกคุกคามจากวิธีการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าตกอยู่ใต้อำนาจของบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถเอาชนะได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล คือ การเรียกร้องให้ญาติอยู่ใกล้ ๆ เพราะเกิดความกลัว กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความระแวงในวิธีการรักษา รวมทั้งมีความอ่อนแอในจิตใจ

## 2. ความต้องการค้นพบความหมายของชีวิตและประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย

สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การค้นพบความหมายของชีวิตที่ผ่านมาในอดีต โดยผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การค้นพบความหมายว่าในอดีตเคยประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิต แม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความล้มเหลวในชีวิต แต่การตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย

### 3. ความต้องการที่จะกลับคืนดี

ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกสำนึกผิดได้ง่าย การแสดงออกถึงการอยากกลับมาคืนดีจึงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสารภาพความผิดของตนเอง ในการขอรับศีลออกบาปหรือศีลแห่งการคืนดี ซึ่งเป็นการคืนดีต่อตนเอง คืนดีต่อพระเจ้า คืนดีต่อพี่น้อง โดยอาศัยบาทหลวงคาทอลิกเป็นผู้ดำเนินการให้

### 4. ความต้องการที่จะอยู่รวมเป็นหนึ่งเดียว

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความต้องการที่จะมีผู้ที่อยู่เคียงข้าง โดยเฉพาะญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด ผู้ที่ตนเองรัก และไว้วางใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขที่ได้อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง

### 5. ความต้องการในสิ่งที่เป็นอมตะ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเริ่มตั้งคำถามกับชีวิตในโลกหน้า ความสุขในโลกหน้า ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่

### 6. ความต้องการที่จะสิ้นชีวิต

เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องการที่จะสิ้นลมตายไปอย่างมีความสุข มีความต้องการที่จะจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

### แนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญต่อพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของทุกมิติของชีวิต ตามหลักการอิสลามถือว่าความตายของมนุษย์มิใช่การดับสูญ แต่คือการเคลื่อนย้ายสถานที่จากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่ง โดยถือว่าเนื้อแท้ของมนุษย์ไม่ใช่เรือนร่างอันเป็นวัตถุ แต่เนื้อแท้ของมนุษย์คือวิญญาณ เมื่อเรือนร่างสลายไป วิญญาณยังคงอยู่ และเตรียมพร้อมสู่การเคลื่อนย้ายไปยังโลกใหม่ ซึ่งระหว่างสองโลกมีอีกโลกหนึ่งชั้นกลางอยู่ นั่นคือ บารซัค มีความเชื่อว่าก่อนที่วิญญาณจะไปสู่โลกใหม่ต้องไปสู่อุบบุนนาร์ก่อน บารซัคเป็นภาษาอาหรับซึ่งประกอบด้วยคำว่า บารา (Barra) และซาคกะห์ (Zakha) ซึ่งหมายถึงเวลาที่เหมาะสมที่จะเคลื่อนไป บารซัคเป็นสภาวะที่วิญญาณละทิ้งร่างกายที่ตายแล้ว จิตวิญญาณและร่างกายถูกแยกจากกันร่างกายถูกฝังอยู่ในหลุม และจิตวิญญาณจะตกลงไปสู่หลุมในลักษณะที่คล้ายกัน ในบารซัคจิตวิญญาณทุกดวงจะได้รับร่างกายใหม่ชั่วคราว เพื่อจะได้รับโทษ หรือรางวัลที่เคยทำมาในชีวิต ร่างกายนั้นจะไม่เหมือนกับร่างกายแบบกายภาพ บางร่างจะสว่าง บางร่างจะมืด แสงสว่างคือความดี ความมืดคือความชั่วที่เคยทำมา ในเวลาระหว่างบารซัคเป็นวิถีทางสู่รางวัลของการกระทำของแต่ละคน (ฮัซรัท มिरซา กุลาม อะรรมัด แห่งคาเตียน, 2539)

## การให้ความสำคัญด้านจิตวิญญาณ

การนับถือศาสนาของชาวอิสลามนั้น ศาสนาเหมือนวิถีทางในการชี้นำการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมทุกคน ดังนั้นชาวมุสลิมต้องศรัทธาต่อพระเจ้า การตายในทัศนะของอิสลามถือว่าไม่ได้เป็นความทุกข์ เป็นการพ้นจากทุกข์ หรือเป็นการเพิ่มทุกข์ ในอิสลามถือว่า การตายคือการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้า หรือพระอัลเลาะห์ ฉะนั้นเมื่อชาวมุสลิมได้ข่าวการตายของชาวมุสลิมคนใดก็ตาม เขาจะกล่าวประโยคจากคัมภีร์อัล-กุรอานที่มีใจความว่า “แท้จริงเราเป็นของอัลเลาะห์และแท้จริงเราเป็นผู้กลับไปหาพระองค์”

ส่วนในเรื่องความเจ็บป่วย อิสลามไม่ได้ถือว่าเป็นเคราะห์กรรม แต่หากเป็นศรัทธาและความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามประสงค์ของอัลเลาะห์ด้วยความเมตตาของพระองค์ ความเจ็บป่วย หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นเครื่องทดสอบความหนักแน่นของมนุษย์ว่าจะสามารถผ่านพ้นไปได้ได้อย่างไร (เสาวนีย์ จิตหมวด, 2535)

จากแนวคิดเรื่องชีวิตและความตายของศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม ทำให้เข้าใจถึงหลักของแต่ละศาสนาว่าทุกศาสนาล้วนเห็นความสำคัญของการจากไปอย่างสงบ หรือการตายดี ว่าเป็นการจากไปอย่างสงบ สดชื่นและเป็นมนุษย์ และเพื่อให้เกิดในภพภูมิที่ดีในโลกหน้า ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่สนับสนุนหลักการในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่มนุษย์สามารถมีสิทธิในการไม่รับบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น เพื่อให้ตนเองได้จากไปอย่างสงบตามแนวคิดของหลักศาสนาทั้งสามศาสนา ซึ่งผู้วิจัยจะสามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต่อไป

## 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารประเด็น (Issues management)

กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (Issue management strategies to advocate the alcohol beverage control act B.E. 2551)

จตุพร ปริญญากุล (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่องกลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงกลยุทธ์ในการบริหารประเด็นของฝ่ายสนับสนุนในการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี พ.ศ. 2551 และเพื่อทราบถึงกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นของฝ่ายสนับสนุนในการผลักดัน

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประกอบกับการวิเคราะห์เอกสาร

ผลการวิจัยพบว่าการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีพื้นฐานการผลักดันภายใต้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา ของศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเวศ วะสี โดยมี การใช้กลยุทธ์การบริหารประเด็นทั้ง 3 ชนิด ประกอบไปด้วย กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต นำมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ กลยุทธ์ความแข็งแกร่งให้กับอำนาจทางการเมือง กลยุทธ์สร้างความแข็งแกร่งให้กับกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม กลยุทธ์การสร้างแนวร่วมจากภาคประชาชน กลยุทธ์เพิ่มอำนาจการต่อรองในชั้นคณะกรรมการวิสามัญ กลยุทธ์การเคลื่อนไหวผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างวาระการสื่อสาร กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือกับสื่อมวลชน และกลยุทธ์การขอเข้าพบเป็นรายบุคคลเพื่อให้ข้อมูล

ในขณะที่กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับนำมาใช้เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายเปรียบประกอบไปด้วย กลยุทธ์การชะลอเวลา กลยุทธ์การตอบโต้ และกลยุทธ์การเจรจาต่อรอง

ส่วนกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัวนำมาใช้เพื่อรักษาผลประโยชน์ส่วนใหญ่ ประกอบไปด้วย กลยุทธ์การผูกมิตร และกลยุทธ์การเสียอวัยวะเพื่อรักษาชีวิต

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้กลวิธีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์ต่างๆ โดยกลวิธีเหล่านี้ ประกอบไปด้วย การระดมพลังสังคม การชี้แนะประเด็นผ่านสื่อต่าง ๆ การพัฒนาและการรักษาสัมพันธ์ภาพกับสาธารณชนกลุ่มต่าง ๆ และการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสาธารณชน

### **กลยุทธ์การสื่อสารทางสังคมเพื่อคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงและศรีราชา**

วดี ภิญญทรัพย์ (2556) ได้ทำการศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารทางสังคมเพื่อคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงและศรีราชา เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีของการสื่อสารทางสังคมในการคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงและศรีราชา และเพื่อทราบถึงรูปแบบที่แกนนำประชาชนในพื้นที่ใช้เป็นแรงจูงใจในการรวมกลุ่มประชาชนเพื่อขับเคลื่อนการชุมนุมคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงและศรีราชา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกด้วยการอ้างอิงจากบุคคลและผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการสังเกตในภาคสนาม ประกอบกับการวิเคราะห์เอกสาร

ผลการวิจัยพบว่าแกนนำการคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงได้นำแนวคิดการบริหารประเด็นมาใช้ขับเคลื่อนการคัดค้านทำให้กลยุทธ์การสื่อสารทางสังคมที่ใช้มีประสิทธิภาพ อันได้แก่ กลยุทธ์การสร้างเครือข่าย กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปาก กลยุทธ์การแบ่งหน้าที่ตามความเหมาะสม กลยุทธ์การเจรจาต่อรอง กลยุทธ์การสร้างความน่าเชื่อถือ กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ การชี้แนะประเด็นผ่านสื่อ จึงทำให้การคัดค้านประสบความสำเร็จในขณะที่แกนนำพื้นที่ศรีราชาไม่ได้มี

การนำแนวคิดการบริหารประเด็นมาใช้ร่วมกับการเคลื่อนไหว ทำให้กลยุทธ์ที่ใช้ ได้แก่ กลยุทธ์การสร้างความเป็นหมู่คณะ กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปาก ยังไม่สามารถคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินได้ประสบความสำเร็จ ด้านแรงจูงใจของประชาชนในพื้นที่ที่มาร่วมชุมนุมคัดค้านทั้ง 2 แห่งพบว่ามี ความเหมือนกันคือ มีความเกรงกลัวอันตราย หวงแหนอาชีพประมงพื้นบ้าน ส่วนแรงจูงใจที่บางปะกง มีมากกว่าคือ เกรงข้อครหาและมีความเชื่อถือแกนนำ

## 2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำการุณยฆาตและสิทธิการตายอย่างสงบ

### การุณยฆาตกับสังคมไทย (Euthanasia in Thai Society)

ชาญชัย วสันตยานันท์ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การุณยฆาตกับสังคมไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงที่มาของแนวคิดเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในสังคมไทย กระบวนการได้มาซึ่งแนวคิดเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในสังคมไทย และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการยอมรับเรื่องสิทธิการตายและเรื่องการทำการุณยฆาตในสังคมไทย ใน การศึกษาครั้งนี้อาศัยการค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากหนังสือและเอกสารต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับ ประเด็นเรื่องของการกระทำการุณยฆาต และกระบวนการทางการเมืองที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นบทบัญญัติที่มีผล บังคับใช้กับเรื่องการุณยฆาตกับสังคมไทยในปัจจุบัน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การยอมรับการ กระทำการุณยฆาตในสังคมไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้กลุ่มผู้สนับสนุนเรื่องความ เท่าเทียมกันเรื่องสิทธิการตายและการกระทำการุณยฆาตในสังคมไทยสามารถผลักดันพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้เป็นดับทกกฎหมายได้สำเร็จโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของพลเมืองและ สิทธิการมีส่วนร่วมในทางการเมืองของพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และมิติทางจริยศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิการ ตายและการกระทำการุณยฆาต

### สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ

ดารณี ภัทรมังกร (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะ ตายอย่างสงบว่าควรมีขอบเขตแค่ไหน เพียงใด โดยจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการทำ ให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ และการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันได้มีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยสำนักงาน ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดหลักการให้บุคคลมีสิทธิในการแสดงความ



งานที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง ซึ่งหลักการดังกล่าว ยังขาดความชัดเจน ต้องอาศัยกรอบความคิดของบุคคลหลายฝ่ายมาพิจารณา ผู้วิจัยจึงขอเสนอกรอบแนวคิดบางประการเพื่อเป็นทางเลือกในการกำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ ดังนี้

1. สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบควรมีขอบเขตเพียงให้สิทธิในการแสดงความจำนงที่จะยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ซึ่งถือเป็นสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง
2. ผู้ที่จะร้องขอใช้สิทธิในการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตควรเป็นผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นไม่อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้
3. การแสดงความจำนงควรทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ไม่ควรให้แสดงความจำนงด้วยวาจา เพื่อไม่ให้เกิดการโต้แย้งภายหลัง
4. ให้คำนึงถึงสิทธิการแสดงความจำนงยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต โดยอ้างเหตุเพียงเพื่อการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

### 2.9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

#### การให้ความหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย และการยอมรับของพยาบาลต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ

พิรพงษ์ ตั้งจิตเจริญ (2548) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย และการยอมรับของพยาบาลต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อ การให้ความหมายเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังและการยอมรับต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบของพยาบาลวิชาชีพ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 ราย ประกอบกับการตีความตามกรอบกระบวนการทัศน์ความตาย สิทธิ ศาสนา จรรยาบรรณ และกฎหมาย

จากผลการศึกษาพบว่า ความตายเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าไปจัดการไม่ว่าจะเป็นการชะลอหรือลดระยะเวลาให้สั้นลง นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นทางบวกในการยอมรับต่อการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบทั้งโดยสมัครใจและในรายที่ไม่รู้สึกตัว โดยมีเหตุผลว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานจากความเจ็บปวด สำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนั้น พยาบาลมีท่าทีทางลบเนื่องจากอาจเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นและไม่สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วย

## ความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (The Opinions of Doctor on Death of the Hopeless Patients)

วรวิทย์ พงศ์ไพจิตร (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นนี้ การเก็บตัวอย่างเป็นสัดส่วนโดยแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 คน และแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน การวิจัยใช้วิธี Purposive Sampling โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้วยน้อยต่อการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ร้อยละ 50.5 เชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม ร้อยละ 96.5 และมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย ร้อยละ 88.0 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านโรงพยาบาลที่สังกัดของแพทย์ และประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยใกล้ตายของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกันว่ากรณีผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะร้องขอให้แพทย์ช่วยทำให้ตนจบชีวิต เพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมานก็ได้และแพทย์ควรยุติการใช้เครื่องมือใด ๆ เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ด้วยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Dept Interview) โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) หลังจากนั้นจึงใช้ การอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) เพื่อศึกษากลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

#### 3.1 แหล่งข้อมูลในการวิจัย และการกำหนดเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดแหล่งข้อมูล และเครื่องมือในการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

##### แหล่งข้อมูลในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดแหล่งข้อมูลในการวิจัยซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อันประกอบไปด้วยผู้บริหารและปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข อาทิ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งญาติของผู้ป่วยด้วย

##### เครื่องมือในการวิจัย

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ผู้ที่มีส่วนในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เช่น ผู้บริหารและปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมถึงผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนา

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เช่น ผู้ที่ให้บริการด้านสาธารณสุข รวมทั้งญาติของผู้ป่วยด้วย โดยใช้วิธีการอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) คือเมื่อสัมภาษณ์เสร็จแล้วก็ให้ผู้เชี่ยวชาญระบุรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ควรสัมภาษณ์เพิ่มเติมท่านต่อไป จนกระทั่งครบจำนวน 15 คน

### **ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและการร่างพระราชบัญญัติฯ**

- คุณไพศาล ลิ้มสถิตย์ (นักวิชาการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2558)

### **ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**

- นายแพทย์อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร (ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) (อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร, 2558)
- คุณนิรชา อัครธีรากุล (รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) (นิรชา อัครธีรากุล, 2558)
- คุณภาคพงศ์ วงศ์คำ (นักวิชาการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) (ภาคพงศ์ วงศ์คำ, 2558)

### **ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว (หัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย) (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2558)
- นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร (แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย) (ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร, 2558)
- คุณวีรมล จันทรดี (นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย) (วีรมล จันทรดี, 2558)

### **ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลศิริราช**

- รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชาญวิทย์ ตริฟูทธรัตน์ (ประธานองค์กรแพทย์ศิริราช) (ชาญวิทย์ ตริฟูทธรัตน์, 2558)
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกวิวัฒน์ วีรกุล (ประธานคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย และประธานศูนย์บริรักษ์ศิริราช) (กวิวัฒน์ วีรกุล, 2558)
- นายแพทย์ศักดิ์ดา สถิรเรืองชัย (กรรมการองค์กรแพทย์ศิริราช) (ศักดิ์ดา สถิรเรืองชัย, 2558)

- แพทย์หญิงประถมาภรณ์ จันทร์ทอง (แพทย์ประจำศูนย์บริรักษ์ศิริราช) (ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, 2558)
- คุณราตรี ฉิมฉลอง (พยาบาลประจำศูนย์บริรักษ์ศิริราช) (ราตรี ฉิมฉลอง, 2558)

### ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- คุณวิชาญ พรหมรินทร์ (สามีของผู้ป่วย) (วิชาญ พรหมรินทร์, 2558)
- คุณประสิทธิ์ คิมประเสริฐ (สามีของผู้ป่วย) (ประสิทธิ์ คิมประเสริฐ, 2558)
- คุณวารี ทองจันทร์ (มารดาของผู้ป่วย) (วารี ทองจันทร์, 2558)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคำถามปลายเปิด (Open-ended question) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอันมีรายละเอียดดังนี้

การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามปลายเปิดเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ซึ่งกำหนดคำถามล่วงหน้า และแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 บทบาทและหน้าที่ทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 กลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

2.1 กระบวนการบริหารประเด็น

2.2 กลยุทธ์ในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

2.3 กลวิธีในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

### ตารางที่ 1 แสดงแนวคำถาม เพื่อใช้สำหรับการสัมภาษณ์

| ส่วนที่ 1 | บทบาทและหน้าที่ทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก  |
|-----------|--|
| แนวคำถาม  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่านมีหน้าที่ความรับผิดชอบในหน่วยงานของท่านอย่างไรบ้าง</li> <li>2. ท่านเข้าไปมีส่วนร่วมในการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 อย่างไร</li> </ol> |
| ส่วนที่ 2 | 2.1 กระบวนการบริหารประเด็น   |
| แนวคำถาม  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มूलเหตุที่ทำให้เกิดการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพ</li> </ol>  |

|          |  |
|----------|--|
|          | <p>แห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มาจากอะไร</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. ใครเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12</li> <li>3. การผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานอย่างไรบ้าง</li> <li>4. ในช่วงที่ออกพระราชบัญญัติมีสถานการณ์การร่วมมือจากผู้สนับสนุน และการคัดค้านจากผู้ต่อต้านอย่างไร</li> <li>5. ในการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ใช้งบประมาณเท่าไร และมีการบริหารจัดการอย่างไร</li> <li>6. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการผลักดันสิทธินี้คืออะไรบ้าง</li> <li>7. ท่านมีวิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการผลักดันสิทธินี้อย่างไรบ้าง</li> </ol>                                     |
|          | <p><b>2.2 กลยุทธ์ในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</b></p>   |
| แนวคำถาม | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยงานหรือคณะทำงานของท่านมีมาตรการในการดำเนินการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 อย่างไรบ้าง</li> <li>2. เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หน่วยงานของท่านมีการวางแผนทางเพื่อรับมือกับผู้คัดค้านอย่างไร</li> <li>3. ท่านต้องการสื่อสารความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธินี้กับคนกลุ่มใดบ้าง (กลยุทธ์การสื่อสาร)</li> <li>4. ท่านใช้สื่อใดเป็นสื่อหลักและสื่อใดเป็นสื่อสนับสนุนในการสื่อสารเพื่อผลักดันการออกพระราชบัญญัตินี้ (กลยุทธ์การใช้สื่อ)</li> <li>5. ท่านมีวิธีโน้มน้าวใจผู้ต่อต้านอย่างไรให้เปลี่ยนทัศนคติที่ผิดหันมาเข้าใจและยอมรับในสิทธินี้ (กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ)</li> <li>6. ในอนาคตท่านมีแนวทางในการผลักดันสิทธินี้ให้เป็นที่ยอมรับได้อย่างไรบ้าง</li> </ol> |
|          | <p><b>2.3 กลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข</b></p>  |
| แนวคำถาม | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่านมีการจัดกิจกรรมใดในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันการออก</li> </ol>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12</p> <p>2. หน่วยงานหรือคณะทำงานของท่านมีการหาแนวร่วมในการสนับสนุนการผลักดันสิทธินี้อย่างไรบ้าง</p> <p>3. หน่วยงานหรือคณะทำงานของท่านมีการทำงานร่วมมือกับสื่อมวลชนอย่างไร</p> |
|--|---|

**2. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis)** เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) อันประกอบไปด้วย

**2.1 เอกสารจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ได้แก่ หนังสือติดตามรายชื่อดังต่อไปนี้

- ก่อนวันผลิตใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย
- คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)
- ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559

- ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will & Palliative Care)

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิต และสังคม โดยนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เล่มที่ 1-4

**2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข** เช่น โบรชัวร์ของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นต้น

**2.3 เอกสารจากการสืบค้นในเว็บไซต์** ได้แก่ เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้

- **เว็บไซต์ของไทยรัฐออนไลน์** เกี่ยวกับการที่แพทยสภาเตรียมฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวงตามมาตรา 12

- **เว็บไซต์ของมติชน** เกี่ยวกับความเห็นของแพทยสภาที่ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของมาตรา 12

- **เว็บไซต์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้** เกี่ยวกับเหตุการณ์การรวบรวมพลังประชาชนในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### การรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อันประกอบไปด้วย เอกสารจากกระทรวงสาธารณสุข เอกสารจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และเอกสารที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น หลังจากนั้นได้ดำเนินการเรียบเรียงเอกสารตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การศึกษากลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

#### การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Dept Interview)

การเตรียมการสัมภาษณ์ในขั้นต้นผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อรวบรวมรายชื่อของผู้ที่มีส่วนในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบการทำวิจัย และหลังจากนั้นติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งจัดส่งประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกให้แก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเตรียมตัวในการให้สัมภาษณ์และข้อมูล ตลอดจนนัดหมายวัน เวลา และ สถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการให้สัมภาษณ์ โดยเตรียมเครื่องบันทึกเสียงและขออนุญาตในการบันทึกเสียงสัมภาษณ์

ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะชี้แจงหัวข้อการสัมภาษณ์อีกครั้งก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือในการเปิดเผยข้อเท็จจริง และในระหว่างการให้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยใช้ชุดคำถามที่เตรียมไว้ถามคำถาม โดยอาจมีการถามคำถามเจาะลึกนอกเหนือจากแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ตามความเหมาะสมของประเด็นต่าง ๆ และบันทึกเสียงรวมทั้งจดบันทึกการสนทนา

หลังจากจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลทันทีหลังจากสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และทำการถอดเสียงสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียง

### 3.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งจากเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของข้อมูล โดยตรวจสอบภายในในกลุ่มระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักกันเอง พร้อมทั้งแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากสื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์ เพื่อประกอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และทำการเปรียบเทียบข้อมูลประกอบกันเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยังได้นำบทสัมภาษณ์แบบเจาะลึกไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ โดย



พิจารณาคำตอบที่สอดคล้องกับสภาพที่เกิดขึ้น รวมถึงการตรวจสอบการสื่อความหมายของคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ว่า มีความถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการหรือไม่ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนจะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจริง นอกจากนี้ยังใช้ ความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) ของเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยใช้ดุลยพินิจของผู้วิจัยเองจากการตอบคำถามการสัมภาษณ์เพื่อใช้วัดในสิ่งที่ต้องการจะศึกษาได้ และใช้ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เป็นเครื่องมือวัดความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลที่ได้จากบุคคลมาศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลประเภทเดียวกันร่วมกับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลประเภทเอกสาร แล้วจึงสรุปรวบรวมประเด็นที่สำคัญนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาตามแนวทางดังนี้

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ว่าในการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ผ่านขั้นตอนหรืออุปสรรคจากผู้ต่อต้านอย่างไรว่าจะผ่านมาเป็นพระราชบัญญัติฉบับนี้ หลักจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาประมวลเพื่อวิเคราะห์ต่อไปถึงกลยุทธ์และกลวิธีที่ใช้ในการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยใช้แนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีสื่อสาร รวมทั้งแนวคิดเรื่องการบริหารประเด็นมาเป็นหลักในการวิเคราะห์เนื่องจากแนวคิดทั้งสองนี้ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการวางแผนกลยุทธ์และการแก้ไขความขัดแย้งไว้อย่างชัดเจน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 3.5 การนำเสนอข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่มุ่งศึกษากลยุทธ์และกลวิธีสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งนำเสนอในลักษณะการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ข้อมูลในส่วน of ข้อเท็จจริง (Fact) เกี่ยวกับการบริหารประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เอกสาร โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาศึกษาวิเคราะห์ประกอบกับ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์นั้นสมบูรณ์และเป็นไปได้ในเชิงวิชาการ

ในด้านการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นได้จากการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์เอกสาร โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** นำเสนอพัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

**ส่วนที่ 2** นำเสนอตามปัญหานำวิจัย อันประกอบไปด้วย

1. ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร

2. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารอย่างไร

3. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมี ปัญหาและอุปสรรคอย่างไร



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

#### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดย ส่วนที่ 1 นำเสนอพัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ ส่วนที่ 2 นำเสนอตามปัญหานำวิจัย อันประกอบไปด้วย

1. ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร
2. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารอย่างไร
3. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมี ปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

#### 4.1 ส่วนที่ 1 พัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

การนำเสนอพัฒนาการของการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เป็นไปเพื่อให้เห็นภาพรวมของประเด็นที่เกี่ยวข้องในช่วงที่มีการผลักดันพระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยนำเสนอสถานการณ์และกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้นมาโดยบอกถึงรายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ว่าเกิดขึ้นเมื่อใด นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ เพื่อให้เห็นความสำคัญว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์อย่างไร รวมทั้งนำเสนอความจำเป็นของการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างไรบ้าง และสุดท้ายเป็นการนำเสนอความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร

#### 4.1.1 สถานการณ์และกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

##### กระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

กระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เริ่มขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543 รัฐบาลชุดที่มีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเลขานุการทำหน้าที่ดูแลการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ มีการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเข้าชื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2543 และในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดทำ “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นเพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยการศึกษาเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก อาทิ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540, พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542, บันทึก “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของอาจารย์ป่วย อึ้งภากรณ์, หนังสือ “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์” โดยนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นต้น โดยเฉพาะรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งเสนอโดยคณะกรรมการสาธารณสุขชุมชนสภา เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2543 นั้น ประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ถูกเขียนไว้ในหมวดที่ 2 สิทธิหน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมสิทธิด้านสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาไปจนถึงหลังการตาย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

ต่อมาได้มีการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติออกเผยแพร่และรับฟังความคิดเห็นโดยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ และการส่งให้กับหน่วยงานองค์กร กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ มีเครือข่ายประชาคมร่วมให้ความเห็น 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาควิชา มีผู้ร่วมให้ความเห็นรวมกว่า 200,000 คน จนจัดทำเป็นเอกสาร “สาระสำคัญของการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2545 และพัฒนาเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน ในช่วงนี้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ รวมถึงการตายอย่างมีศักดิ์ศรี จนปรับปรุงเป็นร่างกฎหมายที่ผ่านการแสดงความคิดเห็นของภาคส่วนต่าง ๆ รวมกว่า 200,000 คน เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2545 โดยเสนอเรื่องนี้ไว้ในมาตรา 24

“มาตรา 24 บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อยืดการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

18 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

10 สิงหาคม พ.ศ. 2547 คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบในหลักการ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

ต่อมาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการตรวจพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาพิเศษ ซึ่งมีนายมีชัย ฤชุพันธุ์เป็นประธานเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 ได้บรรจุเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในหมวด 1 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 10 บัญญัติไว้ โดยนายมีชัย ฤชุพันธุ์ได้เสนอในที่ประชุมให้แก้ไขเนื้อหาในวรรค 2 โดยตัดเรื่องแบบพิธีในการแสดงเจตนา หรือ living will ออกไป เช่น คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือเจตนา พยานที่รับรองการทำหนังสือดังกล่าว จึงคงไว้เฉพาะการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาซึ่งจะกำหนดรายละเอียดไว้ในกฎกระทรวง เนื้อหามาดังนี้

“มาตรา 10 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง”

หลังจากที่ร่างกฎหมายนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรีพลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จนในที่สุดสภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเห็นชอบพระราชบัญญัตินี้ในวาระ 2 และวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 โดยคงเนื้อหาเรื่องการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายตามร่างเดิมที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จนกลายเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ความว่า

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

19 มีนาคม พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

### กระบวนการร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

หลังจากมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เกิดขึ้นแล้ว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ไปทำงานร่วมมือในทางวิชาการกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อทบทวนงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ โดยในเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์กฎหมายและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อจัดทำชุดความรู้ประกอบการร่างกฎกระทรวงตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลฯ ที่จะต้องออกตามวรรค 2 ของมาตรา 12 แล้วเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากองค์กรและบุคลากรด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ แล้วนำความเห็นเหล่านั้นมาปรับปรุงกฎกระทรวงฯ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายผู้ร่วมยกร่างกฎกระทรวงได้ให้ความเห็นว่าเนื่องจากกฎกระทรวงตามมาตรา 12 เป็นเรื่องสิทธิของประชาชนจึงต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อประกอบในการร่างกฎกระทรวงซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต่างจากการยกร่างกฎกระทรวงฉบับอื่น ๆ

“...เมื่อต้นปี 2551 เดือนเมษายน ทางศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ร่วมทำ MOU หรือบันทึกข้อตกลงกับสช. ยกร่างตัวกฎกระทรวงมาตรา 12 ซึ่งเป็นกฎหมายรับรองรองจากตัวพระราชบัญญัติ เดิมทีเคยทำวิจัยเรื่องนี้มาก่อนแล้ว การทำ MOU ทำในปี 2551-2554 รวม 3 ปี การยกร่างมีแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข โรงพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการรับฟังความเห็นทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ต้องนำข้อมูลที่รับฟังความคิดเห็นมา

ปรับปรุงเนื้อหา กฎกระทรวงนี้พอดีว่าเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก เช่น ผู้ป่วย จึงต้องมีการรับฟังความคิดเห็น ปกติกฎกระทรวงอื่น ๆ จะทำในองค์กรแล้วเสนอเลย...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ - วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้นำเอาความเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมหลาย ๆ ครั้งไปปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ และเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อนำร่างกฎกระทรวงฯ ไปรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ โดยส่งให้กับสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน คณะ/วิทยาลัยแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ คณะ/วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ นักกฎหมาย นักวิชาการ ประชาชนที่สนใจ ซึ่งมีข้อเสนอแนะกลับมาที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทั้งสิ้น 93 ราย โดยแบ่งเป็น 88 องค์กรและบุคคล 5 คน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

เดือนพฤษภาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯ ในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข 4 ภาค

- เชียงใหม่ วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน
- ขอนแก่น วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 150 คน
- หาดใหญ่ วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน
- กรุงเทพมหานคร วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายผู้ร่วมยกร่างกฎกระทรวงได้ให้ความเห็นว่า กิจกรรมเด่น ๆ คือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นใน 4 ภาคของประเทศไทย ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ซึ่งนอกจากเป็นการหาแนวร่วมแล้วยังเป็นการเผยแพร่ข่าวสารความเข้าใจในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี

“...กิจกรรมเด่น ๆ มีการจัดเวที 4 ภาค ภาคเหนือเราก็ไปที่เชียงใหม่ ภาคอีสานเป็นขอนแก่น ภาคใต้ก็ไปหาดใหญ่ ภาคกลางก็จัดที่กรุงเทพฯ ก็เป็นเวทีสัญจรที่เรารับฟังความเห็นเชิงหมอ เชิญพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงมารับฟัง ได้รับการตอบรับที่ดี บางเวทีเกือบ 100 คน จริง ๆ ไม่ได้หาแนวร่วมอย่างเดียว แต่ต้องการเผยแพร่ความเข้าใจรับฟังความเห็นเพื่อไปปรับปรุงกฎกระทรวง บางคนที่มาประชุมเป็นพวกชาวบ้าน พวกญาติคนไข้ เค้ารู้มาจากหมออีกที ก็มาเข้าร่วม ก็บอกว่าดี และสนับสนุน และเล่าว่าญาติเค้าเป็นอย่างไร แต่บางคนก็ไม่มียอมรับไม่อยากให้พูดเรื่องนี้ โดยภาพรวมเวทีนี้ก็ทำให้คนเข้าใจมากยิ่งขึ้น...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

เดือนกรกฎาคม – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพนำความเห็นที่ได้จากเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศมาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงและนำเสนอร่างกฎกระทรวงฯ ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติให้เสนอร่างกฎกระทรวงฯ ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.)

