

# PHPC\_Lancet\_Death System S6-8

## Group Read EP9: ระบบความตาย (2)

วันศุกร์ที่ 30 ส.ค. 2567 เวลา 19.00 - 20.00 น.

ภาษาอังกฤษดูด้านล่าง สรุปและแปลโดย จิตติพร

## รายงานของคณะกรรมการ Lancet เกี่ยวกับคุณค่าของความตาย (6-8)

Lancet. 2022 Feb 26;399(10327):837-884. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X. Epub 2022 Feb 1.

### ส่วนที่ 6: ความตาย อำนาจ การเลือกปฏิบัติ

- ระบบความตายต่อภัยการเลือกปฏิบัติและความไม่เท่าเทียม โดยได้รับอิทธิพลจากผู้มีอำนาจ
- ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การเผชิญหน้ากับความตาย และการสูญเสียถูกกำหนดด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความไม่สงบทางการเมือง, การเข้าถึงระบบสุขภาพ, ความสัมพันธ์, การเลือกปฏิบัติ, ความยากจน และการศึกษา ซึ่งทั้งหมดนี้เรียกว่าปัจจัยกำหนดทางสังคมและโครงสร้างของความตาย การตายและการเผชิญหน้ากับความตาย (social and structural determinants of death, dying, and bereavement) คล้ายกับปัจจัยทางสังคมของสุขภาพ (social determinants of health)
- ตย. การระบาดของโควิด-19 ทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาสและชุมชนคนกลุ่มน้อยได้รับผลกระทบหนักที่สุด ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติ, เพศ, เพศวิถี, และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและอัตราการเกิดโรค
  - มารดาชาวอเมริกันผิวดำมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงขึ้น
  - ชาวอเมริกันผิวดำมีความเสี่ยงในการสูญเสียพ่อแม่ก่อนอายุ 20 ปีมากกว่า
  - กลุ่ม LGBTQ+ มีอัตราการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้สูงขึ้นและมีอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่ม LGBTQ+ ต้องเผชิญกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ความพิการ และปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น การเข้าถึงการดูแลในระยะสุดท้ายยังคงเป็นความท้าทาย
- ผู้หญิงเป็นได้รับบทผู้ดูแล ใช้เวลามากกว่าผู้ชาย 2.5 เท่าในงานดูแลและงานบ้านที่ไม่ได้รับค่าจ้างมีส่วนร่วมใน GDP โลกเกือบ 5% ผ่านการดูแลสุขภาพ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทน การดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทนนั้น ยังคงถูกประเมินค่าต่ำ ไม่ได้รับการคุ้มครอง และมักขาดการฝึกอบรมหรือการสนับสนุน
- ความไม่เท่าเทียมตลอดช่วงชีวิตที่เกิดจากเชื้อชาติ, ชาติพันธุ์, ชั้นวรรณะ, เพศ, และรสนิยมทางเพศ ซึ่งมักเกิดขึ้นร่วมกัน การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเหล่านี้ คือการตรวจสอบว่าปัจจัยต่าง ๆ ผสมผสานกันอย่างไร เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ที่หลากหลายของการเลือก

ปฏิบัติและความเสียเปรียบ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงผู้อพยพผิวสี ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้าง หรือผู้หญิงเลสเบี้ยนที่มีความพิการ เผชิญกับความเสียเปรียบหลายประการ

- ความเข้าใจเรื่องความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนระบบการตาย การเผชิญหน้ากับความตาย และการสูญเสีย โดยก้าวข้ามกรอบการดูแลสุขภาพแบบตะวันตกดั้งเดิม

## อำนาจและการตาย

- อำนาจเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงระบบ และมีอยู่ในความสัมพันธ์ โครงสร้าง และระบบต่าง ๆ
- มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ การดูแล และแนวคิดเรื่องการตายดี ตัวอย่างของการใช้อำนาจ ได้แก่ การเหยียดอายุ, การกีดกันผู้พิการ, การกีดกันทางเพศ, การเหยียดเชื้อชาติ, การเหยียดรกรากต่างเพศ และลัทธิล่าอาณานิคม
- อำนาจยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับสถาบันต่าง ๆ
  - ตย. ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในสหราชอาณาจักร โครงสร้างอำนาจมีอิทธิพลต่อการจัดวางคำสั่งห้ามกุ๊ซิป สำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ และบุคลากรทางการแพทย์ถูกปฏิเสธอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โรงพยาบาลมักปฏิเสธที่จะส่งมอบร่างผู้เสียชีวิตจนกว่าจะชำระค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งการปฏิบัตินี้ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงการระบาด
- การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางอำนาจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบสังคม สุขภาพ และการตาย การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเรื่องยากหากผู้ที่มีอำนาจในการควบคุม เช่น ผู้จัดการทรัพยากร โรงพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ไม่เต็มใจที่จะปรับตัว

### เชื้อชาติและคุณค่าของการตาย

Mpho Tutu van Furth หญิงชาวแอฟริกาใต้เชื้อผิวดำกล่าวว่า: มุมมองของคณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นมุมมองของคนผิวขาว ตะวันตก และมีความมั่งคั่ง ซึ่งกำหนดให้เป็นบรรทัดฐาน คนส่วนใหญ่ทั่วโลกขาดการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและไม่ได้เผชิญกับการตายที่ถูกทำให้กลายเป็นทางการแพทย์มากเกินไป ในแอฟริกาใต้และสหรัฐอเมริกา ชีวิตของคนผิวดำมักถูกลดคุณค่าทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ในขณะที่วัฒนธรรมคนผิวขาวมักจะกลัวการแก่ชราและความตาย แต่วัฒนธรรมคนผิวดำให้เกียรติผู้สูงอายุและยอมรับความตายว่าเป็นการกลับไปสู่บรรพบุรุษ ในทั้งแอฟริกาใต้หลังการแบ่งแยกสีผิวและสหรัฐอเมริกา สุขภาพ ความมั่งคั่ง และโอกาสยังคงอยู่กับประชากรคนผิวขาวเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่คนผิวดำถูกทำให้เป็น "คนอื่น" การระบาดของโควิด-19 ได้เน้นให้เห็นถึงความแตกต่างเหล่านี้ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนคนผิวดำและคนยากจนที่ไม่สามารถทำงานจากที่บ้านได้

