

# ใจกว้าง ใจไกล



**เพราะชีวิตคือการเรียนรู้**

มาเรียนรู้วิชาชีวิตบทที่ไม่มีใครเคยสอน เพื่อเข้าใจและเข้าถึงไปด้วยกัน

အိမ်  
အိမ်  
အိမ်



“...ถ้าคนรอบข้างของคุณมีญาติที่ต้องได้รับการดูแลเหมือนคนป่วยหนัก คุณภาพชีวิตของเขาทุกด้านจะตกลงทันที เดียวก็ต้องไปเฝ้าไข้ เดียวก็ต้องพาคนไข้ไปโรงพยาบาล เครียด จะเอาเงินที่ไหนมาจ่ายค่ารักษา ถ้าสังคมไทยมีองค์ความรู้เรื่องการตายดี หรืออย่างน้อยก็มีคนคอยให้คำปรึกษาว่าต้องจัดการกับเรื่องนี้อย่างไร มีทางเลือกแบบไหน สังคมจะมีความมั่นคง คนหนุ่มสาวก็วางแผนชีวิตตัวเองได้...”

- ศาสตราจารย์พิเศษ กิติพงษ์ อุรพีพัฒนพงศ์ -  
ผู้ร่วมก่อตั้งและประธานกรรมการ  
บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด



“...ความตายจะน่ากลัวหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ  
มุมมองของเราเอง ศัตรูของความตาย  
ที่แท้จริงคือความรู้สึกที่มีต่อความตาย  
ซึ่งมีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ

ความเจ็บปวดก่อนตาย เป็นองค์ประกอบ  
อย่างแรก ซึ่งเราทุกคนกลัวกันมาก แต่  
มีอย่างอื่นที่น่ากลัวแล้วอีกมากกว่า คือ  
กลัวการพลัดพรากกลัวการสูญเสียทุกอย่าง  
ที่ตัวเองรู้จัก ทั้งการสูญเสียความรู้ สูญเสีย  
คนที่เรารัก สูญเสียสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เรา  
มีความสุขและทำให้เรารู้สึกมั่นคง...”

- คุณหญิงจำนงศรี หาญเจนลักษณ์ -

ผู้ริเริ่ม บริษัท ชีวมิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด

## หลักสูตร “วิชาชีวิต”

### โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่างมีความหมายจากไปอย่างมีความสุข ปีที่ 2

แม้ว่า "ความตาย" จะเป็นธรรมชาติของชีวิตทุกชีวิตแต่ปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น โรคบางโรคก็สามารถป้องกันได้ โรคบางโรคจากที่เคยป่วยแล้วไม่มีทางรักษาต้องเสียชีวิตก็สามารถรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องที่ดีแต่ในมุมกลับกันสังคมเริ่มมีความคาดหวังกับการแพทย์มากขึ้นจนบางครั้งไม่สามารถยอมรับความตายได้ หรือมองว่าความตายเป็นเรื่องผิดปกติ จนบางครั้งก็ลืมไปว่าเทคโนโลยีนั้นก็มีขีดจำกัดเช่นกัน หลาย ๆ ครั้งที่แพทย์สามารถยื้อชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้ แต่การยื้อชีวิตผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ นั้นบางครั้งไม่เพียงแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่กลับเป็นการเพิ่มความทรมานแก่ผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่

สาเหตุที่คนในยุคปัจจุบันไม่กล้าพูดเกี่ยวกับเรื่องการเสียชีวิตและความตายอาจจะเป็นเพราะหลาย ๆ ปัจจัยประกอบกัน ประการแรก คือ การเสียชีวิตหรือความตายในปัจจุบันมักเกิดในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นคนรุ่นหลัง ๆ ก็อาจจะไม่ได้เห็น “ความตาย” จากประสบการณ์ตรงทำให้พอดังกล่าวเกี่ยวกับเรื่องนี้จึงไม่รู้ว่าจะเริ่มอย่างไร ประการที่สอง คือ การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขเองก็ไม่ได้เน้นความรู้เรื่อง “ความตาย” เท่ากับความรู้เรื่องการรักษา ยิ่งไปกว่านั้นบางคนกลับมองว่า “ความตาย” เป็นความล้มเหลวของการรักษาหรือเป็นความผิดของตนเอง ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงแล้ว “ความตาย” เป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของชีวิต ประการที่สาม คือ ค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจากที่เรามีการพัฒนาการแพทย์แบบตะวันตกมากขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาเพื่อ “รักษา” ผู้ป่วยจากที่เราเคยเห็นคนเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อหรือโรคระบาดในอดีต เมื่อมีการค้นพบยาปฏิชีวนะทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิด “ความคาดหวัง” ของคนในสังคมต่อการแพทย์ว่า “ความตาย” เป็นเรื่องผิดปกติ หากไปหาหมอจะต้องไม่ตาย ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงนั้น ยังมีหลาย ๆ โรคที่องค์ความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันทำได้เพียงแต่ยื้อความตายออกไปเพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่เมื่อถึงเวลาหนึ่งถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยี “ความตาย” ก็ต้องมาหาอยู่ดี ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่ได้หมายความว่าให้เรายอมแพ้หรือล้มเลิกการคิดค้นความรู้ทางการแพทย์ใหม่ ๆ เพื่อการรักษาโรคที่เรายังรักษาไม่ได้ในปัจจุบัน เพียงแต่อยากให้เราหันกลับมามองสิ่งที่เกิดขึ้นตามพื้นฐานของความเป็นจริงมากขึ้น หลายครั้งที่แพทย์

สามารถยื้อชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้แต่การยื้อชีวิตผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ นั้นบางครั้งไม่เพียงแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่กลับเป็นการเพิ่มความทรมานแก่ผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่ (ผศ.นพ. กิติพล นาควิโรจน์, รพ.รามาธิบดี ม.มหิดล)

ปัจจุบัน สังคมไทยมีแนวโน้มการให้ความสำคัญในเรื่องการใช้ประโยชน์จากช่องทางการเข้าถึงเครื่องมือการสื่อสารมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นช่องทางในการกระจายข่าวสารที่มีความรวดเร็ว สามารถกระทำได้พร้อม ๆ กันหลากหลายช่องทาง และเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงในการเข้าถึงข้อมูลในวงกว้าง กล่าวได้ว่าช่องทางการสื่อสารออนไลน์สามารถช่วยให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากองค์ความรู้ดังกล่าวได้มากยิ่งขึ้น โดยจากการสำรวจของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) พบว่าพฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตในสังคมไทยว่า คนไทยประมาณร้อยละ 30 ใช้งานอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เฉลี่ยสูงถึง 50.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เท่ากับเวลานี้มีคนไทยราว 21 ล้านคน ใช้เวลาประมาณ 7.2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งนิยมใช้งานผ่านทางโทรศัพท์มือถือมากกว่าใช้ผ่านช่องทางอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้งานเพื่อการสื่อสารกันในโซเชียลมีเดียหรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ ประเภท เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ หรือ อินสตาแกรม (ไอจี) เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมสูงถึงร้อยละ 78.2 ของการใช้งานบนโลกออนไลน์ทั้งหมด

โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่างมีความหมายจากไปอย่างมีความสุข ปีที่ 2 จึงได้ผสมผสานแนวคิดจากการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิตระยะท้าย เช่น แพทย์ พยาบาล พระสงฆ์ อาสาสมัครผู้มีประสบการณ์ด้านสื่อออนไลน์ และนิยาม Palliative care ของ World Health Organization (WHO) ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตระยะท้าย 4 ด้านคือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ รวบรวมเป็นหลักสูตรออนไลน์ 14 หลักสูตร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผลิตคลิปออนไลน์ ความยาวคลิปละ 15 นาที ภายใต้ชื่อ "วิชาชีวิต" เพื่อเพิ่มพูนกระบวนการเรียนรู้และทัศนคติของสังคมไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระยะท้ายในวงกว้างยิ่งขึ้นบนโลกออนไลน์ เป็นการสร้างพื้นที่สำหรับการสื่อสารเรื่องการตายดีและคุณภาพชีวิตระยะท้าย โดยไม่มีขีดจำกัดเรื่องระยะทาง

บริษัท ซีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด  
เรียบเรียงเนื้อหา

# คำนำ

"หลักสูตรวิชาชีวิต" ฉบับนี้ จุดมุ่งเน้นของหลักสูตรเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องคุณภาพชีวิตระยะท้าย และวิธีการตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ที่สนใจ โครงการฯ ได้สืบค้นรวบรวม เรียบเรียง เชื่อมโยง องค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย อาสาสมัคร และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมองค์ความรู้ 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม จิต วิญญาณ เนื้อหาในหลักสูตรฯ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) Hospice care ศาสตร์การตายดี Spiritual Healing ศาสตร์การเจรจาระหว่างบุคลากรการแพทย์ การพยาบาล และผู้ป่วย กฎหมายมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ การุณยฆาต Living will การรักษาที่ไร้ประโยชน์ Pain management การดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล เทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรียนรู้กลไกของร่างกายก่อนเสียชีวิต เป็นต้น หลักสูตรนี้เป็นฐานข้อมูลเพื่อผลิตคลิปบทเรียนหลักสูตรออนไลน์วิชาชีวิต จำนวน 14 คลิป ความยาวคลิปละ 15 นาที ภายใต้กิจกรรมผลิตและเผยแพร่คลิปบทเรียนหลักสูตรออนไลน์เพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ช่วยส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องคุณภาพชีวิตระยะท้ายและการตายดี ในช่องทางสื่อสารออนไลน์ ทั้งเว็บไซต์ [www.cheevamitr.com](http://www.cheevamitr.com) และเฟซบุ๊ก [www.facebook.com/Cheevamitr](http://www.facebook.com/Cheevamitr) ช่องยูทูป [www.youtube/Cheevamitr](http://www.youtube/Cheevamitr) Social Enterprise เพื่อเพิ่มพูนกระบวนการเรียนรู้และทัศนคติของสังคมไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระยะท้ายในวงกว้างบนสื่อออนไลน์

หลักสูตรวิชาชีวิต ภายใต้โครงการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพการอยู่อย่างมีความหมายจากไปอย่างมีความสุขปีที่ 2 โดยทีมงานของ บริษัท ซีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ขอกราบนมัสการและขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ พระอาจารย์ครรชิต อภิภูจโน, ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส, ดร.ปานตา อภีร์กษณ์ภานนท์, รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, คุณอรทัย ชะฟู, คุณพยาบาลเกื้อจิตร แชรรัมย์, คุณอภิษฎา วรพันธ์, รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช, ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์, รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, รศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน ที่ให้องค์ความรู้แนะนำแนวทาง รวมถึงกำลังใจในการทำงาน และ ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้คำปรึกษาและทุนสนับสนุน หากมีข้อผิดพลาดประการใด ในหลักสูตรวิชาชีวิตนี้ ทางทีมงานผู้จัดทำขออ้อมรับเพื่อพิจารณาแก้ไขต่อไป

คณะผู้จัดทำ

30 มกราคม 2561

# สารบัญ

# ดูเข้าใจ

1-7

บทที่ 1  
ตายศาสตร์

8-16

บทที่ 2  
Spiritual  
จิตวิญญาณ

17-21

บทที่ 3  
ศาสตร์  
การเจรจา

22-28

บทที่ 4  
ศาสตร์  
การเจรจา 2

29-34

บทที่ 5  
มาตรา 12  
vs  
การุณยฆาต

35-41

บทที่ 6  
Living will  
หนังสือแสดงเจตนา

42-46

บทที่ 7  
การรักษาที่  
ไร้ประโยชน์

47-55

บทที่ 8  
Palliative care  
การดูแลแบบ  
ประคับประคอง

56-61

บทที่ 9  
Hospice  
care

62-67

บทที่ 10  
Pain management

68-72

บทที่ 11  
การดูแลจิตใจ  
ผู้ป่วยและผู้ดูแล

73-77

บทที่ 12  
เทคนิค  
การดูแลผู้ป่วย

78-82

บทที่ 13  
การดูแลผู้ป่วย  
ที่บ้าน

83-86

บทที่ 14  
การ Shut down  
ของร่างกาย

88-90

ภาคผนวก

91-94

บรรณานุกรม





# บทที่ 1

## “ตาย” ศาสตร์

โดย

รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์

รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วิชาชีวิต บทที่ 1 “ตายศาสตร์”

ที่ปรึกษาโดย รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์

รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ปัจจุบันคนไทยตายอย่างไร

การตายในยุคปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงหลัก คือ

1) อายุเฉลี่ยของคนไทยยาวขึ้น

โดยเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ.2509 คนไทยมีอายุเฉลี่ย 58 ปี แต่ในยุคปัจจุบัน คนไทยมีอายุเฉลี่ย 75 ปี คนเรามีชีวิตอยู่นานขึ้น ช่วงชีวิตยาวขึ้น โดยเฉพาะในปัจจุบัน(พ.ศ. 2562) ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เพศชาย อยู่ที่ 73 ปี ส่วนเพศหญิงอยู่ที่ 80 ปี

2) สาเหตุการตายคนไทยเปลี่ยนไป

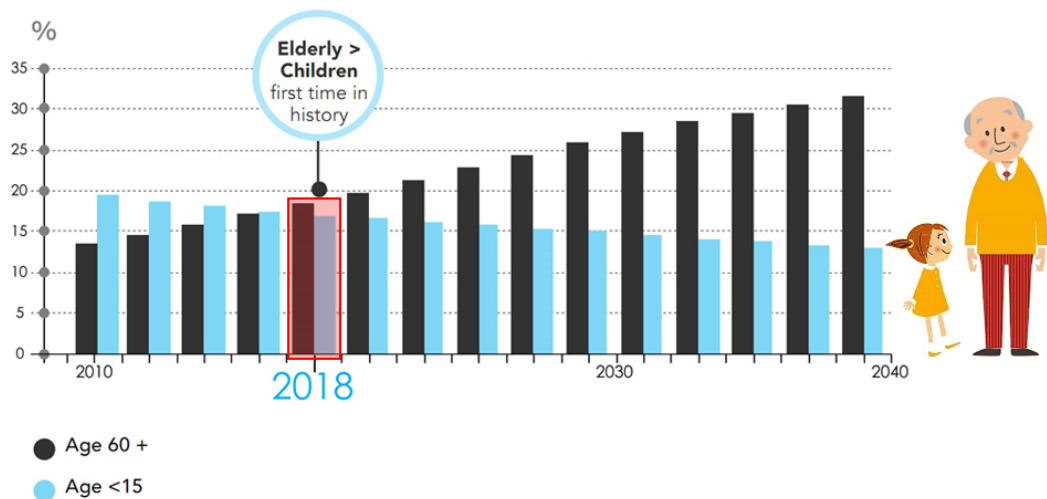
โดยในอดีตสาเหตุหลักการตาย เกิดจากโรคติดเชื้อซึ่งทำให้การตายเกิดในระยะอันสั้น แต่ปัจจุบันคนไทยตายด้วยโรคมะเร็ง และโรคที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ ซึ่งการตายจากโรคเหล่านี้จะไม่ตายทันที แต่ใช้ระยะเวลาในการเจ็บป่วยก่อนตาย แตกต่างจากการตายในยุคอดีต

### 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ปัจจุบันลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่คนเดียวมากขึ้น มีผลให้การดูแลคนป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตทำได้ยากมากขึ้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เราเห็นได้ชัดเจนว่ารูปแบบการตายของยุคนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก แต่เราเตรียมตัวพร้อมหรือยังสำหรับเรื่องเหล่านี้ เราเคยพูดคุย ปรึกษากันหรือยังว่าจะรับมือกับความตายที่จะมาถึงกันอย่างไร

ประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ คือการมีประชากรอายุเกิน 60 ปี ในสัดส่วนที่สูงมาก อนาคตที่กำลังจะเกิดคือการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มสูงอายุทำให้เราต้องมีการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาเหล่านี้ให้ดี

**Proportion of the Population under Age 15 and 60 Years or Over:  
2010 - 2040**



( ภาพ <https://fopdev.or.th/> )



## ความเคลื่อนไหวในประเทศไทย

แต่เดิมในสมัยที่การแพทย์สมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึงคนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมากคนไทยจะตายกันที่บ้าน แวดล้อมด้วยคนที่รักและรู้จักมักคุ้นกันอยู่แล้ว แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปจนคนไทยไม่สามารถจะดูแลความเจ็บป่วยกันเองได้อีกต่อไป ผู้คนจึงไปตายในโรงพยาบาลมากขึ้น ถึงแม้ว่าคนยากจนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้จะยังคงตายกันที่บ้านอยู่ แต่ไม่ได้หมายความว่า เขาจะได้รับการดูแลด้วยแนวคิดแบบฮอสพิซจนกระทั่งตายไป สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยในยุคแรก โดยมากเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ก่อตั้งโดยศาสนาต่าง ๆ เช่น บ้านกลารา ของคณะนักบวชฟรานซิสกัน ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2536 วัดพระบาทน้ำพุ ที่ริเริ่ม



โครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้น ต่อมาในราวปี พ.ศ. 2540 เครือข่ายของคลังปัญญาอาวุโสได้พยายามเคลื่อนไหวผลักดันเรื่องดังกล่าวให้เป็นประเด็นในสังคมไทย แต่ไม่เป็นผลและเริ่มมีสถานดูแลผู้ป่วยเอกชนที่ใช้หลักการแบบฮอสพิซมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น สุขเวช เนอสซิ่งโฮม ซึ่งเปิดทำการราวปี พ.ศ. 2541 และในเวลาใกล้เคียงกัน ได้มีการริเริ่มโครงการด้านการดูแลรักษาแบบ

ประคับประคองในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์บางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ เป็นต้น แม้จะเห็นได้ถึงความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง หากยังไม่พอเพียงสำหรับการเป็นพลังให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางขึ้นมาได้ บางทีสถานการณ์อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเร่งเวลาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จากการที่โรคบางอย่าง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ได้ขึ้นมาเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ของประเทศในปัจจุบันคงจะทำให้คนไทยหันมาพิจารณาความตายของตนเองกันมากขึ้นว่าจะเลือกตายกันอย่างไรดี โดยแนวโน้มหรือทิศทางของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละประเทศย่อมแตกต่างกันไปตามความต้องการที่แตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องมาช่วยกันพิจารณาให้มากขึ้นด้วย หากเราพิจารณาจากพัฒนาการของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสมัยใหม่ในโลกตะวันตก หัวใจของงานดังกล่าว คือผู้คนที่เปี่ยมด้วยเมตตากรุณา และความรู้ซึ่งสำคัญกว่าการมีเทคโนโลยีล้ำสมัย แต่ความรู้ที่จะมาขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกที่เป็นกระแสหลัก หากแต่เป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโดยเฉพาะ อาทิเช่น องค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับระบบชีวเคมีของผู้ป่วยใกล้ตาย ที่มักไม่ได้สอนกันในหลักสูตรการศึกษาทั่ว ๆ ไปในโรงเรียนแพทย์หรือพยาบาลความรู้ในเรื่องการใช้ยาแก้ปวดแบบป้องกันมากกว่าแบบบำบัดความปวด (แหล่งข้อมูล <http://boonbudnet.com/sunset/node/176>)

จิตวิทยาของผู้ป่วยใกล้ตายและญาติมิตร รูปแบบของสวัสดิการจากภาครัฐที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกเหนือไปจากการดูแลในสถานพยาบาลทั่ว ๆ ไป องค์กรหรือภวาระเปียบที่จะมารองรับการเติบโตของสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในและนอกระบบ ความรู้ความเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรม ในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับสังคมไทย การผลักดันให้เกิดระบบอาสาสมัครมารองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทหรือความร่วมมือจากฝ่ายศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฯลฯ ประเด็นเหล่านี้ ควรจะมีเวทีและได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม ไม่เพียงแค่บุคลากรในระบบสุขภาพเท่านั้น เพื่อให้เกิดการศึกษาค้นคว้า แลกเปลี่ยน และทำการทดลอง นำไปสู่การเติบโตของแนวคิดและการปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ยั่งยืน

ลักษณะการตายที่เปลี่ยนแปลงไปอีกประการหนึ่งคือ การเสียชีวิตที่สถาบันการแพทย์เพิ่มมากขึ้นไม่ว่าจะในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะยาวหรือในต่างประเทศก็มี Hospice Care แต่หากเรามีการสำรวจกับประชากรทั่วโลกเพื่อถามว่า ท่านมีความต้องการจะเสียชีวิตที่สถานที่ไหนคงเป็นเรื่องที่เดาได้ไม่ยาก กว่า 80-90% ของคนนั้นอยากตายที่บ้าน<sup>1</sup> อันเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าคนส่วนใหญ่นั้นอยากตายที่บ้านเพราะบ้านเป็นสถานที่ให้ความสุข สถานที่คุ้นเคย ไม่อยากไปอยู่ในสถานที่ที่มีคนแปลกหน้า หรือโรงพยาบาลที่เขาอาจถูกรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ที่ทำให้ทุกข์ทรมานและไม่มีความสุข ดังนั้นคำว่าอยากตายที่บ้านนั้นคือการสื่อถึงวิธีที่คนอยากเสียชีวิต

### **ทำไมจึงต้องเตรียมพร้อมก่อนตาย**

สาเหตุที่ “คนเราควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนตาย” เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันมีการพัฒนาทำให้สามารถให้การรักษาซึ่งเราอาจเรียกว่า “การประคองชีวิต” การช่วยประคองอวัยวะ ทำงานแทนอวัยวะ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องล้างไต เครื่องที่สามารถทำงานแทนหัวใจ ทำให้ชีวิตถูกยืดให้ยาวออกไปแทนที่จะเกิดการเสียชีวิตทันทีเมื่อเกิดความเสื่อมของร่างกายหรืออวัยวะแบบสมัยก่อนนั้น

คำถามคือ การรักษาเพื่อยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ เหล่านี้มีความเหมาะสมหรือไม่ แน่แน่นอนว่าหากการช่วยเหลือเหล่านั้นเกิดขึ้นเพื่อจุดประสงค์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น สิ่งเหล่านั้นย่อมเป็นสิ่งที่ควรทำ แต่หากการกระทำเหล่านั้นเป็นไปเพื่อแค่ช่วยยืดความตายออกไป เราจึงควรพิจารณาให้ถ่วงถี่ว่าควรทำหรือไม่

<sup>1</sup>แอนน์ บรินอฟฟ์. *ตายดีที่บ้านคนแบกรับคือผู้ดูแลในครอบครัว*. [บทความ]. จากกลุ่ม Peaceful Death. เว็บไซต์: <https://peacefuldeath.co/ตายดีที่บ้าน>. (สืบค้น  นช  อมุล: 28 กุมภาพันธ์ 2562)



มีคนพูดเสมอ ๆ ว่า ความตายเป็นสิทธิของใคร  
ถ้าเราไม่ยอมมีชีวิตอยู่แล้วเราจะขอตายได้ไหม ?