ร่างกฎกระทรวงฯ ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีชุดที่มีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2552 จากนั้นให้ส่งร่างกฎกระทรวงฯ ให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาตรวจแก้ไขตามขั้นตอนปกติทั่วไป โดยได้แนบความเห็นของกระทรวงยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม และสำนักงานอัยการสูงสุดไปเพื่อประกอบการตรวจพิจารณาด้วย (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

วันที่ 14 มกราคม – วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ร่างกฎกระทรวงฯ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะกรรมการกฤษฎีกาคนที่ 10) โดยมีการประชุมทั้งสิ้น 7 ครั้ง มีการเชิญผู้แทนหน่วยงานต่าง ๆ มาร่วมให้ความเห็นได้แก่ 1. แพทยสภา 2. กระทรวงสาธารณสุข 3. กระทรวงยุติธรรม 4. สำนักงานยุติธรรม 5. สำนักงานอัยการสูงสุด 6. กรมการแพทย์ 7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมชี้แจงและให้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย โดยแพทยสภาได้ทำหนังสือเสนอความเห็นไปอย่างเป็นทางการจำนวน 6 ข้อ (หนังสือแพทยสภาลงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2553) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

จากนั้นคณะกรรมการกฤษฎีกา คนที่ 10 ได้ประชุมตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงฯ รวม 7 ครั้ง โดยได้นำความเห็นของทุกหน่วยงานมาประกอบการพิจารณาทุกประเด็นจนเสร็จ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2553 แพทยสภาทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อขอให้ชะลอการประกาศบังคับใช้กฎกระทรวง โดยอ้างว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติหลายประการซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขตามที่แพทยสภาเสนอซึ่งนายกรัฐมนตรีได้ส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา

ต่อมาแพทยสภาได้ทำหนังสือลงวันที่ 14 มิถุนายน 2553 ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแจ้งว่าคณะกรรมการแพทยสภาได้พิจารณาแล้วในการประชุมวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2553 มีข้อเสนอขอแก้ไข 3 ข้อ คือ ข้อ 1 ข้อ 3 และข้อ 4 สำหรับข้ออื่นไม่มีการเสนอขอแก้ไขแต่อย่างใด



จากนั้นคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 10 จึงได้นำความเห็นเพิ่มเติมเหล่านั้นมาประกอบการพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง โดยได้ปรับแก้ตามที่แพทยสภาเสนอ 2 ข้อ ยืนยันตามร่างเดิมที่ตรวจพิจารณาแล้ว 1 ข้อ โดยได้สรุปเรื่องไว้ในรายงานการทำงานของกฤษฎีกาว่า

“...อนึ่ง ภายหลังจากที่คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) ได้ตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงดังกล่าวเสร็จแล้ว ปรากฏว่าในระหว่างที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดำเนินการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหนังสือยืนยันการเห็นชอบในการแก้ไขร่างกฎกระทรวงดังกล่าว นั้น สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีได้มีหนังสือแจ้งว่าแพทยสภามีหนังสือกราบเรียนนายกรัฐมนตรีเพื่อขอให้ชะลอการลงนามและประกาศบังคับใช้ร่างกฎกระทรวงดังกล่าว เนื่องจากยังมีประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่หลายประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขตามที่แพทยสภาและหลายฝ่ายเสนอความเห็นไป ตัวอย่างเช่น ปัญหาในการตีความคำว่า “ระยะเวลาอันใกล้จะถึง” ตามนิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” การพิสูจน์ลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนา หรือการวินิจฉัยย้อนหลังว่าขณะที่ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ พร้อมชี้แจงว่าหากต้องการให้แพทยสภาแก้ไขปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวก็ยินดีเป็นผู้ดำเนินการให้

ต่อมา แพทยสภาได้มีหนังสือยืนยันการเห็นชอบในการแก้ไขร่างกฎกระทรวงดังกล่าวถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยขอเสนอแก้ไขร่างกฎกระทรวงฯ และสำนักงานอัยการสูงสุดมีข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับร่างกฎกระทรวงฯ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า ประเด็นปัญหาเหล่านี้ คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) ได้ยกขึ้นพิจารณาในชั้นการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงแล้ว จึงเห็นสมควรจัดทำบันทึกเพิ่มเติมสรุปความเห็นในแต่ละประเด็น ดังนี้

#### 4.1 ข้อเสนอแก้ไขร่างกฎกระทรวงฯ ของแพทยสภา

1. ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 1 นิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาวินิจฉัยแล้วว่าจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์เห็นว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาวินิจฉัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 2 นิยามว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต”)

ในการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวง คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) มีประเด็นพิจารณาว่า การวินิจฉัยเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต ควรต้องกำหนดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้ผู้รับผิดชอบการรักษาให้ความเห็นประกอบในลักษณะเดียวกับการวินิจฉัยภาวะสมองตายหรือไม่ ซึ่งได้สอบถามผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและมีความเห็นว่า การวินิจฉัย

วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องในทางเทคนิค ควรให้แพทย์สภาเป็นผู้พิจารณากำหนดแนวทางในการวินิจฉัยกรณีดังกล่าว ดังนั้น เมื่อแพทย์สภาซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตได้เสนอให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยแต่เพียงผู้เดียวจึงสมควรแก้ไขตามข้อเสนอของแพทย์สภา ทั้งนี้ ควรใช้ถ้อยคำว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติอื่น ๆ

2. ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาจะทำที่สถานบริการสาธารณสุขหรือที่สำนักงานเขต สำนักงานอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ยกเว้นกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วขณะที่ขอทำหนังสือแสดงเจตนา หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีเหตุที่ไม่สามารถเดินทางไปทำในกรณีดังกล่าวได้ ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาสามารถดำเนินการให้ได้ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 4)

ในการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงฯ มีประเด็นพิจารณาว่า การทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานที่ใดซึ่งมิใช่สถานบริการสาธารณสุข สมควรให้นายอำเภอลงลายมือชื่อรับรองในหนังสือแสดงเจตนาเพื่อยืนยันว่าการแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นเจตนาของบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่แท้จริง ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) มีความเห็นว่าการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับรองหนังสือแสดงเจตนาเป็นการสร้างขั้นตอนยุ่งยากให้แก่ประชาชนเกินสมควรและไม่เหมาะสมกับสภาพสังคม ดังนั้น หากเทียบเคียงกับกรณีที่แพทย์สภาเสนอแก้ไขให้กำหนดสถานที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนา ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานเขต สำนักงานอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเห็นว่า การกำหนดสถานที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นการกำหนดรูปแบบของหนังสือแสดงเจตนาในลักษณะเดียวกับการกำหนดให้นายอำเภอลงลายมือชื่อรับรองในหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในทางปฏิบัติ และประชาชนทั่วไปไม่อาจใช้สิทธิดังกล่าวได้เลย ด้วยเหตุนี้ **จึงไม่สมควรแก้ไขตามที่แพทย์สภาเสนอ**

3. ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 4 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ 5)

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเห็นว่า การเพิ่มเติมถ้อยคำดังกล่าวเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นและไม่กระทบต่อสาระสำคัญจึงเห็นสมควรแก้ไขตามที่แพทยสภาเสนอ ทั้งนี้ควรใช้ถ้อยคำว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติอื่น ๆ...” (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2553 สำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติว่ากฎกระทรวงได้รับการตรวจพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอต่อนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะรักษาการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติลงนามต่อไป (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามกฎกระทรวงเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2553 และในวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2553 กฎกระทรวงฯ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 65 ก โดยกำหนดให้กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับได้เมื่อพ้นกำหนด 210 วันนับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา คือมีผลใช้บังคับวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 ทั้งนี้ก็เพื่อให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีเวลาจัดทำประกาศแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข พร้อมจัดทำตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาด้วย ตามที่ระบุอยู่ในข้อ 7 ของกฎกระทรวง (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพซึ่งมีตัวแทนจากหลายฝ่ายทั้งนักกฎหมาย นักวิชาการ และตัวแทนจากสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด เป็นต้น ดำเนินการยกร่างแนวทางการปฏิบัติงานฯ แล้วจัดเวทีรับฟังความเห็นจากตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขที่ห้องประชุมसानใจ 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2554 (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

เมื่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพจัดทำร่างประกาศแนวทางการปฏิบัติงานฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบในการประชุมเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 จากนั้นวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 ร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา และในวันเดียวกันนั้น กฎกระทรวงฯ ก็มีผลใช้บังคับ (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายผู้ร่วมร่างกฎกระทรวงได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการร่างกฎกระทรวงไว้ดังนี้

“...กฎกระทรวง หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเรื่องที่ได้แล พ.ร.บ. จะเสนอยกร่างขึ้นมา ก่อน นั่นก็คือ สช. ยกร่างขึ้นมา ความจริงแล้วกฎกระทรวงจะเสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบได้เลย คือกฎกระทรวงต้องผ่าน ครม. พอ ครม. เห็นชอบ ก็ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา กฎกระทรวงทั่ว ๆ ไปใช้เวลาไม่กี่เดือน อย่างมากก็ 5-6 เดือน แต่ของเรานานหน่อยเพราะต้องรับฟังความเห็นด้วย ของเราพิเศษหน่อย คือไม่ใช่แค่ผ่าน ครม. อย่างเดียว แต่ผ่านคณะกรรมการกฤษฎีกาด้วย เพราะทางคณะกรรมการกฤษฎีกาสนใจในเรื่องนี้ และตัว ครม. ก็มีมติเห็นชอบในหลักการแล้ว ในการรับฟังความเห็นเราเริ่มรับฟังความเห็นตั้งแต่ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2552-2553 ใช้เวลา 1 ปี จนมีการเสนอเข้า คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 21 สิงหาคม 2552 จากนั้นเสนอเข้า ครม. เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2552 ครม. ก็ให้ความเห็นชอบ แล้วก็ได้ส่งเรื่องไปให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา พิจารณาอยู่ซัก 2-3 เดือน ก็มีการปรับปรุงจนมีการประกาศใช้วันที่ 22 ตุลาคม 2553 พอประกาศใช้แล้วยังไม่มีผล เพราะเราได้เขียนไว้ว่าจะใช้ได้หลัง 210 วัน หรือหลัง 7 เดือน เพื่อให้มีการปรับตัวก่อน เพื่อให้โรงพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อน ใช้จริง ๆ ก็คือ 20 พฤษภาคม 2554 มีผลใช้ตามกฎหมาย...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

#### 4.1.2 วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำความเข้าใจกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 คือ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข คือผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักและเป้าหมายสำคัญของพระราชบัญญัตินี้คือ

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการรักษาให้กับตัวเองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปตามธรรมชาติอย่างสงบ โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือกึ่งชีพทางการแพทย์
3. เพื่อช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติในการวางแผนการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

4. เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น โดยที่มีหนังสือแสดงเจตนาบ่งบอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะให้แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ โดยเมื่อแพทย์เห็นควรและได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ถือว่าแพทย์ไม่มีความผิดใด ๆ

#### 4.1.3 ความจำเป็นของการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 นั้นมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการวางแผนการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถออกแบบการรักษาในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ว่าหากตนเองถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตแล้ว ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งแพทย์จะได้รับผลดีรองลงมาคือสามารถกำหนดทิศทางการรักษาได้อย่างตรงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และสิ่งที่สำคัญคือทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยได้บอกถึงเจตนาที่แท้จริงที่ผู้ป่วยต้องการไว้ในหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

จากการสัมภาษณ์แพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ถึงความจำเป็นของการมีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่ละท่านได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้

นักสังคมสงเคราะห์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า สิทธินี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการรักษาให้กับตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ซึ่งแพทย์ก็ต้องเคารพสิทธินี้ของผู้ป่วยด้วย

“...ความจำเป็นของสิทธินี้ จำเป็นทั้งตัวคนไข้เองและตัวครอบครัว สิทธินี้เหมือนเป็นแนวทางที่ให้คนไข้ที่ยังมีสติอยู่มองเห็นภาพ ครอบครัวก็เหมือนมีคำมั่นสัญญากับคนไข้ไว้ สิ่งที่จะทำต่อไปนี้ถ้าคนไข้อยู่ในช่วงท้าย ถ้าคนไข้ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หนังสือแสดงเจตนาจะเป็นตัวการันตีว่าเป็นความต้องการของคนไข้จริงๆ หมอเองก็รู้สึกสบายใจ โดยยึดหลักเจ้าของชีวิต ถ้าอยู่ในระยะท้ายที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ สิทธินี้ก็เป็นตัวตัดสินใจว่าจะเดินไปทางไหน แต่ถ้าในคนไข้ที่รู้สึกตัว สิทธินี้ก็เป็นตัวดีไซเนอร์ได้ว่า จะรักษาอย่างไร จะเพิ่มยาจะลดยาก็ได้ ซึ่งในคนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ คิดภาพไม่ออกว่าเค้าต้องการอะไรไม่ต้องการอะไร แต่ต้องมีการบอกว่าได้รับกับปฏิเสธแล้วมีผลอย่างไร ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า สิทธิมาตรา 12 จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้อง  
ทรมานจากการเจ็บป่วยและจากไปอย่างสงบ

“...ประโยชน์ของการแสดงเจตจำนงของคนไข้ เมื่ออยู่ในระยะท้าย ไม่อยากให้เจ็บ  
โดยไม่มีประโยชน์ ถ้าทำตามเจตจำนงได้ก็จะทำให้คนไข้ได้เสียชีวิตอย่างสงบในรูปแบบที่  
เค้าต้องการจริง ๆ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า สิทธินี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับ สิ่ง  
ผู้ป่วยต้องการได้รับการทำให้

“...คนที่รู้ความต้องการได้รับการดูแลคือคนไข้ ถ้าเค้ามีส่วนที่ได้เลือกก็เป็นสิ่งที่  
เค้าได้รู้สึกได้รับการยอมรับ ได้รับการให้ความสำคัญ สิ่งที่คุณต้องการได้รับการทำให้  
แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับ บริบทของตัวโรคที่เป็นเหมือนกัน...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข  
เป็นสิทธิของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยสามารถมีสิทธิในการวางแผนการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายให้กับ  
ตนเองได้ ซึ่งแพทย์จะเป็นเพียงผู้ที่คอยประคับประคอง และทำตามความเหมาะสมของอาการ รวมทั้ง  
ทำตามสิทธิในหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ป่วยได้เขียนไว้ โดยที่ไม่ได้มีอำนาจเบ็ดเสร็จเหนือผู้ป่วยแต่อย่าง  
ใด จึงถือว่าสิทธินี้เป็นสิทธิเพื่อผู้ป่วยโดยแท้จริง

#### 4.1.4 ความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการ  
ป้องกันและบรรเทาอาการทรมานต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์แบบองค์  
รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลัก  
คือ เพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต  
อย่างสงบตามธรรมชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการรักษาที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะแพทย์  
พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ต้องกระทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามเจตนาในหนังสือแสดงเจตนา  
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพราะเมื่อคนไข้บ่งบอกเจตนาที่ว่าจะไม่ใช่เครื่องมือกึ่งชีพที่ทำ

ให้เกิดความทรมาณต่อแพทย์แล้ว การดูแลแบบประคับประคองจะเป็นการรักษาอาการหลังจากผู้ป่วยไม่พึงพาเครื่องมือกู้ชีพหนัก ๆ โดยอาจใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการเหนื่อย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น การดูแลแบบประคับประคองต้องใส่ใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อทราบความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เมื่อทีมแพทย์ผู้รักษาได้ปฏิบัติตามความต้องการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกหมดกังวล และเมื่อถึงวาระอันสมควรผู้ป่วยก็จะจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ

จากการสัมภาษณ์แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ละท่านได้ให้ความเห็นไว้ดังนี้

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด ในช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งไม่ได้เป็นการรักษาโรคให้หายขาด แต่เป็นการลดการเจ็บปวด และดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย

“...การดูแลแบบประคับประคอง การให้ความสบายในช่วงท้ายของชีวิต ให้ความมั่นใจ โดยไม่เน้นว่าจะรักษาโรคให้หายขาด มันจะหายมันหายเอง ไม่ได้สู้กับโรค เพราะอาจทำให้ตายเร็วขึ้น การดูแลแบบประคับประคองก็จะดูแลเรื่องร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อ ประเพณี สิ่งแวดล้อมที่จะต้องจัดให้เหมาะสม ให้เกิดความสมดุลในชีวิต เพื่อให้เค้าพร้อมที่จะถึงวันนั้นอย่างปลอดภัยที่สุด ปลอดภัยในเรื่องของจิตใจ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักสังคมสงเคราะห์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือการประคองจิตใจผู้ป่วยไม่ให้ล้มเหลว และดูแลร่างกายให้สุขสบาย เป็นการรักษาชีวิตไม่ใช่รักษาโรคให้หายขาด

“...การดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรคลูคีเมีย มันอาจหายได้ วูบแรกเมื่อคนไข้รู้ว่าตัวเองเป็นโรค คนไข้จะคิดว่าตัวเองต้องตายแน่เลย แต่เมื่อคนไข้รู้ว่าปลูกถ่ายเซลล์ได้ เค้าอาจจะมีจิตใจที่ดีขึ้น แต่เมื่อโรคมันกลับมาใหม่ จิตใจเค้าจะวูบตกลงมามากกว่าตอนที่รู้ว่า เป็นมะเร็ง เจ้าหน้าที่ต้องทำให้คนไข้ไม่มีความหวังสูงมาก ต้องประคองใจว่ามันอาจล้มเหลว พอเค้าอยู่ระยะท้าย การประคองเค้าคือ การรักษาความสุขสบาย รักษาชีวิต ไม่ใช่การรักษาอาการให้โรคหาย แต่เป็นการรักษาไม่ให้ชีวิตดำดิ่งลงไป เราจะเดินไปด้วยกัน จะอยู่เคียงข้างนะ มียาบรรเทาอาการ ให้อยู่ในระดับที่ปกติมากที่สุด ถ้าปวด ระยะท้ายอาจจะปวดในระดับ

2-3 ไม่เหลือ 0 คนไข้จะตกลงหรือไม่ คือสิ่งที่ต้องคุยกับคนไข้ รูปแบบการอยู่มิทั้งอยู่ที่โรงพยาบาล และอยู่ที่บ้าน ถ้าอยู่กันแค่สองคนอยู่บ้านอาจไม่เหมาะสม เค้เลือกได้ ถ้ากลับมาโรงพยาบาลแพทย์ที่เค้ไม่รู้เรื่องคนไข้มาก่อน ตัว living will อาจจะเป็นตัวสื่อสารได้ว่าคนไข้ต้องการอะไร แต่ถึงอย่างไรคนไข้สามารถเปลี่ยนแปลงตามความต้องการได้ตลอด ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการเจ็บปวดด้านร่างกาย ด้านจิตใจช่วยลดความกังวลต่าง ๆ

“...การดูแลแบบประคับประคอง เราดูแล เพื่อลดอาการเจ็บปวดให้เค้ เพื่อให้คนไข้จากไปอย่างทรมาณน้อยที่สุด การถอดสายออกแล้วดูแลต่อดีจริงหรือไม่ จริง ๆ ต้องแล้วแต่เหตุของโรค เพราะบางทีการใส่ท่อช่วยหายใจ ก็เป็นแค่การรักษาที่ชั่วคราวในคนไข้ที่มีโอกาสที่จะกลับมาได้ มีการฟื้นตัวกลับมาได้ เราใช้อุปกรณ์หนัก ๆ ในไอซียูเรักษาภาวะที่วิกฤตชั่วคราว แต่ตัวเครื่องเองไม่ได้ถูกออกแบบให้รักษาคนไม่ให้ตาย ในที่สุดแล้วคนเราก็ต้องตายจากตัวโรคเอง ก็คือธรรมชาติของเค้ แทนที่เราจะต้องไปพึ่งพาเครื่องมือ ทำให้คนไข้ปวดมากขึ้น การที่ทำแล้วจะมีความหมายเค้ก็ยอมเจ็บ จริง ๆ แล้วสิทธินี้ก็เป็นกระบวนการหาความหมายของการมีชีวิตอยู่ของคนไข้ ที่จะเชื่อมโยงกับความสุขหรือความหวัง

การประคองจิตใจ ถ้าเค้มีความกังวล ความเศร้า เข้าไปพูดคุยเป็นเพื่อน หาสาเหตุที่แท้จริง เช่น ให้ลูกที่ได้รับปริญญามาหาพ่อ จริง ๆ ลึก ๆ ไม่ได้ช่วยพ่อ ช่วยคนที่อยู่ต่อที่จะทำอะไรดีดียิ่ง ๆ ขึ้น เป็นการสื่อความรู้สึกดี ๆ จากพ่อสู่ลูก เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พ่อบอกว่า พ่อได้เตรียมหาทุกอย่างไว้ให้หมดแล้ว อยากให้ทำงานวิชาการให้เต็มที่ให้ช่วยคน ลูกก็มีกำลังใจ ถ้าอยู่ในวินาทีนั้นลูกรับมา ก็เป็นตัวกระตุ้นให้ลูกทำดีเพื่อสังคม คนระยะสุดท้ายหลายคนใหญ่ไม่ได้คิดถึงตัวเอง คิดถึงลูกมากกว่า

การประคองร่างกาย ถ้าบอกว่าไม่ทำอะไรเลย คนไข้มะเร็งจะเหนื่อยมาก คนไข้บอกใส่ท่อก็ยอม ประคองก็อาจใช้ยาบรรเทาอาการเหนื่อย การใช้ยาทำให้เค้ผ่อนคลาย ช่วยให้ได้อยู่ได้โดยไม่ต้องกลับไปพึ่งพาส่งที่เค้ไม่ต้องการ ทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ อยู่ที่ต้นทุน กลุ่มมะเร็งค่อยไปค่อยไปจะไปอยู่บ้านได้ ใช้ยาคุมเรื่องปวด อยากจะทำในสิ่งที่ตั้งใจไว้กลับบ้านดีกว่า แต่ถ้าปั๊มบับอากาศก็ไม่ค่อยดีอาจจะกลับบ้านไม่ได้เพราะจะคุมอาการไม่ทัน...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)



แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า หลักการดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

“...หลักการดูแลแบบประคับประคอง ดูแลเป็นองค์รวมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ นอกจากไม่ใส่ท่อแล้ว คุยกับคนไข้ว่าเค้ามีอาการอะไรบ้างที่ต้องการให้เราดูแล ด้านจิตใจก็คุยว่าเค้ามีความกังวลอะไรหรือไม่ ถ้ามีอะไรก็ให้เค้าเริ่มเตรียมตัว แก๊ซ หรือหาทางช่วยเหลือ ด้านสังคม คุยว่าอยากอยู่บ้านหรือโรงพยาบาล มีใครดูแลต่อหรือไม่ ถ้าจะอยู่บ้าน ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

ญาติผู้ป่วยท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคองทำให้ญาติคลายกังวล เพราะญาติมั่นใจว่าทีมแพทย์จะดูแลให้ผู้ป่วยไม่ทรมาน และจากไปอย่างสงบ

“...ในฐานะญาติของผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลแบบประคับประคองทำให้ญาติคลายกังวล เกี่ยวกับช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเพราะทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายมากที่สุด ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ญาติรู้สึกวางใจว่าช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยจะจากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ใส่ใจในทุกมิติของผู้ป่วย ซึ่งในความจริงแล้วการดูแลแบบประคับประคองนั้นสำคัญกับผู้ป่วยในทุกช่วงไม่ว่าจะเป็นช่วงเริ่มต้น ช่วงลุกลาม หรือระยะสุดท้ายของชีวิต เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดีแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีอาการที่ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษเพราะเป็นช่วงที่เปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยระยะนี้มากเป็นพิเศษ

#### 4.2 ส่วนที่ 2 นำเสนอตามปัญหานำวิจัย

ในส่วนที่ 2 จะนำเสนอผลการวิจัยตามปัญหานำวิจัย ดังนี้

1. ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร

2. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารอย่างไร

3. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

#### 4.2.1 สถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

ในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นมีการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ นักการเมือง แพทย์ และภาคประชาชน ซึ่งความสำเร็จของพระราชบัญญัติฉบับนี้ต้องอาศัยความพยายาม ความอดทน และระยะเวลาอันยาวนานกว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้ แต่สาเหตุที่หลายฝ่ายเห็นด้วยกับสิทธินี้ เนื่องจากทุกฝ่ายเล็งเห็นว่า เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมีต่อการวางแผนการรักษาตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นสิทธิเพื่อมนุษยชน จะมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ในแพทย์บางกลุ่มที่ยังคัดค้านในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากปฏิบัติไม่เหมาะสม และบางส่วนเห็นว่าเป็นการกระทำที่รุกล้ำหรือการทำให้ผู้อื่นตายด้วยความสงสาร ซึ่งผู้วิจัยจะขอเสนอสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านดังนี้

ในช่วงผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545 ได้มีการรับฟังความคิดเห็นทั้งโดยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ และการส่งให้กับหน่วยงาน องค์กร กระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ ได้รับทราบเกี่ยวกับการเผยแพร่ร่างกรอบความคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ มีเครือข่ายประชาคมร่วมให้ความคิดเห็น 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี มีผู้ร่วมให้ความเห็นกว่า 200,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

ในช่วงผลักดันการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ใช้วิธีแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรภาคี เพื่อทำงานขับเคลื่อนเรื่องการส่งเสริมการใช้สิทธิตามมาตรา 12 โดยมีแกนนำคนสำคัญ ได้แก่ ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส, ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, รองศาสตราจารย์ บรรเจิด สิงคะเนติ, นายแพทย์พิฑูร ธรรมธรานนท์, อาจารย์จุมพล แดงสกุล และมีคุณไพศาล ลิ้มสถิต เป็นนักวิชาการผู้ประสานการดำเนินงาน เป้าหมายคือการยกร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 โดยมี

การทบทวนงานวิชาการทั้งในและต่างประเทศเป็นฐาน แล้วร่างกฎกระทรวง รวมทั้งคำชี้แจง คำถาม คำตอบ และแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวง แล้วจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นหลายเวที ในช่วงปี พ.ศ. 2552 ที่จังหวัดสงขลา ขอนแก่น เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งร่วมกับ กรมการแพทย์จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ โรงพยาบาลสงฆ์ นอกจากนี้แพทยสภาก็ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเรื่องนี้โดยเฉพาะ ซึ่งทาง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เชิญให้ไปร่วมนำเสนอร่างกฎกระทรวงและรับฟังความคิดเห็นด้วย เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552)

โดยในระหว่างกระบวนการรับฟังความคิดเห็น มีสื่อมวลชนให้ความสนใจในเรื่องนี้พอสมควร ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทำการสื่อสารเรื่องราวสาระสำคัญของมาตรา 12 และกฎกระทรวงต่อสาธารณะผ่านสื่อต่างๆ ด้วย

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายที่มีส่วนร่วมในการยกร่างกฎกระทรวงฯ ได้ให้ความเห็น เกี่ยวกับการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ดังนี้

“...การทำงานกับสื่อมวลชนทางศูนย์กฎหมายและจริยศาสตร์จะให้ฝ่ายสื่อของ สช. เป็นคนทำ บางทีก็มีนักข่าวมาขอสัมภาษณ์เพื่อเขียนบทความ บางทีก็มีการถ่ายทอดสดผ่านทางเว็บไซต์ Health Station ของสช. ถ้ามีการถ่ายทอดสดก็จะมีคนส่ง SMS มาให้ เครือข่ายได้รับทราบ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีสำหรับคนไม่สะดวกเดินทาง...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