ถ้าความตายมีค่าอย่างแท้จริง เราจำเป็นต้องให้คุณค่ากับทุกชีวิตอย่างเท่าเทียม โดยยอมรับบริบททางวัฒนธรรมและเชื้อชาติที่กำหนดประสบการณ์เหล่านี้

## ส่วนที่ 7: ปัจเจก ครอบครัว ชุมชนในระบบการตาย

ความปรารถนาที่จะมีชีวิต ความกลัวตาย และความปรารถนาที่จะตาย

**ความปรารถนาที่จะมีชีวิต** (the will to love) เป็นแรงผลักดันเพื่อการรักษาตนเอง โดยได้รับอิทธิพลจากอาการทางกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด หายใจลำบาก และภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยปัจจัยด้านการดำรงอยู่ เช่น การสูญเสียความหวัง ความรู้สึกว่าเป็นภาระ และการขาดจุดหมายในชีวิต

- ความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ต่ำ สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก การไม่มีคู่สมรส และความวิตกกังวลสูง
- ความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่สูง สัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่ำ และการมีความเชื่อทางศาสนาที่เข้มแข็ง
- การสูญเสียความปรารถนาที่จะมีชีวิต เชื่อมโยงกับความต้องการที่จะเร่งความตายและความคิดฆ่าตัวตาย

**ความกลัวตาย** เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของวัฒนธรรมและพฤติกรรมมนุษย์ การจัดการความกลัวนี้นำไปสู่

- ทฤษฎีความกลัวตาย (death anxiety) ซึ่งมีแนวทางแทรกแซงเพื่อลดความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่หรือความปรารถนาที่จะตาย
- ทฤษฎีเกี่ยวกับความเสียใจ (Regret theory) เชื่อมโยงความกลัวตายกับความเสียใจในอดีตและอนาคต ซึ่งสามารถบรรเทาได้ด้วยการทบทวนชีวิตและการวางแผนอนาคต
- ทฤษฎีการจัดการความกลัว (Terror Management Theory) ชี้ว่ามนุษย์มีแรงขับพื้นฐานเพื่อการรักษาชีวิตตนเอง แต่ในขณะเดียวกัน มนุษย์ก็สามารถตระหนักถึงความตายได้ ความตระหนักนี้ก่อให้เกิดความกลัวเชิงการดำรงอยู่ (existential terror) ซึ่งจัดการได้โดยการยึดมั่นในมุมมองทางวัฒนธรรมที่ให้ความหมายและจุดมุ่งหมายแก่ชีวิต การได้ปฏิบัติตามแนววัฒนธรรมช่วยเพิ่มความนับถือตนเอง ซึ่งเป็นเกราะป้องกันความกลัวตาย มนุษย์แสวงหาความเป็นอมตะผ่านความเชื่อทางศาสนาหรือทางสัญลักษณ์ เช่น มรดกและความสำเร็จ มนุษย์จึงมีแรงจูงใจสูงในการรักษาความเชื่อในมุมมองทางวัฒนธรรมและความนับถือตนเอง เพื่อเป็นเกราะป้องกันความกลัวในเชิงการดำรงอยู่

**\*\*การป้องกันความกลัวตายสามารถทำได้โดยการเพิ่มความนับถือตนเองและการช่วยเหลือผู้คนที่เชื่อมโยงกับมุมมองทางวัฒนธรรมของพวกเขา**

**การระลึกถึงความตายของตัวเอง** (reminders of death) เพิ่มความกลัวต่อกลุ่มผู้ที่มีมุมมองต่างจากเรา และอาจทำให้แพทย์ใช้วิธีการรักษาแบบสุดโต่ง วิธีแก้ปัญหาคือการเพิ่มความนับถือตนเอง การส่งเสริมการเชื่อมโยงทางวัฒนธรรม และช่วยให้แพทย์ตระหนักถึงความกลัวตายของตนเอง การแทรกแซงในระดับสังคมควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความนับถือตนเองให้แก่ผู้ที่ใกล้จะเสียชีวิตและการส่งเสริมความเมตตาและความอดทนกับคนที่เห็นต่าง

**ความปรารถนาที่จะเร่งความตาย** ถูกกระตุ้นโดยความเจ็บปวด ความอ่อนล้า หายใจลำบาก ความบกพร่องทางสมอง การสูญเสียความเป็นอิสระ และความกลัวเชิงการดำรงอยู่ เช่น ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับกระบวนการตาย การถูกทำให้เป็นวัตถุ และการสูญเสียอำนาจการตัดสินใจของตนเอง ความปรารถนานี้อาจเกี่ยวข้องกับการลดภาระให้ตนเองและผู้อื่นมากกว่าการบรรเทาอาการป่วย ดังนั้น **การใส่ใจในความทุกข์ทุกรูปแบบจำเป็นต่อการส่งเสริมความปรารถนาที่จะมีชีวิต**

ในพื้นที่ที่มีการช่วยให้คนได้ตายอย่างถูกกฎหมาย ก็เห็นแรงจูงใจการอยากตายที่คล้ายคลึงกันคือ ความรู้สึกว่าเป็นภาระและการสูญเสียความหมายในชีวิต มากกว่าการทนทุกข์ทางร่างกายอย่างรุนแรง