### สิทธิในการตายแบบการุณยฆาต

เป็นแนวความคิดลักษณะที่ว่า เมื่อชีวิตดำเนินมาจนถึงจุดที่ไม่มีคุณภาพชีวิตแล้ว แต่ร่างกายและอวัยวะสำคัญยังทำงานอยู่ บุคคลนั้นไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อย่างทรมานและไม่มีความสุขแล้ว จะร้องขอการทำการุณยฆาต หรือ Mercy Killing หรือ Euthanasia คือ การขอรับยา หรือขอรับการจบชีวิต

สิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำตรงนี้ คือ กฎหมายประเทศไทยไม่อนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ และคนส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความเชื่อว่าจะไม่ควรทำ ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีในระดับหนึ่งซึ่งช่วยให้สามารถมีชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นหากมีผู้ป่วยที่ร้องขอให้มีการทำให้เขาเสียชีวิตเร็วขึ้น (การุณยฆาต) ทางญาติ ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องหันมาช่วยกันคิดว่า “ทำอย่างไรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีความสุขทรมานน้อยลง”

อย่างไรก็ตาม การทำการุณยฆาตนั้นแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับการที่ผู้ป่วยระยะท้ายคนหนึ่ง ๆ ที่มีอาการอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้วต้องได้รับการรักษาโดยใช้อุปกรณ์เพื่อยื้อชีวิต หากมีการพูดคุยปรึกษากันแล้วว่าเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการการกู้ชีวิตหรือยืดชีวิตไม่เป็นที่ต้องการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการที่อวัยวะเสื่อมสภาพแล้วทำงานไม่ได้แล้ว ไม่ใช่เกิดจากการที่มีคนทำหรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิต การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในกรณีเช่นนี้ ไม่ใช่เกิดจากการทำการุณยฆาต แต่เกิดจาก “การหยุดการช่วยเหลือที่ไม่ได้ประโยชน์ที่รังแต่จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมากขึ้น” เป็นการเสียชีวิตจากความเสื่อมของอวัยวะร่างกายและระยะอาการของโรคนั่นเอง

ขณะนี้ ในบางประเทศจะเลิกใช้คำว่า “หยุดการรักษา” เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดจากญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย แต่จะใช้คำว่า “รักษาแบบวิถีธรรมชาติ หรือ Allow natural death” คือการไม่ขัดขวางการเสียชีวิตให้ผู้ป่วยได้ก้าวผ่านชีวิตนี้ไปอย่างวิถีธรรมชาติ

## ตายอย่างไร คือ การตายดี

“ตายดี” เป็นแนวคิดที่ดีเข้าได้กับทุกความเชื่อศาสนา ทุกเชื้อชาติ การตายดีนั้นแยกย่อยได้หลายประเด็น

1) การตายที่ดี ควรเป็นการตายซึ่งผู้ที่จะ “จากไปนั้นไม่เกิดความทุกข์ทรมานทางกายจนเกินไป” เช่น หากผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก เราต้องให้การรักษาเพื่อช่วยเหลือให้ลดอาการเหล่านั้น เราเรียกว่า “การลดความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นทางกาย” ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย แต่อาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลหรือขึ้นอยู่กับโรคที่แต่ละคนเป็น เช่น บางโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมในระยะท้ายของโรคก็อาจไม่ทรมานมากนักแต่ในบางโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก แพทย์ต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อลดอาการให้มากที่สุด แน่ใจว่ามันเป็นไปได้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนไม่เกิดความรู้สึกทุกข์หรือทรมาน แต่หลักการขั้นพื้นฐานคือเราต้องวางแผนให้ดี ให้การรักษาที่ช่วยควบคุมอาการเจ็บปวดทรมานให้เกิดน้อยที่สุด ซึ่งเป็นการรักษาที่ทางการแพทย์ช่วยปฏิบัติให้ได้เพราะเป็นการรักษาซึ่งมีจุดประสงค์หลัก คือ ให้ผู้ป่วยสบายที่สุด หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

2) การตายที่ดี ที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ “การดูแลทางด้านจิตใจ” หลักคิดคือทำอย่างไรให้ผู้ป่วยระยะท้ายนอกจากจะมีความทุกข์ทรมานทางกายน้อยแล้ว ควรมีความสุขสบายใจ มีภาวะอารมณ์ที่ดีที่มีความเข้าใจกับสภาวะของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเห็นและตัดสินใจกับการวางแผนชีวิตและสภาวะของตนเองได้เป็นสิ่งสำคัญ ในบางวัฒนธรรมจะให้ความสำคัญกับสิ่งนี้มากคือ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมวางแผนหรือตัดสินใจว่าต้องการการรักษาอย่างไร มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทำให้เราต้องให้ความสำคัญกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ตลอดจนความรู้สึกและจิตใจของญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

3) ความเชื่อทางจิตวิญญาณและทางสังคม อะไรคือความเชื่อของผู้ป่วย เขาคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ดีหรือ อะไรคือความปรารถนาของเขาในช่วงสุดท้ายของชีวิต แพทย์และญาติหรือผู้ดูแลต้องเคารพและช่วยส่งเสริมความเชื่อความปรารถนาเหล่านั้นเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ทางจิตวิญญาณได้มากที่สุด ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความเชื่อและความต้องการที่แตกต่างกันเฉพาะบุคคล เช่น บางศาสนาเชื่อว่าจิตสุดท้ายสำคัญต่อการไปสู่ภพภูมิที่ดี เราจึงต้องเข้าใจว่าแต่ละคนมีความเชื่ออย่างไรเพื่อตอบสนองสิ่งเหล่านั้นอย่างดีที่สุดด้วย

4) เป้าหมายของชีวิตของแต่ละบุคคล ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ หากผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนวางเป้าหมายของชีวิต และเข้าใจระยะและสภาวะของโรค เพื่อกำหนดการดูแลรักษาอาการของโรคในระยะสุดท้ายให้เป็นไปอย่างผู้ป่วยต้องการได้ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพึงคำนึงถึงอยู่เสมอ

5) ญาติ ครอบครัว และผู้ดูแล คือปัจจัยหลักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะห่วงและทำให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ หรือมีความห่วงจนทำให้ไม่อยากจากไป ความกังวลต่อผู้ที่อยู่ข้างหลังว่าจะใช้ชีวิตกันอย่างไร กลัวว่าจะอยู่กันไม่ได้ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้จะจากไปเกิดความไม่สงบ เป็นการตายที่มีปัญหาและไม่เป็นไปตามที่เราคาดหวัง

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนั้นล้วนเป็นสิ่งที่เราสามารถวางแผนและเตรียมการล่วงหน้าได้ สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนช่วยให้การตายหรือการจากไปนั้นเป็นไปอย่างผู้ป่วยต้องการ เป็นการตายด้วยคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีขึ้น เป็นแนวคิดที่ทุกคนอยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างดีที่สุดจนกระทั่งถึงเวลาจากไป



“Palliative Care (การดูแลแบบใจต่อใจ) เป็นสิ่งที่ช่วยให้ความกลัวในเรื่องการตายเบาบางลง ถ้าเราทำความเข้าใจกันใหม่ว่าความตายเป็นแค่จุดเปลี่ยนผ่านของชีวิต ลองมองว่ายังมีเส้นให้เราเดินไปต่อแค่เป็นจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง และบางครั้งความเชื่อในศาสนาก็ช่วยให้เราผ่านจุดนี้ได้ง่ายขึ้น เช่น บางศาสนาจะบอกว่าความตายจะพาเขาไปอยู่ในสิ่งที่ดีกว่า หรือได้กลับไปอยู่กับพระเจ้าซึ่งจะทำให้เขามีความสุขมากกว่าเดิม”

ประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่มีทุกอย่างเอื้อต่อการตายดี เพียงแค่เราอาจจะยังไม่ได้ใช้สิ่งที่มีอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อส่งเสริม “การตายดี” คนไทยขาดการสื่อสารพูดคุยกันเรื่องการตายดี เรามีครอบครัวที่ดูแลซึ่งกันและกัน เรามีระบบครอบครัวใหญ่และเครือญาติที่ไม่ทอดทิ้งกัน เรามีศาสนาที่ส่งเสริมความเชื่อเดียวกัน หากเรามีการสื่อสารพูดคุยกันตั้งแต่รุ่นเด็กรุ่นลูกให้มีความเข้าใจรับรู้เรื่องความตาย มีการวางแผนไปด้วยกัน ว่าต้องการให้ครอบครัวเครือญาติดูแลรักษาอย่างไรเมื่อถึงวันที่ป่วยหนักหรือระยะสุดท้าย หากมีการได้แจ้ง กล่าวไว้ล่วงหน้าก็จะช่วยสร้างให้เกิดการตายดีขึ้นได้อย่างแน่นอน

# บทที่ 2

## *Spiritual* จิตวิญญาณ โดย

อรทัย ชะฟู

จิตอาสาดูแลผู้ป่วย



วิชาชีวิต บทที่ 2 “Spiritual-จิตวิญญาณ”

ที่ปรึกษาโดย คุณอรทัย ชะฟู จิตอาสาดูแลผู้ป่วย

และ

ศ. แสง บุญเฉลิมวิภาส ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์

คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์

### ศ. แสง บุญเฉลิมวิภาส

เรื่องตายดี เป็นอีกเรื่องที่มีความสำคัญมาก ในบางครั้งผู้ป่วยต้องจากไปอย่างโดดเดี่ยว โดยไม่ทันได้กล่าวลาญาติพี่น้อง ในระยะหลังจึงได้มีการเน้นเรื่อง Good Dead หรือการตายดี ว่าจะเราตายดีอย่างไร

ในต่างประเทศ มีการดูแลชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Spiritual Healing คำว่า Healing หมายถึงการดูแลแต่เมื่อนำมาแปลความหมายเป็นภาษาไทย ทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนไปว่าเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ เมื่อได้ยินคำว่าจิตวิญญาณก็จะทำนึกไปถึงศัพทศาสตร์ ดังนั้นเมื่อได้ยินคำว่าดูแลจิตวิญญาณก็จะทำให้ญาติหรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้วิธีทางศาสนา เช่น เปิดเทปธรรมะ หรือเปิดบทสวดให้ผู้ป่วยฟังซึ่งอาจจะใช่หรือไม่ใช่ก็ได้ คำว่า Spiritual ไม่ใช่ศัพทศาสตร์ แต่ศาสนามีส่วนทำให้เกิด Spiritual Healing จะเกิดกับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ดังนั้นหากถามว่า Spiritual คืออะไร คำตอบคือเป็น “ส่วนลึกของจิตใจผู้ป่วย” ที่อยากจะทำอะไรเป็นครั้งสุดท้ายก่อนจะจากไป เช่น อาจจะอยากพบใครบางคน อยากกล่าวคำขอโทษ หรืออยากเห็นคนที่ตนรักได้ทำบางสิ่งก่อนที่จะจากไป ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง มีความต้องการจะเห็นลูกสาวได้แต่งงานแต่ตนเองอยู่ไม่ถึงวันนั้น พยาบาลผู้ดูแลจึงได้จัดให้มีพิธีแต่งงานขึ้นภายในห้องในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รดน้ำสังข์ลูกตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเราเรียกสิ่งนี้ว่า Spiritual



## ความเชื่อและศาสนากับการตายดี

ศาสนาทุกศาสนาก็จะพูดเรื่องการตายดี พูดถึงจิตสุดท้ายซึ่งมีความสำคัญมาก ดังคำสอนของพระที่ว่าจิตสุดท้ายจะต้องไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว ไม่วิตกกังวล ในศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ มีความเชื่อว่าชีวิตหลังความตายจะได้พบพระเจ้า จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวความตายเหมือนศาสนาอื่น แต่สำหรับชาวพุทธจะมีความคิดที่แตกต่างทั้งในด้านความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ หรือพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เชื่อว่าจะสามารถยื้อชีวิตผู้ป่วยได้ จึงออกไปทำพิธี ทำให้บางครั้งญาติพี่น้องต้องพลาดโอกาสที่จะได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

## ข้อพิจารณาทางด้านศาสนา

### : ศาสนาคริสต์

“สิ่งสำคัญมากในทุกวันนี้คือการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความหมายแห่งชีวิตของชาวคริสเตียน แม้ในขณะที่กำลังจะตายเพื่อมิให้ใช้เทคโนโลยีในทางที่มีขอบซึ่งคุกคามสิ่งเหล่านี้คำว่า “สิทธิที่จะตาย” (right to die) จึงมิได้หมายถึงสิทธิที่จะยื่นความตายด้วยน้ำมือใครคนใดคนหนึ่งหรือด้วยวิธีการใด ๆ แต่หมายถึงสิทธิที่ตายอย่างสงบ (die peacefully) อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และของชาวคริสเตียน เมื่อความตายไม่อาจหลีกเลี่ยงได้แม้ว่าจะใช้วิธีการรักษาต่าง ๆ แล้ว การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาเป็นสิ่งที่พึงอนุญาตและชอบด้วยจริยธรรม トラบเท่าที่ยังมีการดูแลผู้ป่วยตามปกติหากการรักษาเป็นไปไปตามความประสงค์ของผู้อื่นและสร้างภาระในการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเท่านั้นในสถานการณ์เช่นนี้ไม่มีเหตุผลใดที่แพทย์จะตำหนิตนเองที่มีได้ช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในอันตรายนั้น”

ที่ประชุมของสมณกระทรวงแห่งพระศาสนจักรคาทอลิก (วาติกัน) เกี่ยวกับหลักแห่งศรัทธา: คำประกาศเรื่องยูธานาเซีย, ตอนที่ 4 (ค.ศ. 1980) (Sacred Congregation for the Doctrin of the Faith : Declaration on Euthanasia, part IV (1980))

### : ศาสนาอิสลาม

“ความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตย่อมมีสิทธิที่จะตายโดยปราศจากขั้นตอนการรักษาที่ไม่มีความจำเป็น เพราะเครื่องมือที่ใช้ยืดชีวิตออกไป (procedures of mechanical life support) เป็นเพียงมาตรการชั่วคราวเท่านั้น ไม่ควรมีการให้อาหารหรือสารน้ำแก่ผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป ผู้ป่วยควรได้รับอนุญาตให้ตายอย่างสงบและมีความสุข (Quran17:33)” สมัชชาอิสลามิกชนแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (Islamic Society of North America – IMANA)

## : ศาสนาพุทธ

“การเรียนรู้ชีวิตใกล้ตาย ทำให้มีปัญญาที่สมบูรณ์ขึ้น เราจะศึกษาความเจ็บ ความตาย ความทุกข์ ให้มันชัดเจน ไม่สบายทุกทีก็ฉลาดขึ้นทุกทีเหมือนกัน” “การตายเป็นหน้าที่ของสังขารอย่างไม่มีทางเปลี่ยนแปลง แก้ไข นอกจากการต้อนรับให้ถูกวิธี”

พุทธทาสภิกขุ (หนังสือ ปัจฉิมอาพาธ พุทธทาสมหาเถระ)

“ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงเสมอว่า อย่างไรก็ตามการตายที่ดี คือมีสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่า ต้องมีจิตใจที่ดี คือมีสติ มีจิตใจ ไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม”

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) (หนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์)

ในคำอธิบายทางอรรถกถาและมีฎีกาอธิบายว่า เวลาคนจะตาย จะมีกรรมนิมิต อันได้แก่ ภาพของกรรมคือ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนได้กระทำไว้ในอดีตของชีวิตมาฉายให้เห็น จากนั้นจะปรากฏ คตินิมิต คือ ภาพของภพที่ ตนจะไปเกิดปรากฏให้เห็น คตินิมิตที่ปรากฏขึ้นนี้ก็จะเป็นไปตามกรรมเป็นตัวนำไปเกิด วิญญาณเก่าดับไป วิญญาณ ใหม่เกิดขึ้นสืบต่อกรรมที่สะสมไว้ และวิญญาณนั้นเชื่อว่าเป็นคันธัพพะ (ม.อ.๒/ ๔๐๘ วนย. ฎีกา ๒/๑๐/๒๐)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ อยากอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว หรือบุคคลที่รัก ในช่วงเวลาก่อนจากไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิด กุมมือ ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ก็อาจจะไม่ใช่สิ่งที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยอีกต่อไป การเยี่ยมไข้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในบางกรณีอาจเป็นการรบกวนผู้ป่วย ทำให้จิตไม่สงบ หรือ ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ดังนั้นควรพิจารณาตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยว่าต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายแบบใด

## เรื่องเล่าจากประสบการณ์

จากประสบการณ์จริงของท่านอาจารย์แสวง เมื่อประมาณ 40 ปีที่แล้ว คุณแม่ล้มป่วย ญาติๆ แนะนำให้ไปทำพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการตระเวนทำบุญทำสังฆทานตามวัดต่าง ๆ ทำพิธีสะเดาะเคราะห์สร้างพระ ปล่อยนบก ปล่อยปลาตามความเชื่อ แต่ที่ทำให้รู้สึกสับสนที่สุดคือ การไล่ชีวิตโคกระบือ เพราะเมื่อไถ่มาแล้วไม่รู้จะเอาโคกระบือที่ไถ่ไปไว้ที่ไหน เมื่อเจอแรงกดดันจากญาติ ๆ ทำยที่สุดต้องไปพึ่งวัดสวนแก้ว ซึ่งพระท่านได้เตือนสติว่า การทำเช่นนี้ไม่ใช่หนทางของชาวพุทธ จากประสบการณ์ในคราวนั้น เมื่อต้องเจอกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอีกกับน้องสาวอันเป็นที่รัก จึงได้บอกกับหลานชายว่าช่วง 2 สัปดาห์สุดท้ายให้มาอยู่กับแม่ กุมมือกันไว้เพราะเป็นสิ่งสุดท้ายที่ท่านต้องการ ไม่จำเป็นต้องไปประกอบพิธีกรรมใดให้เสียเวลา ชาวบ้านส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้รับการแนะนำ หรือมีความเชื่อเก่า ๆ รวมถึงผู้หวังดี แม้ในบางครั้งญาติทำใจได้และยอมรับการจากไปแล้ว แต่มักจะมีผู้หวังดีมาทำให้สับสน ทำให้ญาติเกิดความหวังในการที่ยื้อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นในครอบครัวควรมีการพูดคุย หรือทำความเข้าใจเรื่องความต้องการในช่วงระยะท้ายบ่อย ๆ เพื่อให้ลูกหลานได้รับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย



สิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการมากที่สุดคือ ความรัก และสิ่งที่กลัวที่สุดคือ กลัวการถูกทอดทิ้ง เพราะฉะนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือ “ความรักและการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดจากบุคคลอันเป็นที่รัก” เพราะเชื่อว่าความรักช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ (Love can relieve pain)

พระพุทธเจ้าเคยสอนไว้ในกฎแห่งไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) เป็นหลักแห่งความไม่เที่ยง ว่าความตายเป็นหน้าที่ของสิ่งขารอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้ต้อนรับความตายอย่างถูกวิธี นั่นคือ “การฝึกจิตสุดท้ายให้ดี” ไม่ให้เศร้าหมองขุ่นมัว หากไม่ได้นึกถึงศาสนาให้นึกถึงคนที่รักหรือคนที่เราศรัทธาเป็นจุดยึดช่วยให้จิตใจเป็นสุขสงบได้

### **คุณอรทัย ชะฟู จิตอาสาดูแลผู้ป่วย**

การทำตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย ในบริบทของจิตอาสา อาจมีเหตุปัจจัยหรือสิ่งแวดล้อมบางอย่างที่ไม่เอื้ออำนวยให้สามารถทำตามความต้องการได้ทุกเรื่อง สิ่งที่สามารถช่วยได้ดีที่สุดเพื่อระงับความกระวนกระวายหรือความค้ำคาใจของผู้ป่วยคือ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเป็นจริงในขณะนั้น อยู่กับลมหายใจปัจจุบัน ให้รับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง สัมผัสกับสภาวะที่เป็นจริงตรงหน้า หรือให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความต้องการหรือ

ความฝัน เพราะความฝันของผู้ป่วย จะสะท้อนสิ่งที่อยู่ในใจของผู้ป่วยได้ เพราะบางครั้งความต้องการของผู้ป่วย ก็เกินขีดจำกัดของผู้ที่ทำหน้าที่จิตอาสา

## ดูแลความห่วงกังวลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางรายจะวิตกกังวลว่าหากต้องจากไป คนในครอบครัวจะอยู่อย่างไร ใครจะคอยดูแลในบางกรณี การได้พูดคุยหรือวางแผนการจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวลให้รับรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้

## การเตรียมตัวกับวาระสุดท้ายของชีวิต

ชีวิตของแต่ละคน ไม่มีทางรู้เลยว่าความตายรอเราอยู่ที่ไหน วันไหนหรือตรงไหน ดังนั้นการเตรียมสิ่งที่เราต้องการสำหรับกายหรือใจในระยะท้ายไว้ก่อนก็จะเป็นการดี เช่น เสียงที่อยากฟัง บรรยากาศที่ชอบการรักษาที่ต้องการ สิ่งที่มีความหมาย โดยฝากไว้กับบุคคลที่เราเลือกให้คอยช่วยจัดการ เพื่อที่จะช่วยให้เราได้เรียนรู้และเตรียมตัวที่จะจากไปอย่างหมดความกังวล ซึ่งการเตรียมตัวเหล่านี้จะเป็นประโยชน์กับทั้งผู้ที่ยังอยู่และผู้ที่กำลังจะจากไป



[ อ้างอิงบทความ ]

โครงการสุขภาพคนไทย 2559

ตายดี : วิธีที่เลือกได้สุขภาพคนไทย 2559 (หน้า 87-90)

สามารถดาวน์โหลดเอกสารอ่านเพิ่มเติมได้ที่

<https://www.thaihealthreport.com/-2559-c1hs9>

สำหรับผู้เข้าใจสัจธรรมของชีวิตแล้ว การตายที่ดีควรเป็นการตายตามธรรมชาติโดยไม่ต้องฝืน เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง การ“ตายตาหลับ”ได้โดยไม่ห่วงกังวล จากไปในบรรยากาศที่อบอุ่น ในสภาพที่จิตเป็นอิสระ สงบ โปร่งเบา และปล่อยวางจากความยึดมั่นทั้งปวง

### 1) ตายตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องฝืน

ธรรมชาติของชีวิตนั้น มีเกิดก็มีตาย เกิดแล้วไม่ตายนั้นไม่มี ถ้าจะไม่ให้ตายก็มีทางเดียวเท่านั้นคือต้องไม่ให้เกิด เราเคยได้ยินกันมามากเรื่อง เกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต แต่เราก็มักเข้าใจว่า เกิด กับ ตาย

เป็นปลายสุดคนละขั้วของชีวิตที่แยกจากกันเด็ดขาด เกิดเป็นจุดเริ่มต้น ตายเป็นจุดสิ้นสุด แต่ความจริงถ้ามองอย่าง  
ไม่แยกส่วนแล้ว เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นกระบวนการหนึ่งเดียวที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไปด้วยกันตลอดเวลาของการมีชีวิต