ในการยกร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 นั้น เพื่อให้การดำเนินการทางนิติกฎหมายมีความ ครบถ้วนสมบูรณ์ ทางคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเห็นว่าเรื่องนี้ควรเกี่ยวข้องกับมิติด้านมนุษย์และ จิตวิญญาณ จึงควรเชื่อมมิติเหล่านี้เข้าด้วยกัน ไม่ควรแยกทำเฉพาะมิติด้านกฎหมายเพียงอย่างเดียว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงทำงานร่วมกับ “เครือข่ายพุทธิกา” ซึ่งเป็นองค์กร เอกชนด้านพุทธศาสนาที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวของบุคคลในองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ มูลนิธิโกลบอลคิมทอง มูลนิธิเด็ก มูลนิธิพุทธธรรม มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิसानแสงอรุณ มูลนิธิสายใยแผ่นดินเสมสิกขาลัย และมูลนิธิเมตตาธรรมรักษ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปกป้องและฟื้นฟูพระพุทธศาสนาและการประยุกต์ ธรรมมาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมที่สอดคล้องกับมาตรา 12 คือ การเตรียมตัว ตาย และการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายให้ได้ไปดี และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการปฏิบัติตาม เจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามมาตรา 12 ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมมือ กับโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช (มี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์

ประดิษฐ์สุวรรณ เป็นแกนนำ) โรงพยาบาลรามารามิบัติ (มี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิณ หัตถ์รัตน์ เป็นแกนนำ) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (มี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว เป็นแกนนำ) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (มี นายแพทย์สถาพร ลีลาพันธ์กิจ เป็นแกนนำ) เพื่อพัฒนาโครงการเตรียมความพร้อมเพื่อปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ โดยมีการดำเนินการ เช่น ให้ความรู้ความเข้าใจในสาระของมาตรา 12 การเตรียมความพร้อมของสถานบริการและผู้ให้บริการ สาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒน์, 2552)

ในปี พ.ศ. 2552 ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะขยายความร่วมมือไปยัง 6 โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลราชวิถี (อำพล จินดาวัฒน์, 2552)

วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดเวที “สข. เจาะประเด็น เรื่อง บั้นปลายชีวิต ลิขิตได้” ที่ห้องประชุมสุขชน 3 โดยเชิญวิทยากรหลายท่านร่วมเสวนากับสื่อมวลชน หลังจากเวทีนี้สื่อมวลชนได้ให้ความสนใจเผยแพร่ข่าวนี้ออกไปอย่างกว้างขวาง ทั้งในหนังสือพิมพ์ รายการโทรทัศน์ – วิทยุ ได้แก่ รายการข่าว 5 หน้า 1 และช่วงโต๊ะข่าว บก. ช่อง 5 รายการหมายเหตุประเทศไทย ช่อง NBT รายการประเด็นเด็ดเจ็ดสี ช่อง 7 และรายการเจาะประเด็น ช่อง 11 เป็นต้น

วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2554 คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดเวทีสัมมนา เรื่อง “ประเด็นความเสี่ยงของแพทย์ เมื่อละเว้นการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิตาย” ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข นายแพทย์อนันต์ อริยชัยพาณิชย์ ได้มีหนังสือเชิญเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาสไปให้ข้อมูล และมีแพทย์ท่านอื่น ๆ ร่วมอภิปรายด้วย บรรยากาศของการสัมมนากลายเป็นการโจมตีเรื่องมาตรา 12 และกฎกระทรวงฯ รวมไปถึงคนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรื่องนี้ ในเวทีนี้ มีการถ่ายทอดสดผ่านวิทยุรัฐสภา ได้มีกรรมการแพทย์สภาท่านหนึ่งได้กล่าวในเชิงไม่เห็นด้วยว่า “ในเมื่อผมเขียนหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้แล้ว ถ้าผมจะตาย ขอรับรองผมอย่าไปโรงพยาบาล แพทย์พวกเขามีงานบริการผู้ป่วยอยู่มากแล้ว จะได้ไม่ต้องเสียเวลามาดูแลผม” และในวันนั้น มีแพทย์ผู้หญิงที่มีจุดยืนอนุรักษ์นิยมได้ลุกขึ้นโจมตีผู้ผลักดันสิทธินี้อย่างรุนแรง (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2554 นายแพทย์สภาได้แถลงข่าวว่าจะเสนอคณะกรรมการแพทย์สภาในวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ให้พิจารณาเรื่องการฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 โดยได้เปิดประเด็นใหม่กับสังคม เช่น การเกรงว่าแพทย์อาจติดคุกในคดีฆ่าคนตาย ญาติผู้ป่วยอาจไม่ได้รับเงินประกันชีวิต หรือเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒน์, 2555)

ไทยรัฐออนไลน์ (2554) ได้ให้รายละเอียดของการที่แพทยสภาเตรียมฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 ไว้ดังนี้

“วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2554 จากกรณีที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ออกประกาศกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ก่อให้เกิดฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย เพราะเกรงว่าจะขัดจรรยาบรรณทางการแพทย์ และอาจถูกฟ้องร้องนั้น ขณะที่ยกเลิกกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการตามหนังสือดังกล่าว เพื่อศึกษาแนวทางการทำงานเฉพาะสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) อย่างเหมาะสม

ล่าสุดที่สำนักงานแพทยสภา ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุลลานันท์ นายกแพทยสภา แถลงข่าวหลังการประชุมกรรมการบริหารถึงกรณีสิทธิมาตรา 12 ว่า เรื่องนี้มีความเห็นที่หลากหลาย ทั้งฝ่ายเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ที่ผ่านมากomiteeการสาธารณสุขได้จัดสัมมนาระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ และได้ข้อสรุปให้แพทยสภา ซึ่งเป็นตัวแทนวิชาชีพแพทย์ ทำหน้าที่ดำเนินการหาความชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ เนื่องจากมีแพทย์บางกลุ่มกังวลถึงการบังคับใช้แนวทางการแสดงสิทธิดังกล่าว เพราะอาจเข้าข่ายละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และยังขัดต่อจริยธรรมแพทย์ ที่สำคัญกฎกระทรวงดังกล่าวยังออกเกินกว่าเจตนารมณ์ของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด

“เมื่อคณะกรรมการสาธารณสุขมีความประสงค์ต้องการความชัดเจนจากการประชุมของกรรมการบริหาร จึงมีความเห็นว่าจะนำเรื่องดังกล่าว เข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการแพทยสภาในวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เพื่อพิจารณาถึงการเคลื่อนไหว ซึ่งเบื้องต้นอาจดำเนินการฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวงดังกล่าว ระหว่างรอการพิจารณา แพทยสภาจึงออกแนวทางปฏิบัติของแพทย์เมื่อได้รับหนังสือดังกล่าว ประกอบด้วย 6 แนวทางคือ 1. เมื่อได้รับหนังสือแสดงเจตนาฯ แพทย์ผู้เกี่ยวข้องต้องแน่ใจว่าหนังสือดังกล่าวเป็นหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่กระทำโดยผู้ป่วยขณะที่มีสติสัมปชัญญะ เช่น หนังสือแสดงเจตนาฯ ที่กระทำโดยอยู่ในความรู้เห็นของแพทย์ เช่นนี้แล้วให้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ยกเว้นกรณีตามข้อ 5 2. หนังสือแสดงเจตนาฯ นอกเหนือจากข้อ 1 ควรได้รับการพิสูจน์ว่ากระทำโดยผู้ป่วยจริง 3. ในกรณีที่ยังพิสูจน์ไม่ได้ถึง “ความจริงแท้” ของหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ ให้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม 4. การวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ในภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในขณะนั้น 5. ไม่แนะนำให้มีการถอดถอน ( withdraw ) การรักษาที่ได้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว และ 6. ในกรณีที่มีความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องความจริงแท้ของหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังกล่าว แนะนำให้ญาติผู้ป่วยใช้สิทธิทางศาล” นายกแพทยสภากล่าว

ด้านนพ.วิสุทธิ ลัจเสวี ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า กฎกระทรวงดังกล่าวออกเกินกว่าอำนาจมาตรา 12 ที่ระบุเพียงให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา แต่ในกฎกระทรวงยังมีบทบัญญัติ

ที่ไปละเมิดสิทธิของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น หากผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์ต้องอนุญาต หรือสตรีมีครรภ์ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อน จึงจะทำตามหนังสือแสดงเจตนา สิ่งเหล่านี้ถือเป็นการผิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ หากแพทย์ดำเนินการตามอาจถูกฟ้องร้อง และนำไปสู่การฆ่าโดยเจตนาที่เป็นได้ ซึ่งจะเป็นการผิดกฎหมายอาญาทันที จึงควรมีความชัดเจน โดยต้องระงับการใช้กฎหมายทรงงดังกล่าวก่อน เพื่อหาข้อสรุปซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

ศ.นพ.วิรัตน์ พานิชย์พงษ์ สมาชิกวุฒิสภาและรองประธานกรรมาธิการสาธารณสุข กล่าวว่า “ที่ต้องระวังคือการพิจารณาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากหากญาติอาจไม่เข้าใจ จะนำไปสู่พหุแพทย์ และเกิดเป็นประเด็นฟ้องร้องได้ ขณะเดียวกันการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง เนื่องจากการแสดงเจตนาดังกล่าว ถือเป็นการเสียสิทธิในการรับเงินค่าชดเชยตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทำให้ไม่สามารถรับเงินกรณีเกิดความเสียหายจากการรักษาจำนวน 2 แสนบาททันที อีกทั้งกรณีผู้ทำประกันชีวิตอาจไม่ได้รับเบี้ยประกัน เนื่องจากอาจเข้าข่ายการฆ่าตัวตาย สิ่งเหล่านี้เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยอาจเสียไปด้วย ในส่วนผลกระทบทางการแพทย์ หากแพทย์ไม่รู้กฎหมายและไปดำเนินการตามมาตรา 12 จะถูกข้อหาเจตนาฆ่า ซึ่งมีความผิดประหารชีวิต สิ่งเหล่านี้เป็นช่องโหว่ทางกฎหมาย เพราะเมื่อทำตามกฎหมายหนึ่ง ก็อาจไปก้าวล่วงกฎหมายหนึ่ง”

ในงานประชุมวิชาการ “1 ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” ที่จังหวัดเชียงใหม่ ในวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เครือข่ายประชาชนเพื่อสิทธิสุขภาพ 4 ภาค นำโดยคุณสมชัย รัตนจันทร์ อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์ และคุณชัยพร จันทร์หอม แกลงข่าวขอบคุณทุกฝ่ายที่สนับสนุนสิทธิตามมาตรา 12 แต่ได้ตั้งคำถามต่อแพทย์บางกลุ่มว่า เหตุใดจึงออกมาเคลื่อนไหวเพื่อขัดขวางสิทธิของประชาชนและเครือข่ายประชาชนกลุ่มนี้ยังได้ไปยื่นหนังสือถึงกรรมการแพทยสภาทุกคนเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เรียกร้องให้สนับสนุนการใช้สิทธิของประชาชนตามมาตรา 12 แทนที่จะออกมาขัดขวาง

มติชน (2554) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความเห็นของแพทยสภาที่ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของมาตรา 12 โดยเกรงว่าแพทย์อาจถูกฟ้องร้อง ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

“สมาคมนักข่าวหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันอิศรา มูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย เครือข่ายพุทธิกา และศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดราชดำเนินเสวนา “สิทธิการตายอย่างสงบ ทางเลือกอันชอบ

ธรรมของผู้ป่วย” ที่สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2554

การเปิดเวทีครั้งนี้ นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา ระบุว่า การกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกฎหมายกระทรวงดังกล่าวมีการกำหนดวิธีการที่ไม่ชัดเจนสำหรับการปฏิบัติจริง และอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ โดยเฉพาะการกำหนดว่าให้แพทย์ทำหน้าที่ถอดเครื่องช่วยหายใจ หรือที่เรียกว่า Un Plug ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แสดงความไม่ประสงค์จะรับการรักษาด้วยเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีแพทย์คนใดอยากทำไม่ใช่กลัวถูกฟ้องร้อง แต่เป็นเรื่องของมนุษยธรรม

“แพทยสภาไม่ได้ขัดขวางสิทธิดังกล่าวเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ตามสิทธิของมาตรา 12 แต่เราไม่เห็นด้วยในวิธีการปฏิบัติ ซึ่งขัดกับความเป็นจริง และในมาตรา 12 ก็ไม่ได้กำหนดไว้ขณะเดียวกัน การกระทำลักษณะนี้กลับเข้าข่ายขัดกับ พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ที่กำหนดชัดเจนให้แพทย์ต้องทำการรักษาให้ดีที่สุด แต่การ Un Plug เป็นการผลักรถให้แพทย์ ซึ่งไม่ถูกต้อง กฎกระทรวงดังกล่าวจึงเป็นการออกแบบการตาย ทั้งๆ ที่ไม่มีใครรู้ว่าจะตายอย่างไร” นพ.เมธีย้ำว่าเรื่องนี้ควรชะลอไปก่อน เพื่อหารือร่วมกันว่าจะปรับปรุงอย่างไรให้สามารถปฏิบัติได้จริง ส่วนจะมีการฟ้องศาลปกครองในการออกกฎหมายเกินขอบเขตของมาตรา 12 นั้นต้องรอผลการประชุมของคณะกรรมการแพทยสภาในวันที่ 14 กรกฎาคมนี้

ขณะที่ นายสมผล ตระกูลรุ่ง นักกฎหมายอิสระ มองต่างมุมว่า จริงๆ การทำตามสิทธิของผู้แสดงเจตจำนงดังกล่าวไม่ใช่เรื่องยาก อยู่ที่การวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ เพราะถ้าไม่ใช่แพทย์ ภารโรงคงทำหน้าที่นี้ไม่ได้ การที่แพทย์บางกลุ่มออกมากังวลเกี่ยวกับคำจำกัดความ “วาระสุดท้ายของชีวิต” และกังวลว่า หนังสือแสดงเจตจำนงดังกล่าวอาจเป็นของปลอม ซึ่งในความเป็นจริงแพทย์มีการทำงานเสี่ยงกว่านี้อีก อย่างการผ่าตัดผู้ป่วยก็ต้องให้ญาติเซ็นรับรอง ซึ่งแพทย์ก็ไม่เห็นต้องมีการพิสูจน์ว่าเป็นญาติจริงหรือไม่ ก็ยังทำการผ่าตัด จึงไม่เข้าใจว่าจะกังวลเรื่องนี้ทำไม

“เรื่องนี้ไม่ยากเลย หากวินิจฉัยแล้วพบว่า ไม่ได้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ไม่ต้องกังวล เพราะไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว แต่หากพบว่าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วทำหนังสือแจ้งสิทธิไว้ก็ต้องทำตาม ซึ่งหากต้องถอดท่อก็ไม่ต้องกังวลเพราะในทางกฎหมายถือว่าไม่ผิด แต่ที่น่ากังวลคือ กรณีที่หากผู้ป่วยมาในภาวะฉุกเฉินแล้วจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ทราบภายหลังว่า ผู้ป่วยมีการแสดงเจตจำนงดังกล่าว ตรงนี้อาจเป็นปัญหา ซึ่งเราก็เห็นใจแพทย์เพราะหากใส่ไปแล้วและมีชีวิตอยู่คงไม่มีใครอยากถอดเครื่องช่วยหายใจ” นักกฎหมายอิสระฝากแง่คิด นายสมผลกล่าวว่า หากพบกฎหมายลูกขัดกันจริงก็ฟ้องศาลปกครองสูงสุดได้เลย เนื่องจากเกี่ยวกับตัวบทกฎหมาย แต่ปัญหาคือ

ต้องพิจารณาว่า ศาลจะรับฟ้องหรือไม่ เนื่องจากต้องพิจารณาว่ามีมูลหรือไม่ อย่างประเด็น “วาระสุดท้ายของชีวิต” เหตุผลที่แพทยสภาระบุ คือ ในตัวกฎกระทรวงไปจำกัดความคำนี้ว่า เป็นภาวะคล้ายในเวลาอันใกล้ และมีการหยุดทำงานของเปลือกสมองใหญ่ ซึ่งมากเกินไปนั้น ส่วนตัวมองว่าไม่น่าเป็นปัญหา เพราะเมื่อสมองหยุดทำงานก็รักษาไม่ได้อยู่แล้ว แต่คำจำกัดความดังกล่าวก็ต้องขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยของแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ อย่างไรก็ตามเรื่องจริงไม่มีอะไร แต่อาจเป็นความขัดกันขององค์กรแพทย์หรือไม่อันนี้ไม่ทราบ เพราะประเด็นข้อกฎหมายแทบไม่มี แต่เป็นเรื่องแนวทางปฏิบัติ ซึ่งควรคุยกันให้รู้เรื่องมากกว่า

ทางด้านหนึ่งในผู้ร่างกฎกระทรวงสิทธิการตาย ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการสุขภาพและจริยศาสตร์ ในฐานะผู้ร่างกฎกระทรวงมาตรา 12 กล่าวว่า ในต่างประเทศ ทั้งสหรัฐอเมริกาหรือประเทศแถบยุโรปมีการใช้สิทธินี้มานานร่วม 30 ปี เพื่อลดปัญหาการโต้เถียงต่างๆ แต่ประเทศไทยกลับมีปัญหา โดยเฉพาะการตีความ ซึ่งจริงๆ แล้วกฎกระทรวงนี้จะช่วยให้แพทย์ทำงานได้ แต่กลับมาตีความยุบยับ ซึ่งทำแบบนี้แสดงว่าตีความกฎหมายไม่เป็น

นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ อธิการบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า การอยู่โรงพยาบาลนานๆ ไม่ใช่เรื่องดี รวมถึงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ หากใช้มากเกินไปก็ไม่ดีเช่นกัน เพราะการอยู่โรงพยาบาลนานๆ ย่อมทำให้เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และหากผู้ป่วยต้องการแสดงเจตจำนงไม่ใช้เครื่องมือเหล่านี้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตก็เป็นสิทธิที่พึงกระทำได้”

วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันนิรโรคานตราย มูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทยและภาคีอื่น ๆ ได้จัดเวที “ราชดำเนินเสวนา” เรื่อง “สิทธิการตายอย่างสงบทางเลือกอันชอบธรรมของผู้ป่วย” มีศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ แพทย์อาวุโส อธิการบดีแพทย์ศิริราช ศาสตราจารย์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ แพทย์อาวุโส อธิการบดีแพทย์รามาธิบดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ ทองประทีป อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ คุณสมผล ตระกูลรุ่ง นักกฎหมายอิสระ และนายแพทย์เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ ผู้แทนแพทยสภา เป็นวิทยากร

ในส่วนของวิชาชีพพยาบาลซึ่งสนับสนุนเรื่องนี้เต็มที่มาโดยตลอด ก็ได้จัดการประชุมเครือข่ายพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมอย่างกว้างขวาง ได้แก่ สภาการพยาบาลจัดเวทีประชุม 4 ภาค ที่ขอนแก่น เชียงราย หาดใหญ่ และกรุงเทพมหานคร สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ก็จัดประชุมเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ที่วิทยาลัยพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนก็จัดประชุมเรื่องนี้เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 และสภาอาจารย์รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้น



เนื่องจากการเคลื่อนไหวต่อต้านกฎกระทรวงฯ ในช่วงที่ผ่านมา มีการพาติพิงทำนองว่าการจัดทำกฎกระทรวงที่ผ่านมาทางสภาวิชาชีพและแพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วม ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนไม่สับสน ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดแถลงข่าวอีกครั้งหนึ่งในตอนเช้าของวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยเปิดหนังสือราชการเป็นหลักฐานยืนยันว่าสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเปิดให้สภาวิชาชีพมีส่วนร่วมและรับฟังความคิดเห็นมาโดยตลอด และก่อนที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจะสรุปการพิจารณาร่างกฎกระทรวง ก็ได้ถามความเห็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ยืนยันร่างกฎกระทรวงฯ และสภาวิชาชีพแพทย์ก็ได้ให้ความเห็นขอแก้ไขเพิ่มเพียง 3 ประเด็น ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาได้รับฟังและแก้ตามที่เสนอ 2 ประเด็น ส่วนอีก 1 ประเด็นเรื่องข้อเสนอให้กำหนดให้ประชาชนไปทำหนังสือแสดงเจตนาที่เขตหรืออำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่าจะเป็นการทำให้ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิได้ จึงไม่แก้ตาม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2554 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามมาตรา 12 ชั้นที่ห้องประชุมसानใจ 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ในงานนี้มีผู้ใหญ่ในสังคม ได้แก่ อาจารย์ไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม อดีตรองนายกรัฐมนตรี นายแพทย์มงคล สงขลา อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และคุณศิรินา ปวโรฬารวิทยา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากภาคธุรกิจเอกชน ได้เปิดเผยหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลฯ ส่วนตัวของท่านให้สื่อมวลชนได้รับทราบด้วย (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

ต่อมาวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2554 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เชิญผู้แทนองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาชีพวิชาการ และภาคสังคม จำนวน 40 แห่ง เข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสิทธิของประชาชน ประกอบด้วย กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล กระทรวงยุติธรรม กรรมการสิทธิมนุษยชน สภาหอการค้าไทย สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เสถียรธรรมสถาน มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ชมรมผู้บริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทย ชมรมแพทย์ชนบท เครือข่ายมิตรภาพ สมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมการศึกษาเครื่องความปวดแห่งประเทศไทย เป็นต้น มีองค์กรส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม 36 องค์กร (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

เมื่อแพทย์สภามีมติเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ไม่ฟ้องศาลปกครองให้ยกเลิกกฎกระทรวง หลังจากนั้นในวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2554 มีแพทย์ 3 คน (ซึ่งเป็นแกนนำเคลื่อนไหวต่อต้านพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี 2554 ต่อต้านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ต่อต้านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและมาตรา 12 และต่อต้านเรื่องอื่น ๆ) ได้ยื่นฟ้องนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อศาลปกครอง เพื่อ

ขอให้ยกเลิกเพิกถอนกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 12 โดยอ้างเหตุผลว่ามีผลกระทบต่อประกอบวิชาชีพของแพทย์ สร้างภาระให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีอำนาจสร้างหลักการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเหนือแพทย์ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

ศาลปกครองรับฟ้องเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2554 เรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาคดีของศาลปกครองสูงสุดต่อไป สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็มีหน้าที่ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลประกอบการพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยในระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร กฎกระทรวงฯ และแนวทางปฏิบัติที่ออกตามกฎกระทรวงฯ จะยังคงมีผลใช้บังคับอย่างถูกต้องสมบูรณ์ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การต่อต้านไว้ดังนี้

แพทย์ผู้เป็นที่ปรึกษา สช. ให้ความเห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับสิทธินี้ ส่วนฝ่ายแพทยสภาและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่เห็นด้วยเนื่องจากกลัวจะเสียอำนาจเหนือผู้ป่วยไป

“...ชาวบ้าน ประชาชนเห็นด้วย แต่แพทยสภา และโรงพยาบาลเอกชน ไม่เห็นด้วย เพราะไม่เข้าใจ เพราะก่อนหน้านี้อำนาจการดูแลผู้ป่วยเป็นอำนาจของแพทย์ แพทย์บางคนกลัวสูญเสียอำนาจที่อยู่เหนือคนไข้ไป...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

เจ้าหน้าที่ สช. ให้ความเห็นว่าสิทธินี้ทำให้แพทย์บางคนมองว่าตนได้สูญเสียอำนาจเหนือผู้ป่วยไป แต่ข้อดีต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยได้สิทธิกลับคืนมาจากแพทย์เมื่อใช้มาตรา 12

“...แพทย์บางกลุ่มไม่เห็นด้วยเพราะแต่เดิมสิทธิขาดในการรักษาอยู่ในมือแพทย์ แพทย์มีอำนาจเหนือผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีสติจะอนุญาตให้การรักษาเป็นไปตามที่แพทย์เห็นสมควร ยิ่งตอนไม่มีสติหรือไม่รู้สึกรู้ตัวสิทธิในการดูแลจึงต้องให้แพทย์ตัดสินใจ มาตรา 12 จึงเหมือนข้อบังคับที่ทำให้แพทย์สูญเสียอำนาจที่มีต่อผู้ป่วย เพราะต้องทำตามข้อกำหนดที่อยู่ในหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งข้อดีคือมาตรา 12 เป็นกฎหมายที่ช่วยดึงสิทธิของผู้ป่วยกลับคืนจากแพทย์...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักกฎหมายที่ร่วมยกร่างกฎหมายได้ให้ความเห็นว่าแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับสิทธินี้ แต่แพทย์สภาฝ่ายที่มาจาก การเลือกตั้งซึ่งมาจากโรงพยาบาลเอกชนนั้นไม่เห็นด้วยเนื่องจากอาจมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง

“...เกือบทุกฝ่ายเห็นด้วย เช่น แพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะ แพทย์ที่ทำด้าน palliative care ส่วนฝ่ายที่คัดค้าน คือหมอที่แพทย์สภา ที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลเอกชน คือแพทย์สภาจะมี 2 กลุ่ม คือ กรรมการโดยตำแหน่งกับกรรมการที่มาจาก การเลือกตั้ง กรรมการโดยตำแหน่งมาจากคณบดีคณะแพทย์ ซึ่งท่านไม่มีปัญหาอยู่แล้ว แต่อีกชุดหนึ่งที่มาจากการเลือกตั้ง ส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลเอกชนฝ่ายนี้ก็จะคัดค้าน เพราะอาจมีเรื่องผลประโยชน์มาเกี่ยวข้อง...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า การกระทำการุณยฆาตนั้นแตกต่างจากสิทธิมาตรา 12 อย่างมาก เพราะการกระทำการุณยฆาตคือการถอดเครื่องมือกู้ชีพแล้วไม่ประคับประคองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปล่อยให้เสียชีวิตไปเอง แต่การรักษาตามสิทธิมาตรา 12 นั้น ทีมแพทย์จะดูแลประคับประคองเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และจากไปอย่างสงบ

“...ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการุณยฆาต ห่างกันเยอะ เพราะเป็นการตัดรอนชีวิตให้สั้นลง เนื่องจากเห็นความทรมานของผู้ป่วย อาจทำโดย active euthanasia ใส่อะไรให้ตาย ผิดกฎหมายผิดศีล หรือ passive euthanasia ปิดเครื่องหยุดเครื่อง กรณีเรา ปิดเครื่องก็จริงถ้าหายใจไม่ได้ แต่เราให้ยาที่ช่วยให้หายใจได้ดี ถึงจุดหนึ่งถ้าเค้าไปเองได้ก็ดี แต่ถ้าเค้าลงหนังสือว่าไม่ขอให้มีเครื่องพันธุนาการต่าง ๆ การปิดตรงนั้นก็ไม่ใช่การปิดเพื่อให้ตายด้วย ปิดแล้วยังหายใจหรือดึงท่อออกแล้วยังหายใจได้เองต่อระยะหนึ่ง แล้วเค้าจะไปก็ไปตามธรรมชาติของเค้า เพราะเค้าหายใจไม่ไหวเอง จะเห็นได้ว่าไม่มีการรื้อรอนทำให้ชีวิตสั้นลงเลย แต่เป็นการเข้าสู่ธรรมชาติที่จริงของเค้าเท่านั้นเอง ถ้าเป็นการุณยฆาตคือตัดปุ๊บดาวดินเลยไม่มีการประคองอะไรเลย เป้าประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองคือให้มีความสุขสงบ และให้ปัญญาด้วย และคนไข้มีจิตใจที่พร้อมกับการจากลาอย่างแท้จริง ไม่ใช่กลัววิงหนีทุกข์จนตายเพื่อดับทุกข์ ไม่ใช่วิ่งมาหาสุขเพราะการตายคือความสุขที่สุด ทุกคนกลัวตาย ฉะนั้นประคับประคองคือศิลปะมากมายเกินกว่าคำว่า การุณยฆาต...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

การดำเนินการตามมาตรา 12 นี้องค์การวิชาชีพการพยาบาลได้สนับสนุนอย่างแข็งขัน และมี ส่วนร่วมผลักดันตั้งแต่สมัยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 รวมถึง การจัดทำกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาโดยตลอดจนกระทั่งเมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2554 จึงมีพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างองค์การวิชาชีพการพยาบาลกับสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามมาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิด้านสุขภาพอื่น ๆ ประกอบด้วย สภาการพยาบาล (โดย ศาสตราจารย์วิจิตร ศรีสุพรรณ นายกสภาการพยาบาล) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระ ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังคณา สรียาภรณ์) ชมรม ผู้บริหารสถานศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (โดยคุณพรรณทิพา แก้วมาตย์) เครือข่ายคนบดีและ ผู้บริหารสถานศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศไทย (โดย รองศาสตราจารย์ ดร. ดร. ตรีภูมิ รุจกร กานต์) และเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เข้าร่วมลงนาม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555)

จากสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านในช่วงที่มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะเห็นได้ว่า ทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ แพทย์ พยาบาล เครือข่ายพุทธิกา และภาคประชาชน ต่างเห็นด้วยกับสิทธิในมาตรา 12 นี้ และเห็นว่าเป็นสิทธิเพื่อมนุษยชน มีเพียง แพทย์บางกลุ่มเท่านั้นที่ไม่เห็นด้วย และพยายามต่อต้านกฎกระทรวงฯ ตามมาตรา 12 ซึ่งแพทย์ เหล่านั้นต่างเห็นตรงกันว่าสิทธินี้อาจทำให้แพทย์เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง อาจทำให้การทำงานของ แพทย์ยากลำบากมากยิ่งขึ้นในทางปฏิบัติ เพราะต่างคิดว่าสิทธินี้เป็นการให้แพทย์กระทำการุณยฆาต ต่อผู้ป่วย ซึ่งความคิดเห็นเหล่านี้เป็นสิ่งที่แพทย์บางคนอาจจะเข้าใจเช่นนี้ได้ เนื่องจากแพทย์ทุกคน อยากรักษาหน้าที่ช่วยชีวิตคนไข้อย่างสุดความสามารถ อาจคิดว่าต้องทำทุกวิถีทางให้คนไข้มีชีวิตรอด ซึ่ง ความจริงแล้วผู้ป่วยเองก็เป็นผู้ที่มีสิทธิที่จะวางแผนการรักษาให้กับตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เช่นกัน ซึ่งแพทย์อาจต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยด้วย หากผู้ป่วยต้องการใช้สิทธิของตน ในความจริง แล้วสิทธินี้เป็นเพียงสิทธิที่ไม่ใช่ข้อบังคับ ผู้ที่เข้าใจและยอมรับเท่านั้นจึงจะเห็นประโยชน์ของมาตรา 12 อย่างแท้จริง