- วัฒนธรรมและศาสนาบางอย่าง เช่น เซนและฮินดู ได้รับการยอมรับการตายโดยสมัครใจภายใต้สถานการณ์เฉพาะ เช่น การทำหน้าที่ครบถ้วนแล้วและถึงสภาวะปราศจากความปรารถนา แต่แนวปฏิบัตินี้ลดลงในปัจจุบัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในมุมมองด้านจริยธรรมและข้อกังวลทางกฎหมาย
- ความปรารถนาที่จะมีชีวิตสามารถทำให้ผู้คนอยู่รอดได้ ในอเมริกา อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นหลังจากเหตุการณ์สำคัญ เช่น วันเกิด คริสต์มาส และวันขอบคุณพระเจ้า
- อารมณ์ส่งผลต่อการอาการของโรค แต่แรงกดดันในการ "คิดบวก" อาจก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้ง ความรู้สึกผิด

## ความโศกเศร้า การสูญเสีย และการไว้ทุกข์

- **ความโศกเศร้า** (Grief) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ตามธรรมชาติต่อการสูญเสีย รวมถึงการสูญเสียความสัมพันธ์ การจ้างงาน หรือสิ่งสำคัญอื่นๆ
  - **การสูญเสีย** (Bereavement) หมายถึงการสูญเสียคนที่รักจากความตาย อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ การเสียชีวิตกะทันหันของผู้ที่เหลื่ออยู่ หรือการฆ่าตัวตาย
  - โมเดล "ห้าขั้นตอนของความโศกเศร้า" (five stages of grief) ของเอลิซาเบธ คูเบลอร์-รอสส์ ประกอบด้วย การปฏิเสธ ความโกรธ การต่อรอง ความเศร้า และการยอมรับ ส่วนทฤษฎีสมัยใหม่เสนอให้บูรณาการความโศกเศร้าเข้ากับชีวิต
  - โมเดล "การเติบโตด้วยความโศกเศร้า" (growing around grief) มองว่าความโศกเศร้าเป็นส่วนที่คงอยู่ตลอดชีวิตของบุคคล
  - กระบวนการคู่ขนาน" (Dual Process Model) และ "ความผูกพันต่อเนื่อง" (Continuing Bonds) เน้นการรักษาการเชื่อมต่อ / การสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับผู้เสียชีวิต สะท้อนมุมมองทางศาสนา และจิตวิญญาณหลายแนวคิดเกี่ยวกับความตายและความโศกเศร้า
- พิธีศพเป็นศูนย์กลางของการไว้ทุกข์ เป็นโอกาสในการระลึกและสะท้อนชีวิตของผู้เสียชีวิต ช่วยให้การจากไปง่ายขึ้น แสดงความเคารพ กล่าวลา และสนับสนุนชุมชนที่กำลังโศกเศร้า การระบาดของโควิด-19 ทำให้พิธีกรรมงานศพแบบดั้งเดิมชะงักไป ทำให้หลายคนต้องทบทวนบทบาทของพิธีศพในระบบความตายใหม่ งานวิจัยยังสรุปไม่ได้ชัดเจนว่างานศพต่อมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างไร แต่การให้โอกาสแก่ผู้สูญเสียในการสร้างพิธีกรรมที่มีความหมายขึ้นมาเองก็มีความสำคัญ ซึ่งเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการงานศพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้สูญเสีย

## ความสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคม

**"ความเป็นจริงประกอบด้วยความสัมพันธ์มากกว่าวัตถุ"** (reality is made up of relations rather than objects)

- ความสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่า การแทรกแซงทางการแพทย์ เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน และการรอดชีวิต และมีผลต่อทุกแง่มุมของชีวิตและความตายของเรา
- การเปลี่ยนจุดสนใจจากบริการแบบดั้งเดิมไปสู่การเสริมพลังให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างความสัมพันธ์ของตนเอง เนื่องจากความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลางของความเป็นอยู่ที่ดี

- บุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยมาก เวลาส่วนใหญ่ (ถึง 95%) ของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการดูแลโดยบุคคลในชุมชนที่มีความสามารถ แต่บางคนสูญเสียความมั่นใจในบทบาทนี้ ขบวนการ "death doula" สนับสนุนการฟื้นฟูด้านนี้ โดยช่วยให้ชุมชนสร้างทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้กำลังจะเสียชีวิต พร้อมทั้งท้าทายรูปแบบการดูแลผู้ใกล้ตายแบบทางการแพทย์
- การเคลื่อนไหวเรื่องชุมชนกรุณา พยายามเสริมพลังให้ชุมชนในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยตอบสนองต่อการทำให้การดูแลเป็นวิชาชีพและการกีดกันชุมชน โครงการมักเริ่มต้นผ่านความร่วมมือระหว่างบริการต่างๆ (เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) และชุมชน หรือผ่านความคิดริเริ่มจากรากหญ้า โดยมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนและการสนับสนุนตนเอง ชุมชนสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต ผู้ดูแล หรือผู้ที่โศกเศร้า โดยบริการต่าง ๆ จะให้คำแนะนำและการสนับสนุนทางการแพทย์ ขบวนการนี้ครอบคลุม 19 ประเทศและท้าทายการครอบงำของการดูแลแบบประคับประคองแบบวิชาชีพ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทั่วไปและเครือข่ายวิชาชีพ

## ชุมชนที่ด้อยโอกาส

- ชุมชนที่ด้อยโอกาสมักมีเครือข่ายที่เล็กกว่าและอ่อนแอกว่า ทำให้แยกตัวออกจากชุมชนและขาดความร่วมมือกับบริการในท้องถิ่น แนวทางที่เน้นทรัพย์สินของชุมชน (asset-based approaches) ซึ่งให้ความสำคัญกับจุดแข็งของชุมชนสามารถนำมาใช้เพื่อสร้างเงื่อนไขสำหรับความร่วมมือในพื้นที่เหล่านี้
- บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการดูแล, การตาย, และการไว้ทุกข์ อาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มชายขอบ เช่น แม่หม้ายที่เผชิญกับการตีตราและการกีดกันทางเศรษฐกิจ ในหลายสังคม คู่รักเพศเดียวกันอาจถูกกีดกันออกจากสิทธิในการรับมรดกและการไว้ทุกข์ ส่งผลให้เกิดความเศร้าโศกที่ถูกกลืนรอนสิทธิ โดยเฉพาะในประเทศไม่มีการรับรองความสัมพันธ์ของพวกเขาตามกฎหมาย