เมื่อชีวิตเราเริ่มต้นขึ้น ความแก่ ความเจ็บ และ ความตาย ต่างก็ทำหน้าที่ของมันเกือบจะทันที ความแก่ก็คือ  
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากสภาพหนึ่งสู่อีกสภาพหนึ่ง จากทารก เป็นเด็ก เป็นวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา หรือ  
แม้แต่จากสภาพที่เป็นอยู่ในวันนี้ เปลี่ยนเป็นสภาพที่ต่างออกไปในวันพรุ่งนี้ มองในมุมนี้ร่างกายที่เติบโตขึ้นนั้นก็มิใช่  
อะไรรึอื่น แต่คือความแก่ ไม่ต้องรอจนถึงอายุ 60-70 เราก็แก่อยู่ทุกวัน ขณะเดียวกันความเจ็บก็ทำหน้าที่ของมัน  
อยู่ทุกวันเช่นกัน ตลอดเวลาที่เราใช้ชีวิตอยู่ ถ้าเรามองความเจ็บว่าเป็นสภาพที่ทนได้ยากทั้งทางกายและใจแล้ว  
เราก็จะเข้าใจได้ ว่าไม่ต้องรอจนถึงวันที่มีความเจ็บไข้ เราก็มีความเจ็บอยู่ทุกวัน นั้งนาน ๆ เราก็เจ็บ ยืนนาน ๆ  
ก็เจ็บ ไม่กินอาหารเมื่อถึงเวลาที่ควรจะกินเราก็เจ็บ หนาวมากก็เจ็บ แห้งนอนพักผ่อนไม่พอเราก็อาจจะเจ็บ  
(ปวดหัว) ฯลฯ แต่ที่เราไม่รู้สึกรู้ว่า สิ่งเหล่านี้เป็นความเจ็บก็เพราะเราสมมติเอาว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้นคือความ  
เจ็บ เราจึงมองไม่เห็นที่เรามีความเจ็บอยู่ตลอดเวลา

ความตายก็เช่นเดียวกัน เกิดขึ้นกับเราอยู่ตลอดเวลา ในทางชีววิทยา เซลล์ในร่างกายที่เติบโตเต็มที่ (แก่) แล้ว  
ก็ตายไป เม็ดเลือดแดงของเรามีอายุ 120 วัน หลังจากนั้น ก็สลายไปที่ตับ เม็ดเลือดแดงใหม่ที่สร้างจากไขกระดูก  
ก็เกิดมาแทนที่ ทดแทนหมุนเวียนกันไป เราจึงเกิดทุกวันและตายอยู่ทุกวัน แม้ยังมีลมหายใจอยู่ก็ตาม ตายและเกิด  
ดำเนิน ไปด้วยกันอย่างนี้ตลอดชีวิตของเรา หรือจะมองทางด้านจิตใจ เราก็เกิดและตายอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน เมื่อใด  
ที่เราประสบ สิ่งที่ยิ่งปรารถนา หรือสิ่งที่ไม่เป็นที่สปรารถนาเราก็คิดความรู้สึกชอบ รัก ยึดมั่น โกรธ เกลียด ฯลฯ  
นั่นคือเกิดกิเลสในใจเรา แต่เมื่อใดที่เรามีสติรู้ทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ปล่อยวางได้ ทำใจได้ ละความยึด  
มั่นได้ เมื่อนั้นเราก็ตายจากกิเลส คือสิ่งที่ไม่ดี มองในแง่ดีแล้ว ชีวิตเราทั้งชีวิตจึงไม่ใช่อะไรรึอื่น นอกจากกระบวนการ  
ของการ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ที่ทำหน้าที่ของมันไปตามเหตุปัจจัยของธรรมชาติ

บังเอิญการตายที่ร่างกายแตกดับปราศจากลมหายใจ เป็นการตายที่เห็นได้ชัด เราจึงถือว่าเป็นเรื่อง  
สำคัญมาก แต่เนื่องจากชีวิตเกิดมาและดำรงอยู่ได้ตามเหตุปัจจัยอันเป็นธรรมชาติ การตายก็ควรจะเป็นไปตาม  
ธรรมชาติเช่นเดียวกัน การตายที่ดีไม่ควรเป็นการตายที่ต้องฝืนธรรมชาติ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงก็ไม่ต้องพยายาม  
ประวิงเวลาเอาไว้จนเกินเหตุ โดยวิธีการรักษาที่เข้มข้นและใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่จนเกินจำเป็น แม้ว่าการทำ  
เช่นนั้นอาจจะยืดลมหายใจและชีพจรไว้ได้บ้างก็ตาม แต่ยืดได้ไม่นาน และคุณภาพชีวิตที่ยืดไว้เช่นนั้นก็จะตกต่ำ  
อย่างรุนแรง

น่าสังเกตว่าการพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายแล้วนั้นส่วนใหญ่มักไม่ใช่การตัดสินใจของผู้ป่วยเอง หากแต่เป็นการตัดสินใจของแพทย์ ญาติ หรือคนใกล้ชิด ดังกรณีการมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุ เมื่อกว่า 20 ปีมาแล้ว หรือกรณีการตายของบุคคลที่ได้รับความชื่นชอบจากสาธารณชน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว การพยายามยืดการตายไว้เช่นนั้น มีแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ความตายนั้นเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นเมื่อถึงเวลาที่ชีวิตจะจากไป ก็ควรให้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ต้องฝืน จึงจะถือว่าเป็นการตายที่ดี

## 2) “ตายตาหลับ” โดยไม่มีความหวาดกลัว หรือห่วงกังวล

โดยธรรมชาติคนเราไม่อยากตาย ความตายจึงกลายเป็นสิ่งที่น่ากลัว แต่สิ่งที่คนกลัวมากในความตาย คือ ความเจ็บปวดทรมานและการพลัดพรากจากคนที่ตนรัก รวมทั้งทรัพย์สิน เงินทองที่ตนหามาตลอดชีวิต มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งกลัวตายมากเท่าไร ก็ยิ่งทุรนทุรายและมีความเจ็บปวดทรมานจากโรคมกเท่า นั้น เหมือนคนที่กลัวเข็มฉีดยา ยิ่งกลัวมากเท่าไร เวลาฉีดยาก็จะยิ่งรู้สึกเจ็บมากเท่านั้น ความห่วงกังวลก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากคนส่วนมาก มองความตายว่าเป็นการสูญเสียและพลัดพรากผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายส่วนมากจึงมักจะมี ความห่วงกังวล ไหนจะห่วงคนที่ตนรัก ห่วงทรัพย์สิน ห่วงมรดกที่ยังไม่ได้จัดการ ห่วงการงานที่ยังทำไม่เสร็จ ห่วงหนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระสะสาง ฯลฯ คนไทยเรียกการตายทั้งที่ยังมีห่วงกังวลอยู่มากว่า “ตายตาไม่หลับ” ไม่ใช่การ ตายที่ดี ตรงกันข้ามกับการจากไป โดยไม่มีห่วงกังวลใด ๆ เลย ซึ่งถือว่าเป็นการ “ตายตาหลับ” คือตายดี

นอกจากนี้ ในขณะที่ใกล้จะสิ้นลมอาจเกิดนิมิต คือภาพที่ปรากฏในใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางพุทธเชื่อว่า มีนิมิตสองอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาเช่นนั้น คือ กรรมนิมิต หรือ ภาพปรากฏในใจที่สะท้อนการกระทำที่ตน ได้ทำตั้งแต่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะการกระทำที่ฝังอยู่ไม่รู้ลืม ซึ่งอาจจะมีทั้งดีและไม่ดี ที่ไม่ดีเช่นบาปกรรมที่เคยทำ กับคนหรือสัตว์อื่น หนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระ ความผิดหรือการล่วงเกินต่อผู้อื่นที่ยังไม่ได้จัดการให้เรียบร้อยหรือยังไม่ได้ ขอโทษกรรมให้เลิกแล้วกัน ฯลฯ ภาพการกระทำที่ไม่ดีเช่นนั้นอาจจะทำให้เกิดความหวาดกลัวทุรนทุรายขณะที่ จิตกำลังจะดับ นิมิตอีกอย่างหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นได้คือคตินิมิต หรือภาพในใจ ที่บอกว่าหลังจากตายจะได้ไปสู่อุภพหน้าที ดีหรือไม่ดีอย่างไร

แน่นอนว่าถ้าคตินิมิตไม่ดี ก็จะทำให้เกิดความหวาดกลัว จิตใจไม่สงบ ในช่วงเวลาจนจะสิ้นลมนั้น กรรมนิมิตหรือ คตินิมิตที่ไม่ดี อาจทำให้คนบางคนมีอาการทุรนทุรายหรือเพ้อได้

พระไพศาล วิสาโล ซึ่งมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมานาน พบว่าผู้ป่วยที่ใกล้ตายนั้นยังมีความห่วงกังวลในใจมากเท่าใด จิตใจก็จะยังไม่สงบและกระวนกระวาย ยิ่งทรมานทรมานมากเท่าใด ก็จะมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากเท่านั้น ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีใจสงบ ซึ่งจะมีสติรู้ทันความเจ็บปวด และสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้ดีกว่าคนที่วิตกกังวลมาก ๆ และขาดสติ ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว การรักษาทางการแพทย์จะต้องควบคู่ไปกับการช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทางจิตใจ เพื่อให้เขาพร้อมที่จะเข้าสู่การตายได้อย่างสงบและเป็นธรรมชาติที่สุด

การที่คนเราจะจากไปในสภาพที่ไม่หวาดกลัวและไม่วิตกกังวลได้ ก็เพราะมีความเข้าใจถูกต้องในธรรมชาติ ของชีวิต และความตาย มองเห็นความจริงว่าความตายเป็นธรรมชาติที่มีอยู่แล้วในชีวิต มุมมองเช่นนี้จะช่วยให้ยอมรับความตายได้มากและเห็นว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเสมอไป แต่ถ้ามองความตายว่าเป็นสิ่งที่ทำลายทั้งชีวิตและทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับชีวิต ความตายก็จะเป็นสิ่งที่น่ากลัวอย่างยิ่งขณะใกล้จะสิ้นลมผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลให้คลายความกังวลและความหวาดกลัว เพื่อจะได้จากไปด้วยดีในสภาพที่ผ่อนคลาย เหมือนการนอนหลับไปพร้อมกับลมหายใจที่แผ่วนิ่งและสงบลง

### 3) ตายในบรรยากาศที่อบอุ่น

ถ้าจะสรุปสั้น ๆ นี้คือมิติทางสังคมของการตาย ผู้ตายควรจะได้จากไปในบรรยากาศที่อบอุ่นเมื่อใกล้ตายคือบรรยากาศที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ตนรัก เช่น สมาชิกครอบครัวญาติมิตรได้อย่างเป็นปกติหรือเกือบเป็นปกติเท่าที่สภาพของเขาจะมีได้

ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ จะเห็นได้ เช่น ผู้ป่วยหนักโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาอาการป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อมีคนในครอบครัวหรือคนที่ตนรัก หมั่นไปเยี่ยม มักจะมีอาการสดชื่นขึ้นอย่างเห็นได้ชัด บรรยากาศเช่นนั้นต่างจากการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักที่คนใน ครอบครัวหรือญาติมิตรเข้าไม่ถึง มีแต่แพทย์และพยาบาลกับเครื่องมือแพทย์ที่ระโยงระยางเต็มไปหมด ในบรรยากาศที่เขาไม่คุ้นเคย การติดต่อกับแพทย์และพยาบาลก็มีแต่เฉพาะในบริบทของการรักษาเท่านั้น บางรายอาจจะถูกมัดมือ มัดเท้า(เหมือนถูกจองจำ)ไว้ด้วยซ้ำเพื่อกันไม่ให้ดึงเครื่องมือแพทย์ที่ใส่ไว้ออก การตายในบรรยากาศเช่นนี้ต่างจากการตายที่บ้านอย่างมาก เพราะเหตุนี้เองคนไทยในสมัยก่อนที่พาญาติที่ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล พอเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแน่นอนแล้ว

ก็มักพากลับบ้าน เพื่อจะได้จากไปในแวดล้อมของญาติมิตรและคนที่เขารัก ในบรรยากาศทางสังคมที่เต็มไปด้วยมิตินี้  
ความเป็นมนุษย์ สมัยนี้การปฏิบัติเช่นนั้นอาจจะลดลงมากแล้ว

#### 4) ตายด้วยจิตที่เป็นอิสระจากสิ่งยึดมั่นทั้งปวง ผ่อนคลาย สงบ และปล่อยวาง

การจากไปในขณะที่จิตอยู่ในสภาพเป็นอิสระ ปล่อยวางทุกอย่างแล้ว ในทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นยอดของการตาย  
ที่ดี ถ้าเทียบกับศาสนาอื่นบางศาสนา การตายเช่นนี้อาจเทียบได้กับการตายที่ผู้ตายไม่มีจิตผูกพันอยู่กับสิ่งอื่นใดเลย  
นอกจากพระผู้เป็นเจ้าของที่เขานับถือเท่านั้น ท่านพุทธทาสภิกขุสอนว่า ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ควรปล่อยวาง  
ไม่ยึดติดในตัวกูของกู คือ ทำจิตให้วางจากสิ่งยึดเหนี่ยวทั้งปวง ไม่ว่าจะดีหรือไม่ดีก็ตาม จิตที่อยู่ในสภาพเช่นนั้น  
คือจิตที่เป็นอิสระ โปร่งเบา และผ่อนคลาย ถ้าตายไปในสภาพจิตเช่นนั้นนับว่าเป็นการตายที่ดี

การปล่อยวางเช่นนั้นอาจจะทำได้ยากสำหรับคนทั่วไป แต่ท่านพุทธทาสภิกขุ ซึ่งมีประสบการณ์มามากจาก  
การปฏิบัติของตนเองได้สอนไว้ว่า การตายในสภาพที่จิตเป็นอิสระอย่างนี้ ผู้ตายไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เรียนรู้หรือ  
ปฏิบัติธรรมมามาก เพราะ“ไม่ว่าจะเป็นคนชั่วคนดีอย่างไร ถ้าอยากตายดีแล้ว ในนาทีสุดท้ายต้องตั้งสติให้ได้  
และปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่าง ดับความเป็นตัวกูของกูให้หมดสิ้น แล้วก็ตายดีได้” แต่ถ้าจะให้แน่นอนกว่าก็ควรมี  
การฝึกการปล่อยวางอยู่ตลอดชีวิต เพื่อเป็นการเตรียมตัวตายตั้งแต่วันนั้นยังมาไม่ถึง



**ตาย ก่อน ตาย !**  
ตายเพื่อตาย ชั่วคราว ไม่มี ฝัน  
ตายไม่ได้อะไร ได้เป็นที่ **ดีตายใน**  
ตายที่ไม่เป็น เพื่อเป็น **เขาไว้ใจ**  
ตายใจไว้ใจ **นี่คือ ตาย เสียก่อนตาย**  
ตายก่อนตาย ไม่ต้องตาย ไม่มี ฝัน  
แต่ก่อนเป็น **สิ่ง** ที่ ไม่รู้ตาย  
ที่แท้เป็น **"ความตาย"** ที่ไม่ตาย  
มีความหมาย **"ไม่เสีย"** เสียหนักแฉะ  
คนที่พูด **ฉันสอน** ชวน ฟัง  
เหมือนเล่น **ลาว** คนสอนแล้ว  
แต่เป็น **"ความ"** จงใจฉัน ไม่ฉันแล้ว  
ใครคิดได้ **อะไรก็ได้** ไม่ตาย ใจ  
**พุทธทาส อิมขันธ์**  
๗ ๓๓ ๓๗



# บทที่ 3

## ศาสตร์การเจรจา 1

โดย

### เกื้อจิตร แชรรัมย์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และหน้าที่พิเศษแผนกให้กำลังใจ  
โรงพยาบาลบุรีรัมย์



วิชาชีวิต บทที่ 3 “ศาสตร์การเจรจา”

ที่ปรึกษาโดย คุณเกื้อจิตร แชรรัมย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และหน้าที่พิเศษแผนกให้กำลังใจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

#### ศาสตร์การเจรจา

สิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งในกระบวนการการดูแลผู้ป่วย คือ “การสื่อสาร” เพราะการสื่อสารมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในแง่ที่ดีและในด้านลบ การสื่อสารที่ผิดหรือไม่ดีจะมีผลทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง ในขณะที่การสื่อสารในเชิงให้กำลังใจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพความเจ็บป่วยในขั้นอาการแย่มากแต่หากได้รับการสื่อสารที่เป็นกำลังใจ ก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยนั้นดีขึ้นกระตือรือร้น หรือแม้แต่ญาติผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำใจรับข่าวร้ายที่ได้ฟังจากบุคลากรทางการแพทย์ ข่าวร้ายนั้นก็อาจทำให้เกิดการบั่นทอนพลังในตัวผู้ป่วยและญาติ ทำให้การรักษาอาการมีความยุ่งยากมากขึ้น

การสื่อสารและการให้คำปรึกษาที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ถือเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการรักษาตัวอย่างการสื่อสารที่ส่งไปยังผู้ป่วยอาจทำให้เกิดการตีความที่แตกต่างกันออกไป เช่นคำว่า “ป่วยระยะสุดท้าย” สำหรับผู้ป่วยและญาติ อาจทำให้คิดว่าจะเสียชีวิตในเร็ววัน ซึ่งในความเป็นจริงนั้นระยะสุดท้าย อาจจะหมายความได้ทั้งระยะเวลาสั้น ๆ หรือเป็นเดือน เป็นปี หรือหลาย ๆ ปี ก็ได้ หรือในบางกรณีที่แพทย์ แจ้งข่าวร้ายแก่ญาติว่า “มีโอกาสรอด 1%”

ก็ส่งผลให้บรรยากาศในการรักษาเศร้าและหดหู่ ระวังการสื่อสารที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิด อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความจริงและอาการของโรคอย่างเป็นลำดับและค่อยเป็นค่อยไป

## เรื่องเล่าจากประสบการณ์



กรณีตัวอย่างในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งมีอาการคือ เป็นก้อนในเต้านม เมื่อหมอนัดฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อแล้วแจ้งว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งและจะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยเครียดมากและปฏิเสธไม่ยอมรับผลตรวจคิดว่าโรงพยาบาลตรวจผิดหรือเกิดการผิดพลาดในเวชระเบียนคนไข้ แล้วผู้ป่วยก็ขอไม่รับการผ่าตัด และขอให้แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยใหม่ทั้งหมด แพทย์จึงส่งผู้ป่วยไปพูดคุยปรึกษากับพยาบาลกึ่งจิตกร

พยาบาลกึ่งจิตกร ใช้วิธีการพูดคุยก่อนที่จะแจ้งข่าว ชวนถามถึงอาการป่วยที่ทำให้มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยแจ้งว่ามีก้อนในเต้านมให้พยาบาลกึ่งจิตกรลองสัมผัสซึ่งก้อนเนื้อนั้นมีผิวขรุขระ พยาบาลจึงถามต่อไปว่าแล้วผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยตอบว่า ตัวเธอก็คิดว่ามันไม่ปกติ ดังนั้นพยาบาลจึงแจ้งว่าการรักษาต้องให้แพทย์ตัดออก แล้วยกตัวอย่างว่า ถ้าบ้านเรามีปลวก หากเราเอายาไปฉีดแค่รอบ ๆ มันก็ไม่ตาย เราต้องยกรังออกแล้วจึงฉีดยาซ้ำเพื่อกำจัดให้สิ้นซาก แล้วถามความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยเริ่มคลายตามจึงถามต่อว่าถ้าเธอทำการผ่าตัดก้อนเนื้อแล้วจะอย่างไรต่อ ทางพยาบาลกึ่งจิตกรจึงตอบว่า ขั้นตอนหลังจากนั้น จะคีโมหรืออะไรต่อค่อยพูดคุยกันในขั้นต่อไป แต่สิ่งสำคัญคือการรีบเอากองปลวกออกไปก่อน แต่ทั้งนี้ไม่มีใครบังคับฝืนใจใครได้ ขอให้คิดและขอให้พร้อมค่อยกลับมาโรงพยาบาล ณ ตอนนั้นเองที่ผู้ป่วยรายนี้จึงตอบทันทีว่า...เธอตกลงขอรับการผ่าตัด

- ก่อนแจ้งข่าวร้าย ให้สังเกตความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการรับข่าวนั้น ๆ
- อย่ารีบร้อนพูดออกไปเพราะผู้ฟังอาจไม่ยอมรับข้อมูล
- ถามความรู้สึก ความคิดเห็น รับฟังผู้ป่วย ก่อนจะสื่อสารข้อมูลออกไป
- ใช้วิธียกตัวอย่าง หรืออธิบายถึงอาการของโรคด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

อีกตัวอย่างหนึ่งเป็นกรณีที่มีเด็กหนุ่มประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์จนกระดูกคอหัก แพทย์ได้ทำการผ่าตัดให้ แต่การผ่าตัดนั้นไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนมาก แต่พ่อของผู้ป่วยนั้น ยอมรับความสูญเสียไม่ได้เพราะผู้ป่วยเป็นลูกชายคนเดียว ดังนั้นการจะไปแจ้งข่าวร้ายให้ญาติทำใจด้วยการพูดตรง ๆ คงไม่เป็นผลดี ญาติคงจะรับไม่ได้ พยาบาลก็ถือจิตรจึงได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. แนะนำตัวเมื่อพบญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยและทักทาย เช่น “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ  
เกื้อจิตร แซรัมย์ เป็นพยาบาลแผนกให้กำลังใจ วันนี้เราจะขอมาให้กำลังใจผู้ป่วยและญาตินะคะ
2. พยาธิสัมพันธ์ตัวคนไข้ โดยให้ส่งการสัมผัสนั้นอย่างเต็มที่ จับที่บริเวณแขน มือ หรือขา ของผู้ป่วย
3. หลับตาและทำจิตใจให้สงบ ทีมพยาบาลชวนให้ญาติผู้ป่วยหลับตาลงเบา ๆ เพื่อให้ทุกคนมีสมาธิ
4. ตั้งสมาธิและสุดลมหายใจ เข้า-ออก คำสำคัญคือการสุดลมหายใจ เข้า - ออก ลึก ๆ อย่างเป็นจังหวะ  
สัก 5-7 รอบ หลังจากนั้นให้กล่าวตามพยาบาล
5. นำกล่าวบทสวดที่เตรียมไว้ว่า “บุญใดที่ตัวข้าพเจ้าเคยทำมา ตั้งแต่ร้อยชาติ พันชาติ หมื่นชาติ แสนชาติ และ  
ในปัจจุบันชาตินี้ได้เจริญสติ สมาธิ ภาวนา ขอบุญนั้นจงแปรเปลี่ยนเป็นความสุขให้ .....(ชื่อผู้ป่วย)  
ตอบสนองกับการรักษา มีโอกาสหายเหมือนปาฏิหาริย์ด้วยเถิด
6. ให้ญาติปฏิบัติซ้ำ ๆ เมื่อได้ตั้งสมาธิกล่าวบทสวด ญาติจะรู้สึกดีและสงบขึ้น และสุดท้ายจะยอมรับการตาย  
ของผู้ป่วยได้มากขึ้น สร้างกิจกรรมหรือวิธีการส่งเสริมกำลังใจให้กับญาติผู้ป่วยเพื่อให้เปิดใจและยอมรับ  
การสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น

## เรื่องเล่าจากประสบการณ์



ชวนญาติผู้ป่วยพูดคุยและฟังเรื่องชวนคิด เพื่อให้เห็นถึงสัจธรรมของชีวิตและยอมรับการจากไปตามธรรมชาติ อีกกรณีตัวอย่าง เมื่อทีมแพทย์แจ้งแก่ญาติว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดเพียง 1% ญาติต่างเสียใจคร่ำครวญไม่หยุดจนแพทย์ต้องเชิญพยาบาลกึ่งจิตกร ไปช่วยพูดคุยกับญาติ สิ่งแรกที่ต้องทำทุกครั้ง คือการแนะนำตัว ชื่อและหน้าที่ แล้วถามถึงอาการผู้ป่วย ในเคสนี้ทางญาติเล่าว่าคุณยายป่วยและอยู่ในห้อง ICU มา 2 เดือนวันนี้แพทย์มาแจ้งว่าคุณยายมีโอกาสรอดแค่ 1% พวกเขารักคุณยายมากไม่อยากให้จากไป เมื่อได้ฟังดังนั้น พยาบาลกึ่งจิตกรจึงชวนคุยและถามว่า

พยาบาล : ที่บ้านมีปลูกต้นมะม่วงไว้บ้างไหม ออกลูกหรือยัง?