## ตารางที่ 2 แสดงการสรุปสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้าน

| สถานการณ์การร่วมมือ   | สถานการณ์การต่อต้าน   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>พฤษภาคม 2543 – สิงหาคม 2545</li> <li>ฝ่ายผู้ผลักดันได้จัดเวทีรับฟังความ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>30 มิถุนายน 2554 นายกแพทย์สภา</li> <li>แถลงข่าวเสนอคณะกรรมการแพทย์สภา</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p>คิดเห็น มีผู้ร่วมให้ความเห็น 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี ผู้ให้ความเห็นกว่า 2 แสนคน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีแกนนำผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านในการร่วมผลักดันสิทธิมาตรา 12</li> <li>● แกนนำมีการสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ โดยสื่อมวลชนให้ความสนใจช่วยเผยแพร่ข่าวสาร</li> <li>● เครือข่ายพุทธกิจการร่วมสนับสนุนโดยจัดทำโครงการทางพุทธศาสนาเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> <li>● มีการร่วมมือกับโรงพยาบาลของรัฐทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด</li> <li>● เครือข่ายพยาบาลจัดเวทีประชุม 4 ภาค เพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมอย่างกว้างขวาง</li> <li>● 14 กันยายน 2554 มีพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างองค์การวิชาชีพพยาบาล กับ สช. เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามมาตรา 12 และสิทธิด้านสุขภาพอื่น ๆ</li> </ul> | <p>ให้พิจารณาเรื่องการฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● แพทย์บางกลุ่มกังวลเรื่องการบังคับใช้แนวทางการแสดงสิทธิมาตรา 12 เพราะเข้าข่ายละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>● แพทย์บางกลุ่มมองว่าการตัดสินใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายนั้นทำได้ยากและการถอดเครื่องมือกู้ชีพออกเป็นการผลการให้แพทย์ ซึ่งแพทย์อาจถูกฟ้องร้องได้</li> <li>● ฝ่ายผู้ผลักดันโดนพาดพิงว่าการจัดทำกฎกระทรวงนั้นสภาวิชาชีพไม่ได้มีส่วนร่วม ทาง สช. จึงจัดแถลงข่าวชี้แจงหลักฐานว่าสภาวิชาชีพมีส่วนร่วมโดยตลอด</li> <li>● 17 สิงหาคม 2554 ฝ่ายผู้ต่อต้านยื่นฟ้องต่อศาลปกครองเพื่อเพิกถอนกฎกระทรวง และศาลได้รับฟ้อง ขณะนี้เรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาของศาล แต่สิทธินี้ยังคงใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน</li> </ul> |
|---|--|

#### 4.2.2 กลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ทำให้ทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีที่ใช้ในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งในการนำเสนอกลยุทธ์และกลวิธีในการบริหารประเด็นนี้ผู้วิจัย จะขอนำเสนอกลยุทธ์และกลวิธีไปพร้อม ๆ กัน เพื่อที่จะได้สามารถเห็นถึงแนวทางและวิธีการที่ใช้ในการบริหารประเด็นอย่างชัดเจน โดยกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการบริหารประเด็นนี้จะใช้แนวคิดเรื่องการบริหารประเด็นและ

แนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร กลยุทธ์ด้านการบริหารประเด็น คือ กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต (Dynamic response) ซึ่งจะใช้ใน ช่วงเริ่มต้นการผลักดัน จะใช้กลวิธีในเชิงรุก นั่นก็คือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศเพื่อสร้างพันธมิตรกลยุทธ์ต่อมาคือ กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ (Reactive change) จะใช้ในช่วงที่มีการโจมตีจากผู้ต่อต้าน กลวิธีที่ใช้จะเป็นการตั้งรับเพื่อสงวนท่าที หรือตอบโต้ นั่นก็คือ การใช้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ต่อต้านนั้นอ่อนลง และกลยุทธ์สุดท้ายคือ กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว (Adaptive change) จะใช้ในช่วงของการผลักดันการออกกฎหมายกระทรวง กลวิธีที่ใช้จะเป็นการประนีประนอม เพื่อให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไป นั่นก็คือการยอมปรับเปลี่ยนข้อปฏิบัติบางประการตามที่ฝ่ายผู้ต่อต้านได้ท้วงติงมา สำหรับแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร จะแบ่งเป็น กลยุทธ์การสื่อสาร กลยุทธ์การใช้สื่อ และกลยุทธ์การโน้มน้าวใจ ซึ่งกลยุทธ์การสื่อสาร คือแนวทางในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลวิธีหรือวิธีการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มนั้นจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อถัดไป ส่วนกลยุทธ์การใช้สื่อ นั่นคือ แนวทางในการใช้สื่อต่าง ๆ ที่ฝ่ายผู้ผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขใช้ในการสร้างความเข้าใจ และการหาแนวร่วมเพื่อการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งกลวิธีหรือวิธีการใช้สื่อต่าง ๆ นั้นมีหลากหลายวิธีเพื่อให้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธินี้กระจายไปสู่ประชาชนได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสุดท้ายคือ กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ คือแนวทางในการโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ต่อต้านให้เกิดการยอมรับ และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งหันมาเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งกลวิธีหรือวิธีการที่ใช้ในการโน้มน้าวใจนั้นจะใช้วิธีการที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับสิทธินี้ หรือวิธีการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดจะได้กล่าวในหัวข้อถัดไป

### ตารางที่ 3 แสดงการสรุปกลยุทธ์และกลวิธีที่ใช้ในการบริหารประเด็น

| กลยุทธ์การบริหารประเด็น  | กลวิธีการสื่อสาร   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต</li> <li>● กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อสร้างพันธมิตร</li> <li>● การใช้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องให้ผู้ต่อต้านอ่อนลง</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การยอมปรับเปลี่ยนข้อปฏิบัติบางประการตามที่ฝ่ายผู้ต่อต้านท้วงติงมา เพื่อให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไป</li> </ul>   |
| <p><b>กลยุทธ์การสื่อสาร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม</li> <li>● กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง</li> <li>● กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น</li> <li>● การจัดประชุมวิชาการ</li> <li>● การล่ารายชื่อประชาชนเพื่อกดดันรัฐบาลให้ดำเนินการออกกฎหมายต่อไป</li> <li>● การให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่รับรู้เกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 บอกข่าวสารกันแบบปากต่อปาก</li> </ul> |
| <p><b>กลยุทธ์การใช้สื่อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้หลากหลายสื่อ ทั้งสื่อหลักและสื่อรองในการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12</li> </ul>   |
| <p><b>กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ</li> <li>● กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การใช้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 ให้ผู้ต่อต้านและประชาชนในที่ประชุมเข้าใจ</li> <li>● การใช้แพทย์หรือพยาบาลผู้เข้าใจในสิทธิมาตรา 12 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเล็งเห็นข้อดีของสิทธิมาตรา 12</li> </ul>          |

### กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต (Dynamic response)

กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงเริ่มต้นการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะใช้กลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ นั่นก็คือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายพันธมิตร เพื่อให้มีผู้สนับสนุนและเห็นด้วยกับการออกกฎหมายฉบับนี้ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายฉบับนี้อย่างกว้างขวาง รายละเอียดเกี่ยวกับการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจะอธิบายอย่างชัดเจนในหัวข้อ “กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม”

กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัตนั้น เป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการบริหารประเด็นเพราะการจะผลักดันเรื่องใดก็ตามต้องอาศัยกลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการสร้างเครือข่ายพันธมิตรถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้การผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประสบผลสำเร็จ

### กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ (Reactive change)

กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงที่มีการโจมตีจากผู้ต่อต้านสำหรับกรวิจัยนี้ ผู้ต่อต้านจะโจมตีด้วยปัญหาเรื่องพระราชบัญญัติฉบับนี้เข้าข่ายการให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งแพทย์บางกลุ่มเกรงว่าแพทย์อาจถูกฟ้องร้องได้ ดังนั้นผู้ผลักดันจึงใช้กลวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญในการอธิบายให้ผู้ต่อต้านได้เข้าใจถึงเจตนารมณ์ที่ถูกต้องของพระราชบัญญัติฉบับนี้ว่า หลังจากถอดเครื่องมือกัศิพออกแล้ว ทางทีมแพทย์จะยังคงดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือดูแลในองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และเมื่อถึงเวลาที่สมควรผู้ป่วยก็จะจากไปอย่างสงบ ซึ่งถือเป็นกลวิธีที่ใช้ในการตั้งรับเพื่อสงวนท่าที หรือตอบโต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ต่อต้านอ่อนลงแล้ว หากผู้ต่อต้านมีความเข้าใจที่ถูกต้องอาจปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ต่อต้านให้หันมาสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ก็เป็นได้ ซึ่งสิ่งที่สนับสนุนว่าการประชุมแต่ละครั้งนั้นมีผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาชีพด้านต่าง ๆ เข้าร่วมประชุมนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอแล้วในหัวข้อ “สถานการณ์การร่วมมือก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12”

### กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว (Adaptive change)

กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงการผลักดันการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กลวิธีที่ใช้จะเป็นการประนีประนอมเพื่อให้การออกกฎหมายนั้นดำเนินต่อไป ซึ่งในการออกกฎกระทรวงในช่วงที่ให้



คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณานั้น แพทยสภาได้เสนอให้แก้ไขร่างกฎกระทรวงบางประการ เพื่อให้กฎกระทรวงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางคณะกรรมการกฤษฎีกาก็ได้แก้ไขตามสมควรเพื่อให้เกิดความถูกต้องและชัดเจนขึ้นของกฎกระทรวง ซึ่งการรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างเพื่อนำมาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นนั้น ถือเป็นสิ่งที่เหมาะสม และเป็นการประนีประนอมเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง และทำให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไปโดยไม่หยุดชะงัก ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการแก้ไขร่างกฎกระทรวงตามที่ทางแพทยสภาได้เสนอมานั้นได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนในหัวข้อ “กระบวนการร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550”

### กลยุทธ์การสื่อสาร

กลยุทธ์การสื่อสารในที่นี้คือ แนวทางในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายก็คือประชาชน และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

#### กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม

ในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจากผู้ผลักดันไปสู่กลุ่มเป้าหมายไม่ว่าจะเป็นประชาชนทั่วไปหรือ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนั้น นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะแกนนำหลักผู้ผลักดันเรื่องนี้ ได้ใช้กลวิธีการจัดการประชุมวิชาการและการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศเพื่อเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ออกไปให้ได้มากที่สุด ซึ่งในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นนี้ทางกลุ่มผู้ผลักดันได้เริ่มใช้กลยุทธ์นี้มาตั้งแต่สมัยผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จนกระทั่งถึงการผลักดันกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ได้รวบรวมกลวิธีในการสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม ซึ่งจะสื่อสารไปยังประชาชน และผู้ให้บริการสาธารณสุขไว้ดังนี้

**พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 – สิงหาคม พ.ศ. 2545** มีการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากหน่วยงาน องค์กร ประชาคม และเครือข่ายต่าง ๆ อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ผ่านเวทีสมัชชาผู้มีแสดงความคิดเห็นรวมกว่า 150,000 คน

**พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2551** มีการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของสิทธิตามมาตรา

12 และวางกรอบและยกร่างกฎกระทรวงที่จะออกตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตลอดจนยกร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวง

**11 ธันวาคม พ.ศ. 2551** มีการจัดประชุมวิชาการเรื่อง “สิทธิการตายอย่างมีสุขภาวะตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ

**มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552** มีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาล เพื่อปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ

**17 กุมภาพันธ์ – 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2552** ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้นำเอาความเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมหลาย ๆ ครั้งไปปรับปรุงร่างกฎกระทรวงฯ และเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำร่างกฎกระทรวงฯ ไปรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นทางการทั่วประเทศ โดยส่งให้กับสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน คณะ/วิทยาลัยแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ คณะ/วิทยาลัยพยาบาล ศาสตร์ทั่วประเทศ นักกฎหมาย นักวิชาการ ประชาชนที่สนใจ ซึ่งมีข้อเสนอแนะกลับมาที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น 93 ราย โดยแบ่งเป็น 88 องค์กร และบุคคล 5 คน

**พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2552** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกฎกระทรวงฯในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข 4 ภาค

- เชียงใหม่ วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน
- ขอนแก่น วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 150 คน
- ทาดใหญ่ วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน
- กรุงเทพมหานคร วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ผู้เข้าร่วมประมาณ 100 คน

**18 มกราคม พ.ศ. 2554** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการเผยแพร่ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขต่อกลุ่มเป้าหมายนั้น จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ดังนี้

นักกฎหมายผู้ร่วมร่างกฎกระทรวงได้ให้ความเห็นว่า ผู้ผลักดันได้สร้างความเข้าใจและหาแนวร่วมโดยการจัดเวที 4 ภาค เพื่อรับฟังความคิดเห็นแล้วนำไปปรับปรุงกฎกระทรวง

“...การจัดเวที 4 ภาค ภาคเหนือเราก็ไปที่เชียงใหม่ ภาคอีสานเป็นขอนแก่น ภาคใต้ก็ไปหาดใหญ่ ภาคกลางก็จัดที่กรุงเทพฯ ก็เป็นเวทีสัญจรที่เรารับฟังความเห็น เชิญหมอ เชิญพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงมารับฟัง ได้รับการตอบรับที่ดี บางเวทีเกือบ 100 คน จริง ๆ ไม่ได้หาแนวร่วมอย่างเดียว แต่ต้องการเผยแพร่ความเข้าใจรับฟังความเห็นเพื่อไปปรับปรุงกฎกระทรวง บางคนที่มาประชุมเป็นพวกชาวบ้าน พวกญาติคนไข้ เค้ารู้อาจมาจากหมออีกที ก็มาเข้าร่วม ก็บอกว่าดี และสนับสนุน และเล่าว่าญาติเค้าเป็นอย่างไร แต่บางคนก็ไม่ยอมรับไม่ยอมให้พูดเรื่องนี้ โดยภาพรวมเวทีนี้ก็ทำให้คนเข้าใจมากยิ่งขึ้น...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า ในการสร้างความเข้าใจในโรงพยาบาลจะใช้วิธีการอบรมประจำปี ทำเคสคอนเฟอเรนซ์ระดับโรงพยาบาล ส่วนการสื่อสารกับญาติจะใช้การประชุมครอบครัว

“...วิธีสื่อสารกับบุคลากรด้วยกัน จะมีการอบรมประจำปี ทำเคสคอนเฟอเรนซ์ระดับโรงพยาบาล มีกระบวนการในการสื่อสารความจริง การสื่อสารล่วงหน้าเกี่ยวกับความไม่เที่ยงทางการแพทย์เพื่อทำให้รู้ว่าเทคนิคการพูดคุยควรเป็นอย่างไร ส่วนการสื่อสารกับญาติก็จะเป็นการประชุมครอบครัว ญาติคนไข้ที่อยู่ในภาวะวิกฤต ว่าภาวะโรคในปัจจุบันเป็นอย่างไร ภาวะโรคที่จะเกิดขึ้นต่อจากนี้ตามที่คนไข้เป็น ตามที่ปรึกษาในหลาย ๆ แผนก ตามที่ความรู้ทางการแพทย์มี มีโอกาสเป็นไปได้หลายทางถ้าเป็นในทางบวกก็จะทำอย่างนี้ ถ้าเป็นในทางที่ทรุดลงก็จะทำอย่างนี้แล้วญาติมีความคิดอย่างไรบ้างก็จะมีการแชร์ความจริงซึ่งกันและกัน ความจริงทางการแพทย์เป็นอย่างไร ความจริงจากญาติที่รู้จักคนไข้ดี คนไข้มีแนวโน้มแค่เดี๋ยวแค่นั้น มีการวางแผนยังงในชีวิต ต้องเผชิญหน้าตรงนี้เค้ารู้อาจจริงแค่นั้นเกี่ยวกับตัวเอง แล้วครอบครัวมีการปิดความจริงก็จะคลี่คลายในช่วงนี้...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักสังคมสงเคราะห์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า การสื่อสารความเข้าใจเรื่องนี้ในโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนต้องมีการประเมินก่อนทำการสื่อสารเรื่องนี้สู่ครอบครัวผู้ป่วย

“...การสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธินี้ต้องประเมินครอบครัวเค้ามีความคิดยังไงเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่ประเด็นความตาย ว่าการดำรงชีวิตอยู่เค้ามีสิทธิที่จะเลือกได้รับอะไรบ้างและปฏิเสธอะไรบ้างในการนำแนวคิดนี้เข้าไปสู่คนไข้ไม่ใช่ให้นำเสนอได้ทุกคน แต่เราการประเมินว่าเค้าเคยรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องนี้ บอกเค้าว่าบอกเป็นลายลักษณ์อักษรได้

เปลี่ยนแปลงได้ ไม่ตายตัว ความรู้เรื่องนี้ส่วนหนึ่ง และการรับได้เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตต่อไป บางอย่างที่เราไม่พร้อม เราก็จะมุ่งทำให้เค้าพร้อมและทำให้เกิดความสบายเนื้อสบายตัวสบายใจ มากกว่าพูดเรื่องสิทธินี้ ต้องคำนึงถึงความสบายใจของคนไข้ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า การสื่อสารความเข้าใจเรื่องนี้ในโรงพยาบาล ต้องสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ มีการจัดประชุมวิชาการให้กับบุคคลภายนอก ทำเคสคอนเฟอเรนซ์

“...การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ จะจัดประชุมวิชาการ เรื่องสิทธิผู้ป่วย จุฬาราชการให้กับบุคคลภายนอก ทำเคสคอนเฟอเรนซ์ ระหว่างแผนกคัลยกรรม หรือวิสัญญีวิทยา หรือทำกรณีศึกษาเรื่องคนไข้ระยะสุดท้าย การตอบสนองที่ดีที่สุดให้คนไข้ระยะสุดท้ายคือให้คนไข้ได้เลือก และเราจะมีวิธียังไงที่จะรับฟังความคิดของเค้า การสื่อไปกับคนไข้และครอบครัวเอง ใช้สื่อสารเฉพาะกรณีที่มีความเสี่ยง ถ้าความเห็นญาติไม่ตรงกัน จัดประชุมครอบครัวแล้วพยายามพูดสนับสนุนให้เค้าทำตามสิทธินี้เพื่อตอบสนองความต้องการของคนไข้ ไม่ใช่ความต้องการของลูก...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วมที่ผู้ผลักดันใช้โดยวิธีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศนั้น เป็นวิธีที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบเกี่ยวกับสิทธินี้ได้ในวงกว้าง และวิธีการที่ผู้ผลักดันได้เชิญแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมด้วยในแต่ละครั้งนั้น ก็เป็นวิธีการเพิ่มความเข้าใจและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสิทธินี้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งถือได้ว่ากลยุทธ์นี้ประสบความสำเร็จ

### กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง

เนื่องจากการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงานหลายปี เนื่องจากเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชน ดังนั้นจึงต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้กฎหมายมีความถูกต้องครบถ้วน และมีความเหมาะสมสำหรับประชาชน ซึ่งระยะเวลาหลายปีที่ทำการผลักดันนั้น มีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย ซึ่งอาจทำให้กระบวนการในการออกกฎหมายฉบับนี้ล่าช้า ดังนั้นผู้ผลักดันจึงใช้กล

ยุทธพลังประชาชนในการเป็นเสียงข้างมาก พร้อมด้วยการใช้กลวิธีการล่ารายชื่อประชาชนเพื่อนำนักการเมืองเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญต่อประชาชน และดำเนินการออกกฎหมายต่อไปโดยสำเร็จ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้ (2545) ได้อธิบายถึงรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำให้เห็นถึงการรวบรวมพลังประชาชนในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไว้ดังนี้

“...ตลอดปี พ.ศ. 2544 ได้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้คนทั่วประเทศกว่าแสนคน จนนำมาสู่การจัดตลาดนัดสุขภาพในวันที่ 1-5 กันยายน พ.ศ. 2544 ที่เมืองทองธานี ที่มีผู้ร่วมงานกว่า 150,000 คน รวมทั้งมีการประชุมสภาจิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีผู้เข้าร่วมจาก 1,599 ภาคีกว่า 5,000 คน นำมาสู่การสังเคราะห์ร่างสาระสำคัญที่ควรบรรจุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ นำไปสู่เวทีการระดมความเห็นกว่า 550 เวที มีผู้เข้าร่วมกว่า 40,000 คน ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2545 จนสำเร็จเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่พร้อมนำเสนอต่อรัฐบาลในกลางปี พ.ศ. 2545 นับได้ว่าในครั้งแรกของการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตามเป้าหมาย 3 ปีนั้นเป็นไปอย่างคึกคัก และเป็นการก้าวออกไปอย่างรวดเร็ว มั่นคง ด้วยการตอบรับอย่างดีจากประชาชน

ในวันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมาในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร นับเป็นวันแห่งความหวังของคนไทยทั้งชาติที่ทำท่าจะได้เห็น ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เปลี่ยนสถานะจากร่างพระราชบัญญัติมาเป็นพระราชบัญญัติในเร็ววันนี้ อย่างน้อยจากปรากฏการณ์ 3 ประการใน 2 วันนั้น คือ 1. พ.ต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้มาแสดงปาฐกถาพิเศษ “รัฐบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” โดยได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า “เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจะทำให้เรื่องสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะที่ผมเป็นรัฐบาล ผมมีหน้าที่ที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นเรื่องนี้รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหาร และกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป” เรียกว่าเป็นการรับปากอย่างเป็นทางการเป็นมั่นเป็นเหมาะ และก่อนจบการบรรยายก็ยังให้สัญญาอีกว่า “ขอเรียนยืนยันอีกครั้งว่า จากนี้ไปรัฐบาลจะดำเนินการต่อไป” 2. นางสุดารัตน์ เกษุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในวันนั้นต่อจากนายกรัฐมนตรีนางว่า “ในนามของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นภาคีหนึ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพ ดิฉันจะรับหน้าที่ดูแลสนับสนุน และผลักดันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติ ตั้งแต่การเข้าสู่การพิจารณาของรัฐบาล จนถึงรัฐสภา ก็จะทำให้การสนับสนุนและดูแลใกล้ชิด เพื่อให้ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ออกมาเป็นกฎหมายมหาชนสำหรับพวกเราทุกคน” 3. ในวันนั้นเป็นการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มี

ผู้เข้าร่วมเวทีกว่า 4,000 คนซึ่งล้วนแต่เป็นตัวแทนจากเครือข่ายภาคีจากกว่า 3,000 ภาคีจากทั่วประเทศ ที่ได้มาร่วมเป็นพยานในการให้คำสัญญามหาชนจากรัฐบาลทั้งจากนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับเสียงตอบมือเกรียวกราว ด้วยความเชื่อมั่นว่า รัฐบาลคิดใหม่ทำใหม่ น่าจะพูดจริงทำจริง อีกทั้งในวันที่ 1-7 พฤศจิกายน 2545 มีกิจกรรมใหญ่ระดับชาติที่มีการรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท ที่มีการวิ่งและปั่นจักรยานร่วมรณรงค์ 5 สายพร้อมกันทั่วประเทศ เพื่อรวบรวมรายชื่อคนไทยที่สนับสนุนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้จำนวน 4,717,119 รายชื่อ และได้ส่งมอบให้นายอุทัย พิมพ์ใจชน ประธานรัฐสภาที่ห้องสนามหลวง เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2545 โดยมี ศ. นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว ในฐานะตัวแทนประชาชน และ นายจาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรีในฐานะประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้มอบ โดยในวันนั้น นายอุทัย พิมพ์ใจชนได้แถลงเจตนารมณ์ต่อการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า “ในฐานะฝ่ายนิติบัญญัติ ผมใคร่ขอเรียนว่า จะได้มีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดกฎหมายที่เป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย และผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพปฏิรูปวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยและสังคมไทย ไปสู่การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ ร่วมกับพี่น้องประชาชนอย่างเต็มที่ต่อไป ” เรียกได้ว่าปลายปี พ.ศ. 2545 ทั้งผู้นำฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายนิติบัญญัติต่างก็ได้รับปากที่จะผลักดันเรื่องนี้อย่างเต็มที่...”

จากการสัมภาษณ์นักวิชาการประจำสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมืองไว้ดังนี้

“...ในการขับเคลื่อนกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่งนั้น ต้องมีแนวร่วม ต้องมีผู้สนับสนุน และสิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือพลังประชาชน เพราะจะทำให้ภาคการเมืองเห็นความสำคัญว่าเป็นเรื่องของประชาชน เพื่อประชาชน ดังนั้นจึงต้องพิจารณาก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งกลยุทธ์การใช้เสียงข้างมากในการผลักดันเรื่องใดก็ตามจึงเป็นกลยุทธ์ที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้การผลักดันกฎหมายต่าง ๆ สำเร็จไปได้ด้วยดี สำหรับกฎหมายสุขภาพนั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่อาจมีผลกระทบกับหลายฝ่าย ดังนั้นการผลักดันให้สำเร็จโดยง่ายจึงเป็นเรื่องยาก ผู้ผลักดันจึงอาศัยความเห็นชอบของประชาชนส่วนใหญ่ในการทำให้กฎหมายสามารถออกมาได้เป็นผลสำเร็จ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จากข้อมูลสนับสนุนในเบื้องต้น สามารถสรุปได้ว่ากลยุทธ์การใช้พลังประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบายทางการเมืองนั้น เป็นกลยุทธ์ที่ถือว่าได้ผลในทางปฏิบัติ แต่กลยุทธ์นี้ต้องอาศัย

ความน่าเชื่อถือของแนวคิดนั้น ๆ เพราะหากประชาชนเห็นว่าเรื่องที่ถูกผลักดันนำมาเสนอนั้นไม่ได้ให้ประโยชน์ต่อประชาชนโดยแท้จริงแล้ว ประชาชนก็อาจจะไม่ให้ความร่วมมือ และการผลักดันก็จะไม่เป็นผลสำเร็จ ดังนั้นจากความสำเร็จของการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของแนวคิดด้านสุขภาพที่ผู้ผลักดันต้องการทำให้เกิดเป็นกฎหมาย และแสดงให้เห็นว่าหากกฎหมายได้รับการรับรองแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยแท้จริง

### กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร

กลยุทธ์นี้ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่ทรงประสิทธิภาพมากในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพราะสิทธินี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเกี่ยวกับการวางแผนในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งการจะประชาสัมพันธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดีนั้นคงจะเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจผิดในเจตนาของผู้ประชาสัมพันธ์ได้ ดังนั้นผู้ที่ผลักดันสิทธินี้จึงใช้กลวิธีวางเอกสารเกี่ยวกับสิทธินี้ไว้ตามสถานพยาบาลต่าง ๆ และตัวผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเองที่จะเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารแบบปากต่อปาก บอกเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธินี้ต่อ ๆ กันไป จนกระทั่งเกิดการรับรู้ทั่วกันในวงกว้าง ส่วนใหญ่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นผู้ร้องขอต่อแพทย์เองหรือตัวผู้ป่วยจะถือหนังสือมาที่โรงพยาบาลเอง หรือญาติบางคนที่สงสัยเกี่ยวกับสิทธินี้ก็จะสอบถามแพทย์หรือพยาบาลว่าสิทธินี้มีความสำคัญอย่างไร ซึ่งกลไกการสื่อสารแบบปากต่อปากนี้ทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ส่งต่อไปถูกประชาชนได้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน

จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการผลักดันสิทธินี้ในโรงพยาบาล แต่ละท่านได้ให้ความคิดเห็นไว้ดังนี้

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า ในการผลักดันเรื่องนี้ในโรงพยาบาล จะมีโบรชัวร์แจก จะประชาสัมพันธ์เต็มที่ไม่ได้ เพราะโรงพยาบาลต้องแสดงภาพลักษณ์ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการช่วยชีวิต

“...ใช้ข้อมูลสาธารณะ ถ้าเห็นก็มาคุยกับเรา ถ้าโรงพยาบาลอาจจะมีโบรชัวร์แต่อาจจะไม่ใช้โหมประชาสัมพันธ์เต็มที่ เพราะในการดูแล คนไข้คาดหวังให้รักษาเต็มที่ให้คนไข้หาย เป็นแค่ทางเลือกที่คนไข้จะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้ คนไข้อาจจะเผชิญมา จากคุณพ่อคุณแม่ เราอาจจะมีไว้เพื่อคนไข้ที่เคยมีประสบการณ์เก่าที่พบว่า เคยเข้าออกไอซียูหลายรอบแล้ว เค้าน่าจะได้ใช้สิทธินี้ได้ เพื่อให้หมอบอกที่ดูแลเค้าได้รับรู้ ในสื่อสาธารณะข้างนอกก็มีบ้าง แต่ในโรงพยาบาลจะโหมประชาสัมพันธ์มากไม่ได้ แต่เราก็จะบอกว่าเรายินดี ทำตามสิทธินี้ละ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักสังคมสงเคราะห์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องเปราะบาง ต้องประเมินให้ดี ก่อนที่จะอธิบายเรื่องนี้สู่ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย

“...เราต้องเริ่มเกริ่นว่าเค้ารู้หรือไม่ว่ามีสิทธินี้ แต่ดูอาการแล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีจะไม่พูดเรื่องนี้เพราะเป็นระยะเปราะบางมาก การเริ่มพูดเรื่องนี้ต้องประเมินแล้วประเมินอีก การประชาสัมพันธ์ต้องพูดก่อนที่คนเราจะป่วย ส่วนใหญ่คนไข้จะมาบอกเองว่าต้องการให้ทำตามหนังสือแสดงเจตนา ทางเราก็จะพิจารณาทำตามความต้องการให้...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จากกลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสารนั้นทำให้เห็นถึงพลังของการสื่อสารแบบบอกต่อกัน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะใช้ในการสื่อสารความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธินี้เพราะสิทธินี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน การสื่อสารให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเข้าใจเรื่อง สิทธินี้้นั้น หากผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงแล้ว อาจไม่ยอมรับรู้เรื่องการวางแผนในวาระสุดท้ายของ ชีวิต เพราะอาจทำให้ตนเองสะเทือนใจ ดังนั้นการบอกต่อจากตัวผู้รับบริการสาธารณสุขเอง โดย ผ่านเอกสารที่ทางโรงพยาบาลได้วางไว้เพื่อประชาสัมพันธ์นั้น จึงเป็นวิธีการสื่อสารที่เข้าถึงผู้ป่วย ได้โดยไม่ทำร้ายจิตใจของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยสมัครใจจะทำหนังสือแสดงเจตนาผู้ป่วยก็จะร้องขอ ต่อแพทย์เอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