## การตอบสนองทางสังคมและพลเมือง

หลักฐานชี้ให้เห็นว่าการพูดคุยร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ สามารถนำไปสู่การปรับปรุงทัศนคติและความสามารถของผู้คนในการจัดการกับความตาย

- ขบวนการทางเลือกเกี่ยวกับความตายกำลังเติบโตผ่านกิจกรรมอย่าง Death Cafes เทศกาลต่าง ๆ และการรณรงค์ ซึ่งสร้างพื้นที่รวมสำหรับการพูดคุยเรื่องความตาย การเผชิญหน้ากับความตาย และการสูญเสีย
- หนังสือ, นิทรรศการ, และสื่อมวลชนกำลังมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมเกี่ยวกับความตาย โดยแสดงให้เห็นว่าการสนทนาอย่างเปิดเผยสามารถปรับปรุงทัศนคติและการเตรียมพร้อมรับมือกับความตายได้
- กรุงไทเป มีกฎบัตรเมืองที่มีความเมตตา (**Compassionate City Charter**) ส่งเสริมการพูดคุยเรื่องความตายในทุกภาคส่วนของสังคม รวมถึงโรงเรียน ธุรกิจ และวัด สร้างความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องความตาย
- สื่อสังคมออนไลน์ได้สร้างพื้นที่เสมือนสำหรับการไว้ทุกข์ร่วมกันและการสื่อสารหลังความตาย แพลตฟอร์มอย่าง Facebook กลายเป็นอนุสรณ์ดิจิทัลของผู้ล่วงลับ คาดว่าภายในปี 2098 จะมี

บัญชีผู้เสียชีวิตมากกว่าบัญชีของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ทำให้ Facebook อาจกลายเป็นสุสานเสมือนระดับโลก

## ความตายที่ดี

- ความคิดเกี่ยวกับความตายที่ดีถูกหล่อหลอมจากบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม และการแพทย์
- แนวทางวัฒนธรรมและการแพทย์สามารถให้การสนับสนุน เช่น การชี้แนะการดูแลครอบครัว การให้ความสำคัญกับการบรรเทาความเจ็บปวด และการสร้างพิธีกรรมสำหรับผู้สูญเสีย
- บรรทัดฐานเหล่านี้อาจสร้างแรงกดดัน โดยนำไปสู่การตัดสินใจทางศีลธรรมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถบรรลุถึง **ความตายในอุดมคติ** ทำให้รู้สึกว้าวุ่นเหมือน เช่นเดียวกับแรงกดดันที่สังคมวางไว้กับผู้หญิงให้ต้อง "คลอดแบบธรรมชาติ"
- **เงื่อนไข 11 ประการสำหรับความตายที่ดี** ตามลำดับความสำคัญ (ศึกษาในประเทศรายได้สูงหรือปานกลาง) ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทางกายอื่น ๆ; การสื่อสารและความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการทางการแพทย์; การปฏิบัติตามพิธีกรรมทางวัฒนธรรม ศาสนา หรือจิตวิญญาณ; การบรรเทาความทุกข์ทางอารมณ์หรือจิตใจอื่น ๆ; ความเป็นอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา; การเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ; การไม่ยืดชีวิตโดยไม่จำเป็น; การตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งที่เกิดขึ้น; การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน; การไม่เป็นภาระของใคร; และสิทธิในการเลือกที่จะยุติชีวิตของตนเอง
- **เงื่อนไขสำหรับความตายที่ดีส่วนใหญ่สามารถมอบให้แก่ผู้ที่กำลังจะตายได้ โดยไม่ต้องใช้โครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือความรู้เฉพาะทาง**

## เอาเรื่องความตายออกจากบทสนทนาและรายงานด้านสุขภาพ

- ความตายและการตายมักถูกละเลยในรายงานด้านสุขภาพ นโยบาย และเอกสารเชิงกลยุทธ์ แม้ว่า การตายจะเป็นส่วนสำคัญของชีวิตก็ตาม มีเพียง 52% ของกลยุทธ์ด้านสุขภาพของอังกฤษเท่านั้น ที่กล่าวถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต และมีเพียง 4% ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้
- รายงานสำคัญเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีในวัยชราของ WHO และสถาบันอื่น ๆ แทบไม่กล่าวถึงความตาย โดยแยกความตายออกจากสุขภาพโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ โครงการด้านสุขภาพสำคัญ ๆ ยังมักมองข้ามการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าจะมีการคาดการณ์ว่าอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นกว่า 10% ในทศวรรษหน้า

## ส่วนที่ 8: การเลือกและบริบทนิยมในระบบการตาย

"เดี๋ยวนี้ ความตายตามธรรมชาติคือจุดที่ร่างกายมนุษย์ปฏิเสธการรักษาเพิ่มเติมใด ๆ ความตายกลายเป็นรูปแบบสูงสุดของการต่อต้านบริบทนิยม" - Ivan Illich

ขบวนการต่อต้านวัฒนธรรมในทศวรรษ 1960 ได้ท้าทายลำดับชั้นทางการแพทย์ มีการวิจารณ์การครอบงำของการแพทย์ อำนาจในสถาบัน และการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลายเป็นผู้ตัดสินใจเชิงรุกแทนที่จะเป็นแค่ผู้รับการรักษา เห็นได้ชัดที่สุดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งแพทย์ได้เปลี่ยนจากการปกปิดการวินิจฉัยโรคระยะสุดท้ายไปสู่การสนทนาเรื่องพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย

## บริโภคนิยมในระบบสุขภาพ

- ผู้คนคาดหวังมากขึ้นจากบริการต่างๆ "เราคือสังคมบริโภคนิยม อยากรู้อะไรก็แค่กดคลิก แต่ NHS คือป้อมปราการสุดท้ายของระบบสังคมนิยม" => ถ้าการเลือกคือสิทธิของพลเมือง และรัฐมีหน้าที่ต้องตอบสนองต่อการเลือกเหล่านั้น
- แต่สิ่งนี้จะสอดคล้องกับ **ระบบสุขภาพที่เน้นความจำเป็น แทนที่จะเน้นความต้องการจากผู้บริโภค** และไม่สามารถจัดหาทุกสิ่งให้ทุกคนได้อย่างไร (universal health-care systems in which the concentration is on need, not demands) => ความคิดที่ว่าอายุขัยเป็นสิ่งที่ซื้อได้ เป็นความคิดเพ้อฝันหรือไม่

## การช่วยให้เสียชีวิต / การุณยฆาต (Assisted Dying)

### สิทธิในการจบชีวิตตามเงื่อนไขของตนเอง

- ในหลายประเทศ การฆ่าตัวตายไม่ผิดกฎหมาย แต่การช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย รวมถึงการให้ยา ยังคงเป็นความผิดทางอาญา แม้ว่าบุคคลนั้นจะกำลังจะเสียชีวิตหรือร้องขอความตาย หรือการกระทำนั้นจะเป็นไปด้วยความเมตตา
- กฎหมายเกี่ยวกับการช่วยให้เสียชีวิตกำลังแพร่ขยายไปทั่วโลก ทำให้ประชากรราว 100 ล้านคนสามารถเข้าถึงกฎหมายเหล่านี้ได้
- สวิตเซอร์แลนด์ไม่เคยห้ามการช่วยฆ่าตัวตายอย่างสมบูรณ์ นำไปสู่การหลั่งไหลของผู้คนจากประเทศอื่น เข้ามาใช้บริการเพื่อช่วยในการตาย โดยมีองค์กรเช่น Dignitas เป็นผู้สนับสนุน **ตัวอย่างจากแคนาดาและโอเรกอน**
- พระราชบัญญัติการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ของโอเรกอน (1997) อนุญาตให้ผู้ป่วยที่ป่วยระยะสุดท้าย เร่งความตายได้ โดยมีผู้เสียชีวิต 1,905 รายภายในปี 2021 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผิวดำ และเป็นมะเร็ง
- กฎหมายการุณยฆาตของแคนาดา เริ่มต้นในปี 2015 ใช้ขอบเขตกว้างกว่าโอเรกอน และอนุญาตให้แพทย์ฉีดยาให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรง ประมาณว่า 4% ของการเสียชีวิตในแคนาดาเกี่ยวข้องกับการช่วยให้เสียชีวิต
- ทั้งโอเรกอนและแคนาดาจำกัดการช่วยให้เสียชีวิตแก่พลเมืองที่มีอายุเกิน 18 ปี สามารถให้ความยินยอมได้ และในโอเรกอน จำกัดเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระยะสุดท้าย ในขณะที่แคนาดาอนุญาตให้มีการุณยฆาตสำหรับความทุกข์ทรมานที่ทนไม่ได้จากสาเหตุใดก็ตาม
- มีกฎเกณฑ์การรายงานติดตามใบสั่งยาและข้อมูลประชากร ขณะที่ยังคงมีคำถามด้านสังคมและนโยบายที่ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันในระบบที่กำลังขยายตัวนี้

### \*\*คำถามด้านสังคมและนโยบายเกี่ยวกับการุณยฆาต

- อะไรคือต้นทุนทางสังคมของการทำให้การุณยฆาตถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย
- การทำให้การุณยฆาตถูกกฎหมาย จะเพิ่มหรือลดอัตราการฆ่าตัวตาย
- การไม่ทำให้การุณยฆาตถูกกฎหมายกระตุ้นให้เกิดกระบวนการไต่สวนหรือไม่ (เหมือนกับกรณีการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย)
- ความเชื่อมั่นในแพทย์ได้รับผลกระทบหรือไม่
- มาตรการคุ้มครองความปลอดภัยที่จำเป็นต้องมีคืออะไร
- ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ทางเศรษฐกิจคืออะไร

- การทำให้การดูแลตามความต้องการของบุคคลเป็นไปตามที่ตนต้องการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่
- ควรอนุญาตให้ผู้ที่เข้ารับการดูแลตามความต้องการของบุคคลหรือไม่

## การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึงการจัดทำเอกสารและแบ่งปันความปรารถนาในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต เมื่อพวกเขาไม่สามารถสื่อสารได้ ประกอบด้วยความปรารถนาในการดูแลทั่วไป, คำสั่งทางกฎหมาย, ผู้ตัดสินใจแทน และกระบวนการตัดสินใจโดยผู้อื่น องค์ประกอบเหล่านี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปประกอบด้วย:

1. การแสดงความปรารถนาในการดูแลทั่วไป (advance statements)
2. การตัดสินใจล่วงหน้าที่มีผลทางกฎหมาย (advance directives)
3. ผู้ตัดสินใจแทน (powers of attorney)
4. กระบวนการตัดสินใจโดยผู้อื่น (best interests หรือ substituted judgment)

- หลักฐานงานวิจัยที่ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะปรับปรุงการสื่อสาร สถานที่ที่ต้องการตาย และการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ยังไม่ชัดเจน
- การศึกษาในประเทศรายได้สูงมักเน้นเรื่องการตัดสินใจด้วยตนเอง (ความเป็นอิสระ) แต่กรอบการทำงานที่เน้นครอบครัว การตัดสินใจร่วมกัน และความเป็นอยู่ที่ดีได้รับความสนใจมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานยังไม่ทั่วถึง
- อาจมีคนทำแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น หากมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่กว้างขึ้น เพิ่มความไว้วางใจในผู้ให้บริการสุขภาพ และสนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างดีจนถึงวันสุดท้าย และเพิ่มมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อน

## หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Advance directives)

**หนังสือแสดงเจตนา** อนุญาตให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเมื่อพวกเขาไม่สามารถให้ความยินยอมได้ กฎหมายฉบับแรกที่ให้สิทธินี้คือ Patient Self-Determination Act ปี 1991 ในสหรัฐฯ เน้นถึงความจำเป็นในการมี**หลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วย**

หนังสือแสดงเจตนา ช่วยป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการ ลดข้อพิพาทในครอบครัว และให้ความชัดเจนแก่แพทย์ ช่วยปกป้องบุคคลจากการรักษาที่ต่อเนื่องเกินกว่าที่พวกเขาต้องการ

หากไม่มีคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย แพทย์และครอบครัวมักไม่รู้ถึงความปรารถนาของผู้ป่วยและกลัวความรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ในการคาดเดาว่าผู้ป่วยจะคิดอย่างไร การมีเอกสารทางการเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษา (และทำให้แน่ใจว่าคนอื่นรู้เรื่องนี้) มอบการป้องกันที่ดีที่สุดให้กับผู้ที่ต้องการหลีกเลี่ยง "ชะตากรรมที่เลวร้ายยิ่งกว่าความตาย"

## การแพทย์เชิงป้องกัน คดีความ และศาล

ในอดีต นักกฎหมายมักให้ความสำคัญกับพินัยกรรมและทรัพย์สิน แต่ในปัจจุบันพวกเขาเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในคดีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจล่วงหน้าและข้อพิพาทเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต กรณีที่มีข้อ



เสียงเช่น Charlie Gard, Alfie Evans และ Vincent Lambert ได้เน้นให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างครอบครัวและแพทย์เกี่ยวกับการยุติการรักษา

ศาลมักจะเข้าข้างแพทย์ แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะหาทางแก้ไขข้อพิพาทเหล่านี้ นอกกรอบกฎหมาย นักวิจารณ์บางคนโต้แย้งว่าแพทย์พึ่งพาศาลมากเกินไปในการตัดสินใจทางจริยธรรม โดยเสนอว่า **การไกล่เกลี่ยและคณะกรรมการจริยธรรมในโรงพยาบาล** อาจช่วยแก้ไขความขัดแย้งได้ในยุคที่การตัดสินใจร่วมกันและความรู้ที่กระจายไปยังทุกคน

---

## Report of the Lancet Commission on the Value of Death (6-8)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35114146/>

### Section 6: Power, discrimination, and inequity in death systems

Death systems perpetuate discrimination and inequity, influenced by those in power. Experiences of death, dying, and bereavement are shaped by factors like political unrest, healthcare access, relationships, discrimination, poverty, and education, known as social and structural determinants of death, dying, and bereavement (similar to social determinants of health).

In 2020, COVID-19 and the murder of George Floyd highlighted these determinants. The pandemic hit disadvantaged groups and minority communities hardest. Evidence shows race, gender, sexuality, and socioeconomic status affect healthcare access and disease rates. Black mothers in the USA face higher mortality rates from pregnancy complications, and Black Americans are at greater risk of parental loss by age 20. LGBTQ+ individuals have higher preventable death rates and healthcare barriers, with older LGBTQ+ adults experiencing more cardiovascular disease, disability, and mental health issues. End-of-life care access remains a challenge.

Women, traditionally caregivers, spend 2.5 times more on unpaid care and domestic work than men. They contribute nearly 5% of global GDP through health care, with about half unpaid. Unpaid caregiving is undervalued, unprotected, and often lacks training or support, highlighting inequity in this area.

Data shows inequity across the life course due to race, ethnicity, class, gender, and sexual orientation, often experienced together. Intersectionality examines how these factors combine to create diverse experiences of discrimination and disadvantage. For example, a migrant woman of color, an unpaid carer, or a lesbian woman with a disability faces compounded disadvantages. Understanding intersectionality is crucial for a systems approach to death, dying, and bereavement, moving beyond traditional Western healthcare models.

## Power and death

Power underlies systems change and exists in relationships, structures, and systems. It influences avoidable mortality, caregiving, and the concept of a good death. Examples of power exertion include ageism, ableism, sexism, racism, heteronormativity, and colonialism. Power dynamics affect family and community relations, patient-healthcare professional interactions, and community-institution relationships.

During the COVID-19 pandemic in the UK, power structures influenced the placement of do-not-attempt-resuscitation orders for older people and those with disabilities, and staff were denied personal protective equipment. Hospitals often refuse to release deceased bodies until medical bills are paid, a practice intensified during the pandemic.

Understanding power relationships is crucial for changing social, health, and death systems. Change is difficult if those in control—such as resource managers, hospitals, and health professionals—are reluctant to adapt.

### Panel 7: Race and the value of death

Mpho Tutu van Furth, a Black South African woman and Commission member, reflects: The Commission's perspective is mostly White, western, and wealthy, setting this as the norm. Most people globally lack quality healthcare and do not face over-medicalised death. In South Africa and the USA, Black lives are often devalued historically and currently.

During the 1976 Soweto uprisings, apartheid police brutality revealed the low value placed on Black lives. While White culture often fears aging and death, Black culture honors elders and accepts death as a return to ancestors. In both post-apartheid South Africa and the USA, health, wealth, and opportunity remain largely with the White population, with Black people "othered." The COVID-19 pandemic highlighted these disparities, disproportionately affecting Black and poor communities who couldn't work from home. To truly value death, we must value every life equally, acknowledging the cultural and racial contexts that shape these experiences.

## Section 7: Individuals, families, and communities within death systems

### The will to live, death anxiety, and the will to die

The "will to live,"= the drive for self-preservation, influenced by physical and psychological symptoms like pain, breathlessness, and depression, and by existential factors such as loss of hope, feeling like a burden, and a lack of purpose.