ญาติ : มีครับ มะม่วงกำลังออกลูก ไว้จะเก็บมาฝากคุณหมอ

พยาบาล : ไม่ใช่ว่าอยากกินคะ แต่ถ้ามีมะม่วงอยู่ลูกหนึ่ง เป็นลูกที่สวยงามที่สุดและอยู่ในโลเคชั่นที่ดี คือหลบสายตาคอนข้างนอก และมีใบบังจึงไม่โดนลมไม่โดนฝน มะม่วงลูกนี้จึงอยู่ที่ต้นตั้งแต่เล็กจนลูกโต แก่ ห้าม สุก และงอม ตามลำดับอยากถามว่ามะม่วงลูกนั้นจะร่วงลงพื้นไหม

ญาติ : ร่วงครับ ร่วงแน่นอน ทันที้ที่ญาติตอบคำถามและพูดว่ามะม่วงจะต้องร่วงหล่น ญาติก็ร้องไห้ออกมาแล้วบอกว่า เป็นเพราะพวกเราเองที่ขอร้องให้คุณหมอไปช่วยชะลอรั้งมะม่วงลูกนั้นคืนไว้ให้อยู่ที่เดิม ทั้ง ๆ ที่จริงมะม่วงนั้นมันปลิดขั้วแล้วที่ทำอย่างนี้ ผมทำผิดหรือไม่ครับ ญาติถามพยาบาล

พยาบาล: สิ่งที่ทำไปแล้วนั้น ดีเสมอ ไม่มีผิดหรือถูก เพราะทุกคนทำเพราะความรัก

คำพูดของบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อผู้ป่วย ทำให้รู้สึกสุข เศษ ๆ หรือทุกข์ได้ง่ายกว่าคนปกติ หากคำพูดนั้นทำให้รู้สึกมีความสุขหรือเศษ ๆ ก็คงไม่เป็นไร แต่หากเป็นคำพูดที่ก่อทุกข์ นั้นจะทำให้มีผลต่อร่างกาย ทำให้เสียสมดุล มีผลให้การรักษาโรคนั้นยากขึ้น

ตัวอย่างที่พยาบาลกึ่งจิตกรได้มีประสบการณ์ตรงในอดีตที่เป็นเนืองอกในมดลูก มีแพทย์ที่สนิทมาเยี่ยมแล้ว ยืนกอดอก อมยิ้ม พูดล้อเล่นว่า “ป้า เป็นไงละ ถึงที่ตัวเองเป็นบ้างแล้ว รู้สึกอย่างไรบ้างละ” แม้จะรู้ว่าเป็นแค่การพูดหยอก แต่ในสถานการณ์ความเจ็บป่วยตอนนั้นทำให้พยาบาลกึ่งจิตกรเกิดความกังวลใจ คิดมาก ห่วง ถึงครอบครัวว่าใครจะดูแลแม่และลูกของตน นี่คือนตัวอย่างคำพูดที่ไม่ได้สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย

ในช่วงเดียวกันนั้น ได้มีแพทย์อีกท่านหนึ่งเข้ามาเยี่ยม ท่านไม่ได้นำของฝากอะไรมาให้ แต่มีคำพูดที่เป็น กำลังใจ อดีดี ท่านแแต่ที่แชนแล้วกล่าวว่า “ป่า ไม่เป็นไรหรอก เป็นได้ก็หายได้ันะ” แแต่คำพูดนี้ เมื่อได้ฟัง พยาบาลเกื้อ จิตรก็เกิดกำลังใจและถึงกับอยากลุกออกจากเตียงผู้ป่วยทันที รู้สึกไม่ได้ป่วย

### **คำพูดของบุคลากรทางการแพทยันมีผลทำให้ผู้ป่วยสุขหรือทุกข์ได้ง่ายกว่าคนปกติ**

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายในช่วงสุดท้ายของชีวิต อาจใช้คำว่า “สมมติ” เพื่อพูดคุยสอบถามถึงแนวทางการรักษา ที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ต้องการ เช่น สมมติว่าถึงวันที่เราหายใจไม่ได้ เราจะเรียกว่าวันที่เราเดินทางถึงเส้นชัยแล้ว สมมติว่าวันนั้นวันที่เดินทางถึงเส้นชัยมาถึง ผู้ป่วยอยากให้แพทย์ พยาบาล และญาติทำอะไบบ้าง เมื่อถูกถามเช่นนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบว่า ขอไม่ให้ทำอะไรแล้วขอให้พอ

- สื่อสารความต้องการทางการรักษาของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตโดยใช้คำว่า “สมมติ”
- หากญาติและผู้ป่วยมีความคิดเห็นในการรักษาที่ไม่ตรงกัน ต้องแยกคุยกับแต่ละฝ่ายเสมอ

หากมีกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความคิดเห็นในการรักษาที่ต่างกัน ต้องแยกคุยกับแต่ละฝ่าย โดยคุยกับผู้ป่วย ก่อนว่า คิดอย่างไร เพราะการสื่อสารและการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยและญาติถือเป็นศิลปะ ลองคิดว่าถ้าตัวเราเองเป็นผู้ป่วย เราอยากได้ยินคำพูดแบบไหน แล้วถึงเวลาจริงต้องค่อย ๆ สังเกตดูว่าผู้ป่วยรายนี้และญาติต้องการได้ยินคำพูด แบบไหน อยากให้บอกข่าวร้ายตรง ๆ หรือไม่ ดังนั้น การสื่อสารทั้งทางกายท่าทางและคำพูดล้วนเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าทุกฝ่าย คือแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ ช่วยกันดูแลคนๆหนึ่งที่อยู่ตรงหน้าเราในเรื่อง “การสื่อสาร” นั่นคือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณค่าอย่างมาก

# บทที่ 4

## ศาสตร์การเจรจา 2

โดย

**อภิชนา วรพันธ์**

จิตอาสาเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย



วิชาชีวิต บทที่ 4 “ศาสตร์การเจรจา2”

ที่ปรึกษาโดย คุณอภิชนา วรพันธ์ จิตอาสาเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย  
และ รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์

หลายคนอาจตั้งคำถามว่า “การเจรจา” เกี่ยวข้องอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการสื่อสาร เป็นประเด็นหลักของการให้การรักษายาบาลทางการแพทย์ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์สูงสุด เราเชื่อว่าการสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ทีมแพทย์ ทีมดูแล หรือญาติ มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะทำให้การรักษาเป็นไปตามความคาดหวัง ให้ทุกคนมีความเข้าใจในเรื่องที่เราวางแผนร่วมกัน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็น “การเจรจา” (Negotiation) ไม่ใช่เป็นเพียงสื่อสารข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการเจรจาเพื่อวัตถุประสงค์ ซึ่งการเจรจาในระยนี้ เป็นไปเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

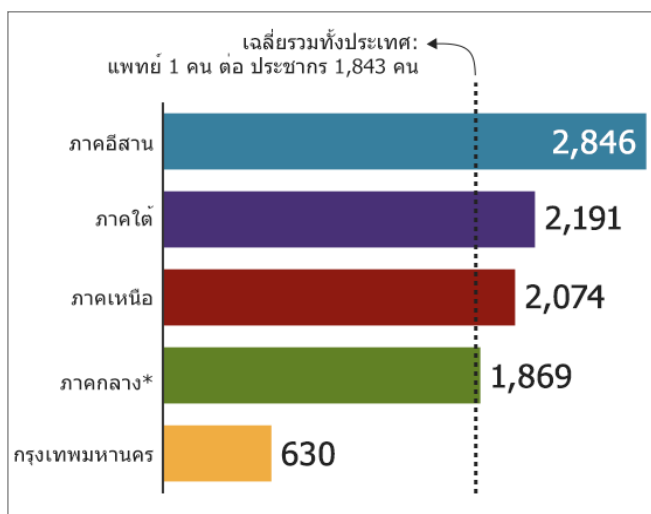
**ศาสตร์การเจรจาเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ใช่การบอกกล่าวเฉพาะเรื่องข้อมูลของโรค**

ในบทบาทของแพทย์มีหน้าที่ที่จะเข้าใจคนไข้ให้มากที่สุดเป็นอันดับแรก คือการศึกษาความเจ็บป่วยของคนไข้ให้ดีที่สุด ว่าเขามีความเจ็บป่วยอะไร แล้วนำมาทบทวนกันในทีมผู้ให้การรักษ ถึงทางเลือกในการรักษา ทางเลือกที่ดีที่สุดทีมสามารถทำได้หรือไม่ หลังจากนั้นก็จะเชิญผู้ป่วยและญาติมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วย และ

แนวทางการรักษาเบื้องต้น แพทย์จะตระหนักเสมอว่า ในการบอกโรคหรือบอกข่าวร้ายแก่คนไข้ คือแพทย์จะต้องสามารถประเมินสถานการณ์ ภาวะการณ์รับรู้ของผู้ป่วยและญาติให้ได้และเลือกใช้การสนทนาที่ประนีประนอม ไม่ให้คนไข้และญาติรู้สึกเหมือนถูกรุกราน เราจะต้องมีแผนการรักษาหรือทางออกที่ดีตามมาให้ผู้ป่วย เพราะหากเราเพียงแจ้งว่าคนไข้เป็นโรคระไรแล้วเว้นช่องไว้ไม่รู้จะดำเนินการอย่างไรต่อ คนไข้จะเกิดความทุกข์ทรมานมากในช่วงช่องว่างนั้น แพทย์จึงมีหน้าที่บอกในเรื่องข้อเท็จจริง สถานการณ์โรค ทางเลือกในการรักษา และให้ญาติและผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่ามีมุมมองต่อโรคที่เกิดขึ้นอย่างไร จากนั้นแพทย์จะนำมุมมองเหล่านั้นมาวางแผนการรักษาให้เป้าหมายของการรักษาตรงกันระหว่างแพทย์ คนไข้ และญาติต่อไป

### ทำอย่างไร ถึงจะได้เจรจากับแพทย์และให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ประเด็นเรื่องการสื่อสารถือเป็นอีกปัญหาหนึ่งของคนไข้ ที่มีมุมมองว่าการพบหมอได้พูดคุยกับหมอเป็นเรื่องยาก เนื่องจากหมอมองไม่มีเวลาคุยด้วย พูดสั้นและไม่ใส่ใจความ แพทย์เองก็ยอมรับว่าด้วยข้อจำกัดในเรื่องเวลาส่วนหนึ่งที่เป็นปัญหาจากทางแพทย์เอง แต่ในส่วนของผู้ป่วยควรเรียนรู้ระบบการนัดหมาย และนัดหมายเข้ามาอย่างเป็นทางการ เช่น หากต้องการพูดคุยประเด็นนี้ ต้องพูดคุยกับใคร หลังจากนั้นก็ดำเนินการแจ้งนัดหมายทีมแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล เมื่อถึงเวลานัดหมายทางผู้ป่วยก็ต้องเตรียมข้อมูลที่มีข้อสงสัย ในประเด็นที่สำคัญ ซึ่งส่วนมากทางโรงพยาบาลก็จะมีระบบให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับแพทย์ แต่หากเข้าไม่ถึงแพทย์จริง ๆ สามารถค้นหาหรือสอบถามข้อมูลจากส่วนอื่น ๆ ของโรงพยาบาลได้ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลผู้ดูแล สามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นและช่วยนัดหมายแพทย์ในลำดับต่อไปได้ เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการสื่อสาร



### สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ของไทยเทียบ

แต่ละภูมิภาค ประจำปี 2560

เปรียบเทียบจำนวนประชากร ต่อแพทย์ 1 คน

(ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

[www.bbc.com/thai/thailand-47075733](http://www.bbc.com/thai/thailand-47075733))

## คุณอภิชนา วรพันธ์

คุณแม่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากจะมีประสบการณ์ในการดูแลลูกตนเองแล้ว ยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปี 2551 จึงต้องการที่จะแบ่งปันประสบการณ์ในการไปโรงพยาบาล ไปพบคุณหมอคุณพยาบาล อาจจะได้เป็นรูปแบบที่จะใช้ได้ในทุกสถานการณ์ แต่ก็ถือเป็นแนวทางที่นำไปประยุกต์ใช้ต่อได้จากที่เราได้เจอ

### การเจรจา เมื่อต้องรับฟังผลวินิจฉัยจากแพทย์

ส่วนใหญ่ที่เมื่อเราไปพบแพทย์ สิ่งที่แพทย์จะบอกเราก็คือ “การวินิจฉัย” โดยปกติถ้าได้มีการวินิจฉัยแล้วแพทย์ก็จะบอกผลวินิจฉัยให้ทราบ ในการแจ้งบอกอาการจากแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ คนไข้ และญาติ อาจจะยังไม่คุ้นชินมากนัก ทำให้แพทย์ไม่สามารถบอกอาการหรือผลวินิจฉัยได้หมดหรือบอกตามตรงได้ในครั้งเดียว เพราะไม่รู้ว่าความรู้สึกของคนไข้หรือญาติสามารถรับได้มากน้อยเพียงใด บางคนก็อาจจะรับไม่ได้เกิดอาการช็อก เพราะฉะนั้นในส่วนทางลัดของเรา คือคนไข้และญาติจะต้องเปิดใจให้แพทย์รู้จักตัวตนเราเช่นกัน เช่น ผู้ป่วย ญาติ ควรบอกความคาดหวังของการรักษาให้แพทย์ทราบเพื่อเป็นแนวทางการรักษาร่วมกัน อาจจะได้สนใจเรื่องหายหรือไม่หาย แต่เราสนใจเรื่องความสุขของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพ เช่น “ดิฉันบอกคุณหมอว่า ดิฉันรับได้ว่าลูกสามารถตายก่อนพ่อแม่ได้” เมื่อคุณหมอได้รับฟังตัวตนของเราแล้ว คุณหมอก็จะไม่ลังเลที่จะบอกอาการที่เกิดขึ้นเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

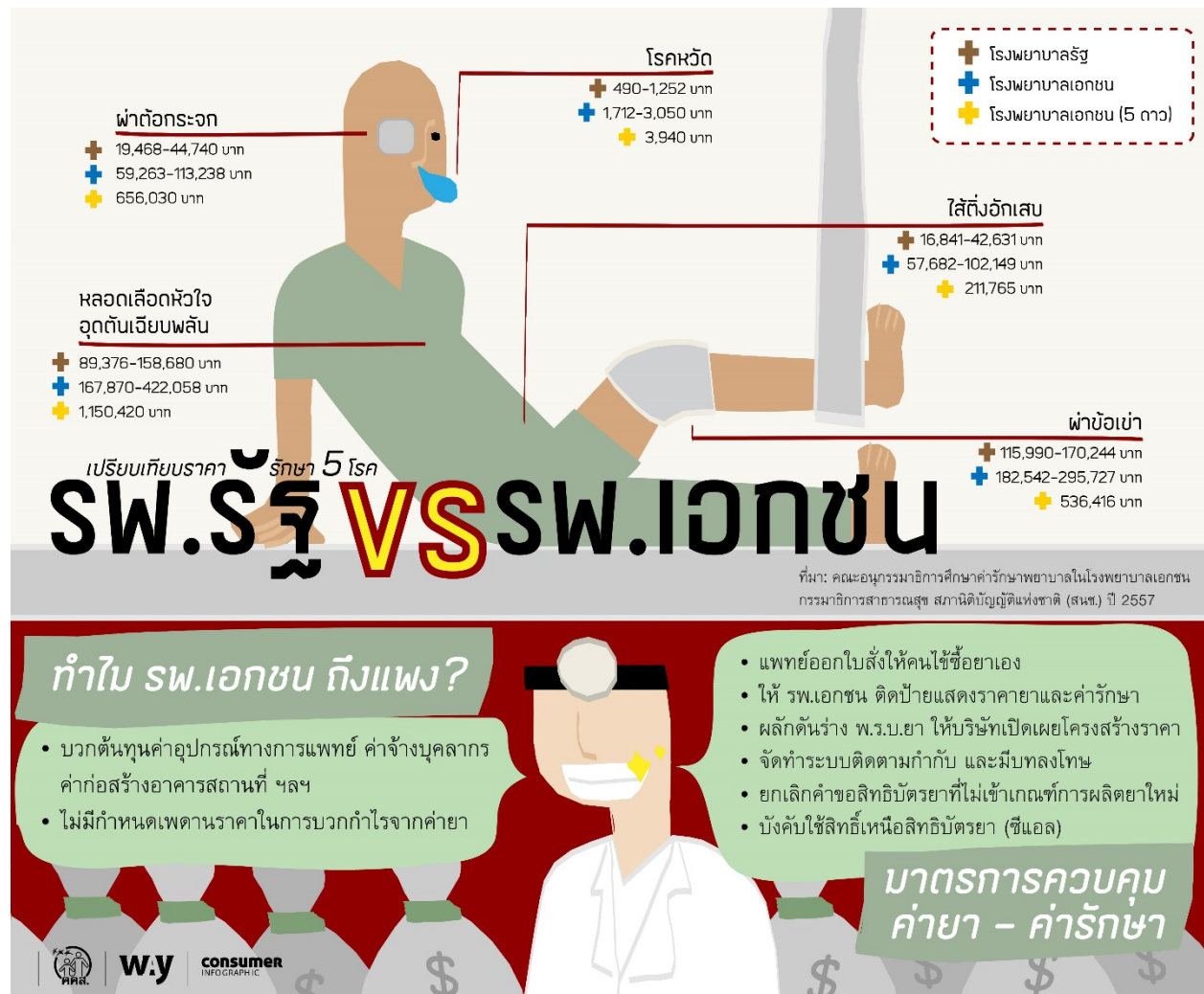
### คำถาม ที่เราต้องทำความเข้าใจ

บางคำถามที่เราถามไปแล้วเป็นสิ่งที่ไม่อยากตอบ หรือแพทย์บางคนอาจจะแสดงอารมณ์ออกมา เช่น เราถามคุณหมอว่า “จะหายเมื่อไหร่” “จะหายไหม” “ถ้าเป็นแล้วหายแล้วจะกลับมาเป็นอีกไหม” เป็นคำถามที่แพทย์ตอบได้ยาก ไม่มีใครตอบได้หรือการันตีในคำตอบนั้น ในบางคำถามที่ถามว่า “จะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหน” แพทย์บางท่านอาจจะไม่ตอบ หรือบอกได้โดยประมาณ ซึ่งบางทีการประเมินเวลาคนไข้เองจะรู้สึกกดดันด้วยซ้ำ เช่น แพทย์บอก 6 เดือน เมื่อใกล้ระยะเวลา 6 เดือน คนไข้ก็จะรู้สึกแยเวลาใกล้หมดแล้ว ซึ่งแท้ที่จริงคนไข้อาจอยู่ได้นานกว่านั้นก็ได้ บางครั้งที่แพทย์ไม่บอกตัวเลขเหล่านี้ แต่บอกเป็นการประมาณการ เพราะหากบอกไม่ตรงตามความเป็นจริง ก็จะเป็นความผิดของแพทย์เช่นกัน การรักษาเราไม่อาจถามแล้วได้คำตอบจบตั้งแต่ครั้งแรกที่รู้โรค หรือที่ถามว่าจะหายหรือไม่ เป็นเรื่องที่แพทย์และคนไข้ต้องเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นคนไข้จึงควรเลือกถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยภาวะปัจจุบันของโรคมกกว่าการพยากรณ์ที่ไม่มีข้อวินิจฉัย



## สิทธิการรักษา กัการเลือกแพทย์ เลือกโรงพยาบาลที่เหมาะสม

เมื่อเริ่มป่วยก็มีหลายท่านที่อยากให้ช่วยแนะนำหาหมอโรงพยาบาลไหนดี อย่างแรกอยากจะแนะนำว่าขอให้ไปโรงพยาบาลตามสิทธิที่เรามีก่อน บัตรทอง ประกันสังคมอะไรก็แล้วแต่ เพราะโรคมะเร็ง หรือโรคที่มีความต่อเนื่อง คุณหมอจะทำงานกันเป็นทีม ไม่ได้เฉพาะท่านใดท่านหนึ่ง บางครั้งอาจจะไปเจอคุณหมอที่ไม่ซ้ำ แต่ว่าก่อนที่หมอจะมาเจอคนไข้ ก่อนที่จะกำหนดเรื่องยาที่จะรักษา ผ่านการคุยในทีมแพทย์ร่วมกันมาแล้ว คนไข้อาจจะกังวลว่า ต้องการเจออาจารย์หมอทุกครั้ง ซึ่งหากต้องการเช่นนั้นต้องเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้นต้องดูความสามารถของเรา และยอมรับตามความสามารถของเราเช่นกัน



( ภาพ : <https://waymagazine.org/hospitalcost/> )

เมื่อได้ความคิดเห็น ที่แตกต่างจากแพทย์ท่านอื่น จะเจรจากับแพทย์เจ้าของไข้อย่างไร ?

**รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์**

แพทย์ส่วนใหญ่รับได้กับผู้ป่วยอาจจะไปหาความเห็นอื่นที่ต่างจากแพทย์เจ้าของไข้ คนไข้มีสิทธิที่จะทำได้แต่ก็อาจจะขอเรียนว่าก็จะมีหมอบางท่านอาจจะมีความรู้สึกไวต่อเรื่องนี้ อาจจะได้การตอบรับจากแพทย์ท่านนั้นในทางลบ เช่น เมื่อรู้ว่าไปหาแพทย์ท่านอื่น หรือทางเลือกอื่นมา ก็อาจจะโดนตอบกลับว่า “อย่างนั้นก็ไม่ต้องมาหาผมอีก” ดังนั้น การนำความเห็นของแพทย์ท่านอื่นมาบอกให้แพทย์ที่รักษาประจำทราบ มีทั้งแพทย์ที่รับได้และรับไม่ได้ เป็นบุคลิกของแพทย์ท่านนั้น ๆ จึงควรสังเกตบุคลิกทำที่ก่อนนำความเห็นออกมาแชร์ แต่เชื่อว่าสังคมแพทย์ในปัจจุบันเปิดกว้างมากขึ้นในการยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างทางการรักษา เพราะทำให้แพทย์ทำงานด้วยมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น หรืออาจเป็นมุมมองที่แพทย์เจ้าของไข้มองไม่เห็น

**คุณอภิญา วรพันธ์ จิตอาสาเพื่อนผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

เทคนิคการเจรจากับแพทย์เมื่อได้ความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น การที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ไปหาหมอเพียงท่านเดียวอาจจะหาที่อื่นบ้าง การพูดคุยกับแพทย์จึงต้องเลือกคุยแบบประนีประนอม ตัวอย่างเช่น “ขอคำปรึกษาจากแพทย์ที่รู้จักกันส่วนตัว ซึ่งมีความเห็นว่อย่างไร... ไม่ทราบว่าคุณหมอคิดเห็นว่อย่างไร” นำเรื่องความกังวลเข้ามาให้คุณหมอเห็น คุณหมอก็จะเข้าใจได้ บวกกับการใช้คำพูดนุ่มนวลที่แสดงออกถึงความห่วงกังวลผู้ป่วยหรืออาการโรค จึงทำให้ขอความเห็นมาเสริม รมัดระวางการใช้คำพูดเชิงเปรียบเทียบการรักษา

**รศ. นพ.คมกริช ฐานิสโร ให้สัมภาษณ์ในนิตยสาร Business ways คอลัมน์ Think Tank มุมมองหมอ**

**เรื่อง การขอความคิดเห็นที่สองทางการแพทย์ (SECOND OPINION IN MEDICINE หรือ SECOND MEDICAL OPINION) อาจเกิดขึ้นในกรณีต่อไปนี้**

1. เมื่อแพทย์แนะนำว่าโรคที่เราเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ซึ่งรอได้ไม่เร่งด่วน)
2. เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรง โรคก้อนเนื้อสมอง
3. เมื่อสิ่งที่หมอบอก ตรงกันข้ามกับความเชื่อของเรา
4. บริษัทประกัน หรือ THIRD PARTY เป็นผู้ร้องขอ
5. หากเราเชื่อว่าหมออาจบกพร่อง หรือผิดพลาดในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา
6. ตัวหมอเองอาจเป็นผู้ขอให้ผู้ป่วยไปขอความคิดเห็นที่สอง

ข้อดีของการขอความคิดเห็นที่สองทางการแพทย์มีหลายประการ ดังที่เห็นแต่ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน ที่เห็นได้บ่อยคือการแสวงหาความเห็นหลากหลายจนไม่ได้ข้อสรุป ใช้เวลานานจนทำให้เสียเวลา เสียโอกาสในการรักษา โรคมะเร็งที่ลุกลามมากขึ้น โรคหัวใจหรือหลอดเลือดรุนแรงมากขึ้นจนรักษาไม่ได้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จนทำให้การรักษาทำได้ยากยิ่งขึ้น หรือกรณีที่พบบ่อยมากในปัจจุบันคือ การปฏิเสธแนวทางการรักษาแพทย์ในแผนปัจจุบันหรือแบบสมัยใหม่ แต่ไปเสาะหาการรักษาทางเลือกหรือการรักษาทางสมุนไพร จนทำให้เสียโอกาสที่จะหาย หรือดีขึ้นจากการรักษาโรคด้วยวิธีแผนปัจจุบันดังนั้นข้อแนะนำในเวลาที่เราจำเป็นต้องไปขอความคิดเห็นที่สอง หรือขอความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือการรักษาโรคของเราหรือคนใกล้ตัวเรามีดังต่อไปนี้

1. ต้องแน่ใจว่าการทำอย่างนี้ไม่ทำให้เสียเวลาของกระบวนการที่ตรวจรักษาอยู่ จนอาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่ทันท่วงทีหรืออันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย
2. อารมณ์รักษาความสัมพันธ์อันดีกับแพทย์คนแรกที่ทำ การตรวจวินิจฉัยและแนะนำการรักษา คิดเสมอว่าเราต้องกลับมารักษากับท่านอยู่ดี ทางที่ดีอาจแจ้งกับแพทย์ตรง ๆ เลยก็ได้ว่าเราต้องการ SECOND OPINION
3. ความคิดเห็นที่สอง ควรขอจากแพทย์ที่อยู่ในสาขานั้น ๆ โดยตรง การได้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ก็ย่อมเป็นการดีกว่า (แต่หากไม่สามารถหาได้ก็ไม่เป็นไร) แต่ที่สำคัญ ไม่ควรปรึกษาแพทย์ที่มีทัศนคติขัดแย้งกัน เช่น โรงพยาบาลที่เป็นคู่แข่งกันซึ่งเราอาจจะสังเกตได้จากท่าทีของแพทย์ระหว่างให้ความเห็น (โดยทั่วไป เราควรรับทราบ ว่าแพทย์ส่วนใหญ่มักจะให้เกียรติกันและมักไม่ต่อว่ากันเอง)
4. ควรเตรียมข้อมูลต่าง ๆ ให้พร้อมก่อนไปพบแพทย์ เช่น แฟ้มประวัติ फिल्मเอกซเรย์ ผลแล็บ ผลชิ้นเนื้อต่าง ๆ ถ้าจะให้ดี มีจดหมายจากแพทย์คนแรกไปด้วยจะดีที่สุด
5. อาจทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไปก่อน เวลาที่คุยกับแพทย์จะได้เกิดความเข้าใจมากขึ้น การศึกษาจาก WEBSITE หรือ WEBBOARD จะง่ายและประหยัดเวลาที่สุด
6. หากท่านปรึกษาแทนผู้ป่วยก็ควรจะนำผู้ป่วยไปด้วยทุกครั้ง เพราะการให้ความเห็นของแพทย์โดยไม่ได้พบผู้ป่วย บางครั้งจะทำได้ด้วยความยากลำบาก ควรให้แพทย์ได้มีโอกาสตรวจผู้ป่วยด้วยโดยตรง
7. เมื่อได้รับความเห็นแล้ว จะถูกใจหรือไม่ถูกใจ เราสามารถใช้วิจารณญาณในการเชื่อหรือปฏิบัติตาม หรืออาจจะขอความคิดเห็นที่สาม สี่ ห้า ก็ได้ แต่ต้องย้ำเตือนตัวเองว่านี่ไม่ใช่ เพราะเราคือไม่เชื่อใคร เพราะเราตั้งต้นมีความเชื่อส่วนตัว หรือเพราะเราหนีความจริง
8. สถาบันใหญ่บางแห่งโดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ หรือบางโรงพยาบาล มักจะมีการประชุมร่วมสหสาขา โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเราอาจจะสอบถามจากแพทย์ว่าจะขอนำเคสเข้าสู่การหารือในที่ประชุมดังกล่าวได้หรือไม่? ซึ่งวิธีนี้จะป็นวิธีที่รอบคอบและมีโอกาสได้รับความเห็นที่มั่นใจได้มากที่สุด โดยเฉพาะในโรคที่การวินิจฉัยหรือการรักษามีความซับซ้อนมาก ๆ เช่น โรคมะเร็ง

เรื่องราวทางการแพทย์พัฒนาไปมาก ไม่เพียงเรื่องของเทคโนโลยีการตรวจรักษา แต่พฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเองก็เปลี่ยนแปลงไปในทางที่พัฒนาขึ้นเช่นกัน เรื่อง SECOND OPINION จึงถือเป็นเรื่องที่ดีที่ทำให้ทั้งตัวแพทย์และผู้ป่วยมีการทบทวนการตัดสินใจอย่างรอบคอบ และเชื่อในกระบวนการเสริมที่ทำให้ลดโอกาสเกิดความขัดแย้ง ไม่เข้าใจ จนนำไปสู่การฟ้องร้องกันได้อีกทางหนึ่ง (ที่มา : [www.drkomgrit.com](http://www.drkomgrit.com))

### **ตั้งสติก่อนเจรจา เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย ญาติ แพทย์ ทีมรักษาพยาบาล**

คนมาโรงพยาบาลส่วนมากย่อมมีปัญหา มีความทุกข์ ดังนั้นถ้าคุณแบกรับความรู้สึกทุกข์ ความรู้สึกกลัวมาโรงพยาบาล ด้วย พร้อมกับความคาดหวังว่าคุณหมอจะช่วยให้ทุกอย่าง บางครั้งก็จะทำให้ท่าทีของแพทย์ไม่สบายตัวมากนัก ทำให้การสื่อสารต่อกันไม่สะดวกหรือถูกปิดกั้นด้วยความเครียดและความกังวล สิ่งที่เราจัดการได้คือ “การมีสติ” มาก ๆ เพื่อรับข้อมูล ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทุกอย่างที่เราถามหมอบางโรคแพทย์ไม่สามารถให้คำตอบกับเราได้ กระทั่งหมดในครั้งเดียว ซึ่งต้องใช้เวลา ดังนั้นญาติและผู้ป่วยต้องเตรียมเจรจาด้วย “การใช้สติ” มากกว่าอารมณ์และความคาดหวัง อยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่รู้สึกแย่งเกินไป

### **รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์**

#### **ศาสตร์การเจรจา เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่คนไข้**

ผู้ป่วยและญาติ เป็นส่วนสำคัญมากในการให้ข้อมูลกับแพทย์ เมื่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อการรักษา แพทย์ก็จะพยายามหาข้อมูล และหาทางเข้าถึงผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติม และในด้านของผู้ป่วยเองก็ตามเมื่อต้องการข้อมูลจากแพทย์ พยายามนัดหมายและเตรียมข้อมูลและคำถามให้พร้อม ต้องเริ่มจากการมีทัศนคติที่ว่า “เรามีสิทธิ” และพยายามหาโอกาสให้เกิดขึ้นเพื่อจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ และเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะให้ข้อมูลกับคนไข้ เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจว่าในปัจจุบันยังคงมีช่องว่างแต่ก็ถือเป็นความพยายามที่จะต้องพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และญาติ ที่จะต้องเรียกร้องสิ่งนี้ให้เกิดขึ้นและแพทย์ก็ต้องเร่งตอบสนองดำเนินการ สิ่งนี้ให้เกิดขึ้นเช่นกัน

# บทที่ 5

## มาตรา 12 VS การุณยฆาต

โดย

ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์  
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์



วิชาชีวิต บทที่ 5 “มาตรา 12 VS การุณยฆาต”

ที่ปรึกษาโดย ศ. แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์  
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12

บุคคล มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

สืบเนื่องจากเมื่อคนเรารู้สึกเจ็บป่วย เราสามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ว่าเราจะไปพบแพทย์หรือหาซื้อยาตามร้านขายยาทั่วไป แต่มีจุดหนึ่งที่เป็นปัญหาก็คือ ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มักจะไม่รู้สึกตัวแล้ว กลับได้รับการยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการให้มีการยื้อหรือช่วยชีวิต แต่ไม่ได้มีการบอกกล่าวความต้องการนี้เสียตั้งแต่แรกของการรักษาทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานก่อนที่จะจากไป ในบางประเทศได้มีการบัญญัติกฎหมายขึ้นมา เรียกว่า LIVING WILL หรือ Advance Directive



## LIVING WILL

Living Will คือเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า เกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาสุขภาพช่วงสุดท้าย และการตายดี เรียกอีกชื่อว่า Advance Directive ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เพื่อทบทวนความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต และสื่อสารความต้องการให้ครอบครัว และทีมสุขภาพได้รับรู้

ในประเทศไทย ได้มีการพูดคุยถึงเรื่องนี้มานานมาก จนกระทั่ง 11 ปีที่แล้วมีการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 มีเนื้อหาใจความทั้งหมด 3 วรรคดังนี้

วรรค 1 ให้ทำ LIVING WILL ได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต

วรรค 2 ให้ออกเป็นกฎกระทรวง

วรรค 3 แพทย์ไม่มีความผิดหากทำตาม LIVING WILL ดังระบุไว้ในรายละเอียดว่า

**“เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรค 1 แล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”**

ซึ่ง LIVING WILL จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการที่จะให้บุคคลทั่วไปได้เขียนถึงความต้องการของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่เดียวกันก็จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ พยาบาลเมื่อต้องพูดคุยกับญาติ และรับทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย มีบางรายที่เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในกลุ่มญาติพี่น้อง เมื่อผู้ดูแลหรือญาติบางรายได้ให้การดูแล

ผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน รับรู้ได้ถึงความทุกข์ ทรมาน จากการรักษา จึงไม่ยอมให้มีชีวิต ยอยากให้บุคคลอันเป็นที่รักจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน แต่กลับมีญาติบางรายที่ไม่ได้รับรู้ถึงความรู้สึกตรงนี้ หรือมีความรู้สึกอยากกตัญญูเฉียบพลัน กลับตำหนิ ว่ากล่าว และทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้นภายในครอบครัว ดังนั้น เราควรดูแล คุณพ่อคุณแม่ หรือบุคคลที่เรารักให้ดีเสียตั้งแต่วันนี้ ไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยเสียก่อนจึงค่อยมาดูแล และเมื่อถึงระยะสุดท้ายของท่านได้จากไปอย่างไม่ต้องทุกข์ทรมานจะเป็นการดีที่สุด สิ่งสำคัญที่พึงทราบ คือ "มาตรา12 ใช้เฉพาะวาระสุดท้ายของชีวิต" เท่านั้น

### ใครสามารถทำ LIVING WILL ได้

การทำ LIVING WILL เป็นการสร้างสุขปลายทางให้แก่ผู้ป่วย ผู้ที่สามารถทำ LIVING WILL ได้ ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งต้องมีสติสัมปชัญญะที่ดี ไม่ป่วยด้วยโรคอาการซึมเศร้า หรือหากต่ำกว่า 18 ปี ให้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ปกครอง หากผู้ทำ LIVING WILL ตั้งครรภ์และอยู่ในวาระสุดท้าย กฎหมายสามารถให้ชีวิตผู้ป่วยต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อช่วยอีกหนึ่งชีวิตที่จะเกิดมา แล้วจึงให้ LIVING WILL มีผล



LIVING WILL สามารถระบุความปรารถนาการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในวาระท้ายได้อย่างละเอียด หรือสามารถระบุได้ว่า จะให้ใครเป็นผู้แทนตัดสินใจ ไม่จำเป็นต้องเป็นญาติ แต่เป็น “ผู้รู้ใจ” มากที่สุด เพื่อให้แพทย์สอบถามเมื่อผู้ป่วยถึงวาระท้ายในชีวิต

การใช้ LIVING WILL เมื่อเขียน LIVING WILL เสร็จเรียบร้อยแล้ว ควรถ่ายสำเนาเก็บไว้ และระบุบนสำเนาว่า สำเนาถูกต้องพร้อมเซ็นชื่อกำกับและนำไปฝากไว้กับเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่วนฉบับจริงให้พกติดตัวไว้ตลอด

### LIVING WILL กับอุบัติเหตุ

ถ้าผู้ป่วย เขียนระบุความต้องการใน LIVING WILL ไว้แล้วว่า ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ แพทย์ก็สามารถใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิตได้ เนื่องจากการรักษาทั่วไป ไม่ใช่วาระสุดท้ายของชีวิต แล้วเราจะทราบได้อย่างไรว่าเมื่อไหร่คือวาระสุดท้ายของชีวิต ในกฎกระทรวงระบุไว้ว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า สภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มี

การสูญเสียอย่างถาวร ของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ และมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น กฎหมายตีกรอบได้เพียงเท่านี้ แต่วาระสำคัญของกฎหมายคือ แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้วินิจฉัยว่า “เมื่อใดคือวาระสุดท้ายของผู้ป่วย”

### สิ่งสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจคือ

- มาตรา 12 ไม่ใช่การุณยฆาต
- มาตรา 12 คือการแสดงเจตนาการตายตามธรรมชาติ
- การุณยฆาต คือการเร่งการตาย
- การเร่งการตาย ตามกฎหมายไทย ทำไม่ได้

### การุณยฆาต หรือ Mercy Killing คืออะไร ?

การุณยฆาต คือการช่วยเหลือหรือการปล่อยให้ผู้ป่วย(หรืออาจจะไม่ป่วย)ตายตามความต้องการของตนเอง เหมือนกับที่หนุ่มไทยคนหนึ่งเลือกเดินทางไปจบชีวิตด้วยวิธีการุณยฆาต ณ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์เมื่อต้นปี 2562



(ภาพ : ภาพยนตร์ Me Before You มีพล็อตหลักอยู่ที่การตัดสินใจ ของพระเอกเดินทางไปจบชีวิตด้วยการการุณยฆาต)

การุณยฆาตเป็นคำศัพท์มาจากภาษาอังกฤษ EUTHANASIA ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก EU + THANATOS แปลว่า GOOD DEATH (ตายดี) แต่ในภาษาอังกฤษ บางคนนำไปแปลว่า Mercy Killing ซึ่ง Mercy Killing แปลว่า “ฆ่า” กลายเป็นคำศัพท์ที่น่ากลัว จาก Good Death เป็น Killing แต่คนไทยนำมาแปลได้น่ากลัวมากกว่า คือ การุณยฆาต หรือ เมตตามรณะ



การุณยฆาต(Euthanasia) อาจแบ่งเป็น 2 วิธี ตามกฎหมายในประเทศที่อนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ คือการให้ยาหรือฉีดยา เพื่อให้ผู้ที่ต้องการการุณยฆาตตาย และการที่บุคลากรทางการแพทย์เตรียมยาหรือสารพิษเพื่อให้ผู้ที่ต้องการการุณยฆาตฆ่าตัวตาย (Physician-Assisted Suicide: PAS) โดยปัจจุบันมีเพียงไม่กี่ประเทศทั่วโลกเท่านั้นที่ยอมรับเรื่องนี้

### ประเทศที่อนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ถูกต้องตามกฎหมาย

1. สหรัฐอเมริกา โดยรัฐที่อนุญาตการการุณยฆาตแบบ Euthanasia คือ ได้แก่ รัฐออริกอนรัฐวอชิงตัน รัฐเวอร์มอนต์ รัฐแคลิฟอร์เนีย รัฐโคโลราโด และรัฐฮาวาย ส่วนรัฐมอนแทนา ใช้การการุณยฆาตแบบ PAS
2. แคนาดาใช้การการุณยฆาตทั้งแบบ Euthanasia และ PAS
3. สวิตเซอร์แลนด์ใช้การการุณยฆาตแบบ PAS
4. เนเธอร์แลนด์ใช้การการุณยฆาตทั้งแบบ Euthanasia และ PAS
5. เบลเยียมใช้การการุณยฆาตแบบ Euthanasia
6. ลักเซมเบิร์กใช้การการุณยฆาตทั้งแบบ Euthanasia และ PAS



“  
การทำการุณยฆาตนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ . . .  
ถ้ามีใครร้องขอให้ช่วยทำให้เขาเสียชีวิตเร็วขึ้น  
อาจจะต้องกลับมามองว่า เราจะช่วยทำยังไง  
ให้เขาทุกข์ทรมานน้อยลงในเรื่องต่างๆ  
”

**ศ. นพ. ฉันทชาย สิกธิพันธุ์**  
รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิจัยชีวิต

## GOOD DEATH หรือการตายดี มี 2 แบบคือ

1. ACTIVE EUTHANASIA คือ การเร่งการตาย ทำได้ในประเทศที่มีกฎหมายรองรับ
2. PASSIVE EUTHANASIA คือ การขอตายตามธรรมชาติ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แม้แพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้ แต่โดยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า PALLIATIVE CARE เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งตามนิยามที่เขียนไว้ในกฎกระทรวงก็ได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้ ดังนี้ **“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย”**

การถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ถือเป็นการผิดกฎหมายและไม่ขัดต่อหลักศาสนา เพราะเป็นการจากไปตามธรรมชาติ ไม่ใช่การเร่งการตาย การดูแลแบบประคับประคอง หรือ PALLIATIVE CARE คือ การดูแลแบบองค์รวม<sup>2</sup> ดูแลแบบครอบคลุมทุกด้าน เช่น

1. การดูแลรักษาทางร่างกาย การดูแลผู้ป่วยด้วยโภชนศาสตร์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น การบรรเทาปวดโดยใช้ยาระงับปวดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด
2. การดูแลรักษาทางจิตใจ ซึ่งในเบื้องต้นผู้ป่วยอาจมีอาการช็อกและปฏิเสธการรักษา โกรธ รับผิดชอบไม่ได้ ถึงขั้นซึมเศร้า แพทย์และพยาบาลจะต้องให้เวลากับผู้ป่วย เข้าใจ เห็นใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงให้ญาติและเพื่อน เข้ามามีส่วนร่วมให้กำลังใจ
3. ทางด้านสังคม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมกับญาติ ครอบครัว เพื่อน ๆ เพื่อให้กำลังใจระหว่างกัน
4. ทางด้านจิตวิญญาณ ดูแล พุดคุย สอบถามสิ่งที่ค้างคาใจ จัดสิ่งแวดล้อม ตามความรัก หรือความศรัทธา หรือจัดพิธีกรรมโหราศาสตร์ตามแนวทางความเชื่อของผู้ป่วย

---

<sup>2</sup>ประชาสัมพันธ์ กรมการแพทย์. กรมการแพทย์นำทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 มิติ[บทความ]. จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เว็บไซต์: <https://www.thaihealth.or.th/Content/33406>-กรมการแพทย์นำทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (สืบค้นข้อมูล: 28 กุมภาพันธ์ 2562)

# บทที่ 6

## Living Will

### หนังสือแสดงเจตนา

โดย

### ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



วิชาชีวิต บทที่ 6 “Living Will หนังสือแสดงเจตนา”

ที่ปรึกษาโดย ผศ. นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

และ รศ. พญ.รัตนา พันธุ์พานิช ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันผู้สูงอายุแมคเคน

มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย จ.เชียงใหม่

## LIVING WILL

ฉัน (ชื่อ - นามสกุล) .....  
บัตรประชาชนเลขที่ .....

เมื่อฉันเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ฉันต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนจบวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมสุขภาพดูแลรักษาฉัน ตามความต้องการดังต่อไปนี้

(โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง “ฉันต้องการ” หรือ “ฉันไม่ต้องการ” หรือลงลายเซ็นกำกับ)

ฉันต้องการ	ฉันไม่ต้องการ	ข้อความ	ลายเซ็น
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	การปั๊มหัวใจ	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	การเจาะคอ หรือการใส่ท่อ	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ช่วยหายใจผ่านหลอดลม	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	การล้างไต เมื่อไตวาย	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	การให้อาหารทางสายยาง	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	การให้ยาปฏิชีวนะ หรือสารน้ำใดๆ	.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย	.....

กรณีที่ใช้เครื่องช่วยชีวิตโดยไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของฉัน ฉันต้องการให้แพทย์.....

ถอดเครื่องช่วยชีวิตเหล่านั้น  ใส่เครื่องช่วยชีวิตต่อไป  
ฉันต้องการการเสียชีวิตที่  บ้าน  โรงพยาบาล  
 ที่อื่น

กรณีที่ฉันสื่อสารไม่ได้ ฉันมีผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ  
เขาชื่อ ..... โทร. ....