### กลยุทธ์การใช้สื่อ

กลยุทธ์การใช้สื่อในที่นี้คือ แนวทางในการใช้สื่อต่าง ๆ ที่ฝ่ายผู้ผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขใช้ในการสร้างความเข้าใจ และการหาแนวร่วมเพื่อการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

#### กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร

ในการผลักดันข่าวสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น ผู้ผลักดันได้ใช้กลวิธีการใช้หลากหลายสื่อทั้งสื่อหลักและสื่อรองเพื่อช่วยในการแพร่กระจายข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชน ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมสื่อที่ผู้ผลักดันใช้ในการสื่อสารไว้ดังนี้



## **สื่อหลัก**

สื่อหลักเป็นสื่อที่ทางผู้ผลักดันใช้เป็นพลังสำคัญในการสื่อสารความเข้าใจและหาแนวร่วม ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของภาคีและมีการจัดประชุมเพื่อหารือกันอย่างสม่ำเสมอ และสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธินี้ได้อย่างดี

## **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ**

### **ความเป็นมา**

“สมัชชาสุขภาพ” ในประเทศไทย เริ่มมีครั้งแรกในปี พ.ศ.2531 แต่ยังไม่ได้เรียกชื่อนี้ เมื่อคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้ร่วมกับหลายหน่วยงานจัดเวที “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นและมีการเสนอแนวคิดในการจัดตั้ง “สภาสาธารณสุข” ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรประสานระหว่างสาขาและกระทรวงต่างๆ มาร่วมกันในการทำงานพัฒนาสุขภาพ แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ หลังจากนั้นไม่มีหน่วยงานใดจัดสมัชชาเช่นนี้อีกเลย

จนกระทั่งเมื่อมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้ (สปรส.) ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) จัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งภารกิจของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของประชาคมร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) หรือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น

เมื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร และผ่านออกมาเป็นกฎหมายในปี พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรเลขา ทั้งนี้ยังกำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

### **ความหมาย**

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพ จึงเป็นนวัตกรรมทางสังคม ที่เปิดพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ให้กับทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรประชาสังคม องค์กรเอกชน นักวิชาการและวิชาชีพ รวมทั้งฝ่ายการเมืองและราชการ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมกันทำงานเชิงนโยบายที่เรียกว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตามวิถีทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน

### ความสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพภายใต้กรอบคิดและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบาทต่อสังคม ดังนี้

1. สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “พื้นที่สาธารณะเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม” สมัชชาสุขภาพเป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะทางสังคมอย่างกว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และค้นหาทางออก ร่วมกัน ในประเด็นปัญหาที่แต่ละฝ่ายให้ความสำคัญและนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและ ข้อเสนอต่อฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อเสนอเหล่านั้นอาจดำเนินการได้ทันทีในระดับท้องถิ่น

2. สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “กลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะ” คุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่สำคัญและแตกต่างจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ต่างๆ ไป คือ การมีบทบาทในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือให้เกิดทางเลือกเชิงนโยบายที่เอื้อหรือสนับสนุนการสร้างสุขภาวะของ ประชาชน ทั้งนี้เพราะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นุ่มนวลสามารถทำที่ไหนก็ได้ และปัจจุบันก็มีกลุ่มองค์กรและเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนและเสริม สร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆใน ระดับพื้นที่อยู่แล้ว

3. สมัชชาสุขภาพในฐานะ “กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” สมัชชาสุขภาพสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยอาศัยขบวนการประชาสังคมมาขับเคลื่อนเพื่อประสานงานทุกภาคส่วนเป็นแบบ เครือข่ายด้วยท่าทีและบรรยากาศแบบพันธมิตร ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายมุ่งให้มีลักษณะเป็นแบบพหุภาคี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” ที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และรัฐธรรมนูญฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) ระบุให้มีการขยายสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคแก่ประชาชน และกำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแต่ละครั้งทำให้ทั้งภาคประชาชนและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้เผยแพร่ออกไปสู่วงกว้าง ทำให้มีผู้เข้าใจและยอมรับสิทธินี้มากยิ่งขึ้น

### **สื่อสิ่งพิมพ์**

สื่อสิ่งพิมพ์เป็นช่องทางสำคัญที่ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ใช้ในการเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ในสังคมได้รับรู้ ซึ่งสื่อสิ่งพิมพ์หลักคือ หนังสือ วารสาร และแผ่นพับ ที่จัดทำขึ้นเพื่อแจกให้กับหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงประชาชน หนังสือสำคัญที่ถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีดังนี้

- ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย
- คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)
- ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559
- ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will & Palliative Care)
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิต และสังคม โดยนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

### **สื่อรอง**

สื่อรองเป็นสื่อที่มีความสำคัญรองลงมาจากสื่อหลัก ซึ่งผู้ผลักดันใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 และเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ สถานีวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์ที่ใช้ เพื่อเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ และอีกสื่อคือ สื่อเว็บไซต์ เป็นสื่อออนไลน์ที่ใช้เผยแพร่ข่าวสารและเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12

### **สถานีวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ**

เป็นสถานีวิทยุและโทรทัศน์ ที่ออกอากาศบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเครือข่ายที่มีศักยภาพในการเป็นพื้นที่สาธารณะ ที่เป็นพื้นที่ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาวะให้กับประชาชนได้

โดยนำเสนอสาระที่เกี่ยวกับสุขภาพในหลากหลายแง่มุม การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ  
สาธารณะสุขภาพ โดยยึดหลักการเป็นพื้นที่สาธารณะที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าร่วมใช้ ร่วมเป็นเจ้าของ

### ปณิธาน

“สถานีวิทยุและโทรทัศน์ออนไลน์ด้านสุขภาพแห่งแรกซึ่งเปิดพื้นที่สาธารณะที่เครือข่ายร่วมเป็น  
เจ้าของ”

### คติพจน์

"สถานี สื่อ สารสุข"

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารอิสระ ที่เป็นพื้นที่สาธารณะร่วมสำหรับทุกเครือข่ายด้านสุขภาพ
2. เป็นช่องทางการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้
3. เป็นสถานีวิทยุและโทรทัศน์ด้านสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเกิดการใช้ประโยชน์จากช่องทางนี้  
อย่างกว้างขวาง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

สถานีวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาตินั้นได้ถูกถ่ายทอดผ่านทางเว็บไซต์  
<http://www.healthstation.in.th> ซึ่งในแต่ละวันจะมีตารางออกอากาศที่ระบุไว้อย่างชัดเจนใน  
เว็บไซต์เพื่อให้ประชาชนได้เลือกติดตามชมรายการที่สนใจ และข่าวสารเกี่ยวกับการจัดเวทีรับฟัง  
ความคิดเห็นต่าง ๆ หรือข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขก็  
จะถูกถ่ายทอดผ่านเว็บไซต์นี้ รายการถ่ายทอดสำคัญ ๆ เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ  
รับบริการสาธารณสุข มีดังนี้

- ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (Indicators for Quality of Palliative Care)
- การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินการด้านการจัดทำพินัยกรรมชีวิต
- ยุทธศาสตร์การตายดีกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยนายแพทย์อุกฤษฏ์ มิลินทาง  
กูร
- การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง  
ยุวเรศมศรัล สิริชานัญญา
- Living Will และจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคุณอนุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช

## สื่อเว็บไซต์

ทางผู้ผลักดันเรื่องสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้จัดทำเว็บไซต์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าไปศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธินี้ พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธินี้ได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ <http://www.nationalhealth.or.th> ภายในเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะรวบรวมสื่อต่าง ๆ ไว้ให้ประชาชนได้ศึกษาข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นสื่อวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธินี้กับประชาชน รวมทั้งมีช่องทางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนกับทางสำนักงานเพื่อการเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วย และเว็บไซต์ที่เกี่ยวกับเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขโดยตรง คือเว็บไซต์ <http://www.thailivingwill.in.th> ซึ่งภายในเว็บไซต์นี้จะมีเรื่องราวของสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขว่ามีความเป็นมาอย่างไร มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเนื้อหาว่าอย่างไร ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีหน้าตาเป็นอย่างไร รวมทั้งได้รวบรวมเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อให้สามารถผ่านช่วงเวลาที่เหลือร้ายไปได้อย่างสงบ นอกจากนี้ยังมีการอัปเดตข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้อย่างครบถ้วน ซึ่งประชาชน และผู้ที่สนใจสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์นี้

ถือได้ว่าสื่อเว็บไซต์เป็นสื่อออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงประชาชนยุคใหม่ได้อย่างรวดเร็ว ง่ายตาย และเข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้สามารถแพร่กระจายข่าวสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สื่อในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ดังนี้

แพทย์ผู้เป็นที่ปรึกษา สช. ได้ให้ความเห็นว่า ทางด้านศาสนาได้มีการใช้สื่อเฉพาะของท่าน ด้านการแพทย์มีการจัดการอบรม ฝ่าย สช. มีการจัดทำหนังสือ เว็บไซต์ เพื่อสื่อสารความเข้าใจ

“...สื่อที่ใช้คือ มีการทำคู่มือ ในทางสังคมมีการเคลื่อนไหว พระไพศาล หลวงพ่อพุทธ ธาตุ ใช้สื่อของท่าน ทางกรมแพทย์สิ่งที่ต้องทำคือ การกำหนดนโยบาย การศึกษาอบรม จัดหายาและเครื่องมือ ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีการจัดทำสื่อหนังสือ เว็บไซต์ ทางท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักกฎหมายผู้ร่วมกร่างกฎกระทรวง ได้ให้ความเห็นว่า ทาง สช. ได้มีการสื่อสารผ่านเว็บไซต์ ส่วนตัวท่านมีการให้สัมภาษณ์เพื่อเขียนบทความบ้าง

“...การใช้สื่อต่าง ๆ ทางศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ให้ฝ่ายสื่อของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นคนทำ อาจารย์ไม่ค่อยได้เข้าไปยุ่ง บางทีก็มีนักข่าวมาขอสัมภาษณ์เพื่อเขียนบทความ บางทีก็มีการถ่ายทอดสดผ่านทางเว็บไซต์ Healthstation ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ถ้ามีการถ่ายทอดสดก็จะมี การส่ง SMS มาให้เครือข่าย ซึ่งเป็นวิธีที่ดีสำหรับคนไม่สะดวกเดินทาง...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า ทางศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีสื่อแผ่นพับ การสัมภาษณ์ตามรายการ และการใช้สื่อ Facebook

“...ทางศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีสื่อแผ่นพับ มีให้สัมภาษณ์ตามรายการ เช่น บ่ายนี้มีคำตอบ เพื่อให้เกิดมรณสติในสังคม และมี Facebook ที่เป็น Page ของศูนย์ชีวภิบาล มีเนื้อหา Case ที่น่าสนใจ โดยไม่ได้อ้างอิงให้คนไข้เปิดเผยอะไร...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า การประชาสัมพันธ์ของศูนย์ชีวภิบาล มีการประชาสัมพันธ์โดยการจัดงาน Palliative care ซึ่งนอกจากคนภายนอกจะเข้าใจแล้ว ต้องสร้างความเข้าใจเรื่องนี้ให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาลด้วย

“...การประชาสัมพันธ์ของศูนย์ชีวภิบาล จะเอาสื่อของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมาวางตอนจัดงาน Palliative care จะมีอีกที่เดือนมิถุนายน คุย ๆ กันว่า น่าจะเอาประเด็นนี้มาเผยแพร่ ต้องประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรเข้าใจด้วยซึ่งมีหลายวิธี คนที่ทำงานกับคนไข้ในกลุ่มนี้มีหลายระดับมีหลายภาคส่วน แม้แต่หมอเองก็มีหลายสาขาหลายชั้นปีเพราะมีการเรียนการสอนด้วย การปรับทัศนคติให้ตรงกันต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ เค้ารู้เชิงการแพทย์แต่วิธีการสื่อสารเพื่อที่จะสามารถทำ Living will ได้ อันนี้คือประเด็นที่ตระหนักว่าต้องทำให้ผ่าน มีวิธีการเรียนการสอน อาจใช้ Roleplay สอนหมอ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสารนั้น ทำให้ข่าวสารที่ผู้ผลักดันต้องการส่งต่อนั้นถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ดังจะสังเกตได้ เช่น

ชาวบ้านจะได้รับข่าวสารจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น หรือการจัดสมัชชาสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ได้จากเอกสาร หนังสือที่ทางสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แจกไว้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ส่วนวัยรุ่นหรือวัยทำงานที่สนใจในเรื่อง สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขก็สามารถติดตามข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ได้ ในเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง หรือทางการถ่ายทอดสดผ่านทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ ที่ ถ่ายทอดผ่านทางเว็บไซต์ ซึ่งการผสมผสานสื่อต่าง ๆ นั้น เป็นพลังที่สามารถขับเคลื่อนให้สิทธินี้เข้าไป อยู่ในใจของประชาชนได้เป็นอย่างดี

### กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ

กลยุทธ์การโน้มน้าวใจในที่นี้คือ แนวทางในการโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ต่อต้านให้เกิด การยอมรับ และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งหันมาเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

#### กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ

ในการประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 แต่ละครั้งนั้น ทางฝ่ายผู้ผลักดัน หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เชิญหน่วยงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ และตัวแทนจากสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล เป็นต้น เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นด้วยโดยตลอด และในการ ประชุมหรือการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นแต่ละครั้งนั้นสิ่งทีอาจเกิดขึ้นคือ การมีผู้ที่คิดต่าง ไม่เห็น ด้วย หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งกลวิธีที่ใช้คือ การให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุมที่มีความเห็นด้วยนี้เองที่จะเป็นผู้คอยอธิบายให้ที่ ประชุมเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งนอกจากผู้ร่วมประชุมจากสายงานวิชาชีพอื่นจะเกิดความเข้าใจที่ ตรงกันแล้ว ครั้งใดที่มีประชาชนร่วมเข้ารับฟังความคิดเห็นด้วย ประชาชนก็จะเกิดความเชื่อมั่น เชื่อถือในสิทธินี้มากยิ่งขึ้น เพราะคำอธิบายจากแพทย์ หรือนักวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญนั้น จะสร้างความ เชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในใจประชาชน และผู้เข้าร่วมประชุม ในบางครั้งอาจจะมีการถกเถียงกันระหว่างผู้ ต่อต้านกับผู้ผลักดัน แต่เสียงข้างน้อยของผู้ต่อต้านก็จะตกไป และเสียงข้างมากของผู้ที่เห็นด้วยกับ สิทธินี้ก็จะได้โดดเด่นขึ้นมาในที่ประชุม ซึ่งสิ่งที่สนับสนุนว่าการประชุมแต่ละครั้งนั้นมีผู้ทรงคุณวุฒิทาง วิชาชีพด้านต่าง ๆ เข้าร่วมประชมนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอแล้วในหัวข้อสถานการณ์การร่วมมือก่อนออก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่าการประชุมแต่ละครั้ง นั้น มีผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เข้าร่วมประชุมมากมาย

จากการสัมภาษณ์นักกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและได้มีโอกาสในการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมแต่ละครั้งไว้ดังนี้

นักกฎหมายผู้ร่วมยกร่างกฎกระทรวง ได้ให้ความเห็นว่า ในการยกร่างกฎกระทรวงนั้น มีทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์หลายท่านเข้าร่วมประชุมด้วยเสมอ

“...การยกร่างมีแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข โรงพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการรับฟังความเห็นทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด ต้องให้ข้อมูล และนำข้อมูลที่รับฟังความคิดเห็นมาปรับปรุงเนื้อหา กฎกระทรวงนี้พอดีว่าเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก หรือผู้ป่วย จึงต้องมีการรับฟังความคิดเห็น ปกติกฎกระทรวงอื่น ๆ จะทำในองค์กรแล้วเสนอเลย ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องได้แก่ ศ. นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ภาควิชานิติเวช ศิริราชพยาบาล และ ศ. แสวง บุญเฉลิมวิภาส หลัก ๆ ส่วนท่านอื่น ๆ คือคุณหมอบางท่านเช่น ฝ่าย Palliative care ที่จะเข้าร่วมประชุมด้วยเสมอ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักสังคมสงเคราะห์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า ได้เข้าร่วมในการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็น โดยได้ร่วมเสนอความเห็นในเชิงสังคมต่อที่ประชุม

“...ตั้งแต่ที่มีการนำเสนอร่าง และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดประชุมติดต่าง ๆ ก็ได้เข้าไปร่วมก่อนจะประกาศมาตรานี้สัก 3-4 ปี ก็ไปร่วมเสนอความเห็นทางสังคม ในฐานะนักสังคมสงเคราะห์ อธิบายในมิติทางสังคมให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของสิทธินี้ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งคนส่วนใหญ่เข้าใจ และยอมรับได้...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า ตอนร่างกฎกระทรวงได้ร่วมแสดงความคิดเห็นด้านการแพทย์เกี่ยวกับการใช้สิทธิมาตรา 12 ในโรงพยาบาล

“...หน้าที่หลักคือเป็น วัลัญญีแพทย์ประจำไอซียู วัฒนธรรมของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มีคนไข้ที่ป่วยหนักมีโอกาสเสียชีวิตสูง มีหน้าที่ในการเตรียมตัวผู้ป่วย เตรียมครอบครัวให้พร้อม วางแผนการรักษาได้ตรงกับความต้องการของคนไข้ อีกหน้าที่คือเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล ก็เป็นศูนย์ที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล



จุฬาลงกรณ์ มีส่วนในการผลักดันคือ มีการประชุมวิชาการหลายรอบ มีโอกาสแสดงความ  
 คิดเห็นในทางการแพทย์ตอนร่างกฎกระทรวง ในแง่การนำสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์  
 จะรับบริการสาธารณสุขไปปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลควรทำอย่างไรบ้าง...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ นั้น เป็นกลยุทธ์การโน้มน้าว  
 ใจหลักที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่ในการสื่อสารการตลาด และการผลักดันสิทธินี้ก็เช่นเดียวกัน เพราะการ  
 รับรองโดยผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ผลักดันต้องการนำเสนอ นั้นมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น ทำให้  
 ประชาชนเกิดความเชื่อถือ เกิดความมั่นใจว่าสิทธินี้จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยแท้จริง ซึ่งถือว่าเป็น  
 เป็นกลยุทธ์ที่ทรงประสิทธิภาพในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับข้อมูล

### กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

สำหรับกลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นการโน้มน้าวใจผู้ป่วยและ  
 ญาติผู้ป่วยให้เห็นถึงข้อดีของสิทธิมาตรา 12 ที่จะเกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งกลวิธีที่ใช้ใน  
 การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย คือ การอธิบายโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีความ  
 เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 อย่างแท้จริง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 และสร้าง  
 ความมั่นใจว่าสิทธิมาตรา 12 จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งประโยชน์ของ  
 สิทธิมาตรา 12 ที่จะเกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมี 2 กรณีดังนี้

#### - สิทธิมาตรา 12 จะช่วยให้แพทย์เคารพในสิทธิผู้ป่วย

เนื่องจากแต่เดิมแพทย์มีอำนาจเหนือผู้ป่วย ในการวินิจฉัยและออกแบบการรักษาให้กับผู้ป่วย  
 ซึ่งการรักษานั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ใน  
 ระยะสุดท้ายไม่สามารถบอกถึงความต้องการที่แท้จริงได้ ผู้ป่วยอาจต้องทนทรมานกับการถูกใส่  
 เครื่องมือกู้ชีพเพื่อยื้อชีวิต แต่หากผู้ป่วยใช้สิทธิมาตรา 12 ในการแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข  
 ที่ก่อให้เกิดความทรมาน แพทย์ต้องเคารพในสิทธินี้ของผู้ป่วย และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่  
 ตรงกับความต้องการของตนเอง และไม่เกิดความทรมานจากเครื่องมือกู้ชีพที่เกินความจำเป็น

#### - สิทธิมาตรา 12 จะช่วยให้ญาติไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย

เนื่องจากการยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยเครื่องมือกู้ชีพ และยาที่มีราคาแพง ซึ่ง  
 ญาติของผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่มหาศาล อาจเสี่ยงต่อการล้มละลายได้ หากผู้ป่วยได้ใช้  
 สิทธิมาตรา 12 นอกจากตนเองจะได้รับการรักษาที่ตรงกับความต้องการแล้ว ญาติก็ไม่ต้องแบก

รับภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น เนื่องจากแพทย์จะถอดเครื่องมือกู้ชีพที่ไม่จำเป็นออก และดูแลแบบประคับประคอง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ ซึ่งภาระค่าใช้จ่ายก็จะไม่บานปลาย

การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยได้เข้าใจและมั่นใจถึงประโยชน์ของสิทธิมาตรา 12 นี้ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์และพยาบาลในการอธิบายอย่างมีศิลปะ เพราะสิทธิมาตรา 12 เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และเปราะบางต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

#### 4.2.3 ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยทราบว่าปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น เกิดจากปัญหา 2 ประเด็นคือ ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย และปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอที่ละหัวข้อดังนี้

##### ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย

ในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการประชุมของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ความเห็นส่วนใหญ่ต่างเห็นด้วยกับสิทธินี้ และคิดว่าเป็นสิทธิที่ประชาชนพึงมี ซึ่งจะมีแพทย์เพียงบางกลุ่ม เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วยกับสิทธินี้ และคิดว่าเป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งแพทย์เหล่านั้นได้หาทางต่อต้านด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังที่นำเสนอไปแล้วในหัวข้อสถานการณ์การต่อต้าน

ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอมุมมองของผู้ผลักดันต่อปัญหานี้ว่า มีความคิดเห็นอย่างไรและมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ และนักกฎหมาย แต่ละท่านได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างสิทธินี้กับการกระทำการุณยฆาต ไว้ดังนี้

แพทย์ท่านหนึ่ง ได้ให้ความเห็นว่า การกระทำการุณยฆาตหากถอดเครื่องมือกู้ชีพแล้ว จะไม่มีการประคองชีวิตต่อ แต่การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรา 12 นั้น จะมีการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากถอดเครื่องมือกู้ชีพแล้ว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่ทรมาน

“...ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการุณยฆาต ห่างกันเยอะ เพราะเป็นการตัดรอนชีวิตให้สั้นลง เนื่องจากเห็นความทรมานของผู้ป่วย อาจทำโดย active euthanasiaใส่อะไรให้ตาย

ผิดกฎหมายผิดศีล หรือ passive euthanasia ปิดเครื่องหยุดเครื่อง กรณีเรา ปิดเครื่องก็จริงถ้าหายใจไม่ได้ แต่เราให้ยาที่ช่วยให้หายใจให้ดี ถึงจุดหนึ่งถ้าเค้าไปเองได้ก็ดี แต่ถ้าเค้าลงหนังสือว่าไม่ขอให้มีเครื่องพันนาการต่าง ๆ การปิดตรงนั้นก็ไม่ใช่การปิดเพื่อให้ตายด้วย ปิดแล้วยังหายใจหรือดึงท่อออกแล้วยังหายใจได้เองต่อระยะหนึ่ง แล้วเค้าจะไปก็ไปตามธรรมชาติของเค้า เพราะเค้าหายใจไม่ไหวเอง จะเห็นได้ว่าไม่มีการรื้อถอนทำให้ชีวิตสั้นลงเลย แต่เป็นการเข้าสู่ธรรมชาติที่จริงของเค้าเท่านั้นเอง ถ้าเป็นการรื้อถอนคือตัดปั๊มดาวดินเลยไม่มีการประคองอะไรเลย เป้าประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองคือให้มีความสุขสงบ และให้ปัญญาด้วย และคนไข้มีจิตใจที่พร้อมกับการจากลาอย่างแท้จริง ไม่ใช่กลัววิงหนีทุกข์จนตายเพื่อดับทุกข์ ไม่ใช่วิ่งมาหาสุขเพราะการตายคือความสุขที่สุด ทุกคนกลัวตาย ฉะนั้นประคับประคองคือศิลปะมากมายเกินกว่าคำว่า การรื้อถอน...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

แพทย์ที่ปรึกษา สช. ได้ให้ความเห็นว่า การรื้อถอน เป็นการเร่งรัดการตาย แต่การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลเพื่อให้ตายอย่างสงบ

“...การรื้อถอนเป็นการเร่งรัดการตาย แต่การดูแลแบบประคับประคองคือการทำให้ตายอย่างสงบ การมีชีวิตและการตายคือเรื่องปกติ มาตรา 12 หมายถึง good dead ตายอย่างสงบ ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อยู่อย่างสบาย ไม่เร่งรัดการตาย ซึ่งแพทย์บางคนเข้าใจว่าเป็นการละเลยหน้าที่ ซึ่งไม่ใช่...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

นักกฎหมายผู้ร่วมยกร่างกฎหมายกระทรวง ได้ให้ความเห็นว่า การกระทำการรื้อถอน เป็นเรื่องผิดจริยธรรม แต่การทำตามมาตรา 12 แพทย์จะช่วยเต็มที่ จนถึงวาระสุดท้ายจึงจะทำตามเจตนาในหนังสือแสดงเจตนา

“...อุปสรรคคือ ตอนนั้นไปออกรายการของเนชั่น กลุ่มแพทย์หรือโรงพยาบาล เอกชนเค้าไม่เห็นด้วย ออกมาโจมตีว่าเป็นการกระทำการรื้อถอน เป็นเรื่องผิดจริยธรรมถ้าแพทย์ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ความจริงคือ แพทย์ช่วยเต็มที่จนถึงจุดที่ช่วยไม่ได้จริง ๆ ถ้า เป็นอุบัติเหตุคนละเรื่องกัน แพทย์ช่วยเต็มที่ สมมติว่าช่วยแล้วพบว่าสมองตายไม่รอดแล้ว ไปต่อไม่ไหวแล้ว ถ้ามีหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ก็ต้องทำตาม...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์ผู้ผลักดันเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันได้ใช้การอธิบายโดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งในที่ประชุมที่มีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพแต่ละแขนงนั้น มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่ ณ ที่นั้น ซึ่งผู้ที่เห็นด้วยก็จะอธิบายชี้แจงข้อเท็จจริงให้กับผู้ที่ไม่เห็นด้วยได้รับทราบ แต่การจะทำให้ผู้ต่อต้านเปลี่ยนทัศนคตินั้นเป็นเรื่องที่ยาก บางท่านก็เข้าใจ แต่บางท่านก็ยังคงไม่เห็นด้วย ซึ่งแนวทางอื่นที่ผู้ผลักดันใช้ในการสื่อสารเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดนี้คือ การอธิบายกับสื่อต่าง ๆ โดยสื่อต่าง ๆ จะขอสัมภาษณ์มายังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเจตนาของสิทธินี้ผ่านสื่อแล้ว นอกจากผู้ต่อต้านจะอ่อนลงแล้ว ประชาชนยังสามารถไขข้อข้องใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อีกด้วย

### ปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นอาศัยระยะเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากต้องใช้ความคิดเห็นของประชาชนทั้งประเทศในการปรับปรุงกฎหมายให้มีความรัดกุม ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย ซึ่งทำให้ขั้นตอนการดำเนินการออกกฎหมายนั้นล่าช้าลงไป ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอตัวอย่างของช่วงเวลาที่กฎหมายฉบับนี้ถูกชะงักการดำเนินการไว้

มหาวิทยาลัยแม่โจ้ (2545) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการหยุดชะงักของการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไว้ดังนี้

“...ท่ามกลางความพยายามแก้ปัญหาความเห็นต่างบนโต๊ะประชุมเพื่อผลักดันร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้ไปถึงฝั่ง ก็มีกระบวนการใต้ดินที่พยายามหยุดร่างพระราชบัญญัติฉบับประชาชนฉบับนี้อย่างแข็งขัน ด้วยความกังวลว่าหาก พระราชบัญญัตินี้คลอด ออกมาจะกระทบต่อธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และด้วยกรอบคิดอันคับแคบที่หลงในความยิ่งใหญ่แห่งวิชาชีพแพทย์ที่ไม่เห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจและการดูแลสุขภาพให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม เมื่อรู้ว่าสู้บนดินด้วยเหตุด้วยผลไม่ได้ จึงใช้กระบวนการใต้ดิน โดยมีบุคคล 2 คนที่มีตัวย่อว่า นพ. อช. ซึ่งเป็นแพทย์ผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ผู้ที่ร่วมการขับเคลื่อนร่างพระราชบัญญัติมาตลอดเช่นกัน ร่วมกับ นพ. อร. อาจารย์โรงเรียนแพทย์ ผู้ใหญ่ที่ฝึกฝนการเมือง ได้ยืมมือแพทย์คนสนิทของนายกทักษิณเจ้าของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เข้าพบและให้ข้อมูลจนทำให้ผู้นำประเทศเกิดการเข้าใจผิดต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ผลก็คือ นายกทักษิณ ชินวัตรได้หยิบยกเรื่องร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาพิจารณาแบบทักษิณ สไตลในการประชุมคณะรัฐมนตรีในวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2546 โดยที่ไม่ได้บรรจุในระเบียบวาระ โดยแจ้งว่า ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวอาจลดความสำคัญลง เพราะรัฐบาลได้ดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคอยู่แล้ว และบางมาตราอาจมีผลกระทบต่อวิชาชีพแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ จึงสั่งการว่าเมื่อผ่านคณะกรรมการ

กลั่นกรองชุดของรองนายกจากตุรนต์แล้ว ต้องนำไปผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองชุดที่ 6 ที่มีนายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานรับไปพิจารณาต่ออย่างบูรณาการ ฟังดูดีแต่ข้อเท็จจริงก็คือการรับไปต้องเค็มร่างพระราชบัญญัติสุขภาพฉบับประชาชนอย่างไม่มีกำหนดนั่นเอง และจนถึงวันนี้ เวลาผ่านไปนาน กว่าปี ร่างพระราชบัญญัตินี้ก็ยังไม่มีความที่จะมีการพิจารณาในชุดกลั่นกรองแต่อย่างใด...”