- Low will to live correlated with breathlessness, absence of a spouse, and high anxiety correlate with a
- Strong will to live: low anxiety and strong religious affiliation correlate

- A loss of the will to live is linked to a desire to hurry death and suicidal thoughts.

longdo Assisted death

Fear of death drives much of human culture and behavior. Managing this fear has led to theories of death anxiety, suggesting interventions to temper the will to live or wish to die. Regret theory links death anxiety to past and future regrets, which can be mitigated through life review and future planning.

### Panel 8: Terror Management Theory

Terror management theory, based on Ernest Becker's work, suggests humans share a basic drive for self-preservation but are unique in their awareness of death. This awareness causes existential terror, managed by embracing cultural worldviews that provide life with meaning and purpose. Meeting these cultural standards boosts self-esteem, which buffers against death anxiety. Immortality is sought through religious beliefs or symbolic means like legacy and achievements. People are therefore highly motivated to maintain faith in their cultural worldviews and self-esteem as a psychological buffer against existential dread. > [The buffer to death anxiety by to raising self-esteem and helping people to stay connected with their cultural worldview.](#)

Experiments support Becker's theory, showing that reminders of death increase fear of those with different worldviews and can lead to extreme medical practices. Solutions include raising self-esteem, promoting cultural connections, and helping doctors become aware of their own death anxiety. Societal interventions should focus on boosting self-esteem in the dying and fostering kindness and tolerance.

Attention to all forms of suffering is a prerequisite to promoting the will to live. [The desire to hasten death](#) influenced by pain, fatigue, breathlessness, cognitive impairment, loss of independence, and existential fears such as uncertainty about dying process, objectification, and loss of self-determination. This desire can be more about relieving burdens on oneself and others than unbearable symptoms. Assisted death in legal regions reflects similar motivations: a sense of burden and loss of meaning drive, rather than unbearable physical symptoms.

Some cultures and religions, like Jainism and Hinduism, traditionally accepted voluntary death under certain circumstances, such as fulfilling responsibilities and reaching a state of desirelessness. However, this practice has declined due to change of ethical view and legal concerns.

Evidence shows the will to live can keep people alive. A study of 70 million Americans found higher death rates after key events like birthdays, Christmas, and Thanksgiving. Emotions influence prognosis, but the pressure for "positive thinking" can cause ambivalence, guilt, and poor decisions.

## Grief, bereavement, and mourning

Grief is the natural emotional response to loss, including the loss of relationships, employment, or other significant attachments. Bereavement specifically refers to the loss of a loved one through death and can lead to various health problems, sudden death of a surviving partner, or suicide.

Elizabeth Kübler-Ross's "five stages of grief" model includes denial, anger, bargaining, depression, and acceptance. Modern theories suggest integrating grief into life. Lois Tonkin's "growing around grief" model views grief as a lasting part of the person. The "dual process model" and "continuing bonds" model emphasize maintaining connections / creating new relationship with the deceased, reflecting many religious and spiritual views on death and grief.

Funerals are central to mourning, serving to reflect on the deceased's life, ease their passage, show respect, say goodbye, and support the grieving community. The COVID-19 pandemic's disruption of traditional funerals led many to reconsider their role in death systems. A mixed-methods review found that while funeral practices' impact on mental health is inconclusive, it is vital for the bereaved to shape rituals meaningfully. Funeral staff play a crucial role in supporting the bereaved, as confirmed by other studies.

## Relationships and social networks

- Relationships and social networks play a significant role in health outcomes like smoking, obesity, and survival, often surpassing healthcare interventions. Beyond their role in health outcomes—they influence all aspects of our lives and deaths.

“reality is made up of relations rather than objects”

- Placing relationships rather than interventions or treatments at the centre of people's lives and deaths.
- Shifting focus from traditional services to empowering individuals, families, and communities to foster their own connections, as relationships are central to well-being.

**The 95% rule:** Despite healthcare dominance, 95% of end-of-life care is provided by lay communities, as health professionals spend minimal time with patients. In many communities, 95% of end-of-life care is provided by capable individuals, but some have lost confidence in this role.

The death doula movement supports this revival, helping communities build skills and confidence in caring for the dying, while challenging professionalized death care models.

- The global compassionate communities movement seeks to empower communities in end-of-life care, addressing the professionalization of care and marginalization of communities. Projects often start through collaboration between services (e.g.,

hospices) and communities or through grassroots initiatives, focusing on community development and self-support.

- Communities form networks to support those who are dying, caring, or grieving, with services providing guidance and clinical support.
- This movement spans 19 countries and challenges the dominance of professional palliative care, fostering partnerships between lay and professional networks.

## Disadvantaged communities

Disadvantaged communities often have smaller, weaker networks, increasing isolation and hindering partnerships with local services. Asset-based approaches, recognizing community strengths, are recommended to build conditions for partnerships in these areas. Social norms around caring, dying, and grieving can perpetuate inequities, particularly for marginalized groups like widows, who face stigma and economic exclusion in many societies. Same-sex partners may also face exclusion from inheritance and mourning rights, leading to disenfranchised grief, especially in countries without legal recognition of their relationships.

## Societal and civic responses

Evidence suggests that talking collectively about these issues can lead to an improvement in people's attitudes and capabilities for dealing with death.

- A countercultural death movement is growing with death cafes, festivals, and campaigns, providing collective spaces to discuss death, dying, and loss.
- Books, exhibitions, and media are helping reshape societal views on death, showing that open conversations can improve people's attitudes and readiness for death.
- Taipei City has implemented the Compassionate City Charter, promoting discussions about death across schools, businesses, and temples, fostering death literacy.
- Social media has created virtual spaces for collective grieving and posthumous interaction, with platforms like Facebook becoming digital memorials for the deceased. by 2098 there will be more accounts held by dead members than by those who are alive, meaning that Facebook might come to represent a global virtual cemetery.