ลายเซ็น .....  
วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ : หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ โทร. 02-2646000 หรือไปที่ศูนย์บริการผู้ป่วยและแบบประเมินจิตใจในโรงพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่

## LIVING WILL กับการสร้างสุขปลายทาง

บางครั้งการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย อาจสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยควรเข้าใจและรับทราบถึงข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากเครื่องช่วยชีวิตเหล่านั้น

หลักการเขียน LIVING WILL ไม่ใช่พิธีกรรม ไม่มีแบบฟอร์มที่แน่นอนเหมือนพิธีกรรม สามารถเขียนแบบไหนก็ได้ หรือสามารถเข้าไปดูแบบตัวอย่างของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ที่ [www.Thailivingwill.in.th](http://www.Thailivingwill.in.th)

รศ. พญ.รัตนา พันธุ์พานิช

## Living Will หรือหนังสือแสดงเจตนาการรักษาในระยะท้าย ทำอย่างไร

ปัจจุบันในทางกฎหมายก็สามารถยอมรับได้ทั้งในด้านการเขียนด้วยลายมือ หรือพิมพ์เป็นเอกสารและมีการเซ็นรับรอง (มาตรา12)<sup>3</sup> หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนด้วยลายมือตนเองได้ ผู้ป่วยสามารถบอกกล่าวกับแพทย์หรือญาติใกล้ชิด เพื่อเป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยได้เช่นกัน ซึ่งในบางโรงพยาบาลจะมีแบบฟอร์มหรือเอกสารเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยสามารถกรอกข้อมูลความต้องการได้อย่างสะดวก หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีความต้องการที่จะเขียนเป็นคำพูดหรือแสดงเจตนารมณ์ความต้องการของความรู้สึกนึกคิดที่ต้องการจะสื่อ เช่น ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาที่จะไม่รับการรักษาใด ๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง หรืออาจจะเป็นการระบุถึงวิธีการรักษา การใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ต้องการหรือไม่ต้องการ เช่น ไม่ต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ต้องการเจาะคอ ไม่ต้องการปั๊มหัวใจในกรณีที่หยุดหายใจ ไม่ต้องการการล้างไต ไม่ต้องการรับยาปฏิชีวนะ ซึ่งผู้ป่วยสามารถระบุความต้องการได้ด้วยตัวเองทั้งหมด

ผศ. นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

## Living Will หนังสือแสดงเจตนา

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเขียน หรือกรอกแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา Living Will ผู้ป่วยควรมีเป้าหมายหรือทราบสถานะทางการรักษาของตนเองที่ชัดเจนว่า หากวันหนึ่งต้องป่วยหนักหรือเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้าย ผู้ป่วยต้องการที่จะใช้ชีวิตแบบไหนต่อไป

## เขียน Living Will อย่างไร

สามารถเขียนได้ทั้งบนแบบฟอร์มและกระดาษเปล่า เพียงมี 5 องค์ประกอบสำคัญต่อไปนี้

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** เช่น ชื่อ-นามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชน อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วันเดือนปี ที่ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยอาจบอกมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และบอกเจตนาที่ต้องการได้รับ เช่น ต้องการความเคารพ ต้องการความสุขสบาย ไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ไม่อยากทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน

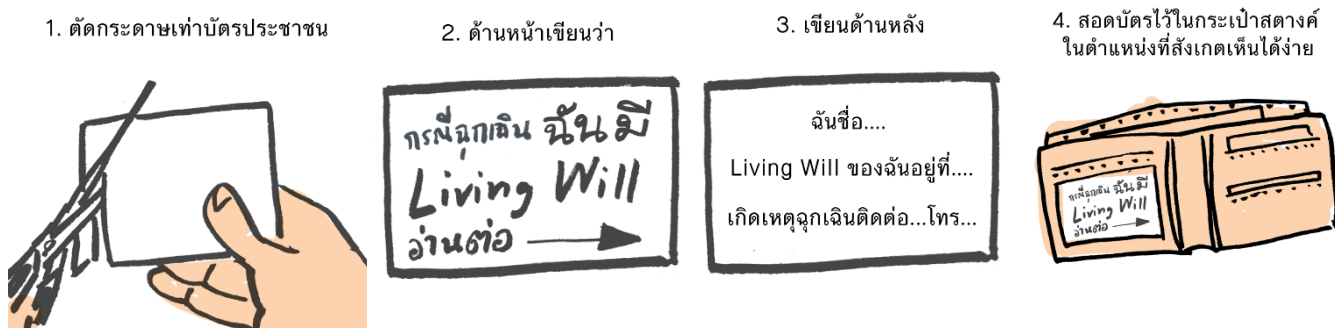
<sup>3</sup> ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส, *รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550*, พิมพ์ครั้งที่1, (บริษัท สามดีพริ้นติ้ง อีคิวเม้นท์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2559), หน้า 7และ 45

2. **ต้องการการดูแลอย่างไร** เช่น อยากรักษาตัวที่ไหน อยากรักษาใครมาเยี่ยม ต้องการการปั๊มหัวใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่หากหายใจไม่ออกจะให้ทำอย่างไร ยินยอมให้แพทย์ใช้ยากระตุ้นหัวใจไหม
3. **ชื่อผู้แทนการตัดสินใจ** ระบุชื่อคนที่จะมาเป็นตัวแทนการตัดสินใจ พิจารณาเจตนาารมณ์เรื่องความประสงค์ของชีวิตช่วงสุดท้ายของคุณ รวมทั้งวิธีติดต่อบุคคลนั้น ๆ
4. **การดูแลหลังเสียชีวิต** อยากรให้มีการจัดงานศพอย่างไร เลี้ยงแขกด้วยเมนูอะไร หรือต้องการให้มีการจัดการกระดูกอัฐิ หรือร่างกายส่วนที่เหลืออย่างไร
5. **ลงลายมือชื่อ** เช่นชื่อของคุณ หากมีพยานอาจลงลายมือพยาน พร้อมบอกความเกี่ยวข้องด้วย

### ทำแล้วเก็บไว้ที่ไหน

ถ่ายสำเนา มอบให้แก่ญาติ คนในครอบครัว และแพทย์ที่เคยทำการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทุกคนทราบเจตนาเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยหรือญาตินำ Living Will มาแสดงต่อแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย

\*Living Will สามารถแก้ไขและเปลี่ยนแปลงได้ โดยจะยึดฉบับล่าสุดเป็นหลัก



รศ.พญ. รัตนา พันธุ์พานิช

### การระบุบุคคลที่สามารถตัดสินใจแทนได้

Living Will นอกจากจะสามารถระบุวิธีการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการในการรักษา สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ต้องระบุบุคคลที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจหมายถึงบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากสามี ภรรยา หรือบุคคลในครอบครัว แต่เป็นคนที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริง ว่าผู้ป่วยต้องการให้คุณค่ากับอะไรหรือสิ่งใด มีข้อแนะนำจาก รศ. พญ.รัตนาว่า บุคคลที่รู้จักตัวตนที่แท้จริงของผู้ป่วย จะสามารถเลือกวิธีการ หรือตัดสินใจเลือกไปในแนวทางที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด

อีกประการหนึ่งก็คือการระบุความต้องการการดูแล ซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลรักษาทางการแพทย์หรือในโรงพยาบาล แต่อาจจะเป็นในเรื่องของคุณแลจิตใจหรือความสุขสงบภายในจิตใจในช่วงระยะท้ายของชีวิต เช่น อาจขอโอกาสในการกลับไปดูแลที่บ้าน หรืออาจขอให้มีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาบางอย่าง เช่น การนิมนต์พระมาสวดที่บ้าน เพื่อเข้ามาร่วมดูแลจิตใจในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถเขียนระบุลงไปใน Living Will หรือหนังสือแสดงเจตนาได้ทุกอย่างตามที่ผู้ป่วยปรารถนาและจะมีผลทางกฎหมาย

หนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ป่วยเขียนระบุความต้องการไว้ ควรเก็บรักษาและทำสำเนาไว้มากกว่า 1 ที่ ซึ่งผู้ป่วยอาจเก็บไว้กับตัวผู้ป่วยเอง ฝากไว้กับผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิด แพทย์ประจำตัว หรือแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อสามารถที่จะนำมาใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย สิ่งสำคัญที่จะต้องตระหนักคือ หนังสือแสดงเจตนาที่ผู้ป่วยเขียนหรือระบุไว้ถึงความต้องการ หรือไม่ต้องการ ยอมรับ หรือไม่ยอมรับการรักษาชนิดต่าง ๆ นั้น จะมีผลก็ต่อเมื่อการเจ็บป่วยนั้นเข้าสู่ในระยะท้ายของชีวิตเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วยที่มีกระบวนการช่วยชีวิต หรือใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยชีวิตในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยยังสามารถที่จะรักษาหรือฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดังเดิมได้

ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าช่วงเวลาอื่น ผู้ป่วยควรใช้สิทธิในการบอกกล่าวถึงความต้องการ สิ่งที่ปรารถนาในการดูแลในช่วงเวลาที่เรารู้สึกตัวถาวร หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ หนังสือแสดงเจตนาการดูแลระยะสุดท้ายหรือ Living Will เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เราสามารถทำไว้ก่อนล่วงหน้า ก่อนที่วาระสุดท้ายของชีวิตจะมาถึง

## แนวทางการรักษาในช่วงระยะท้าย

หลักสำคัญประการแรกคือ ผู้ป่วยต้องรู้ว่าตนเองต้องการรับการรักษาที่ไหน ที่บ้านหรือโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเหลือเวลาอีกไม่มาก ผู้ป่วยต้องการทำอะไร ต้องการอยู่กับใครในช่วงเวลานั้น มีสิ่งสำคัญอะไรในชีวิตบ้าง หรืออยากมีชีวิตแบบไหน อย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นภาพหลักๆที่สำคัญในการที่จะเลือกตัดสินใจว่า ในการรักษาพยาบาลในแต่ละอย่าง ตรงหรือไม่ตรงกับภาพที่ผู้ป่วยต้องการจะให้เป็นอย่างนั้น หลักสำคัญในการตัดสินใจเขียน Living Will ก็คือ “ต้องมีเป้าหมายหรือความเข้าใจที่ชัดเจนในความต้องการหรือไม่ต้องการของตนเอง ในการที่จะรับหรือไม่รับการรักษาอะไรบ้าง<sup>4</sup>”

ในการเลือกตัดสินใจในเรื่องวิธีการดูแลรักษาในช่วงระยะท้าย ซึ่งในแต่ละอย่างอาจจะต้องมีประเด็นหลักๆที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ ยกตัวอย่างเช่น การปั๊มหัวใจ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ป่วยในช่วงระยะท้ายมักเป็นกังวลว่าหากวันใดวันหนึ่งเกิดหลับไปแล้วหัวใจหยุดเต้น ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการที่จะจากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน หรือในกรณีที่มีการเจาะคอ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ตามมาหลังจากที่ผู้ป่วยเลือกที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์อาจวินิจฉัยว่า หากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจนานเกินไป อาจเกิดความเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ แพทย์ก็จะเสนอแนะแนวทางอีกแนวทางหนึ่งคือ การเจาะคอ

## การเจาะคอเพื่อช่วยหายใจในช่วงระยะท้าย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการที่จะไปถึงจุดที่ต้องตัดสินใจเรื่องการเจาะคอ ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะพิจารณาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาแล้วว่าต้องการที่จะรับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ หากผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก็ยังมีทางเลือกอื่นอีก เช่น การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวด เช่น มอร์ฟีน หรือการให้ยานอนหลับในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย ทรมาน เนื่องจากหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับสบายมากขึ้นในช่วงระยะท้าย หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดท่อสายยาง หรือการให้ออกซิเจนผ่านทางท่อสายยางหน้ากาก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง



<sup>4</sup>ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส, ฐิให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, พิมพ์ครั้งที่1, (บริษัท สามดีพริ้นติ้ง อีคิวเมนท์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2559), หน้า 85

## การฟอกไตในช่วงระยะท้าย

การฟอกไตก็เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ผู้ป่วยต้องตัดสินใจ ในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะไตวาย ซึ่งสาเหตุเกิดจากตัวโรคเอง การฟอกไตอาจไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการพยากรณ์โรค หรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ และการฟอกไตก็มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นผู้ป่วยบางรายที่มีอาการความดันต่ำอยู่ก่อนแล้ว อาจทำให้เกิดความดันตกกระทันหันและเกิดอาการช็อกในขณะฟอกไตได้ ดังนั้นการฟอกไตอาจจะช่วยในเรื่องการยืดระยะเวลาออกไปได้สักระยะ แต่ผู้ป่วยก็จะต้องมีการเพิ่มตามมาอีกเช่นกัน เช่นผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งเพื่อฟอกไต หรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฟอกไต รวมทั้งมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการฟอกไตในแต่ละครั้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกและตัดสินใจได้ว่าตรงกับความต้องการของตนเองหรือไม่

ผู้ป่วยมักจะมีความกังวลว่าหากต้องเสียชีวิตกับภาวะอาการไตวาย จะเป็นการเสียชีวิตที่มีลักษณะอย่างไร มีความน่ากลัวหรือทุกข์ทรมานขนาดไหน ในมุมมองของแพทย์ที่ดูแลรักษาแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะไตวาย จะมีของเสียคั่งเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของเกล็ดเลือดในเลือดบางชนิด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซีดมากขึ้น หรือนอนหลับมากขึ้น อาการปวดจะน้อยลง ซึ่งเป็นกระบวนการทางธรรมชาติของร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรมานน้อยลง

## การให้อาหารทางสายยางในช่วงระยะท้าย

กรณีนี้อาจจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีชีวิตยืนยาวเป็นเดือนหรืออาจจะเป็นปี แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงระยะท้าย แพทย์อาจมองว่า การให้อาหารทางสายยาง อาจไม่ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น หรือการให้อาหารในขณะที่ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับได้ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการอึดอัดเนื่องจากอาหารไม่ย่อยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือสำลักอาหาร นำไปสู่การติดเชื้อของปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหายใจหอบเหนื่อยขึ้นมาได้อีก ดังนั้นอีกหนึ่งทางเลือกนอกจากการให้อาหารทางสายยางคือ ให้ผู้ป่วยรับประทานเท่าที่จะรับได้ การทานอาหารสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้มุ่งเน้นในการเพิ่มน้ำหนักผู้ป่วย หรือเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แต่จะมุ่งเน้นไปในด้านของความสุข ความสุขในรสชาติอาหาร ความสุขในการได้ร่วมรับประทานอาหารกับคนในครอบครัวอันเป็นที่รัก ซึ่งจะมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพของจิตใจมากกว่าสุขภาพ



ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกรบกวนจากความหิว ร่างกายจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ออยาก  
หลับมากขึ้น ไม่รู้สึกหิว แต่ผู้ที่รู้สึกเดือร้อนเป็นกังวลมักจะเป็นญาติหรือคนในครอบครัว ซึ่งกังวลว่าเหตุใดผู้ป่วยถึง  
ไม่รับประทานอาหาร แต่ตัวผู้ป่วยเองกลับไม่ได้รู้สึกรบกวนจากความหิว การดูแลที่ดีคือ หากผู้ป่วยรู้สึกคอแห้ง  
อยากจิบน้ำ ผู้ดูแลสามารถให้ดื่มได้เท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือหากผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารในรสชาติที่ต้องการ  
ก็สามารถให้รับประทานได้เท่าที่ผู้ป่วยต้องการเช่นกัน เพื่อความสุขของผู้ป่วยก่อนที่จะจากไป

### **การให้ยาปฏิชีวนะในช่วงระยะท้าย**

ผู้ป่วยและญาติต้องตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์ผู้ดูแล ว่าในช่วงระยะท้ายต้องการรับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ  
หรือไม่เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการติดเชื้อเช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือปอดอักเสบ เพราะหากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามี  
ได้รับยาปฏิชีวนะไปแล้ว ร่างกายไม่ได้รับการตอบสนองไปในทางที่ดีขึ้น หรือช่วยลดทอนความเจ็บปวดทรมานของ  
ผู้ป่วยให้น้อยลง หรืออาจจะเพียงแคื่อยื้อความตายออกไปอีกระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถพูดคุยหรือ  
ปรึกษาแพทย์และทีมผู้ดูแลเพื่อตัดสินใจหยุดการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะได้ทันที

# บทที่ 7

## การรักษาที่ไร้ประโยชน์

โดย

ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล



วิชาชีวิต บทที่ 7 “การรักษาที่ไร้ประโยชน์”

ที่ปรึกษาโดย ผศ. นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**การรักษาที่ไร้ประโยชน์** อาจมีหลายคนสงสัยว่า ถ้าพูดถึงการรักษาก็น่าจะเกิดประโยชน์ ทำไมถึงมีการรักษาที่ไร้ประโยชน์ด้วย ในทางการแพทย์ มีมุมมอง 2 มุมมองใหญ่ๆ คือ

**มุมมองแรก** เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งแพทย์มองเห็นว่าการรักษาหรือให้ยาอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือมีโอกาสน้อยมากที่จะหายจากโรคเหล่านี้ ซึ่งการรักษาเหล่านี้ถือเป็น การรักษาที่ไร้ประโยชน์

**มุมมองที่สอง** ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย แพทย์จะพิจารณาถึงคุณค่าหรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักในการประกอบการรักษามากขึ้น โดยปกติเมื่อแพทย์ทำการรักษา ผู้ป่วยมักจะคาดหวังว่าผลของการรักษาหรือผลของการให้การรักษาว่าจะออกมาตรงกับความต้องการของตนเองหรือไม่ ในบางครั้งเมื่อผลการรักษาหรือโอกาสรอดชีวิต มีน้อยกว่า 1% แพทย์อาจมองว่าจะไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหากต้องทำการรักษา แต่ในทางกลับกัน ในมุมมองของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยบางราย แม้จะทราบว่าโอกาสการรักษาน้อยกว่า 1% แต่ก็ยังอยากลองดูเพราะฉะนั้นการมองในมุมเรื่องการรักษาที่ไร้ประโยชน์ หากมองในเชิงสถิติหรือทางการแพทย์ ก็จะมองด้วยอีกมุมมองหนึ่ง ซึ่งหากมุมมองนี้อาจจะไม่มีคามหมายหากไม่ถูกนำมาพูดคุยให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ตระหนักว่าถึงแม้จะมีโอกาสอันน้อยนิดแต่มันมีความหมายหรือความสำคัญอย่างไรกับผู้ป่วยบ้าง ในการพิจารณาว่าการรักษา

นั่นจะไร้ประโยชน์หรือเกิดประโยชน์ จำเป็นต้องมีข้อมูลทั้งจากทางแพทย์ผู้ดูแลรักษาและจากตัวผู้ป่วยและครอบครัวมาประกอบการพิจารณา

ในมุมมองทางการแพทย์ เมื่อแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยระยะท้ายมีโอกาสและตอบสนองต่อการรักษาน้อยมาก ๆ อาจไม่ถึง 1% จึงไม่น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษา แต่หากผู้ป่วยหรือญาติยืนยันที่จะลองให้มีการรักษาต่อไป ซึ่งผู้ป่วยและญาติคิดว่าอย่างน้อยก็ได้ยืดระยะเวลาออกไปอีกหน่อย แต่ช่วงเวลานั้นก็อาจจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยตามมา

ตัวอย่างคนไข้ระยะท้าย จากมะเร็งและโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคมะเร็ง เช่น ภาวะไตวาย ตับวายจากการที่เชื้อมะเร็งกระจายไป ทำให้การหายใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของมะเร็ง การรักษาเช่น ป้อนหัวใจหรือการให้ยากระตุ้น อาจไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อตัวโรคลุกลาม ทำให้ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแล้ว แต่ถ้ายังคงรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ต่อไป อาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษามากขึ้น

### **การให้สารอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์**

ในกรณีผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอมมากซึ่งเกิดจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อน การให้อาหารทางสายยาง นอกจากร่างกายจะไม่สามารถเอาน้ำไปใช้ประโยชน์ได้แล้ว กลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากอุปกรณ์ที่สอดใส่ในระหว่างให้อาหาร ทำให้รู้สึกเจ็บปวดและทรมาน

### **การปั๊มหัวใจ เพื่อยื้อชีวิต**

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งอาการของโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยมักจะมีอาการระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายล้มเหลวตามมาด้วย ดังนั้นการปั๊มหัวใจเพื่อช่วยให้หัวใจกลับมาเต้นอีกครั้ง หรือยื้อชีวิตด้วยเครื่องช่วยหายใจ อาจไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยก็มักจะเสียชีวิตด้วยโรคที่ตนเองเป็นอยู่

## ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่คุณภาพชีวิตลดลง

การยื้อชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนขึ้น แต่แลกมาด้วยคุณภาพชีวิตที่ลดลง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริง ๆ หรือไม่ เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีความต้องการที่จะยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด สิ่งก็ตามมาคือการดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มมากขึ้น ตามมาด้วยผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ถึงแม้เมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัว ทำให้ต้องมีผู้ดูแลพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่น การดูดเสมหะ การป้อนยา ป้อนอาหาร ซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว



### ประสบการณ์การยื้อชีวิตระยะท้ายที่เกิดประโยชน์

ยกตัวอย่างผู้ป่วยชายรายหนึ่ง อายุราว ๆ 80 ปี ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหาร ผู้ป่วยรายนี้มีการศึกษามาเป็นอย่างดีเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อแพทย์ได้พูดคุยถึงอาการของโรคว่า หากร่างกายมีอาการทรุดลง เหนื่อยหอบมากขึ้น ผู้ป่วยต้องการให้มีการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยยืนยันที่จะให้แพทย์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้จะทราบดีว่าอาจไม่ช่วยให้เกิด

ประโยชน์เพราะไม่สามารถหายใจเองได้แล้ว ซึ่งในมุมมองของแพทย์คิดว่าอาจไม่เกิดประโยชน์อะไร แต่ในมุมมองของผู้ป่วยรายนี้กลับมองว่าเป็นช่วงเวลาที่ทำให้บุคคลในครอบครัวได้มีโอกาสมาดูแลท่าน ได้มีเวลาร่วมกัน สนทนากันมากขึ้น และท่านยังมีเรื่องค้างคาใจในบางเรื่อง ยังเป็นห่วงลูกห่วงภรรยาว่าจะอยู่อย่างไรเมื่อท่านจากไป เนื่องจากอายุมากแล้ว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำใจให้จากไปในช่วงเวลานี้ได้ ทางแพทย์จึงได้จัดทีมขึ้นมาเพื่อพูดคุยกับภรรยาและลูก ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นห่วง ท้ายที่สุดทั้งภรรยาและลูกก็ได้ทำความเข้าใจและรับปากที่จะดูแลกันและกันอย่างดีที่สุดเมื่อผู้ป่วยจากไป เมื่ออาการของโรคได้มาถึงจุดสุดท้ายของการรักษา ทีมแพทย์ได้ถามผู้ป่วยอีกครั้งว่า ยังคงต้องการให้แพทย์ยื้อชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจต่อไปอีกหรือไม่ คำตอบที่ได้คือ ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการยื้อชีวิตอีกต่อไปเนื่องจากได้สะสางเรื่องที่ยังค้างคาใจไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยยอมรับได้และจากไปอย่างสงบ การใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้ว่าจะเป็นอาจดูเหมือนไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ช่วยให้คนไข้มีอาการดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แต่อาจเป็นประโยชน์เมื่อเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