จากการสัมภาษณ์ผู้ผลักดันเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง โดยการล่ารายชื่อประชาชนให้ได้มากที่สุดแล้วนำไปเสนอต่อภาคการเมืองเพื่อการดำเนินการต่อไปในการออกกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งวิธีนี้ได้ผลเป็นอย่างดี เพราะทางรัฐบาลเห็นว่าความเห็นของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ จึงมีการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต่อไป และในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ออกได้โดยสำเร็จ

จากผลการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 นั้น ดำเนินไปตามกลยุทธ์การบริหารประเด็น 3 รูปแบบ คือ กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ และกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว และดำเนินไปตามกลยุทธ์การสื่อสาร 3 รูปแบบ คือ กลยุทธ์การสื่อสาร กลยุทธ์การใช้สื่อ และกลยุทธ์การโน้มน้าวใจ โดยแต่ละกลยุทธ์ได้แบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยดังนี้

1. กลยุทธ์การสื่อสาร
  - กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม
  - กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง
  - กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร
2. กลยุทธ์การใช้สื่อ
  - กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร
3. กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ
  - กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ
  - กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ซึ่งกลวิธีการสื่อสารที่ใช้คือ การใช้การประชุมและการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การใช้สื่อต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อวิทยุและโทรทัศน์ออนไลน์ สื่อเว็บไซต์ สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น การใช้การสื่อสารแบบปากต่อปาก เพื่อแพร่กระจายข่าวสาร การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องให้ผู้ต่อต้านเข้าใจ และการยอมแก้ไขข้อปฏิบัติบางประการตามที่ผู้ต่อต้านท้วงติงมาเพื่อการดำเนินต่อไปของการออกกฎหมาย

โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ประสบความสำเร็จนั้น คือการนำกลยุทธ์การบริหารประเด็นและกลวิธีการสื่อสารมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการเมือง และฝ่ายภาคประชาชน ที่ประสานความร่วมมือกันเป็นอย่างดีทำให้การผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ฉบับนี้ประสบความสำเร็จในที่สุด



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ทางการศึกษา เพื่อทราบถึงสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และเพื่อทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข รวมทั้งเพื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจาก

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง และใช้วิธีการอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) จำนวน 15 ท่าน
2. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) อันประกอบไปด้วย
  - 2.1 เอกสารจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
  - 2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข
  - 2.3 เอกสารจากการสืบค้นในเว็บไซต์

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะสรุปผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปพัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ

ส่วนที่ 2 สรุปตามปัญหานำวิจัย อันประกอบไปด้วย

1. ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร
2. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารอย่างไร
3. การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

## ส่วนที่ 1 สรุปพัฒนาการของการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

การสรุปพัฒนาการของการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 จะสรุปตามผลการวิจัยดังหัวข้อต่อไปนี้

- สถานการณ์และกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
  - กระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
  - กระบวนการร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
- ความจำเป็นของการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
- ความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

### 1.1 สถานการณ์และกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

#### กระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

กระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นเริ่มต้นขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543 โดยมีการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานเลขานุการทำหน้าที่ดูแลการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงที่เริ่มมีแนวคิดเรื่องการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมเข้าชื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2543 และในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยได้มีการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวนมากเพื่อให้ได้กรอบความคิดที่ชัดเจน เมื่อได้แนวคิดที่ชัดเจนแล้ว ทางผู้ผลักดันได้หาแนวร่วมโดยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นโดยผู้ที่เข้าร่วมคือ หน่วยงาน องค์กร กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ มีเครือข่ายประชาคมร่วมให้ความเห็นรวมกว่า 200,000 คน เมื่อนำความคิดเห็นมาประกอบแล้วสามารถจัดทำเป็นเอกสารสาระสำคัญของกรรณการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้พัฒนาต่อไปเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน โดยเรื่องสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้ถูกเสนอไว้ในมาตรา 24 ต่อมาทางคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจพิจารณาและตัดเรื่องแบบพิธีในการแสดงเจตนา หรือ Living will ออกไป สิทธินี้จึงอยู่ในมาตรา 10 และหลังจากร่างกฎหมายนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ได้มีการเสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จนในที่สุดสภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเห็นชอบพระราชบัญญัตินี้ในวาระ 2 และวาระ 3 โดยคงเนื้อหาเรื่องการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายตามร่างเดิมจนกลายเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12



## กระบวนการร่างกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

หลังจากมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เกิดขึ้นแล้ว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมมือในทางวิชาการกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อทบทวนงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ โดยในเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับศูนย์กฎหมายและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อจัดทำชุดความรู้ประกอบการยกร่างกฎกระทรวงตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่จะต้องออกตามวรรค 2 ของมาตรา 12 แล้วเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากองค์กรและบุคลากรด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ แล้วนำความเห็นเหล่านั้นมาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงและนำเสนอร่างกฎกระทรวงต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เสนอร่างกฎกระทรวงต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อร่างกฎกระทรวงผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว ได้มีการส่งร่างกฎกระทรวงให้กับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาตรวจแก้ไข และเมื่อสำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี แจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติว่า กฎกระทรวงได้รับการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรียบร้อยแล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้นำเสนอต่อนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามต่อไป เมื่อนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในที่สุดกฎกระทรวงได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยมีการกำหนดให้กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับได้เมื่อพ้นกำหนด 210 วันนับตั้งแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา คือมีผลใช้บังคับวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 เพื่อให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีเวลาจัดทำแนวทางปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข พร้อมจัดทำตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาด้วย

### 1.2 วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 คือผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข และผู้รับบริการด้านสาธารณสุข ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการรักษาให้กับตัวเองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปตามธรรมชาติอย่างสงบ โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือกึ่งพิฆาตทางการแพทย์ ช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติในการวางแผนการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น

โดยที่มีหนังสือแสดงเจตนาบ่งบอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะให้แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วย ความสมัครใจ โดยเมื่อแพทย์เห็นควรและได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว ถือว่าแพทย์ไม่มี ความผิดใด ๆ

### 1.3 ความจำเป็นของการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 นั้นมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการวางแผนการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถออกแบบการรักษา ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ว่าหากตนเองถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตแล้ว ต้องการให้แพทย์ปฏิบัติอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งแพทย์จะได้รับผลดีรองลงมาคือสามารถกำหนดทิศทางการรักษาได้ อย่างตรงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และสิ่งที่สำคัญคือทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่าง แพทย์กับญาติผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยได้บอกถึงเจตนาที่แท้จริงที่ผู้ป่วย ต้องการไว้ในหนังสือแสดงเจตนาแล้ว นอกจากนี้แล้วกฎหมายฉบับนี้ยังเป็นการเรียกสิทธิของผู้ป่วยกลับคืนจากแพทย์ เพราะผู้ป่วยสามารถมีสิทธิในการออกแบบการรักษาให้กับชีวิตตนเองได้ โดยที่แพทย์จะเป็นเพียงผู้ที่คอยประคับประคอง และปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยในทางที่สมควรเท่านั้น

### 1.4 ความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการป้องกันและบรรเทาอาการทรมานต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการรักษาที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ต้องกระทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามเจตนาในหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพราะเมื่อคนไข้บ่งบอกเจตนารมณ์ที่จะไม่ใช้เครื่องมือก้ำกึ่งที่ทำให้เกิดความทรมานต่อแพทย์แล้ว การดูแลแบบประคับประคองจะเป็นการรักษาอาการหลังจากผู้ป่วยไม่พึ่งพาเครื่องมือก้ำกึ่งหนัก ๆ โดยอาจใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการเหนื่อย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น การดูแลแบบประคับประคองต้องใส่ใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อทราบความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เมื่อทีมแพทย์ผู้รักษาได้ปฏิบัติตามความต้องการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกหมดกังวล และเมื่อถึงวาระอันสมควรผู้ป่วยก็จะจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ใส่ใจในทุกมิติของผู้ป่วย ซึ่งในความจริงแล้วการดูแลแบบประคับประคองนั้นสำคัญกับผู้ป่วยในทุกช่วงไม่ว่าจะเป็นช่วงเริ่มต้น ช่วงลุกลาม หรือระยะสุดท้ายของชีวิต เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดีแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีอาการที่ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งต้องเอาใจ

ใส่เป็นพิเศษเพราะเป็นช่วงที่เปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยระยะนี้มากเป็นพิเศษ

## ส่วนที่ 2 สรุปตามปัญหานำวิจัย

### 2.1 ก่อนออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีสถานการณ์การร่วมมือและต่อต้านอย่างไร

ในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นมีการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ นักการเมือง แพทย์ และภาคประชาชน ซึ่งความสำเร็จของพระราชบัญญัติฉบับนี้ต้องอาศัยความพยายาม ความอดทน และระยะเวลาอันยาวนานกว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้

ในช่วงผลักดันในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นมีเครือข่ายประชาคมร่วมให้ความคิดเห็นกว่า 200,000 คน ในระหว่างกระบวนการรับฟังความคิดเห็น มีสื่อมวลชนให้ความสนใจในเรื่องนี้พอสมควร ทางผู้ผลักดันจึงทำการสื่อสารเรื่องราวสาระสำคัญของมาตรา 12 และกฎกระทรวงต่อสาธารณะผ่านสื่อต่าง ๆ ด้วย นอกจากนี้ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังได้ร่วมมือกับเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนด้านพุทธศาสนาได้ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ในส่วนของวิชาชีพพยาบาลซึ่งสนับสนุนเรื่องนี้อย่างเต็มที่มาโดยตลอด ก็ได้จัดการประชุมเครือข่ายพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมอย่างกว้างขวาง ได้แก่ สภาการพยาบาล จัดเวทีประชุม 4 ภาค ที่ขอนแก่น เชียงราย หาดใหญ่ และกรุงเทพมหานคร ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เชิญผู้แทนองค์กรต่าง ๆ จำนวน 40 แห่ง เข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสิทธิของประชาชน มีองค์กรส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม 36 องค์กร และผู้ที่ร่วมสนับสนุนอย่างแข็งขันอย่างองค์กรวิชาชีพการพยาบาลได้มีพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพพยาบาลกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามมาตรา 12

ในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น จะมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งเพียงส่วนน้อยเท่านั้นในแพทย์บางกลุ่มที่ยังคัดค้านในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากปฏิบัติไม่เหมาะสม หรือมองว่าเป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ในที่ประชุมของแพทยสภาแพทย์หลายคนกังวลถึงการบังคับใช้แนวทางการแสดงสิทธิดังกล่าว

เพราะอาจเข้าข่ายละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และยังขัดต่อจริยธรรมแพทย์ ขณะที่แพทย์บางกลุ่มมองว่าความเสี่ยงอยู่ตรงการพิจารณาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากหากญาติไม่เข้าใจ จะนำไปสู่ความไม่พอใจ และเกิดเป็นประเด็นฟ้องร้องได้ ขณะเดียวกันการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง เนื่องจากการแสดงเจตนาดังกล่าว ถือเป็น การเสียสิทธิในการรับเงินค่าชดเชยตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อีกทั้งกรณีผู้ทำประกันชีวิตอาจไม่ได้รับเบี้ยประกันเนื่องจากเข้าข่ายการฆ่าตัวตาย

ในการประชุมของแพทย์หลาย ๆ ฝ่ายในแต่ละครั้งนั้น ก็จะมีแพทย์บางกลุ่มที่ยังคงคัดค้านเนื่องจากทัศนคติที่ไม่ตรงกัน และการมีผลประโยชน์แอบแฝง แต่ฝ่ายผู้ผลักดันก็พยายามใช้เสียงข้างมากจากฝ่ายที่เห็นด้วยทำให้สถานการณ์แต่ละครั้งคลี่คลายลง นอกจากการไม่เห็นด้วยในด้านเนื้อหาแล้ว ทางฝ่ายผู้ผลักดันยังถูกพาดพิงว่าในการจัดทำกฎกระทรวงที่ผ่านมาทางสภาวิชาชีพและแพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วมด้วย แต่ฝ่ายผู้ผลักดันก็ได้จัดแถลงข่าวเพื่อชี้แจงหลักฐานอย่างชัดเจนว่าแพทย์ทุกฝ่ายได้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นโดยตลอด

และล่าสุดฝ่ายผู้ต่อต้านได้ยื่นฟ้องนายรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อศาลปกครอง เพื่อขอให้ยกเลิกเพิกถอนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 โดยอ้างว่ามีผลกระทบต่อประกอบวิชาชีพของแพทย์ ซึ่งศาลปกครองได้รับฟ้อง และปัจจุบันเรื่องนี้ได้เข้าสู่การพิจารณาคดีของศาลปกครอง แต่กฎกระทรวงฯ และแนวทางปฏิบัติที่ออกตามกฎกระทรวงฯ ยังคงมีผลใช้บังคับอยู่เช่นเดิมในปัจจุบัน

## จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 2.2 กลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบถึงกลยุทธ์และกลวิธีที่ใช้ในการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารไปพร้อม ๆ กัน เพื่อที่จะได้สามารถเห็นถึงแนวทางและวิธีการที่ใช้ในการบริหารประเด็นอย่างชัดเจน โดย กลยุทธ์จะเป็นแนวทางที่ใช้ในการบริหารประเด็น และกลวิธีจะเป็นวิธีการที่จะนำแนวทางนั้น ๆ มาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ซึ่งกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการบริหารประเด็นนี้จะเป็นกลยุทธ์ตามแนวคิดการบริหารประเด็นนั่นก็คือ กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ และกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว ส่วนกลยุทธ์ตามแนวคิดการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร นั่นก็คือ กลยุทธ์การสื่อสาร กลยุทธ์การใช้สื่อ และกลยุทธ์การโน้มน้าวใจ

### กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต (Dynamic response)

กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงเริ่มต้นการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะใช้กลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ นั่นก็คือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายพันธมิตร เพื่อให้มีผู้สนับสนุนและเห็นด้วยกับการออกกฎหมายฉบับนี้ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายฉบับนี้อย่างกว้างขวาง

กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัตนั้น เป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการบริหารประเด็นเพราะการจะผลักดันเรื่องใดก็ตามต้องอาศัยกลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการสร้างเครือข่ายพันธมิตรถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้การผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประสบผลสำเร็จ

### กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ (Reactive change)

กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงที่มีการโจมตีจากผู้ต่อต้านสำหรับการวิจัยนี้ ผู้ต่อต้านจะโจมตีด้วยปัญหาเรื่องพระราชบัญญัติฉบับนี้เข้าข่ายการให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งแพทย์บางกลุ่มเกรงว่าแพทย์อาจถูกฟ้องร้องได้ ดังนั้นผู้ผลักดันจึงใช้กลวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญในการอธิบายให้ผู้ต่อต้านได้เข้าใจถึงเจตนารมณ์ที่ถูกต้องของพระราชบัญญัติฉบับนี้ว่า หลังจากที่ถอดเครื่องมือกู้ชีพออกแล้ว ทางทีมแพทย์จะยังคงดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือดูแลในองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และเมื่อถึงเวลาที่สมควรผู้ป่วยก็จะจากไปอย่างสงบ ซึ่งถือเป็นกลวิธีที่ใช้ในการตั้งรับเพื่อสงวนท่าที หรือตอบโต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ต่อต้านอ่อนลงแล้ว หากผู้ต่อต้านมีความเข้าใจที่ถูกต้องอาจปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ต่อต้านให้หันมาสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ก็เป็นได้

### กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว (Adaptive change)

กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงการผลักดันการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กลวิธีที่ใช้จะเป็นการประนีประนอมเพื่อให้การออกกฎหมายนั้นดำเนินต่อไป ซึ่งในการออกกฎกระทรวงในช่วงที่ให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณานั้น แพทยสภาได้เสนอให้แก้ไขร่างกฎกระทรวงบางประการ เพื่อให้กฎกระทรวงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางคณะกรรมการกฤษฎีกาก็ได้แก้ไขตามสมควรเพื่อให้เกิดความถูกต้องและชัดเจนขึ้นของกฎกระทรวง ซึ่งการรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างเพื่อนำมาปรับปรุง

ร่างกฎกระทรวงให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นนั้น ถือเป็นสิ่งที่เหมาะสม และเป็นการประนีประนอมเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง และทำให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไปโดยไม่หยุดชะงัก

### กลยุทธ์การสื่อสาร

กลยุทธ์การสื่อสารในที่นี้คือ แนวทางในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งก็คือ ประชาชนและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

#### กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม

ในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจากผู้ผลักดันไปสู่กลุ่มเป้าหมายไม่ว่าจะเป็นประชาชนทั่วไปหรือ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนั้น นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะแกนนำหลักผู้ผลักดันเรื่องนี้ ได้ใช้กลวิธีการจัดการประชุม จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศเพื่อเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ออกไปให้ได้มากที่สุด ซึ่งในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นนี้ทางกลุ่มผู้ผลักดันได้เริ่มใช้กลยุทธ์นี้มาตั้งแต่สมัยผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จนกระทั่งถึงการผลักดันกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วมที่ผู้ผลักดันใช้โดยวิธีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศนั้น เป็นวิธีที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบเกี่ยวกับสิทธินี้ได้ในวงกว้าง และวิธีการที่ผู้ผลักดันได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมด้วยในแต่ละครั้งนั้น ก็เป็นวิธีการเพิ่มความเข้าใจและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสิทธินี้ได้เป็นอย่างดี

#### กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง

เนื่องจากการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงานหลายปี เนื่องจากเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชน ดังนั้นจึงต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั้งประเทศเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้กฎหมายมีความถูกต้องครบถ้วน และมีความเหมาะสมสำหรับประชาชน ซึ่งระยะเวลาหลายปีที่ทำการผลักดันนั้น มีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย ซึ่งอาจทำให้กระบวนการในการออกกฎหมายฉบับนี้ล่าช้า ดังนั้นผู้ผลักดันจึงใช้กลยุทธ์พลังประชาชนในการเป็นเสียงข้างมาก และใช้กลวิธีการล่ารายชื่อประชาชนเพื่อกดดันนักการเมืองเพื่อให้การเมืองเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญต่อประชาชน และดำเนินการออกกฎหมายต่อไปโดยสำเร็จ

### กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร

กลยุทธ์นี้ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่ทรงประสิทธิภาพมากในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพราะสิทธินี้เป็นเรื่องทีละเอียดย่อน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการวางแผนในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งการจะประชาสัมพันธ์เรื่องนี้อย่างเต็มที่นั้นคงจะเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจผิดในเจตนาของผู้ประชาสัมพันธ์ได้ ดังนั้นผู้ที่ผลักดันสิทธินี้จึงใช้กลวิธีวางเอกสารเกี่ยวกับสิทธินี้ไว้ตามสถานพยาบาลต่าง ๆ และตัวผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเองที่จะเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารแบบปากต่อปาก บอกเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธินี้ต่อ ๆ กันไป จนกระทั่งเกิดการรับรู้ทั่วกันในวงกว้าง ส่วนใหญ่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นผู้ร้องขอต่อแพทย์เอง หรือตัวผู้ป่วยจะถือหนังสือมาที่โรงพยาบาลเอง หรือญาติบางคนที่สงสัยเกี่ยวกับสิทธินี้ก็สอบถามแพทย์หรือพยาบาลว่าสิทธินี้มีความสำคัญอย่างไร ซึ่งกลไกการสื่อสารแบบปากต่อปากนี้ทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ส่งต่อไปถูกประชาชนได้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน

### กลยุทธ์การใช้สื่อ

กลยุทธ์การใช้สื่อในที่นี้คือ แนวทางในการใช้สื่อต่าง ๆ ที่ฝ่ายผู้ผลักดันใช้ในการสร้างความเข้าใจและการหาแนวร่วมเพื่อผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

### กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร

ในการผลักดันข่าวสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธินี้ ผู้ผลักดันได้ใช้กลวิธีการใช้หลากหลายสื่อเพื่อช่วยในการแพร่กระจายข่าวสารสู่ประชาชน ซึ่งสื่อที่ผู้ผลักดันใช้ก็คือ

### สื่อหลัก

- **การจัดตั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการจัดให้มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการจัดประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก็ทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธินี้ได้เกิดการแพร่กระจายสู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง

- **สื่อสิ่งพิมพ์** เป็นช่องทางสำคัญที่ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติใช้ในการเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับสิทธินี้ให้ประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมได้รับรู้ ซึ่งสื่อสิ่งพิมพ์หลักคือ หนังสือ วารสาร และแผ่นพับ ที่จัดทำขึ้นเพื่อแจกให้กับหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงประชาชน

## **สื่อรอง**

- **สถานีวิทย์และโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งเป็นสถานีวิทย์และโทรทัศน์ที่ออกอากาศบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยจะนำเสนอสาระที่เกี่ยวกับสุขภาพในหลากหลายแง่มุม และถ่ายทอดสดการประชุมครั้งสำคัญ ๆ เกี่ยวกับการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอีกด้วย

- **สื่อเว็บไซต์** ทางผู้ผลักดันได้จัดทำเว็บไซต์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าไปศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธินี้ พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธินี้ได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ <http://www.nationalhealth.or.th> และเว็บไซต์เกี่ยวกับเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขโดยตรง คือ เว็บไซต์ <http://www.thailivingwill.in.th>

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสารนั้นเป็นพลังที่สามารถขับเคลื่อนให้สิทธินี้เข้าไปอยู่ในใจของประชาชนได้เป็นอย่างดี

## **กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ**

กลยุทธ์การโน้มน้าวใจในที่นี้คือ แนวทางในการโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ต่อต้านให้เกิดการยอมรับ และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งหันมาเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งแบ่งเป็นกลยุทธ์ย่อยได้ดังนี้

### **กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ**

ในการประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 แต่ละครั้งนั้น ทางฝ่ายผู้ผลักดัน หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เชิญหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ และตัวแทนจากสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล เป็นต้น เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นด้วยโดยตลอด และในการประชุมหรือการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นแต่ละครั้งนั้นสิ่งที่จะเกิดขึ้นคือ การมีผู้ที่คิดต่าง ไม่เห็นด้วย หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ผลักดันจะใช้กลวิธีการใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุมที่มีความเห็นด้วยนี้เองที่จะเป็นผู้คอยอธิบายให้ที่ประชุมเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งนอกจากผู้ร่วมประชุมจากสายงานวิชาชีพอื่นจะเกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ครั้งใดที่มีประชาชนร่วมเข้ารับฟังความคิดเห็นด้วย ประชาชนก็จะเกิดความเชื่อมั่น เชื่อถือในสิทธินี้มากยิ่งขึ้น เพราะคำอธิบายจากแพทย์ หรือนักวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญนั้น จะสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในใจประชาชน และผู้เข้าร่วมประชุม ในบางครั้งอาจจะมีการถกเถียงกันระหว่างผู้ต่อต้านกับผู้ผลักดัน แต่เสียงข้างน้อยของผู้ต่อต้านก็จะตกไป และเสียงข้างมากของผู้ที่เห็นด้วยกับสิทธินี้ก็จะโดดเด่นขึ้นมาในที่ประชุม



### กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

สำหรับกลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นการโน้มน้าวใจผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้เห็นถึงข้อดีของสิทธิมาตรา 12 ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งกลวิธีที่ใช้ในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย คือ การอธิบายโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 อย่างแท้จริง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 และสร้างความมั่นใจว่าสิทธิมาตรา 12 จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งประโยชน์ของสิทธิมาตรา 12 ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมี 2 กรณีดังนี้

#### - สิทธิมาตรา 12 จะช่วยให้แพทย์เคารพในสิทธิผู้ป่วย

เนื่องจากแต่เดิมแพทย์มีอำนาจเหนือผู้ป่วย ในการวินิจฉัยและออกแบบการรักษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งการรักษานั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยใช้สิทธิมาตรา 12 ในการแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความทรมาน แพทย์ต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ตรงกับความต้องการของตนเอง

#### - สิทธิมาตรา 12 จะช่วยให้ญาติไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย

เนื่องจากการยื้อชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยเครื่องมือกู้ชีพ และยาที่มีราคาแพง ซึ่งญาติของผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่มหาศาล อาจเสี่ยงต่อการล้มละลายได้ หากผู้ป่วยได้ใช้สิทธิมาตรา 12 นอกจากตนเองจะได้รับการรักษาที่ตรงกับความต้องการแล้ว ญาติก็ไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น

### 2.3 ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยทราบว่าปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น เกิดจากปัญหา 2 ประเด็นคือ ความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย และปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปที่ละหัวข้อดังนี้

#### ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย

ในการผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการประชุมของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ความเห็น ส่วน

ใหญ่ต่างเห็นด้วยกับสิทธินี้ และคิดว่าเป็นสิทธิที่ประชาชนพึงมี ซึ่งจะมีแพทย์เพียงบางกลุ่ม เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วยกับสิทธินี้ และคิดว่าเป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งแพทย์เหล่านั้นได้หาทางต่อต้านด้วยวิธีการต่าง ๆ วิธีการแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันได้ใช้การอธิบายโดย ผู้เชี่ยวชาญซึ่งในที่ประชุมที่มีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพแต่ละแขนงนั้น มีทั้งผู้ที่ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่ ณ ที่นั้น ซึ่งผู้ที่ไม่เห็นด้วยก็จะอธิบายชี้แจงข้อเท็จจริงให้กับผู้ที่ไม่เห็นด้วยได้รับทราบ แต่การจะทำให้ผู้ต่อต้านเปลี่ยนทัศนคตินั้นเป็นเรื่องที่ยาก บางท่านก็เข้าใจ แต่บางท่านก็ยังคงไม่เห็นด้วย ซึ่งแนวทางอื่นที่ผู้ผลักดันใช้ในการสื่อสารเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดนี้คือ การอธิบายกับสื่อต่าง ๆ โดยสื่อต่าง ๆ จะขอสัมภาษณ์มายังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเจตนาของสิทธินี้ผ่านสื่อแล้ว นอกจากผู้ที่ต่อต้านจะอ่อนลงแล้ว ประชาชนยังสามารถไขข้อข้องใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อีกด้วย

### ปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการผลักดันการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นอาศัยระยะเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากต้องใช้ความคิดเห็นของประชาชนทั้งประเทศในการปรับปรุงกฎหมายให้มีความรัดกุม ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย ซึ่งทำให้ขั้นตอนการดำเนินการออกกฎหมายนั้นล่าช้าลงไป วิธีการแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง โดยการล่ำรายชื่อประชาชนให้ได้มากที่สุดแล้วนำไปเสนอต่อภาคการเมืองเพื่อการดำเนินการต่อไปในการออกกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งวิธีนี้ก็ได้ผลเป็นอย่างดี เพราะทางรัฐบาลเห็นว่าความเห็นของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ จึงมีการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต่อไป และในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ออกได้โดยสำเร็จ

## 5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลวิจัยพบว่าในการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผู้เห็นด้วยและสนับสนุนให้เกิดกฎหมายนี้เกือบทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย แพทย์ พยาบาล ฝ่ายสงฆ์ และประชาชนทั่วไป ซึ่งทุกฝ่ายผนึกกำลังกันอย่างเหนียวแน่นในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้การผลักดันกฎหมายฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จะมีผู้ที่ไม่เห็นด้วยและต่อต้านกฎหมายนี้ก็คือ แพทย์บางกลุ่มเท่านั้นที่มีความเข้าใจว่ากฎหมายนี้จะทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ และเป็นการอนุญาตให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย แต่ฝ่ายผู้ต่อต้านบางส่วนก็มีความเข้าใจในเจตนารมณ์ที่แท้จริงของสิทธิมาตรา 12 มากยิ่งขึ้นจากการอธิบายโดยผู้เชี่ยวชาญในที่ประชุม สำหรับการอภิปรายผลผู้วิจัยจะอธิบายเป็นข้อ ๆ ตามปัญหามาวิจัยดังนี้

### สถานการณ์การร่วมมือ

ในสถานการณ์การร่วมมือให้เกิดพระราชบัญญัติฉบับนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งฝ่ายผู้ผลักดันคือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รวบรวมพันธมิตรฝ่ายวิชาการ จากหลากหลายแวดวงเพื่อหาหรือเรื่องการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้อาศัยความร่วมมือจากภาคประชาชนในการร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น โดยอาศัยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งเมื่อประชาชนได้รับรู้เกี่ยวกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ว่าเป็นการผลักดันให้เกิดสิทธิของประชาชน ประชาชนก็เกิดความเห็นด้วยและให้ความร่วมมือกับฝ่ายผู้ผลักดัน ซึ่งกลวิธีที่ฝ่ายผู้ผลักดันใช้โดยการ จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วประเทศนั้น ได้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารประเด็นของ เสรี วงษ์มณฑา (2540) ที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนการบริหารประเด็นว่าควรทำให้ฝ่ายสนับสนุนออกมาให้การสนับสนุนโดยการจัดเวทีสัมมนา เพื่อให้องค์กรไม่ได้เป็นฝ่ายต่อสู้เพียงฝ่ายเดียว และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุติพร ปริบุญกุล (2554) ที่ได้ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่าในการผลักดันพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ต้องอาศัยกลยุทธ์การสร้างแนวร่วมจากภาคประชาชน ประกอบด้วย จึงจะสามารถผลักดันกฎหมายเป็นผลสำเร็จ

### สถานการณ์การต่อต้าน

ในสถานการณ์การต่อต้านเพื่อไม่ให้เกิดพระราชบัญญัติฉบับนี้ ผู้ต่อต้านคือแพทย์บางกลุ่มที่มีความเข้าใจว่ากฎหมายนี้จะทำให้การทำงานของแพทย์ลำบากมากยิ่งขึ้น แพทย์อาจเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องเนื่องจากการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรือบางท่านเข้าใจว่ากฎหมายฉบับนี้อ่อนุญาตให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งคือการที่แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผิดทั้งกฎหมาย จริยธรรม และผิดศีลธรรม เมื่อแพทย์กลุ่มนี้มีความคิดเห็นที่ต่อต้านกับพระราชบัญญัติสิ่งที่พวกเขาทำคือ การคัดค้านในที่ประชุมเมื่อมีการจัดประชุมโดยฝ่ายผู้ผลักดัน และการฟ้องร้องให้เพิกถอนกฎหมายฉบับนี้จนทำให้ปัจจุบันกฎหมายฉบับนี้อยู่ในการพิจารณาตีของศาลปกครอง สิ่งที่ผู้ผลักดันพยายามทำให้กระแสการต่อต้านอ่อนลงคือ การใช้เสียงข้างมากจากฝ่ายที่สนับสนุนคอยทำหน้าที่อธิบายเพื่อให้ฝ่ายผู้ต่อต้านมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเจตนารมณ์ที่แท้จริงของกฎหมายฉบับนี้มากยิ่งขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารประเด็นของ เสรี วงษ์มณฑา (2540) ที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนการบริหารประเด็นว่า ควรเปลี่ยนความรู้สึกของกลุ่มผู้ต่อต้าน โดยการทำให้ผู้ต่อต้านมองว่าส่วนรวมได้ประโยชน์มากกว่า โดยดึงกลุ่มผู้สนับสนุนเป็นแนวร่วมให้ได้มาก เพื่อให้กลุ่มผู้ต่อต้านคิดว่าส่วนรวมเห็นด้วย เพื่อจะได้เปลี่ยนความคิดของกลุ่มผู้ต่อต้าน