## A good death

- Ideas of a good death are shaped by societal, cultural, and clinical norms. Cultural and clinical guidelines can offer support, such as guiding family care, prioritizing pain relief, and providing rituals for the bereaved.
- However, these norms can also impose pressure, leading to moral judgment for deviations and creating a sense of failure for those unable to achieve the idealized

"good death." This mirrors societal pressures, such as those placed on women to have a "natural birth."

- 11 conditions for good death in order of importance (high-income or upper middle-income countries.): relief from physical pain and other physical symptoms; effective communication and relationship with health-care providers; the performance of cultural, religious, or other spiritual rituals; relief from emotional distress or other forms of psychological suffering; autonomy with regards to treatment-related decision-making; dying in the preferred place; life not being prolonged unnecessarily; awareness of the deep significance of what is happening; emotional support from family and friends; not being a burden on anyone; and the right to terminate one's life.
- "Most conditions for a good death could be offered to most dying people, without costly medical infrastructure or specialized knowledge."

## Omission of death and dying from health conversations and reports

- Death and dying are often excluded from health reports, policies, and strategic documents, despite being integral parts of life. Only 52% of England's health strategies mentioned end-of-life care, with only 4% prioritizing it.
- Key reports on healthy aging from WHO and other institutions barely mention death, treating it as separate from health. Major health initiatives largely overlook end-of-life care, despite a projected rise in deaths by over 10% in the coming decade.

## Section 8: Choice and consumerism in death systems

"Natural death" is now the point at which the human organism refuses any further input of treatment... Dying has become the ultimate form of consumer resistance." Ivan Illich

The 1960s counterculture challenged medical hierarchies, leading to shifts in doctor-patient dynamics, where patients became active decision-makers rather than passive recipients of care. Sociologists critiqued medical paternalism, power in institutions, and the control of patient behavior. These changes were most evident in cancer care, where doctors moved from withholding terminal diagnoses to discussing prognosis openly with patients.

People have come to expect much more from services:

"We're a consumer society. Anything we want is just a click away. Yet the NHS is the last bastion of communism."

If choice is a citizen's right and that the state has an obligation to meet these choices. But how does this fit with **universal health-care systems in which the concentration is on need, not demands**, and not everything can be available to everybody?

Is it a magical thinking that longevity is purchasable?

## Assisted dying

### Right to end their lives on their own terms.

- Suicide is legal in most countries, but assisting suicide, including providing lethal drugs, remains a criminal offense in many places, whether person was dying or requested death, or the action was compassionate.
- Assisted dying laws are spreading globally, now legal in several countries and US states, giving around 100 million people access to such legislation.
- Switzerland uniquely never fully banned assisted suicide, leading to an influx of people from countries where it remains illegal seeking assisted dying services, with organizations like Dignitas facilitating these deaths.

#### Example from Canada and Oregon

- Oregon's Death with Dignity Act (1997) allows terminally ill patients to hasten death, with 1905 deaths by 2021; most patients are older, White, and have cancer.
- Canada's assisted dying law, initiated in 2015, applies more broadly than Oregon's and allows clinician-administered injections. It is estimated that around 4% of deaths in Canada involve assisted dying.
- Both Oregon and Canada restrict assisted dying to citizens over 18, capable of consent, and in Oregon, limited to those with a terminal diagnosis. Canada allows assisted dying for intolerable suffering from any cause.
- Reporting requirements track prescriptions and demographic data, with societal and policy questions still under debate as these systems expand.

#### Panel 9: Societal and policy questions regarding assisted dying

- What are the societal costs of legalising and not legalising?
- Does legalising assisted dying increase or decrease suicide rates?
- Does not legalising encourage underground practices (as with illegal abortions)?
- Is trust in doctors affected?
- What safeguarding measures are needed?<sup>173</sup>
- What are the economic costs and benefits?
- Does legalising assisted dying undermine palliative care?
- Should those undergoing assisted dying be allowed to donate organs?

## Advance care planning

Advance care planning involves documenting and sharing a person's future care wishes when they can no longer communicate. It includes general care wishes, legal directives, surrogate decision-makers, and decision-making processes.

The components of advance care planning vary among countries, but they include: general expressions of wishes for care (advance statements); decisions made in advance that have legal force (advance directives);

surrogate decision makers (powers of attorney);  
and decision-making processes by others (best interests or substituted judgment).

Research shows weak evidence of advance care planning can improved communication, preferred place of death, and healthcare savings. Most studies from high income countries focus on autonomy, but Family-centred, relational frameworks, collective decision-making and wellbeing-centered approaches are gaining attention, particularly in settings where basic healthcare is inaccessible. Uptake may improve by framing decisions within a broader context of desired care, trust in healthcare providers, support for living well until death, and the involvement of family and friends.

## Advance directives

Advance directives allow patients to refuse treatment if they become unable to consent. The first legal statute was the 1991 Patient Self-Determination Act in the USA, influenced by the Nancy Cruzan case, which highlighted the need for clear evidence of a patient's wishes. In India, a 2018 Supreme Court ruling allowed "living wills" after the Aruna Shanbaug case, where a young woman remained in a vegetative state for 42 years. Advance refusals help prevent unwanted treatments, avoid family disputes, and provide clarity for doctors, protecting individuals from prolonged life-sustaining interventions they may not have wanted.

Without a written attestation from the patient, it can be the case that “doctors and families often just don’t know a patient’s wishes and fear the awesome responsibility of guessing what the patient would have thought was best. A formal record of treatment refusals (and making sure that people know about it) offers the best available protection for individuals seeking to avoid “a fate worse than death.”

## Defensive medicine, litigation, and the courts

Historically, lawyers focused on wills and estates, but now they are increasingly involved in cases related to advance decisions and life-sustaining treatment disputes. High-profile cases like Charlie Gard, Alfie Evans, and Vincent Lambert highlight disagreements between families and doctors about withdrawing treatment. Courts often side with doctors, though there is a push to resolve such disputes outside the legal system. Critics argue that doctors overly rely on courts to settle ethical dilemmas, suggesting that mediation and hospital ethics committees could help resolve conflicts in an era of shared decision-making and democratized knowledge.