## ประสบการณ์การปฏิเสธการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง อายุราว ๆ 80 ปี มีอาการถ่ายผิดปกติ เมื่อตรวจเช็คร่างกายและสรุปได้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทีมแพทย์ได้ให้ความเห็นว่าควรได้รับการผ่าตัดเป้าหมายของการผ่าตัด ไม่ได้มุ่งเน้นว่าต้องการให้ผู้ป่วยหาย แต่เกรงว่าหากไม่ได้รับการผ่าตัด มะเร็งอาจทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องอืดมากขึ้น แต่ตัวผู้ป่วยเองกลับไม่มีความต้องการที่จะได้รับการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยยังสามารถเดินไปไหนมาไหน ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีความสุขกับชีวิตปัจจุบันได้ จึงไม่ต้องการให้มีสิ่งใดมาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือทำให้สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตแย่ลงในช่วงนี้เมื่อผู้ป่วยยอมรับอาการป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้ การรักษาบางอย่างอาจไร้ประโยชน์ ถ้าไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริง ๆ เมื่อต้องตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายเราจึงให้ความสำคัญในเรื่องของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มากกว่าที่จะไปมุ่งเน้นในเรื่องของการมีชีวิตยืนยาว

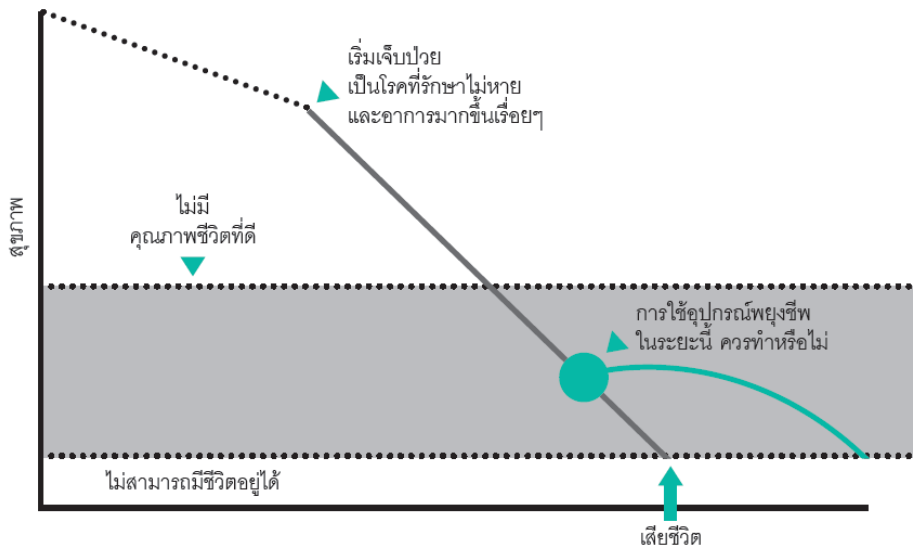


แต่ในปัจจุบัน การรักษาบางอย่างก็สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปพร้อม ๆ กับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งนั่นน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แต่หากผู้ป่วยต้องตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ระหว่างการมีชีวิตที่ยาวขึ้นแต่มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการรักษา ผู้ป่วยอาจเลือกแนวทางที่ไม่ผ่านการรักษาที่ทำให้ต้องทุกข์ทรมาน ได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่กับครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก ก็อาจจะเป็นสิ่งที่สำคัญกับผู้ป่วยมากกว่าก็ได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ควรต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับทราบว่า ขณะนี้สุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหน ถ้าต้องตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ควรจะเลือกแนวทางใดจึงจะดีที่สุดสำหรับตัวผู้ป่วยเอง

การดูแลในวาระท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ท้าทาย และบ่อยครั้งที่สามารถเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ทั้งความหวัง ความกลัว การถูกทอดทิ้งของผู้ป่วย จะส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย (Medical Futility) ในขณะที่เดียวกันการดูแลแบบประคับประคองนั้นสามารถที่จะใช้ควบคู่ไปกับการดูแลที่เป็นแบบ Curative Care การสื่อสารที่ดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมบุคลากรด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งควรปรึกษาทีมจริยธรรมตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

เหตุผลในการตัดสินใจว่าการรักษานั้นจะไร้ประโยชน์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับเหตุผลของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ได้ร่วมพูดคุยถึงตัวโรค อาการ วิธีการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน

## แนวทางการใช้อุปกรณ์ฟุ้งชีพ



เครดิตภาพ รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

( ที่มาภาพ : หนังสือ สุขสุดท้ายที่เลือกได้ หน้า 76 ความสูญเปล่าทางการแพทย์ (Medical Futility) )

# บทที่ 8

## **Palliative Care** **การดูแลแบบประคับประคอง** โดย

**รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล**

หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



วิชาชีวิต บทที่ 8 “Palliative care การดูแลแบบประคับประคอง”

ที่ปรึกษาโดย รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### PALLIATIVE CARE การดูแลแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคที่อยู่ในระยะจัดการลำบาก การรักษาล้มเหลว บางรายอาจเหลือเวลาอีกไม่นาน อาทิ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งอยู่ในระยะลุกลามจัดการได้ยากขึ้นเรื่อย ๆ หรือตอบสนองต่อยากเคมีบำบัดได้ไม่ดี โรคอื่น ๆ ที่พบเช่น โรคไตวายที่อยู่ในระยะท้าย โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอด โรคหัวใจ ซึ่งมีภาวะหัวใจวายหรืออยู่ในระยะท้าย ซึ่งคำว่าระยะท้ายนั้นคือระยะที่จัดการลำบาก ผู้ป่วยจะไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำกิจกรรมทั่วไปเหมือนคนปกติได้ ซึ่งกลุ่มโรคต่าง ๆ ข้างต้นจัดว่าเป็นกลุ่มโรคที่อยู่ในระยะท้าย

อีกกลุ่มโรคที่มีความสำคัญ คือ กลุ่มโรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบันสังคมไทยมี ผู้สูงอายุในสัดส่วนที่มากขึ้น และภายในไม่กี่ปีข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีจำนวนถึง 1/4 ของประชากรทั้งหมด โรคที่คุกคามผู้สูงอายุคือโรคสมองเสื่อม ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียง ไม่สามารถสื่อสารได้ จะถือว่าป่วยระยะท้ายและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

## นิยามของ Palliative care

คำว่า Palliative care มีผู้นิยามไว้หลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และ American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) ซึ่งทั้งสององค์กร มีคำสำคัญตรงกันคือ ‘quality of life’ และกลุ่มผู้ป่วยเป็น “life-threatening illness” (WHO) หรือ ‘active, progressive, far advanced disease for whom the prognosis is limited (AAHPM) จึงอาจสรุปนิยามเฉพาะกาล ได้ว่า Palliative care เป็น การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีเวลาในชีวิตเหลืออยู่จำกัด (life limited disease) ให้ใช้ระยะเวลาที่เหลืออย่างมีคุณภาพ ‘quality time’ คำว่า ‘Palliative care’ ศัพท์บัญญัติราชบัณฑิตยสถาน คือ ‘บริบาลบรรเทา’ อย่างไรก็ตามยังไม่เป็นที่ยอมรับกว้างขวาง โดยแต่ละสถานที่ที่มี Palliative care ได้เรียกชื่อหน่วยตัวเองต่างกัน

## ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) Palliative Care มุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ไม่ว่าจะ เป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกายปัญหาทางจิตใจสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัย ว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate palliative care) หมายถึงการดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค ดังนั้น Palliative Care จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดรบกวนถึงจิตวิญญาณและตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและหลังเสียชีวิตแล้ว<sup>5</sup>

<sup>5</sup>ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์:<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/5.html>. (สืบค้น ๒๒ มิถุนายน 2562) 28 กุมภาพันธ์ 2562



การเข้าใจถึงข้อบ่งชี้ที่กว้าง ๆ ของ Palliative care ซึ่ง American Academy of Hospice and Palliative medicine กำหนดไว้ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้สามารถมีส่วนร่วมการตัดสินใจเลือกรับการรักษาทางการแพทย์
2. ประสาน (Coordinates care) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการเลือก Hospice ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
3. บรรเทาอาการปวด และอาการอื่น ๆ
4. ช่วยวางแผนการใช้ชีวิตประจำวันให้มีความสุข และเตรียมสภาพจิตใจ จิตวิญญาณต่อความเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพื่อให้ราบรื่น

### เมื่อใดที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

มีคนจำนวนมากที่สงสัยว่าถ้าหากตัวเขาเข้าสู่ช่วงของการดูแลแบบประคับประคองแล้ว หมายความว่าเขากำลังจะตายใช่ไหม แต่ความจริงแล้วโดยทั่วไปถ้าบุคคลเป็นโรคที่จัดการลำบาก บางคนอาจมีชีวิตอยู่อีกเป็นปีหรือบางคนอาจจะอยู่แค่ไม่กี่เดือน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลประคับประคองจึงไม่ได้หมายถึงภาวะใกล้ตาย แต่หมายถึงการที่เขาจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การดูแลแบบองค์รวม การดูแลโดยทีมสหสาขา มีทั้ง หมอ พยาบาล อาจจะรวมทั้งนักจิตสังคมร่วมด้วย หรือรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้การดูแลโดยทีมสหสาขานั้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

การดูแลแบบประคับประคองนั้นนอกจากจะดูแลผู้ป่วยแล้วยังหมายรวมถึงการดูแลญาติหรือครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเริ่มมีสมรรถนะที่ ถดถอยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุนอย่างดี เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะเป็นการดูแลที่หนักและเหนื่อย โดยเฉพาะหากผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว เขาเองก็จะต้องพบกับความทุกข์ของสภาพจิตใจในฐานะคนที่กำลังจะสูญเสียคนที่รักไป ดังนั้นแล้วผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่เช่นกัน

ในส่วนของการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นคือ การสอนให้เขาให้สามารถบิบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างดี ทั้งการดูแลทางร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสุขสบาย และต้องมีการประคับประคองจิตใจผู้ดูแลที่กำลังเผชิญความสูญเสีย สิ่งที่ดีที่สุดคือทีมดูแลประคับประคองจะต้องเชื่อมต่อการดูแลให้เป็นเนื้อเดียวกัน เพราะฉะนั้นการเชื่อมต่อการดูแลทั้งจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน หรือแม้กระทั่งจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยนั้นคือ หัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

( Palliative performance scale for adult Suandok ) ( PPS Adult Suandok )

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

( ที่มาตาราง : แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก  
ศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ )

## หน้าที่ของศูนย์ดูแลระดับประคอง คืออะไร

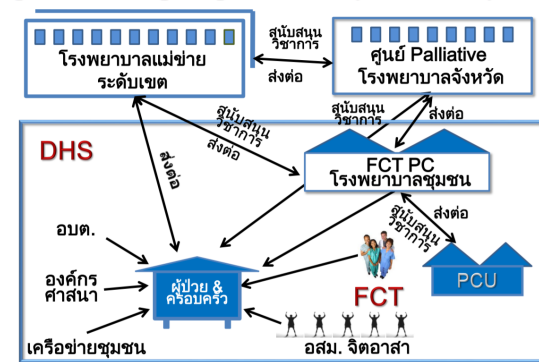
ศูนย์ดูแลระดับประคองจะทำการประเมินผู้ป่วย จัดการอาการไม่สุขสบายทางกายทั้งหลายให้ผู้ป่วยสบายที่สุด เชื่อมต่อการดูแล เช่น เมื่อผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ศูนย์ดูแลระดับประคองจะต้องทำหน้าที่ เชื่อมต่อกับเครือข่ายที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ส่งต่อข้อมูลทั้งหมด เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ยาที่จำเป็น หรือถ้าเป็นศูนย์ ประคองประคองที่ดีที่มีเครือข่ายที่ดี อาจจะสามารถทำการส่งต่อเรื่องความต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เครือข่ายสุขภาพรอบนอกที่ใกล้บ้านจะได้จัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ หรือยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ผู้ป่วยก็จะสามารถไปใช้ บริการศูนย์ดูแลระดับประคองใกล้บ้านได้ ที่สำคัญคือทีมเยี่ยมบ้านเพราะผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้การดูแล ประคองประคองโดยส่วนใหญ่อยากรักษาตัวที่บ้าน เพราะบ้านเป็นบรรยากาศที่คุ้นเคย จึงมีผู้ป่วยอีกมากที่มีความ ประสงค์ว่าหากถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ แล้ว ถ้าหากเป็นไปได้จะขอเสียชีวิตที่บ้าน อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง ท่ามกลางคนที่รักเพราะฉะนั้น การมีเครือข่ายทีมดูแลระดับประคองที่แข็งแกร่งจะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถใช้ชีวิตที่เหลือที่บ้านได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างที่ต้องการ

การป่วยระยะท้ายจะมีภาวะที่ไม่สุขสบายหลายประการ ทั้งอาการปวด หอบเหนื่อย รวมถึงอาการป่วยระยะท้ายจะ ไม่สามารถกลืนยา ดังนั้นทีมเครือข่ายต้องทำหน้าที่นำยาไปบริหารที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างสุขสบายในระยะ ท้ายและสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ ซึ่งเครือข่ายนี้ต้องมีความเชี่ยวชาญ และมีสมรรถนะที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ บ้านประสบความสำเร็จ

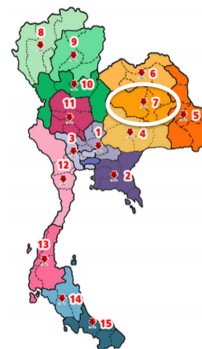
## ขอรับบริการศูนย์ดูแลแบบประคองได้ที่ไหนบ้าง

ในปัจจุบันโรงพยาบาลแทบทุกแห่ง จะมีศูนย์ดูแลระดับประคอง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด หรือ โรงพยาบาลชุมชนจะมีศูนย์ดูแลระดับประคองอยู่ ซึ่งอาจแตกต่างกันโดยสมรรถนะหรือคุณภาพของศูนย์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้

### รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน



### Palliative Care Network



พ.ศ.2558 พัฒนาเครือข่าย PC ในเขตสุขภาพที่ 7

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 รพช. 62 รพช. และ รพสต.

เอกสารประกอบในกิจกรรมฝึกอบรม Clinical Palliative Care for Community nurses

เรื่อง พลังเครือข่าย โดย รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

# EXAMPLES OF PALLIATIVE CARE

Palliative care can be many things, depending on a patient's needs. Here are some examples.

A patient with severe heart failure wants to leave the hospital and receive medical attention at home. A palliative care team will work with doctors to determine whether that is possible, what would be required, and what the associated costs would be, then help put the plan in motion.



A patient's treatment is making him sick. The palliative care team will help find a medication to ease his nausea and work with a dietitian to create a diet plan that could benefit the patient while he receives treatment.

A patient who is in intensive care is upset that she has not been able to attend her weekly religious service. The palliative care team will organize a chaplain to hold services for the patient and give her spiritual counseling.

(ภาพ : <https://sunrisehospital.com>)

## องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง คือการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งทีมประคับประคองจะทำหน้าที่พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติและครอบครัวให้ทราบถึงสถานการณ์โรค โดยทั่วไปแล้วจะคุยให้ทราบตามความเป็นจริงว่าอาการป่วยขณะนี้อยู่ในระยะไหน เวลาของผู้ป่วยจะเหลือแค่ไหน พยากรณ์โรคจะเป็นอย่างไร ในอนาคตอาจจะมีอะไรเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวได้มีการเตรียมตัววางแผนไว้ล่วงหน้า โดยเฉพาะที่สำคัญมาก ๆ คือในช่วงระยะท้ายที่สุดของชีวิตจริง ๆ ตัวอย่าง เช่น ถ้าระยะโรคของผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายแต่สมรรถนะยังดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น ทางผู้ป่วยจะต้องการการรักษาแบบไหน ทั้งนี้ควรจะได้พูดคุยกันไว้ล่วงหน้าก่อนขณะที่ผู้ป่วยสมรรถนะยังดี อาจมีการพูดคุยว่ามีความต้องการการรักษาเหมือนผู้ป่วยปกติ ขอรับการรักษาทุกอย่างที่สมควรแต่ก็ควรได้มีการปรึกษาล่วงหน้าให้ผู้ป่วยเห็นภาพว่า ถ้าหากถึงวันที่โรคได้เข้าสู่ระยะท้าย จริง ๆ แล้วผู้ป่วยจะอยากได้รับการดูแลแบบไหน โดยประสบการณ์ของคุณหมอศรีเวียงที่ได้พบผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับรู้สภาวะโรคของตนจะต้องการการรักษาที่ดูแลให้สุขสบายในระยะท้ายจริง ๆ

ของชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาที่รุกราน โดยเฉพาะระยะไม่นานก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาพยุงชีพ ซึ่ง  
เต็มไปด้วยความเจ็บปวด เพราะฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องมีการพูดคุยกัน ตลอดจนถึงการวางแผนดูแล  
ล่วงหน้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสวางแผนชีวิตระยะท้ายของตนเองได้ บอกกล่าวกับญาติหรือคนที่รักว่าสิ่งที่ตนเอง  
ต้องการใน ระยะท้ายนั้นคืออะไร

### Key element of palliative care

- **Patient population:**

เป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีความเจ็บป่วย อากาหรือการบาดเจ็บ ที่เรื้อรังหรือคุกคามชีวิต

- **Patient and family centered care:**

มีความเคารพ ความเป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นองค์ประกอบหน่วยการดูแลครอบครัว  
นิยามโดยผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจได้ จะสามารถตัดสินใจโดยผู้แทนของผู้ป่วย  
ตั้งนั้นสมาชิกในครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์หรือไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้มีการวางแผนการดูแล  
กำหนดตามเป้าหมายและความชอบของผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้ รับการช่วยเหลือและชี้แนะจาก  
ทีมดูแลสุขภาพ

- **Timing of palliative care:**

ความเป็นจริงแล้วการดูแลแบบประคับประคอง เริ่มต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าร่างกายมีอาการของโรค  
ที่ทรุดลงหรือคุกคามชีวิต และต่อเนื่องถึงการรักษาและจนกระทั่งเสียชีวิต และจนถึงช่วง bereavement  
period หรือ ภาวะที่มีการสูญเสียคนที่เคยมีความผูกพัน

- **Comprehensive care:**

การดูแลแบบประคับประคอง ใช้การประเมินหลายมิติเพื่อค้นหาและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการ  
ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลควรช่วยผู้ป่วยและ  
ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอาการและดูแลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้  
ตามเป้าหมายการดูแลในอนาคตและในปัจจุบัน การดูแลแบบประคับประคอง ต้องการกระบวนการ  
ประเมินทางคลินิก การวินิจฉัย การวางแผน การดูแลการติดตามดูแลที่เหมาะสมและเป็นทางการ

- **Interdisciplinary team:**

ทีมการดูแลแบบประคับประคองต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ ขยายรวมการบริการ  
พื้นฐานทางวิชาชีพที่จำเป็น กลุ่มหลักประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งอาสา

สมัคร ผู้ประสานงานหลังความตาย นักบวช นักจิตวิทยา เกสซ์ๆ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ดูแลที่บ้าน  
นักโภชนาการ นักภาษาบำบัด กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ศิลปะ ร้องเพลง ผู้รักษาเด็ก อาสาสมัคร  
ที่ได้รับการฝึกฝน และ ผู้จัดการรายกรณี

- **Attention to relief of suffering:**

เป้าหมายเบื้องต้นของการดูแลแบบประคับประคอง คือการป้องกันและการบรรเทาความทุกข์ที่มีอยู่มากมายจากโรคและการรักษาและความทุกข์ทรมานที่ตามมา ได้แก่ อาการปวด และกลุ่มอาการยุ่งยากอื่น ๆ

- **Communication skills:**

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วย การแบ่งปันข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสม การฟังอย่างตั้งใจ การกำหนดเป้าหมายและสิ่งที่เลือก การช่วยในการตัดสินใจและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทุก ๆ คนทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย

- **Skill in care of the dying and the bereaved:**

ทีมการดูแลแบบประคับประคองที่มีความชำนาญต้องเป็นผู้ที่รู้การทำนายพยากรณ์โรค อาการและอาการแสดงของคนที่กำลังใกล้เสียชีวิต ช่วยให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวก่อนและหลังความตาย ได้แก่ ร่างกายที่มีอาการทรุดลง กลุ่มอาการทางด้านจิตใจโอกาสของการเติบโตเป็นปกติ และความโศกเศร้าที่ผิดปกติ จากการสูญเสียญาติและเพื่อนสนิท

- **Continuity of care across setting:**

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพทุกระบบทุกสถานที่ (โรงพยาบาล แผนกฉุกเฉิน nursing home, การดูแลที่บ้าน สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีพผู้ป่วยนอก และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น โรงเรียน) ทีมการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมมือกับผู้ให้ การดูแลแบบไม่เป็นทางการกับทีมวิชาชีพในแต่ละสถานที่ เพื่อการประสานงาน การสื่อสาร และการดูแลแบบประคับประคองในทุกองค์กร และการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การจัดการในเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะวิกฤต และการส่งต่อโดยไม่จำเป็น

- **Equitable access:**

ควรรักษาให้มีการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองโดยเท่าเทียมกัน ในทุกกลุ่มอายุผู้ป่วย ทุกการวินิจฉัยโรค

ทุกสถานที่การดูแล ได้แก่ ในสังคมชนบท โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา เพศ หรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษา

- **Quality assessment and performance improvement:**

การบริการการดูแลแบบประคับประคอง ควรพัฒนาให้มีคุณภาพในการดูแลและระดับสูงขึ้นการกำหนดคุณภาพ มีความจำเป็นต้องมีการพัฒนา ดำเนินการ มีการประเมิน และปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้ถึงความเป็นเลิศ

- **การประเมินอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ และการประเมินผลกระบวนการดูแลและวัดผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง**

โรงพยาบาลควรกำหนดวัตถุประสงค์ในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ 6 ข้อประกอบด้วย

1. Timely: การให้การดูแลผู้ป่วยทันเวลาหรือในเวลาที่เหมาะสม
2. Patient-centered: บนพื้นฐานของเป้าหมายและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว
3. Beneficial and /or effective: มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์หรือกระบวนการดูแลที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงใจ
4. Accessible and equitable: ใช้ประโยชน์ได้ทุกคนที่ต้องการที่คนที่ได้รับประโยชน์
5. Knowledge(การจัดการความรู้) and evidence based(หลักฐานเชิงประจักษ์)
6. Efficient: มีการออกแบบที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและไม่เสียประโยชน์ในการใช้ทรัพยากร

(ที่มา เอกสารประกอบการสอน มิติคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดย คุณลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู รองผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาล เมื่อ วันที่ 25 กรกฎาคม 2557 / National consensus project for quality palliative care, 2013)

# บทที่ 9

## Hospice care

โดย

รศ.พญ.รัตนา พันธุ์พานิช

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จ.เชียงใหม่  
มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย



วิชาชีวิต บทที่ 9 “Hospice care”