### กลยุทธ์การบริหารประเด็น

สำหรับกลยุทธ์การบริหารประเด็นที่ผู้ผลักดันใช้ในการผลักดันการออกกฎหมายฉบับนี้มี 3 รูปแบบ คือ กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต ซึ่งจะใช้ในช่วงเริ่มต้นการผลักดัน จะใช้กลวิธีในเชิงรุกเพื่อให้ประสบความสำเร็จตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ คือใช้กลวิธีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อสร้างเครือข่ายพันธมิตร กลยุทธ์ต่อมาคือกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงที่มีการโจมตีจากผู้ต่อต้าน จะใช้กลวิธีการตั้งรับเพื่อสงวนท่าที หรือตอบโต้ วิธีการที่ใช้คือ การใช้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ต่อต้านอ่อนลง และกลยุทธ์สุดท้ายคือ กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในช่วงการผลักดันการออกกฎหมายกระทรวง กลวิธีที่ใช้จะเป็นการประนีประนอมเพื่อให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไป วิธีการที่ใช้คือ ยอมปรับเปลี่ยนข้อปฏิบัติในร่างกฎหมายบางประการตามที่ฝ่ายผู้ต่อต้านได้ท้วงติงมาเพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย และเพื่อให้การออกกฎหมายดำเนินต่อไป กลยุทธ์การบริหารประเด็นทั้ง 3 รูปแบบสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุติพร ปริญญากุล (2554) ที่ได้กล่าวว่ากลยุทธ์การบริหารประเด็นประกอบด้วย 3 รูปแบบคือ 1. กลยุทธ์การตอบสนองอย่างมีพลวัต ซึ่งเป็นการกำหนดแนวทางสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้วยการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อประเด็นที่เกิดขึ้น 2. กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการตั้งรับ ซึ่งจะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเหมือนเช่นที่เคยทำไว้ในอดีต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 3. กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงด้วยการปรับตัว ซึ่งจะให้ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแผนการเดิมที่เคยมีขององค์กรไปเป็นการเจรจาด้วยความสร้างสรรค์ เพื่อหาทางประนีประนอมให้เกิดขึ้นกับทุกฝ่าย

### กลยุทธ์การสื่อสาร

สำหรับกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสารที่ใช้ในการผลักดันให้เกิดกฎหมายฉบับนี้ จากการศึกษาผลการวิจัยพบว่าผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์การสื่อสาร ซึ่งก็คือแนวทางในการสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 ให้กับกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร ในหัวข้อกลยุทธ์การสื่อสาร (ชาติรี ใต้ฟ้าพูล, 2556) ที่ว่าในการสื่อสารเพื่อให้ผู้บริโภคเกิดพฤติกรรมการบริโภคสินค้าขององค์กรนั้น ต้องกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารโดยแยกประเด็นสื่อสารกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

### กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม

และกลยุทธ์การสื่อสารที่ผู้ผลักดันใช้ก็คือ กลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม ซึ่งผู้ผลักดันเล็งเห็นว่ากฎหมายฉบับนี้เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนดั่งนั้น ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกฎหมายฉบับนี้ จึงได้ใช้กลวิธีการจัดเวทีรับฟังความ

คิดเห็นจากประชาชนทั่วประเทศ เพื่อนำมาประกอบในการร่างกฎหมาย และเพื่อเป็นการสร้างการรับรู้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธินี้ให้เกิดขึ้นกับประชาชนทั่วประเทศด้วย ซึ่งกลวิธีที่ผู้ผลักดันใช้นั้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร ในหัวข้อกลวิธีการสื่อสารของ ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ (2554) ที่ว่ารูปแบบของกลวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งนั้น คือการจัดงานสัมมนาซึ่งเป็นรูปแบบของการระดมความคิดของผู้เข้าร่วมในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างความรู้ และเป็นการแสวงหาความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมสัมมนา

### กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง

กลยุทธ์การสื่อสารประเภทถัดมาที่ผู้ผลักดันใช้คือ กลยุทธ์พลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง เนื่องจากการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงานหลายปี เนื่องจากต้องอาศัยระยะเวลาในการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนทั่วประเทศเพื่อประกอบการร่างกฎหมาย ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย นโยบายทางการเมืองของบางรัฐบาลอาจทำให้การขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ล่าช้าออกไป ดังนั้นผู้ผลักดันจึงใช้กลวิธีการล่ารายชื่อจากประชาชนเพื่อนำไปเสนอต่อรัฐบาล และการใช้เสียงข้างมากจากประชาชนที่เห็นด้วย ทำให้รัฐบาลได้รับทราบถึงความต้องการของประชาชน และยินดีที่จะผลักดันกฎหมายฉบับนี้ให้เดินหน้าสู่กระบวนการต่อไป ซึ่งการอาศัยพลังประชาชนในการกดดันรัฐบาลถือเป็นการล็อบบี้ทางอ้อม ซึ่งตรงกับแนวคิดเรื่องการเข้าพบเพื่อชี้แจง (ล็อบบี้) ของ Seitel (2006) ที่กล่าวไว้ว่า การล็อบบี้ทางอ้อม สามารถเรียกอีกอย่างว่า การวิ่งเต้นในระดับรากหญ้า (Grassroots Lobbying) เป็นประเภทของการวิ่งเต้นที่ความคิดเห็นของประชาชนหรือมติมหาชนมีอิทธิพลต่อการออกกฎหมาย โดยประชาชนจะใช้วิธีนี้ในการดำเนินการออกกฎหมายโดยการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

### กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปากเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร

กลยุทธ์การสื่อสารประเภทสุดท้ายที่ผู้ผลักดันใช้คือ กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปาก เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายของข่าวสาร เนื่องจากการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องละเอียดอ่อนในวงการแพทย์ เนื่องจากทุกโรงพยาบาลต้องรักษาภาพลักษณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่า จะรักษาผู้ป่วยให้เต็มความสามารถที่สุด ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องนี้ในโรงพยาบาลผู้ผลักดันจึงใช้กลวิธีการวางเอกสารเกี่ยวกับสิทธินี้ไว้ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแล้วให้ญาติหรือผู้ป่วยเป็นผู้รับสารนั้น ๆ เอง เมื่อประชาชนเกิดความสนใจก็จะเกิดกลไกการสื่อสารแบบปากต่อปาก และข่าวสารเรื่องนี้ก็จะแพร่กระจายสู่วงกว้าง กลวิธีนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วดี ภิญญทรัพย์ (2556) ที่ได้ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารทางสังคมเพื่อคัดค้านการขนถ่ายถ่านหินที่บางปะกงและศรีราชา ซึ่งพบว่าในการบริหารประเด็นเพื่อขับเคลื่อนการคัดค้านการขน

ถ่ายผ่านหินที่บางปะกงนั้น ได้ใช้กลยุทธ์การสื่อสารแบบปากต่อปาก ทำให้เกิดการสื่อสารทางสังคมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## กลยุทธ์การใช้สื่อ

### กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร

สำหรับกลยุทธ์ต่อไปที่ผู้ผลักดันใช้ในการผลักดันกฎหมายฉบับนี้คือ กลยุทธ์การใช้สื่อ ซึ่งก็คือแนวทางการใช้สื่อต่าง ๆ ที่ฝ่ายผู้ผลักดันใช้ในการสร้างความเข้าใจ และการหาแนวร่วมหรือผู้สนับสนุนในการผลักดันครั้งนี้ ซึ่งกลยุทธ์การใช้สื่อที่ผู้ผลักดันใช้ก็คือ กลยุทธ์การผสมผสานสื่อเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร ซึ่งกลวิธีที่ใช้คือการผสมผสานทั้งสื่อหลักและสื่อรองเพื่อเผยแพร่ข่าวสารโดยสื่อหลักที่ผู้ผลักดันใช้คือ การร่วมประชุมกันของสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติอย่างสม่ำเสมอ และสื่อสิ่งพิมพ์ ส่วนสื่อรองคือ สถานีวิทยุและโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ ที่ออกอากาศบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และสื่อเว็บไซต์ ซึ่งการใช้หลายสื่อประกอบกันนั้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีสื่อสาร ในหัวข้อกลยุทธ์การใช้สื่อ (ชาติรี ไต้ฟ้าพูล, 2556) ที่ว่าในการสื่อสารนั้นอาจใช้สื่อที่หลากหลายชนิดเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ

กลยุทธ์สุดท้ายที่ผู้ผลักดันใช้ในการผลักดันกฎหมายฉบับนี้คือ กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ ซึ่งก็คือแนวทางในการโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ต่อต้านให้เกิดการยอมรับและมีความเข้าใจที่ถูกต้องรวมทั้งหันมาเป็นแนวร่วมในการผลักดันครั้งนี้ ซึ่งกลยุทธ์การโน้มน้าวใจที่ผู้ผลักดันใช้ก็คือ

### กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ

กลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ เนื่องจากในการประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับการผลักดันเพื่อให้เกิดกฎหมายฉบับนี้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือ และการเข้าร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นฝ่ายนักกฎหมาย แพทย์ พยาบาล และภาคประชาชน ซึ่งในการประชุมแต่ละครั้งนั้น จะมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของผู้ผลักดัน และผู้ที่เห็นต่าง หรือคัดค้านความคิดที่ผู้ผลักดันเสนอ ซึ่งในความคิดเห็นที่ต่างของผู้ต่อต้านที่เกิดจากความเข้าใจผิดในเจตนารมณ์ของกฎหมาย จะถูกแก้ไขความเข้าใจผิดนั้น โดยใช้กลวิธีทำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมนั้น จะเป็นผู้ที่ชี้แจงว่าในทางปฏิบัติกฎหมายฉบับนี้จะสามารถใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างไร ซึ่งนอกจากผู้ต่อต้านจะมีความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว ประชาชนที่ร่วมฟังก็จะไขข้อข้องใจที่เกิดขึ้น และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งกลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือนั้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจของ Cooper (1960) ที่กล่าวไว้ว่า

บุคลิกลักษณะของผู้พูดที่มีความน่าเชื่อถือ จะทำให้ผู้ฟังเกิดความเชื่อ ความประทับใจ และเกิดความศรัทธาในตัวผู้พูด

### กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

กลยุทธ์การโน้มน้าวใจประเภทถัดมาที่ผู้ผลักดันใช้คือ กลยุทธ์การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้โน้มน้าวใจผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้เล็งเห็นถึงข้อดีของสิทธิมาตรา 12 และเกิดความมั่นใจที่จะใช้สิทธินี้ เนื่องจากสิทธินี้มีข้อดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยตรง 2 ข้อคือ ช่วยให้แพทย์เคารพในสิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้แล้วและได้แจ้งต่อแพทย์ แพทย์มีหน้าที่ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ อีกข้อคือ ช่วยให้ญาติของผู้ป่วยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย เพราะการยื้อชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้นต้องอาศัยค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากศาลในเรื่องของค่าเครื่องมือกู้ชีพ และค่ายารักษาโรค หากผู้ป่วยใช้สิทธิตามมาตรา 12 ผู้ป่วยจะได้รับทั้งประโยชน์โดยตรงคือไม่ทรมาณจากการเจ็บป่วย และญาติไม่ต้องแบกรับภาระที่เกินความจำเป็น กลวิธีที่ใช้คือการให้แพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เล็งเห็นถึงข้อดีของสิทธิมาตรา 12 ซึ่งกลยุทธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และกลวิธีการสื่อสาร ในหัวข้อกลยุทธ์การโน้มน้าวใจ (ธাত্রี ใต้ฟ้าพูล, 2556) ที่ว่าในการสื่อสารนั้นอาจใช้วิธีการจูงใจกลุ่มเป้าหมายโดยการให้การโน้มน้าวใจด้วยข้อดีหรือรางวัล (Reward Approach) ซึ่งจะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความสนใจ เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

### ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็น

#### ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย

สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันกฎหมายฉบับนี้ จากผลการวิจัยพบว่า เกิดจากปัญหา 2 ประเด็นคือ ปัญหาความเข้าใจผิดของผู้ต่อต้านที่คิดว่าสิทธินี้เป็นการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย และปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำหรับปัญหาแรกเกิดจากการที่แพทย์บางกลุ่มเห็นว่ากฎหมายฉบับนี้อาจทำให้เกิดความลำบากต่อการทำงานในทางปฏิบัติ เนื่องจากเข้าใจว่ากฎหมายฉบับนี้อ่อนุญาตให้แพทย์กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วย ซึ่งก็คือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อหลุดพ้นจากการทรมานจากความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งในความจริงแล้ว กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติหลังจากที่ได้ทำตามเจตนาของผู้ป่วยคือ ถอดเครื่องมือกู้ชีพออกแล้ว ทีมแพทย์ผู้รักษาจะยังคงให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ทรมาณและจากไปตามธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากการกระทำการุณยฆาตที่เมื่อแพทย์ถอดเครื่องมือกู้ชีพออก

แล้วก็ไม่ทำการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปในที่สุด ซึ่งการกระทำเช่นนี้ถือเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย ผิดจริยธรรมแพทย์ และผิดศีลธรรม การแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันใช้วิธีการอธิบายโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ซึ่งอยู่ในที่ประชุมเดียวกันกับผู้ต่อต้าน อธิบายแนวทางปฏิบัติ พร้อมทั้งเจตนาธรรมณ์ที่แท้จริงของกฎหมายให้แพทย์กลุ่มที่ต่อต้านได้เข้าใจ นอกจากนี้จะทำให้ผู้ที่ต่อต้านอ่อนลงแล้ว ประชาชนในที่ประชุมก็จะได้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงมากยิ่งขึ้นด้วย

### **ปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**

สำหรับปัญหาถัดมาคือ ปัญหาการหยุดชะงักของการดำเนินการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เนื่องจากในการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนาน เพราะต้องรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนทั่วประเทศ เพื่อประกอบให้การยกร่างพระราชบัญญัติ ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนผ่านของรัฐบาลหลายสมัย ซึ่งทำให้ขั้นตอนการดำเนินการออกกฎหมายนั้นล่าช้าออกไป วิธีการแก้ไขปัญหานี้ ผู้ผลักดันได้ใช้กลยุทธ์หลังประชาชนขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง โดยใช้กลวิธีการล่ารายชื่อประชาชนให้ได้มากที่สุดแล้วนำไปเสนอต่อภาคการเมือง เพื่อการดำเนินการต่อไป ในการออกกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งวิธีนี้ก็ได้ผลเป็นอย่างดี เพราะทางรัฐบาลเห็นว่าความเห็นของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ จึงมีการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต่อไป และในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ออกได้เป็นผลสำเร็จ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สิ่งที่ทำให้การผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประสบความสำเร็จนั้น ก็คือการอาศัยความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของฝ่ายพันธมิตรของผู้ผลักดันหลาย ๆ ฝ่าย และสิ่งที่สำคัญที่สุดในการที่ทำให้การขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้เป็นไปได้โดยราบรื่นคือ การร่วมมือกันของพลังประชาชน ที่เห็นว่าสิทธินี้พึงเกิดขึ้นในสังคมไทย เพราะเป็นสิทธิเพื่อประชาชนโดยแท้จริง เมื่อทุกฝ่ายร่วมมือกันเป็นอย่างดี และผู้สนับสนุนมีพลังเหนือผู้ต่อต้าน จึงทำให้กฎหมายฉบับนี้ออกได้โดยสำเร็จ

## **5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย**

5.3.1 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยศึกษานั้น เป็นสถานการณ์ในอดีต คือการวางรากฐานของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และกฎหมายออกโดยสำเร็จในปี 2550 ซึ่งในการศึกษาเรื่องราวในอดีตนั้นอาจมีข้อจำกัดในด้านความสมบูรณ์ของข้อเท็จจริงอาจน้อยลงไป



5.3.2 เนื่องจากผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลหลัก เมื่อมีผู้ที่ให้ข้อมูลหลักบางท่านไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหาบางเรื่องอาจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

5.3.3 คำถามสัมภาษณ์บางคำถามอาจจะละเอียดอ่อนเกินไป หรืออาจเป็นความลับในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน จึงยากแก่การที่ผู้ให้สัมภาษณ์จะตอบคำถามได้อย่างสมบูรณ์ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหาในบางเรื่องอาจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

## 5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต

5.4.1 ในการศึกษากลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น เป็นการศึกษาในด้านนิเทศศาสตร์ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการออกกฎหมาย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ควรจะมีการศึกษากระบวนการการออกกฎหมายควบคู่ไปด้วย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารประเด็นในแต่ละขั้นตอนมากยิ่งขึ้น

5.4.2 จากการวิจัยพบว่าการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันกฎหมายฉบับนี้มีการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนักกฎหมาย นักวิชาการ แพทย์ พยาบาล และภาคประชาชน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหามากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างคณะทำงานที่มีการประสานงาน หรือมีการสื่อสารกันในลักษณะอย่างไร

## 5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

5.5.1 จากผลการวิจัยเรื่องกลยุทธ์การสร้างความเข้าใจและหาแนวร่วม ซึ่งผู้ผลักดันได้ใช้กลวิธีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น และการจัดประชุมวิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการผลักดันการออกกฎหมายเรื่องอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชนได้ เนื่องจากกลวิธีดังกล่าวสามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวที่ต้องการผลักดันให้กับประชาชน และเป็นการหาแนวร่วมหรือผู้สนับสนุนในการผลักดันการออกกฎหมายนั้น ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

5.5.2 จากผลการวิจัยเรื่องกลยุทธ์การใช้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างความน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้ผลักดันได้ใช้กลวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 ให้ผู้ต่อต้านและประชาชนในที่ประชุมเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการสื่อสารการตลาดได้ในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การแถลงข่าว การมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้อธิบายข้อมูลที่ถูกต้อง จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับเรื่องราวที่ต้องการสื่อสารทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

5.5.3 จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การสื่อสารความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมาตรา 12 ให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้รับรู้ นั้น ผู้ผลักดันใช้สื่อที่แตกต่างกัน เช่น ญาติของผู้ป่วย ผู้ผลักดันใช้แพทย์หรือพยาบาลเป็นสื่อในการเผยแพร่ข่าวสาร สำหรับประชาชน ผู้ผลักดันใช้การจัดเวทีรับฟัง

ความคิดเห็น การจัดประชุมวิชาการเป็นการเผยแพร่ข่าวสาร ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ผลักดันใช้การประชุมวิชาการในการเผยแพร่ข่าวสารให้ได้รับทราบ ดังนั้นการผสมผสานหลากหลายสื่อในการเผยแพร่ข่าวสารถือเป็นกลวิธีที่เหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการสื่อสารการตลาดด้านอื่น ๆ ที่มีกลุ่มเป้าหมายหลากหลายกลุ่ม จะทำให้ข้อมูลข่าวสารนั้นเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มได้เป็นอย่างดี



## รายการอ้างอิง

- Christopher, M., Payne, A., & Ballantyne, D. (1991). *Relationship Marketing: Bringing Quality, Customer Service and Marketing Together*. Oxford/Boston: Butterworth Heinemann.
- Cooper, L. (1960). *The Rhetoric of Aristotle*. NY: Appleton-Century-Crofts.
- Johnson, G., Scholes, K., & Sexty, R. W. (1989). *Exploring Strategic Management*. Scarborough, Ontario: Prentice Hall Canada.
- Judson, A. S. (1990). *Making Strategy Happen: Transforming Plans into Reality*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell.
- Porter, M. E. (1987). From Competitive Advantage to Corporate Strategy. *Harvard Business Review*, 45(2), 43-57.
- Schultz, D. E., Tannenbaum, S. I., & Lauterborn, R. F. (1992). *Integrated Marketing Communication*. Lincolnwood, Ill: NTC Business Books.
- Seitel, F. P. (2006). *The Practice of Public Relations (10th ed)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Smith, R. D. (2002). *Strategic Planning for Public Relations*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilcox, D. L., Cameron, G. T., Reber, B. H., & Shin, J. (2011). *Think: Public Relations*. Boston: Allyn & Bacon.
- กวีวัฒน์ วีรกุล. ประธานคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย และประธานศูนย์บริการศิริราช. สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2558.
- จตุพร ปริญโญกุล. (2554). กลยุทธ์การบริหารประเด็นเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาญชัย วสันตยานันท์. (2551). การรณยฆาตกับสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์. ประธานองค์กรแพทย์ศิริราช. สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2558.
- ดารณี ภัทรมังกร. (2548). สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนองที่จะตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- ไทยรัฐออนไลน์. (2554). แพทยสภาเตรียมฟ้องศาลปกครองเพิกถอนสิทธิการตาย. วันที่เข้าถึงข้อมูล 17 มีนาคม 2558, แหล่งที่มา <http://www.thairath.co.th/content/182965>
- ชาติรี ใต้ฟ้าพูล. (2556). หลักการวางแผนสื่อสารการตลาดเชิงกลยุทธ์. เอกสารประกอบการสอนวิชาการวางแผนกลยุทธ์และการประเมินผลเพื่อการสื่อสารแบบบูรณาการ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- นิรชา อัครธีรากุล. รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 10 กุมภาพันธ์ 2558.
- บาทหลวงเชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2546). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตาย. แสงธรรมปริทัศน์(ฉบับที่ 3 ).
- บาทหลวงวุฒิชัย อ่องนาวา. (2548). มนุษย์คือบุคคลผู้เป็นฉายาของพระเจ้า แนวคิดเรื่องมนุษย์ของพระสันตะปาปา ยอห์น ปอล ที่ 2. แสงธรรมปริทัศน์(ฉบับที่ 3 ).
- ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง. แพทย์ประจำศูนย์บริรักษ์ศิริราช. สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2558.
- ประทุม ฤกษ์กลาง. (2551). ยุทธศาสตร์การวางแผนการประชาสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์. (2529). การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสิทธิ์ คิมประเสริฐ. สามีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สัมภาษณ์, 22 กุมภาพันธ์ 2558.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2558. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2550). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์. กรุงเทพมหานคร: ธีระอรุณการพิมพ์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2546). ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2548). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- พัชนี เขยจรรยา, เมตตา วิวัฒนานุกูล, & ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. (2538). แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- พีรพงศ์ ตั้งจิตเจริญ. (2548). การให้ความหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย และการยอมรับของพยาบาลต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ไพศาล ลิ้มสถิตย์. นักวิชาการศุนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สัมภาษณ์, 14 กุมภาพันธ์ 2558.
- ภัคคพงศ์ วงศ์คำ. นักวิชาการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 10 กุมภาพันธ์ 2558.
- มดิชน. (2554). แพทยสภาเคลียร์ปมขัดแย้งสิทธิการตาย. วันที่เข้าถึงข้อมูล 17 มีนาคม 2558, แหล่งที่มา <https://suchons.wordpress.com>
- มหาวิทยาลัยแม่โจ้. (2545). ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ทางออกเมื่อถูกรัฐบาลดองเค็ม. วันที่เข้าถึงข้อมูล 26 มีนาคม 2558, แหล่งที่มา <http://lms.mju.ac.th>
- ยุบล เป็ญจรงค์กิจ. (2554). การวางแผนและการประเมินผลการสื่อสารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.
- ราตรี ฉิมฉลอง. พยาบาลประจำศูนย์บริการศิริราช. สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2558.
- ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร. แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2558.
- วดี ภิญญาทรัพย์. (2556). กลยุทธ์การสื่อสารทางสังคมเพื่อคัดค้านการขนถ่ายอานหินที่บางปะกงและศรีราชา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวิทย์ พงศ์ไพจิตร. (2545). ความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วารี ทองจันทร์. มารดาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สัมภาษณ์, 22 กุมภาพันธ์ 2558.
- วิกิพีเดีย. (2555). การวิงเต้น. วันที่เข้าถึงข้อมูล 26 ธันวาคม 2557, แหล่งที่มา <http://th.wikipedia.org/wiki/การวิงเต้น>
- วิชาญ พรหมรินทร์. สามีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สัมภาษณ์, 22 กุมภาพันธ์ 2558.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2540). บทความการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ”. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- วิรัช ลภีรัตนกุล. (2543). วาณิชและวาณิชศิลป์ : หลักวิธีและวิธีปฏิบัติยุคศหัสวรรษใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัช ลภีรัตนกุล. (2552). กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ในภาวะวิกฤตและการบริหารภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลย์วรรณ ชัยรัตนมโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิชญ์ สุวรรณเพิ่ม. (2525). การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วีรมล จันทรัตน์. นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2558.
- ศรัณย์ ชาติลักษณ์. (2554). บทส่งท้ายภูมิคุ้มกันคอร์รัปชันปี พ.ศ. 2553. วันที่เข้าถึงข้อมูล 26 ธันวาคม 2557, แหล่งที่มา <http://www.bangkokbiznews.com>
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2552). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศักดิ์ สติระเรื่องชัย. กรรมการองค์กรแพทย์ศิริราช. สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2558.
- สหไทย ไชยพันธุ์. (2555). แนวคิดทฤษฎีการพูดสื่อสารในสังคม. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(3), 153.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2552). การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (*Living Will*). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (*Palliative Care*). นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). สถานีวิทย์และโทรทัศน์สุขภาพแห่งชาติ. วันที่เข้าถึงข้อมูล 25 มีนาคม 2558, แหล่งที่มา <http://www.nationalhealth.or.th>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. วันที่เข้าถึงข้อมูล 25 มีนาคม 2558, แหล่งที่มา <http://www.nationalhealth.or.th>
- สิวลี ศิริโล. (2523). ปัญหาปรัชญาในทางการแพทย์. รายงานการวิจัยภาคมนุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ธรรัตน์. (2527). ศาสนาเปรียบเทียบ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนธนาคารพิมพ์.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2552). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- เสรี พงศ์พิศ. (2531). ศาสนาคริสต์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสรี วงษ์มณฑา. (2540). การประชาสัมพันธ์เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: เอ เอ็น การพิมพ์.
- เสาวนีย์ จิตหมวด. (2535). วัฒนธรรมอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ทางนำ.

- อรรวรรณ ปิลาพันธ์โหวาท. (2549). การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2552). ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม 3). นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ดี  
จำกัด.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2555). ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม 4). นนทบุรี: พีเอ็นเอส ครี  
เอชั่น.
- อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร. ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 10 กุมภาพันธ์  
2558.
- ฮัซรัท มिरซา กุลาม อะรรมัด แห่งคาเตียน. (2539). ปรัชญาแห่งคำสอนของศาสนาอิสลาม (สฟีลา  
เฟลคเนอร์, แปลโดย). สงขลา: สมาคมอะห์มาดีเยียมสลิม ประเทศเยอรมันนี.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

พระราชบัญญัติ  
สุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. ๒๕๕๐

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.  
ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

เป็นปีที่ ๖๒ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมายระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล

“สมัชชาสุขภาพ” หมายความว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการสรรหา” หมายความว่า คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการบริหาร” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารสำนักงาน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“กรรมการบริหาร” หมายความว่า กรรมการในคณะกรรมการบริหาร

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์กรมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวง เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หมวด ๑ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง

มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ  
ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและ  
เหมาะสมด้วย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๗ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไป  
เปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความ  
ประสงค์ของบุคคล นั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณี  
สำนักงานใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น  
เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้าน  
สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้  
ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการ  
ใด จะให้บริการนั้นมิได้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการ  
ปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้อง  
รับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่าง  
ร้ายแรง สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความ  
ช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่ง  
เป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์  
หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๙ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการ  
เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการ  
ทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ความยินยอมดังกล่าว ผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๑๐ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น  
หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล  
ของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๑๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วม  
ในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ  
บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงาน  
ของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของ  
ตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ  
สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจาก  
การเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์  
และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง  
เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรค  
หนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

หมวด ๒  
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๑๓ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.”  
ประกอบด้วย

- (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็น  
ประธานกรรมการ
- (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ
- (๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็น  
กรรมการ
- (๔) ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (๕) ประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกรรมการ
- (๖) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ
- (๗) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรหนึ่งคน  
เป็นกรรมการ
- (๘) ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค  
ศิลปะ ซึ่งเลือกกันเองจำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ
- (๙) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดย  
เลือกกันเองจำนวนหกคน เป็นกรรมการ
- (๑๐) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติ  
บุคคลหรือไม่ ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสิบสามคน เป็นกรรมการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้เลขธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขธิการแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๑๕ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (๓) ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- (๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๕) ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออกหรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๖) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๑๕ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) ให้ดำเนินการ ดังนี้  
 (๑) ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยาและหัวหน้าผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะทำนองเดียวกัน ดำเนินการเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๒) ให้นายกเทศมนตรีทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๓) ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๔) ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งเลือกกันเองให้ได้กรรมการหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 การเลือกกรรมการตาม (๒) (๓) และ (๔) คณะกรรมการสรรหาจะจัดให้มีการประชุมเพื่อเลือกกันเอง หรือจะจัดให้มีการสมัครและให้ลงคะแนนเลือกกันเองทางไปรษณีย์หรือวิธีอื่นใดก็ได้ทั้งนี้ ตามวิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๑๖ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๘) ให้เป็นไปตามวิธีการที่คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๑๗ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๙) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 ในการกำหนดหลักเกณฑ์ตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการสรรหาแยกกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ เป็นหกกลุ่ม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิชองแต่ละกลุ่มเลือกกันเองได้กรรมการกลุ่มละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การจัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ใดอยู่ในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มใด ให้เป็นไปตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความจำนงต่อคณะกรรมการสรรหา และคณะกรรมการสรรหาจะเสนอชื่อบุคคลเข้าอยู่ในบัญชีรายชื่อของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละกลุ่มตามที่เห็นสมควรด้วยก็ได้ แต่ต้องไม่เกินหนึ่งในสามของจำนวน ผู้ทรงคุณวุฒิที่แสดงความจำนงในแต่ละกลุ่ม เว้นแต่มีผู้แสดงความจำนงน้อยกว่าห้าคน ให้คณะกรรมการสรรหาเสนอได้ไม่เกินห้าคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแสดงความจำนงเพื่อเข้าอยู่ในกลุ่มใดตามวรรคสามต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่คณะกรรมการสรรหากำหนดสำหรับกลุ่มนั้น และจะแสดงความจำนงเข้าอยู่ในกลุ่มใดเกินหนึ่งกลุ่มมิได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การแยกกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสองให้ประกาศให้ประชาชนทราบเป็นการทั่วไปล่วงหน้าไม่น้อยกว่าหกสิบวันก่อนมีการเลือก และให้ประกาศแยกกลุ่มใหม่ทุกครั้งที่จะมีการเลือก

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๑๘ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๑๐) ให้คณะกรรมการสรรหาดำเนินการดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) จัดกลุ่มขององค์กรภาคเอกชนตามลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) จัดให้องค์กรภาคเอกชนในแต่ละจังหวัดที่ประสงค์จะมีส่วนร่วมมาขึ้นทะเบียนในกลุ่มต่างๆ ตาม (๑)

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) จัดให้ผู้ซึ่งมีหนังสือมอบหมายให้เป็นผู้แทนขององค์กรภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนตาม (๒) ของแต่ละจังหวัดมาเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๔) จัดให้ผู้ได้รับการเลือกเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มในแต่ละจังหวัดตาม (๓) มาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือผู้แทนจังหวัดละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๕) ประกาศกำหนดพื้นที่ของประเทศออกเป็นสิบสามเขต โดยให้กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งเขต และให้ผู้แทนตาม (๔) ของแต่ละจังหวัดในแต่ละเขต ยกเว้นกรุงเทพมหานครมาประชุมร่วมกันและเลือกกันเองให้เหลือเขตละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๑๙ ให้มีคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง ซึ่ง คสช. แต่งตั้ง ประกอบด้วย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๗) (๘) (๙) หรือ (๑๐) หนึ่งคน เป็นประธานคณะกรรมการสรรหา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ศาสตราจารย์ของมหาวิทยาลัยของรัฐซึ่งมิใช่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหนึ่งคน ผู้ประกอบอาชีพสื่อมวลชนหนึ่งคน ผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้แทนตามกฎหมายขององค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่แสวงหากำไรหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เป็นกรรมการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) เลขานุการเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๒๐ ให้คณะกรรมการสรรหามีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดวิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลา ตลอดจนดำเนินการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ใน มาตรา ๑๕ มาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

(๒) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการสรรหามอบหมาย

มาตรา ๒๑ กรรมการตามมาตรา ๑๓ (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี โดยกรรมการตามมาตรา ๑๓ (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งแทนตนจะเข้ารับหน้าที่

เมื่อกรรมการจะพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งปี และยังมีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ หรือแม้ไม่มีกรรมการประเภทเดียวกันเหลืออยู่ แต่มีวาระเหลืออยู่ไม่ถึงหนึ่งร้อยแปดสิบวัน จะไม่ดำเนินการเลือกเพื่อแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้

และในกรณีนี้ให้ คสช. ประกอบด้วยกรรมการที่เหลืออยู่

มาตรา ๒๒ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓

(๖) พ้นจากตำแหน่งเมื่อพ้นจากตำแหน่งตามที่ระบุไว้ในมาตรา ๑๕ (๑) (๒) (๓) หรือ (๔) แล้วแต่กรณี

มาตรา ๒๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๓

(๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) คสช. มีมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้

ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(๕) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๔

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา



มาตรา ๒๔ หลักเกณฑ์และวิธีการการประชุม คสช. และการปฏิบัติงานของ คสช. ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

มาตรา ๒๕ ให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

(๒) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว พร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย

(๓) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

(๔) จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

(๖) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้

(๗) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหาร และสำนักงาน

(๘) แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย

(๙) วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีค่าใช้จ่ายประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้

(๑๐) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อเสนอนแนะหรือคำ ปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตาม (๒) ต้องสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคำนึงถึงข้อเสนอนแนะของสมัชชาสุขภาพด้วย

#### หมวด ๓

#### สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๒๖ ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น

ให้สำนักงานมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี  
กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน แต่พนักงานและลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว

มาตรา ๒๗ ให้สำนักงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- (๑) รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร
- (๒) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ
- (๓) สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้
- (๔) ดำเนินการเพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช.
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือ คสช. มอบหมาย

มาตรา ๒๘ รายได้ของสำนักงาน ประกอบด้วย

- (๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
- (๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- (๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสำนักงาน
- (๔) รายได้จากการดำเนินกิจการของสำนักงาน
- (๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

มาตรา ๒๙ บรรดารายได้ของสำนักงานตามมาตรา ๒๘ ไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดีและบุคคลใดจะยกอายุความขึ้นเป็นข้อต่อสู้สำนักงานในเรื่องทรัพย์สินของสำนักงานมิได้  
บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ตามมาตรา ๒๘ (๒) (๓) (๔) หรือ (๕) ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหาประโยชน์  
จากทรัพย์สินของสำนักงาน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยใช้เงินรายได้ตามมาตรา ๒๘ (๑)  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้ตกเป็นที่ราชพัสดุ แต่สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหา  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ประโยชน์ได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๓๐ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะกรรมการบริหารกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารทราบอย่าง  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา น้อยปีละครั้ง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้สำนักงานจัดทำงบการเงินซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบดุลและบัญชีทำ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในทุกรอบปีให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กรรมการบริหารแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีและ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสำนักงาน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะห์  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ว่าการใช้จ่ายดังกล่าว เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา รายงานผลการสอบบัญชี เสนอต่อ คสช.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี ให้สำนักงานทำรายงาน  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ประจำปีเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อเสนอต่อ คสช. และรัฐมนตรีเพื่อทราบ โดยแสดงงบ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การเงินและบัญชีทำการที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้องแล้ว พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา รวมทั้งแสดงผลงานของสำนักงานในปีที่ล่วงมาด้วย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๓๑ ให้มีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงาน  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ขึ้นตรงต่อ คสช. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสำนักงาน และเป็นผู้บังคับบัญชา  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา พนักงานและลูกจ้างในสำนักงาน โดยอาจมีรองเลขาธิการตามจำนวนที่คณะกรรมการบริหาร  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กำหนดเป็นผู้ช่วย สั่งและปฏิบัติงานตามที่เลขาธิการมอบหมายก็ได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คุณสมบัติของเลขาธิการและรองเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหาร  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้นายกรัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งเลขาธิการจากบุคคลที่คณะกรรมการบริหาร  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คัดเลือก และ คสช. ให้ความเห็นชอบแล้ว

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขาธิการตามวรรคสามให้เป็นไปตามระเบียบที่  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คสช. กำหนด สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการมีอำนาจแต่งตั้งรองเลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา บริหาร

## - ๑๑ - สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๓๒ ให้เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เมื่อเลขาธิการพ้นจากตำแหน่ง ให้รองเลขาธิการพ้นจากตำแหน่งด้วย

เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งกรรมการบริหารคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

ในกรณีที่เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขาธิการที่คณะกรรมการบริหารกำหนดเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขาธิการหรือรองเลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งพนักงานของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา ๓๓ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ถูกจำคุก

(๔) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่ผ่านการประเมิน ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนดโดยความเห็นชอบของ คสช.

มาตรา ๓๔ เลขาธิการมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร

(๒) จัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงานเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่ออนุมัติ

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสำนักงาน ตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด

(๔) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะรัฐมนตรี คสช. และคณะกรรมการบริหารมอบหมาย

มาตรา ๓๕ เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นของเลขาธิการให้คณะกรรมการบริหารกำหนดตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา ๓๖ ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงานในกิจการของสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนดก็ได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๓๗ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย  
 (๑) ประธานกรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากกรรมการ  
 (๒) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน  
 (๓) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน  
 (๔) เลขานุการเป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ  
 คุณสมบัติ หลักเกณฑ์และวิธีการในการสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิตาม (๓) ให้เป็นไป  
 ตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๓๘ การดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง การประชุมและการ  
 ปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร ให้เป็นไปตามระเบียบที่ คสช. กำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๓๙ คณะกรรมการบริหารมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๑) กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานให้เกิดการ  
 จัดการที่ดีมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่  
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๒) กำหนดคุณสมบัติของเลขานุการและรองเลขานุการ และดำเนินการคัดเลือก  
 เลขานุการตามระเบียบที่ คสช. กำหนด  
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๓) อนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ  
 ประจำปีของสำนักงาน สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๔) ออกข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้  
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๕) จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและรายงานต่อ คสช.  
 อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง  
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๖) จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขานุการ  
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๗) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหาร

มอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 (๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ คสช.

มอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 หมวด ๔  
 สมัชชาสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
 มาตรา ๔๐ การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น  
 หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะ  
 ประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ในกรณีที่สมาชิกสภาตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

มาตรา ๔๑ ให้ คสช. จัดให้มีสมาชิกสภาแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

มาตรา ๔๒ ในการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ ให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่ คสช. กำหนด กรรมการตามวรรคหนึ่งให้แต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอัตราส่วนที่ คสช. กำหนด ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของจำนวนกรรมการตามวรรคหนึ่ง

ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา ๔๓ ให้คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติ มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมาชิกสภาแห่งชาติ กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสามสิบวันก่อนวันประชุม

มาตรา ๔๔ ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมาชิกสภาแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติกำหนดตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติกำหนด

นอกจากผู้ลงทะเบียนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการจัดสมาชิกสภาแห่งชาติจะกำหนดให้เชิญบุคคล ผู้แทนหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภาคเอกชนตามที่เห็นสมควรมาร่วมประชุมด้วยก็ได้

มาตรา ๔๕ ในกรณีที่สมาชิกสภาแห่งชาติมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติ หรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป

#### หมวด ๕ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๔๖ ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็น  
และข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว  
ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา  
ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี

มาตรา ๔๗ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

(๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

(๓) การจัดทำมีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

(๔) การสร้างเสริมสุขภาพ

(๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

(๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

(๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ  
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

(๘) การคุ้มครองผู้บริโภค

(๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

(๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

(๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

(๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรา ๔๘ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์  
ด้านสุขภาพตามมาตรา ๒๕ (๒) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผู้พันหน่วยงานของรัฐ  
และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

## หมวด ๖

### บทกำหนดโทษ

มาตรา ๔๙ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๗ หรือมาตรา ๙ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหก  
เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ความผิดตามมาตรานี้เป็นความผิดอันยอมความได้

### บทเฉพาะกาล

มาตรา ๕๐ ให้โอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน และเงินงบประมาณของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ไปเป็นของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ให้โอนพนักงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปเป็นพนักงานของสำนักงานตามพระราชบัญญัตินี้

ข้าราชการและลูกจ้างผู้ใดถูกสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติงานที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อได้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขาธิการภายในหกสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้โอนมาเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสำนักงานนับแต่วันที่แสดงความจำนง

มาตรา ๕๑ ให้นำบรรดาข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมาใช้บังคับกับการปฏิบัติงานของสำนักงานโดยอนุโลม จนกว่าจะได้มีข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕๒ ให้ถือว่าข้าราชการที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ให้ถือว่าลูกจ้างที่โอนมาตามมาตรา ๕๐ ออกจากงานเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

มาตรา ๕๓ ให้นำความในมาตรา ๕๒ มาใช้บังคับกับการออกจากราชการหรือออกจากงานของข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการที่สำนักงานรับเข้าทำงานด้วยโดยอนุโลม แต่ข้าราชการหรือลูกจ้างนั้นต้องแสดงความจำนงเป็นหนังสือสมัครเข้าทำงานต่อสำนักงานภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๕๔ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ปฏิบัติหน้าที่เลขาธิการไปจนกว่าจะมีการแต่งตั้งเลขาธิการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕๕ ในวาระเริ่มแรก ให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาตาม มาตรา ๑๙ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา



สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) ประธานกรรมการสรรหาตามมาตรา ๑๙ (๑) ให้แต่งตั้งจากผู้เคยดำรง  
ตำแหน่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติตามระเบียบสำนัก  
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
(๒) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๑๙ (๒) ให้นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งตาม  
ข้อเสนอแนะของเลขาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา  
ให้คณะกรรมการสรรหาดำเนินการตามมาตรา ๒๐ ให้แล้วเสร็จภายในสองร้อยสี่  
สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ  
พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา



ภาคผนวก ข  
กฎกระทรวงตามมาตรา 12  
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## กฎกระทรวง

กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา  
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต  
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

พ.ศ. ๒๕๕๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ 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 ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และคิดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมาณจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมาณทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“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) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย



เล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๒๑ ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

---

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุฑ

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนา โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

นายกรัฐมนตรี

จурินทร์ ลักขณวิศิษฏ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก หน้า ๒๒ ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓

---

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



ภาคผนวก ค

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข  
ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข  
ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตาม  
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข  
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต  
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

หน้า ๑๓

เล่ม ๑๒๘ ตอนพิเศษ ๕๖ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

## ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

เพื่อให้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาได้อย่างถูกต้องสมดังเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้เป็นไปตามแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔

อำพล จินดาวัฒนะ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่งตามปฏิญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. ๑๙๘๑ (แก้ไขปรับปรุง ค.ศ. ๒๐๐๕) โดยรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรมว่า เป็นเรื่องสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (the Right to self-determination) สอดคล้องกับเรื่อง การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (Good death) โดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งการตายด้วยวิธีการรักษาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร (Futile treatment)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ยืนยันเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ในมาตรา ๔, มาตรา ๒๘ และ มาตรา ๓๒ วรรคหนึ่ง และสิทธิในการตัดสินใจของตนเองเรื่องการรักษาพยาบาล ถือเป็นเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

#### คำแนะนำเบื้องต้น

๑) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไม่ใช่การทำการุณยฆาต(Mercy killing) แต่อย่างใด

๒) มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน

๓) ผู้ที่ควรทำหนังสือนี้เป็นลำดับต้น ๆ น่าจะได้แก่ ผู้ที่ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทกับการดำเนินชีวิตของตน ที่ประสงค์จะให้การเสียชีวิตของตนมีลักษณะเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ตามแนวทางศาสนาที่ตนนับถือ หรือตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ไม่ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

๔) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่ มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจทำหนังสือนี้ ในกรณีของผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ แต่อย่างไรก็ดี การพูดคุยและปรึกษาหารือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้าน

สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งอันเกิดมาจากการรับบริการสาธารณสุข

๕) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง โดยโรงพยาบาลต่างๆสามารถไปออกแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพิ่มเติมได้ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

### กฎกระทรวง ข้อ ๑

ข้อ ๑ กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

โดยที่กฎกระทรวงประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ดังนั้นกฎกระทรวงจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

### กฎกระทรวง ข้อ ๒ คำนิยาม

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุมความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือที่ไม่ต้องการรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาบางอย่าง ในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนาโดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อากาศทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้

หนังสือนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถวางแผนการรักษาได้ โดยใช้หนังสือดังกล่าวเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุเนื้อหาของการแสดงเจตนาในกรณีใดกรณีหนึ่ง หรือทั้งสองกรณีดังต่อไปนี้ได้

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตายไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น, การใช้เคมีบำบัด, การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฯลฯ

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ทำหนังสือปฏิเสธไว้ ได้แก่ การรักษาที่เกินความจำเป็น (Futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผลเพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยถูกละทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง(Palliative care)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น “วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญาและสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน”

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ (Inevitably progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยให้บรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือนแล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้เอง แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณา วาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ ต้องพิจารณาเป็นกรณีๆไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่า สภาพผักถาวร (Persistent/ permanent vegetative state – PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการ

แพทย์ในการพุงชีวิตไว้ การที่จะใช้ชีวิตอยู่แบบนั้นเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไป ทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อญาติ

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ความเจ็บป่วยจัดเป็นอาการผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ความเจ็บป่วยจึงเป็นความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ควรยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยจริงถ้าผู้นั้นระบุว่าอาการที่มีคือความเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องนี้จะต้องคำนึงถึงสภาพและความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นกรณีๆไปด้วย

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจ ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายหรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น

“ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามกฎหมายกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่รัฐมนตรีกำหนด

“ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายกระทรวงนี้ ได้แก่ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

#### กฎกระทรวง ข้อ ๓

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 บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจจะบรูายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

##### (๑) คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎกระทรวงตามมาตรา นี้ มิได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์อายุ ๑๘ ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุครบ ๑๘ ปีบริบูรณ์ มีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

##### (๒) การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาและสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้หรือไม่ โดยการพิจารณาเหล่านี้ควรใช้วิจารณญาณของผู้ประเมินตลอดจนคำนึงถึงข้อจำกัดและสภาพแวดล้อมในเวลานั้นเป็นสำคัญ แต่หากผู้นั้นยังมีสภาพอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ก็อาจนัดให้มาทำหนังสือในภายหลังได้ หรืออาจปรึกษาจิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

##### (๓) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอธิบายแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ ผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นในกรณีที่เป็นผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรอธิบายแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและความเป็นไปของโรคที่เป็นจริงในขณะนั้นให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำหนังสือ ไม่ควรปกปิดข้อมูลเพราะการปกปิดมักจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี หากเป็นความต้องการของญาติที่จะปกปิดข้อมูลแล้ว แพทย์ควรที่จะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิดและหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนทักษะเรื่อง “การแจ้งข่าวร้าย” (breaking bad news) แก่ผู้ป่วยและญาติ

(๔) เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาจึงควรมีข้อมูลตามที่ระบุไว้ตามกฎหมายกระทรวง ข้อ ๓ (گردادا رایلائیادین ادوا یانگ) หนังสือแสดงเจตนาในภาคผนวก) ดังนี้

๑) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการติดต่อ

การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนไข้ที่อยู่ในการดูแลของตนเอง และหากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จนอาจได้รับการศึกษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

๓) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่ยื้อชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตามผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด, การใช้เคมีบำบัด, การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ, การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น, การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว, การถ่ายเลือด, การล้างไต เป็นต้น

๔) การทำหนังสือแสดงเจตนา ทำได้ ๒ วิธีการคือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสามารถพูดคุยนได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้ และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ(หรือนิ้วมืออื่น)ของผู้แสดงเจตนา ในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน

(๕) การระบุชื่อผู้ใกล้ชิด

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อผู้ใกล้ชิด(เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือหรือไว้วางใจ)ซึ่งตามกฎหมายเรียกว่า “ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา” ไว้เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือร่วม



ปรึกษาหารือและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในขณะที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ

**(๖) คำแนะนำการลงนามเป็นพยานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข**

กฎหมายไม่ได้ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ลงนามเป็นพยานในหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตามแพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาที่ตนเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องมาจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาหรือละทิ้งเพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้

**รายละเอียดอื่น ๆ ในหนังสือแสดงเจตนา**

หนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา ให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร โดยคำนึงถึงศักยภาพ ภาระหน้าที่ของบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นเป็นสำคัญ

**กฎกระทรวง ข้อ ๔**

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

**คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน**

แม้ว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ แต่เพื่อความรอบคอบในการทำหนังสือ ควรขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ฉะนั้นการทำหนังสือที่สถานบริการสาธารณสุขจึงมีประโยชน์ กล่าวคือผู้ทำหนังสือสามารถขอคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รักษาหรือเคยให้การรักษาดตนเอง ถือเป็นกรวางแผนการรักษาล่วงหน้าร่วมกัน

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ควรอำนวยความสะดวกตามสมควร กล่าวคือ ดำเนินการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป แต่ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขไม่ควรชี้แนะหรือเร่งรัดการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดการเข้าใจผิดว่าจะละทิ้งผู้ป่วยเพราะไม่อาจรักษาโรคได้แล้ว

สถานบริการสาธารณสุขควรที่จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การจัดป้ายนิเทศ การทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่สนใจหนังสือแสดงเจตนาเข้ามาปรึกษาหารือหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา

### กฎกระทรวง ข้อ ๕

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ไต่ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

#### (๑) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

เป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมายนำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียน และส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

#### (๒) ข้อพึงปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการจัดบันทึกข้อมูล

ในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยหรือเวชปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหนังสือแสดงเจตนา แพทย์ควรจัดบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน ในกรณีพยาบาลควรจัดบันทึกข้อมูลลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Note)

#### (๓) การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวง ข้อ ๓ หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับรักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยาบาลหรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ

#### (๔) คำแนะนำในการจัดเก็บข้อมูลหนังสือแสดงเจตนา

๑) การเก็บหนังสือแสดงเจตนาลงในเวชระเบียนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารเจตนาของผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขด้วยกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติและมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.)

๒) เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับหนังสือแสดงเจตนาไว้ ให้ถ่ายสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและขอให้ผู้ทำหนังสือรับรองความถูกต้องของสำเนาแล้วเก็บสำเนาไว้ในเวชระเบียนของผู้นั้น หรือบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและควรส่งคืนต้นฉบับหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเก็บรักษาไว้เอง

๓) หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถูกย้ายไปรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นให้ทำสำเนาหนังสือแสดงเจตนาฉบับเดิมเพิ่มอีก ๑ ชุด ส่งพร้อมกับสรุปประวัติการรักษาให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้รับนั้นเข้ารับการรักษาตัวต่อไป

๔) ถ้าได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว และต่อมาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลง ให้เก็บสำเนาหนังสือฉบับไว้ในเวชระเบียนของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

สิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรทราบคือ ข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการสาธารณสุข จึงควรเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับเช่นเดียวกับเวชระเบียน

#### การยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสิทธิยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาเมื่อใดก็ได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

##### ๑) กรณียกเลิกหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถทำลายหรือขีดฆ่าหนังสือแสดงเจตนา และแจ้งด้วยวาจาแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาน ผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เคยรับทราบเรื่องการทำหนังสือนี้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขทราบเรื่องนี้ อาจขอให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาบันทึกเรื่องการยกเลิกหนังสือดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น บันทึกไว้ในสำเนาหนังสือแสดงเจตนาและลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้

ถ้ามีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขต้องแจ้งการยกเลิกดังกล่าวให้สถานบริการสาธารณสุขนั้นทราบโดยเร็ว

##### ๒) กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนา

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของหนังสือเมื่อใดก็ได้ เช่น หนังสือฉบับเดิมจัดทำเมื่อหลายปีมาแล้วทำให้มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไปหรือมีเนื้อหาบางส่วนไม่ชัดเจน ผู้ทำหนังสือสามารถแก้ไขโดยขีดฆ่าหรือเพิ่มเติมข้อความใหม่ในหนังสือแล้วลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือกำกับไว้หรือจะให้บุคคลอื่นเขียนแทนก็ได้ โดยมีพยานรู้เห็นยืนยันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อความนั้น และควรระบุวันที่แก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย

นอกจากนี้หากมีสำเนาหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้ที่สถานบริการสาธารณสุข เจ้าของสำเนาหนังสือแสดงเจตนาฉบับนั้นต้องไปแก้ไขสำเนาหนังสือแสดงเจตนาให้ตรงกับที่แก้ไขใหม่ด้วย

กรณีที่มีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

๓) หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกการแก้ไขหรือยกเลิกนั้นลงในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย

### กฎกระทรวง ข้อ ๖

#### กฎกระทรวงข้อ ๖ (๑) และ (๒)

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

#### คำอธิบายและแนวทางการปฏิบัติงาน

##### ข้อ ๖ (๑) และ (๒)

การให้ข้อมูลเพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

##### ๑) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มีหน้าที่อธิบายข้อมูลภาวะและความเป็นไปของโรคแก่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อขอคำยืนยันการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ทำหนังสืออาจขอระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไว้เป็นการชั่วคราวหรือไม่ให้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเลย หรืออาจยืนยันให้ดำเนินการตามที่ระบุในหนังสือแสดงเจตนาก็ได้

##### ๒) ในกรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา สามารถอธิบายภาวะและความเป็นไปของโรคของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้แก่บุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนากำหนดให้มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดให้ผู้ใดทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของตนไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอธิบายต่อญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและแนวทางการดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในอนาคต

ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรย้ำว่าได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่ยังให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมาน

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ทำหน้าที่ในการอธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของตนไว้และผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิด ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสำคัญ

#### กฎกระทรวงข้อ ๖ (๓)

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ปัญหาการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา และการป้องกันและแก้ไขข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น กรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่พอที่จะติดต่อสื่อสารได้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาควรปรึกษารือกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาปรึกษารือกับผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อไว้

ถ้าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้กำหนดผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปรึกษารือกับญาติใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ

หากไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันระหว่างฝ่ายผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกับฝ่ายญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือและหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นสำคัญ

สถานบริการสาธารณสุขอาจพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นทางวิชาการ ในเรื่องของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้ นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมยังอาจกำหนดนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติของสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องนี้ได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของตนเป็นสำคัญ

#### กฎกระทรวงข้อ ๖ (๔)

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครุภ

การระงับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาระหว่างการตั้งครุภ

กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ระหว่างการตั้งครุภ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระงับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นการชั่วคราวจนกว่าผู้นั้นจะพ้นจากสภาพการตั้งครุภเพื่อคุ้มครองชีวิตในครุภของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

**(๑) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในกรณีเหตุฉุกเฉิน**

กรณีผู้ป่วยมีเหตุฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

แต่เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ระยะหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษาคควรเคารพเจตนาของผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนา โดยควรแจ้งให้ผู้อำนาจที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนา พยาน หรือบุคคลที่มีชื่อปรากฏในหนังสือแสดงเจตนาทราบแล้วดำเนินการตามหนังสือ โดยในการดำเนินการนั้นให้พิจารณาหลักการดูแลรักษาแบบประคับประคองควบคู่กันไปด้วย

**(๒) การพิจารณายุติการให้การรักษาที่ได้ดำเนินการไปแล้ว**

กรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวมารักษาในสถานบริการสาธารณสุขและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบว่าผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาควรพิจารณายุติการรักษาที่ดำเนินการไปแล้ว (Withdraw) แต่ยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาควรพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนา ก่อนดำเนินการในเรื่องนี้ เพื่อป้องกันความเข้าใจผิด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการปฏิบัติที่นำมาพิจารณาปรับใช้ได้ โดยควรพิจารณาปัจจัยประกอบต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยในระยะยาว ความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ ภาระค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย ฯลฯ เป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ ต้องไม่ถือเอาผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นตัวตัดสิน

**(๓) การส่งตัวผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาที่ทำหนังสือแสดงเจตนากลับบ้าน**

ในกรณีที่ผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาระบุความต้องการที่จะกลับบ้านไว้ เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอำนวยความสะดวกในการส่งผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตที่บ้านแล้ว เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรประสานงานให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาให้ความเห็นเพื่อใช้ประกอบการขอใบมรณบัตรตามความเหมาะสม

**(๔) ผลทางกฎหมายต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง**

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ดูแลรักษาผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนาตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อให้ผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปฏิบัติตามความประสงค์ที่แสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ถือเป็นการผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญาแต่อย่างใด ทั้งนี้เนื่องมาจากกฎหมายต้องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเกิดความสบายใจไม่ต้องกังวลว่าจะมีความผิดเมื่อได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

ในทางกลับกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ยินยอมปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนา แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่แจ้งให้ผู้อำนาจหนังสือแสดงเจตนา ญาติหรือผู้

ใกล้ขีดทราบถึงเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา แต่อย่างไรก็ตามผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาควรแนะนำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขท่านอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาตามความเหมาะสม

## ภาคผนวก

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปนี้อาจแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ กรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ในเว็บไซต์ [www.thailivingwill.in.th](http://www.thailivingwill.in.th)

### คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู
๒. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้
๓. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้นั้นกำกับไว้ในหนังสือนั้นด้วย
๔. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี
๕. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ ๑ ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือหรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ
๖. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด
๗. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง



๘. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือ สอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่ .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า(ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี  
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 ที่อยู่ติดต่อได้.....  
 เบอร์โทรศัพท์ .....เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาวะเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <p><b>ไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย</b> หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบนั้น</p>   | <input type="checkbox"/><br>..... |
| <p><b>มีอาการสับสนอย่างถาวร</b> หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง</p>   | <input type="checkbox"/><br>..... |
| <p><b>ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ</b> ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น</p> | <input type="checkbox"/><br>..... |
| <p><b>อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย</b> หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าจะตายตลอดเวลา</p> | <input type="checkbox"/><br>..... |

โปรดให้การรักษาซ้ำพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่าน  
ยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

|   |   |
|---|---|
| <p>๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับ<br/>เต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุด<br/>ทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด_กระแทกทรวงอก และใช้<br/>เครื่องช่วยหายใจ</p> | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>.....</p> |
| <p>๒. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้<br/>สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ<br/>ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้</p>   | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>.....</p> |
| <p>๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด<br/>การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษา<br/>เป็นอยู่เดิม</p>   | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>.....</p> |
| <p>๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหาร<br/>ของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือ<br/>น้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย</p>   | <p><input type="checkbox"/> ยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยอมรับ</p> <p>.....</p> |

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความใน  
หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของซ้ำพเจ้า ซ้ำพเจ้าขอร้องให้ ยุติการ  
บริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ซ้ำพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ซ้ำพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความ  
เหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็น  
ต้น).....
- .....
- .....

ซ้ำพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล)..... ในฐานะ  
บุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อซ้ำพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพ  
ด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และ  
พยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน  
สถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์ .....

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหาหรือแนวทางการดูแล  
รักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือ  
บุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ivaangใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

## ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....อายุ.....ปี  
 บัตรประชาชนเลขที่ .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
 เบอร์โทรศัพท์ .....เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะ  
 ขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไป  
 โดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เขียนชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่าน  
 เลือก)

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

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความใน  
 หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณา  
 หยุดการบริการ(Withdraw)ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- .....
- .....
- .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

- การเยียวยาทางจิตใจ(กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช)
- .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล) ..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหาหรือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ivo้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุพัตรา แยมเม่ง เกิดเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดชลบุรี เป็นบุตรสาวของนายสมชาย แยมเม่ง และนางปราณี แยมเม่ง สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาที่โรงเรียนราชวินิตบางแก้ว จังหวัดสมุทรปราการ หลังจากนั้นได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีที่คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในสาขาวิชาการโฆษณาและสื่อสารการตลาด และสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2555 ด้วยเกียรตินิยมอันดับ 1 และรางวัลเรียนดีประเภทเหรียญทอง

หลังจากจบการศึกษาแล้วได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการการสื่อสารแบบบูรณาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556