ที่ปรึกษาโดย รศ. พญ.รัตนา พันธุ์พานิช

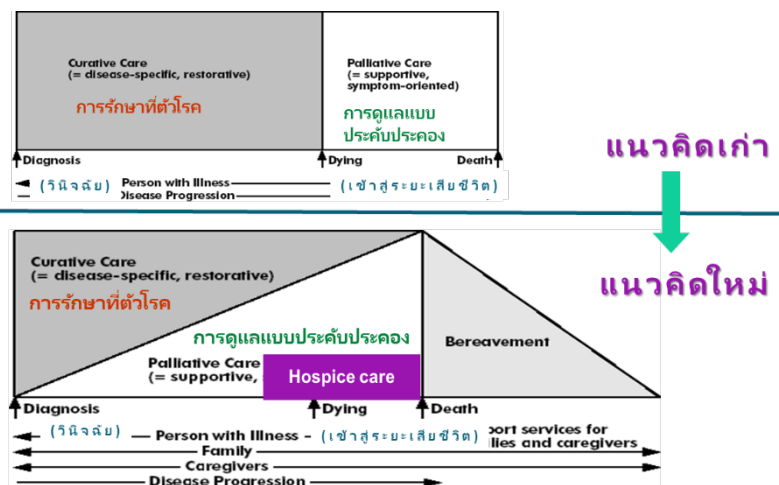
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จ.เชียงใหม่

มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

### HOSPICE CARE การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีวิธีการใด ๆ แล้วที่จะรักษาให้หายจากโรคได้ โดยทั่วไปเราก็จะหมายถึงการดูแลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิต หลักคิดสำคัญของ HOSPICE คือการให้การดูแลแบบองค์รวม ไม่มุ่งเน้นถึงการรักษาอาการทางกายเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อจัดการสิ่งที่ยังไม่แล้วเสร็จหรือสิ่งที่ค้างคาใจ จัดการสิ่งที่คุณป่วยต้องการจัดการให้เสร็จก่อนจะเสียชีวิต

### มิติการดูแลผู้ป่วยตามระยะการดำเนินโรค



<http://topicsinmediasection2.pbworks.com/w/page/22366430/Health>



## HOSPICE จะให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างธรรมชาติ

โดยทีมที่ดูแลมีหน้าที่สำคัญคือการ ประคับประคองและช่วยเหลือในเรื่องที่จำเป็น เช่น การจัดการอาการปวด อาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายก็จะมีอาการไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ อาการแสดงของผู้ป่วยซึ่งจะแตกต่างกันไป ในขณะที่เดียวกันความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในช่วงระยะท้ายของชีวิตก็จะไม่เหมือนกัน เราจึงต้องให้ความสำคัญและเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการไปอยู่ที่บ้านเพื่อเป็นที่สุดท้ายของชีวิต ซึ่งความต้องการลักษณะนี้เราก็สามารถจะออกแบบวางแผนถึงการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

### หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ HOSPICE

นอกเหนือจากการดูแลรักษาแบบประคับประคอง รักษาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรืออาการรบกวนทางกาย ประเด็นที่สำคัญและขาดเสียมิได้ คือ

1. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น อันเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงมิได้
2. การให้ความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้ายแม้จะเป็นเรื่อง ที่อาจจะสื่อสารต่อกันยากหรือเป็นเรื่องที่ไม่อยากยอมรับ แต่สิ่งนี้เป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องพูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงหรืออาการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายอย่างเป็นธรรมชาติ จะมีอาการเริ่มต้นที่ญาติหรือผู้ดูแลสังเกตได้คือ เริ่มมีความเหนื่อยอ่อน เร็วแรงลดลง การเริ่มปฏิเสธอาหาร หรือ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เช่นระบบหายใจเร็วขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่ทำให้ความคิดสับสน เกิดการซึม ซึ่งอาการเหล่านี้หากได้มีการบอกให้ผู้ป่วยหรือญาติรับรู้ล่วงหน้าได้ ก็จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจะเกิดความกลัวด้วยความไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นต่อไป
3. สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนล่วงหน้ากับการดูแลระยะท้าย เพราะจะต้องมีวันใดวันหนึ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีอาการแยลงจนถึงระยะที่ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่น ๆ ได้ คือมีความไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร หรือ อาจจะอยู่ในระยะที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานหรือทุพพลภาพจนไม่สามารถสื่อสารได้ การพูดคุยในประเด็น การดูแลระยะท้ายสุดไว้ล่วงหน้าขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและบอกความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้ว่าต้องการดูแลรักษาแบบไหนอย่างไร ผู้ดูแลหรือญาติเองก็จะได้ให้การดูแลแบบ ที่ตรงกับใจที่ผู้ป่วยต้องการ

## สถานที่สำหรับการดูแลแบบ HOSPICE CARE

HOSPICE ไม่ใช่สถานที่เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่ HOSPICE เป็นหลักคิดที่สำคัญของผู้ดูแลที่ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลช่วยเหลือไม่ให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ควบคู่ไปกับการดูแลทางกาย ทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างเป็นธรรมชาติ และยอมรับ ความตายที่กำลังจะมาถึง

HOSPICE เกิดขึ้นที่ไหนก็ได้ ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาล หอผู้ป่วย ICU สถานพักฟื้น เนอร์สซิงโฮม หรืออาจจะเกิดขึ้น ที่บ้านดูแลโดยคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง สำคัญอยู่ที่ผู้ดูแลต้องมีหลักคิดของการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าใจการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การมุ่งเน้นความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่เน้นการรักษาโรคให้หาย

ปัจจุบันในต่างประเทศจะมีการตั้ง HOSPICE ที่เป็นสถานพยาบาลเฉพาะเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ อยู่ในระยะท้ายหรือระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้วอาจจะมีทางเลือกต่าง ๆ คือ ทางเลือกกระแสหลัก คือการรักษา เจริญอย่างต่อเนืองโดยมีความหวังว่าผู้ป่วยอาจจะหายจากโรค ในขณะที่อีกทางเลือกหนึ่งคือ HOSPICE คือ ทางเลือกแบบหยุดการรักษาเจริญไม่ต่อสู้กับความตาย แต่หันมาดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตไปสู่จุด สุดท้ายด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยเหลือให้มีการเดินทางอย่างสุขสบายไปสู่วันสุดท้ายของชีวิต

## HOSPICE CARE ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการจัดสร้างศูนย์ HOSPICE ในคณะแพทย์ต่าง ๆ หรือในโรงพยาบาลบางแห่งก็อาจมีการทำหอ ผู้ป่วยที่รองรับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในรูปแบบการจัดโซนไว้สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ามาไม่ได้เพื่อการรักษา เพียงต้องการพื้นที่ให้ได้ดูแลร่วมกันทั้งร่างกายและจิตใจของทีมแพทย์และญาติ เมื่อดูแล อาการไประยะหนึ่ง ถ้ายังไม่เสียชีวิตก็ไปดูแลต่อที่บ้าน หรืออาจจะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลก็ได้ นี่ก็เป็น Hospice care แบบจัดโซน ซึ่งถ้าโรงพยาบาลไม่เตรียมเตียงส่วนนี้ไว้ เตียงเกือบทั้งหมดจะถูกนำไปใช้รักษาโรคเฉียบพลันอื่น ๆ ในอีกแบบหนึ่งคือ แบบ Hospice care ที่เตียงจะปนกันอยู่กับผู้ป่วยในวอร์ดต่าง ๆ ไม่ต้องแบ่งแยกโซน โดยหมอ พยาบาลจะรู้ว่าเตียงนี้จะได้รับการดูแลในแบบประคับประคอง ไม่กั้ชีวิตจะเห็นว่า Palliative care ไม่ได้ขึ้นกับ เมื่อ เหลือเวลาเท่าไร แต่ขึ้นกับเมื่อมีความต้องการ และมีอีกไม่น้อยที่ HOSPICE เกิดขึ้นที่บ้าน ผู้ป่วยที่เลือกการดูแล แบบไม่รักษาในเชิงรุกตามที่กล่าวข้างต้นก็สามารถรับการดูแลแบบ HOSPICE ที่บ้าน อีกทางเลือกหนึ่งของการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย คือการดูแลในสถานที่เฉพาะ คือมีการหลอมรวมของลักษณะการดูแลแบบโรงพยาบาลและที่บ้าน

เข้าด้วยกัน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานดูแลผู้ป่วยแบบ HOSPICE เฉพาะนี้ก็ใช้หลักคิดแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีแพทย์พยาบาลคอยดูแลช่วยเหลือ และจัดการอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ในขณะเดียวกันก็ปล่อยให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างเป็นธรรมชาติจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ข้อดีอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานดูแลผู้ป่วยแบบ HOSPICE เฉพาะนี้คือ การที่ญาติและครอบครัวสามารถมาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ด้วย ซึ่งจะช่วยเสริมความรู้สึกอบอุ่นให้ผู้ป่วยเสริมสร้าง ความสุข ความสงบให้ผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้

### สถานการณ์การรับรู้แนวคิด HOSPICE

สิ่งสำคัญในตอนนี้ คือการสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างทัศนคติที่จะให้สังคมมีความยอมรับความตายการไม่กลัวไม่ปฏิเสธความตาย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อสุดท้ายของชีวิตนี้ไปได้เป็นอย่างดี เพราะสุดท้ายแล้วความตายก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเรื่องของทุกคน

ในสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความมุ่งเน้นการรักษาโรคให้หาย การแพทย์ของไทยมีวิวัฒนาการและเจริญก้าวหน้าอย่างมาก อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการต่าง ๆ ในการช่วยชีวิตให้รอด นั้นมีความทันสมัยพัฒนา ซึ่งเหล่านั้นจะมีประโยชน์อย่างยิ่งยวดในการที่แพทย์จะใช้เพื่อช่วยเหลือชีวิตแก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะที่จะหายจากโรคได้หรือสามารถฟื้นฟูให้กลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ แต่การนำอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านั้นมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกวินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้อีก ก็ถือว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ จึงมีความจำเป็นที่ทั้งญาติ ผู้ดูแล แพทย์ จะต้องมีหลักคิดและสามารถที่จะปรับเปลี่ยนเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยเมื่อถึงเวลา หรือเมื่อยอมรับกันแล้วผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ได้รับการประเมินโรคแล้วว่าไม่มีวิธีใดจะรักษาให้หายได้แล้ว ควรเปลี่ยนเป้าหมายในการมุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย

โดยสรุปแล้ว การทำความรู้จักและเข้าใจการดูแลแบบ HOSPICE นั้นก็เนื่องมาจากเพราะความตายเป็นเรื่องของมนุษย์ทุกคน ไม่ต่างจากการเกิด ดังนั้นหากเราจะทำให้ชีวิตในช่วงสุดท้ายมีคุณค่ามีความหมาย หรือมีความสุขในช่วงสุดท้าย นั่นคือประเด็นสำคัญที่เราควรต้องพูดถึงเรื่องเหล่านี้ แม้ว่าการพูดคุยเรื่องความตายไม่ใช่เรื่องที่ทุกคนอยากฟัง แต่เรื่องของชีวิตในระยะท้ายเป็นเรื่องของทุกคนหากเราทุกคนได้เรียนรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของชีวิตในระยะท้าย จะทำให้เรามีความมั่นใจในการดูแลคนในครอบครัว หรือแม้แต่การมีความพร้อมและเพื่อการเตรียมวางแผนสำหรับช่วงชีวิตระยะท้ายของตนเองด้วยเช่นกัน

## มีความเข้าใจผิดกันเยอะ เกี่ยวกับ Hospice care ว่าคืออะไร

Hospice care ไม่ใช่ ‘สถานที่’ แต่เป็น ‘แนวทาง’ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ในขณะนั้น เราหยุดการรักษาทุกอย่างแล้ว ให้การดูแลแบบ full palliative care อย่างเต็มรูปแบบ เป็นคอนเซ็ปต์การดูแลว่า ณ ขณะนี้เราจะไม่รักษาในประเภทอื่นเพื่อยื้อชีวิต แต่เราเน้นดูแลแค่ประคับประคองอาการเท่านั้น ในบางราย อาหาร น้ำ ยาฆ่าเชื้อก็ไม่ให้ เพราะถือว่าเป็นการยื้อชีวิต เราเรียกสิ่งนี้ว่า Hospice care ซึ่งเกิดได้ทุกที่ในต่างประเทศนิยามของคนไข้ Hospice care คือคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคลุกลามไปแล้ว น่าจะอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน Hospice care จะเกิดขึ้นที่ใดก็ได้ ในต่างประเทศส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน คือเราจัดให้เกิดการดูแลอยู่ที่ ‘บ้าน’ คนที่ดูแลหลักคือคนในครอบครัว หรือจะเป็นผู้ดูแลที่จ้างมาก็ได้ แต่จะต้องมีทีมบุคลากรการแพทย์ที่เข้าใจเรื่องนี้ไปช่วยจัดเตรียมการดูแลแบบ Palliative care ให้ จึงเป็นการ Hospice care ในบ้าน

## Hospice care กับ Palliative care

ข้อมูลอ้างอิง : เอกสารคำสอนเวชปฏิบัติการบริหารบรรเทาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว Palliative care in Family practice พ.วค 739 (327739) เขียนโดย ผศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2557

‘Original’ Hospice care กำเนิดขึ้นตั้งแต่ยุคสงครามครูเสดในศตวรรษที่ 11 โดยเป็นสถานที่พยาบาลทหารที่บาดเจ็บสาหัสใกล้เสียชีวิต เรื่อยมาถึงยุคต้น 1940 Hospice ยังคงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต อันดำเนินโดยองค์กรทางศาสนา จนปี 1967 Dr.Cicely Saunders เริ่มบุกเบิก ‘Modern’ Hospice care คือ St.Christopher hospice ในประเทศอังกฤษ ด้วยการให้ยาลดความทุกข์ทรมานมีการศึกษาวิจัย จนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เริ่มเป็นที่ยอมรับของวงการแพทย์ แนวคิด Hospice ได้เข้าสู่ประเทศอเมริกาในช่วงปี 1970 แต่ได้รับการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เมื่อสภาองเกรสผ่านกฎหมายให้ Medicare รับผิดชอบ ในปี 1980

คำว่า ‘Palliative care’ เริ่มใช้ใน ค.ศ. 1975 โดยศัลยแพทย์ชาวแคนาดา Balfour M.Mount และมีนิยามสั้น ๆ อันเป็นใจความสำคัญว่า “Palliative care is whole person care” เพื่อสร้างความแตกต่างจากคำว่า ‘Hospice care’ ที่มีมาก่อน จุดแตกต่างที่สำคัญคือ Hospice เริ่มเมื่อหยุดการรักษาให้รอดชีวิต (curative treatment) ในขณะที่ Palliative care เริ่มควบคู่ไปพร้อมกับ Curative treatment ในผู้ป่วยที่โรครุนแรง มีพยากรณ์โรคไม่แน่นอนว่าจะดีขึ้นหรือแย่ลง

ปัจจุบัน ขอบเขตแบ่งแยกระหว่าง Hospice กับ Palliative care ขึ้นกับระบบประกันสุขภาพ ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา การได้ Hospice benefit จาก Medicare ผู้ป่วยจะต้องยกเลิก สิทธิในการรับการรักษาที่หวังผลยืดชีวิต (เช่น Organ transplant, ICU) เสียก่อน ซึ่ง Hospice care ในอเมริกา 80% เป็น Home based hospice สำหรับประเทศอังกฤษ National Health Service ให้ความหมาย Hospice care คือ 'สถานพยาบาล' สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้กำหนดเกณฑ์รับบริการจาก prognosis แต่ผู้ป่วยต้องรับการส่งต่อจากแพทย์ประจำตัว

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ความหมายของ Hospice ระหว่างอังกฤษและอเมริกา

	อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย Hospice	NHS	Medicare
สถานที่ของ Hospice care	Residential hospice	Home > Residential hospice
เกณฑ์เข้ารับบริการ Hospice	Physician referral	Prognosis < 6 months
Palliative care	Who receive care at home, nursing home or hospital	Who don't meet hospice benefit criteria? Usually hospital based

# บทที่ 10

## *Pain Management*

โดย

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



วิชาชีวิต บทที่ 10 “ Pain Management ”

ที่ปรึกษาโดย รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และ พระอาจารย์ครรชิต อภิภูจโน เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม จังหวัดชัยภูมิ

**การจัดการความปวด Pain Management** การจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย มีความสำคัญมากเพราะประมาณ 60 - 70% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะมีอาการปวด และเป็นอาการปวดที่ค่อนข้างรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการที่ดี จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยระยะท้าย**



การจัดการความเจ็บปวด  
ด้วยยา

ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมีหลายแบบเช่น มีอาการปวดตำแหน่งไหน ลักษณะการปวดเป็นแบบใด เพราะการปวดแต่ละแบบ แพทย์ผู้ทำการรักษาก็จะเลือกใช้ยาไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยเองควรสังเกตและจดจำรายละเอียด ตำแหน่งลักษณะความรุนแรงของอาการปวดเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งแพทย์จะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินระดับความปวดของตนเอง เช่น

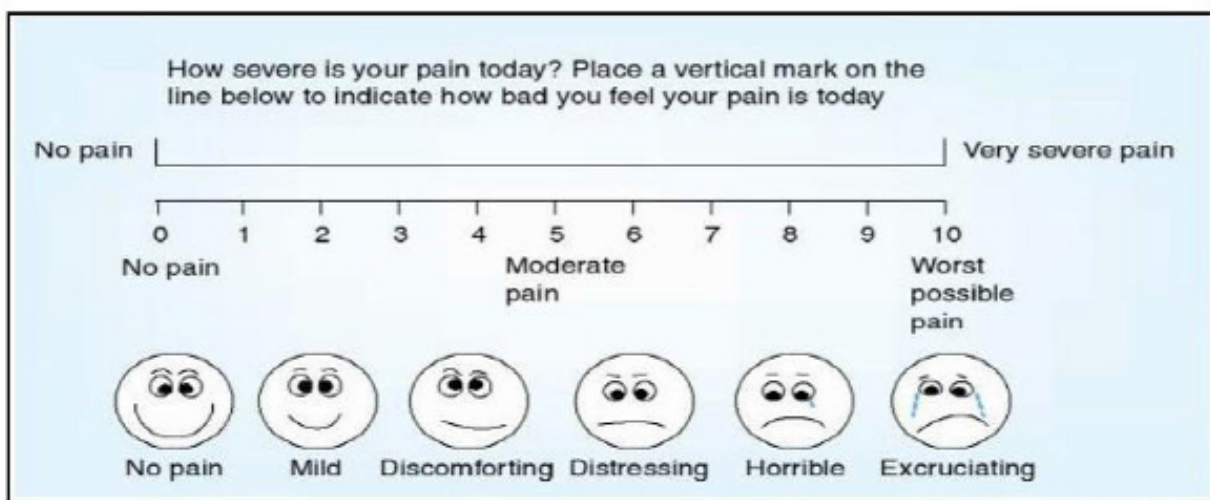
- ระดับ 0 ไม่ปวดเลย
- ระดับ 4 ปวดปานกลาง
- ระดับ 10 ไม่สามารถทนได้

การประเมินอาการปวดอย่างละเอียดจัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในเบื้องต้น เนื่องจากเราจะต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุด เพื่อที่จะบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ซึ่งแนวทางการประเมิน มีดังนี้

1. ประเมินลักษณะของอาการปวดซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 แบบตามสาเหตุและพยาธิสภาพการเกิดอาการปวด
2. ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บปวด (severity) ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองโดยจะใช้สื่อการประเมินความเจ็บปวดที่มีความถูกต้องแม่นยำในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ Visual analog scale, Verbal rating scale หรือ Numerical rating scale

ตัวอย่างการประเมินอาการปวดที่นิยมใช้กันคือ Numerical rating scale โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้คะแนนตามความเจ็บปวดที่ตนเองรู้สึก (ตั้งแต่ 0 คะแนนคือไม่มีอาการปวดเลยจนถึง 10 คะแนน คือมีอาการปวดมากที่สุด) ซึ่งคะแนนนี้จะถูกแบ่งเป็นระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดได้เป็น 3 ระดับคือปวดในระดับน้อย (Mild pain: 1-3 คะแนน), ปวดในระดับปานกลาง (Moderate pain: 4-6), และปวดรุนแรง (Severe pain: 7-10 คะแนน)

(แผนภาพ1-2)<sup>6</sup>

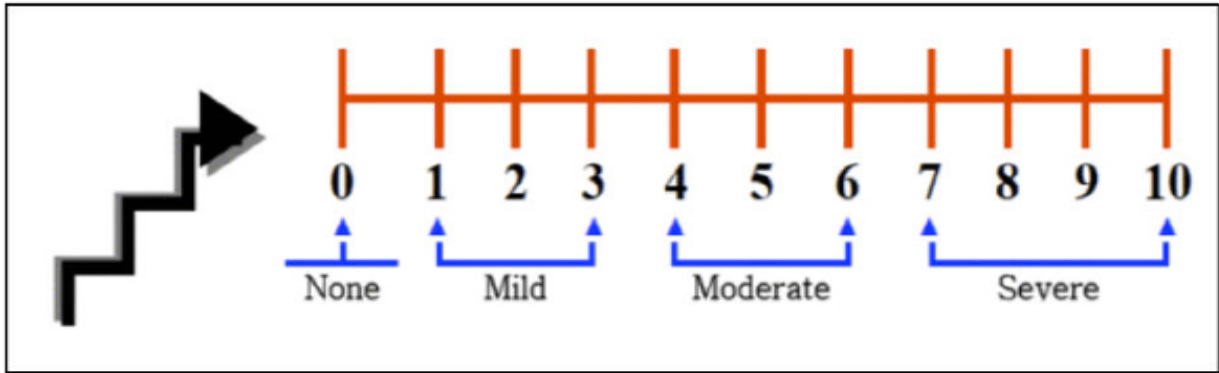


Source: Expert Rev Hematol 2011

รูปที่ 1 การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS)

<sup>6</sup>Naiyarat Prasongsook, M.D..Cancer Pain Management .มะเร็งวิทยาสมาคม เว็บไซต์:

[http://www.thethaicancer.com/Webdocument/GP\\_article/GP\\_article\\_003.html](http://www.thethaicancer.com/Webdocument/GP_article/GP_article_003.html) (สืบค้นข้อมูล 28 กุมภาพันธ์ 2562)



รูปที่ 2 การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale (NRS)

เมื่อแพทย์ประเมินความปวดผู้ป่วยได้แล้ว ก็จะสามารถใช้ยาให้ตรงกับระดับความปวดของผู้ป่วยได้ เช่น หากปวดในระดับตัวเลขที่ต่ำกว่า 4 ก็สามารถให้ยาในกลุ่มพาราเซตามอลเพื่อควบคุมอาการปวดได้ แต่หากการปวดมีค่าคะแนนเกินระดับ 4 ขึ้นไป ซึ่งเป็นความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยทั่วไปยากลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุดในการระงับความปวดระดับนี้คือ ยากลุ่มมอร์ฟีน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าจะใช้ยาประเภทไหน หรือกลุ่มใด

ความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง บางครั้งจะมีลักษณะความปวดปะทุขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือทันทีทันใด ซึ่งแพทย์จะสั่งยาเพื่อระงับอาการแบบปวดปะทุเพิ่มเติมให้ผู้ป่วย นอกเหนือจากยาที่ระงับอาการปวดแบบปกติ สิ่งสำคัญที่สุดของการจัดการความปวด คือ ถ้าเราสามารถควบคุมความปวดได้ดี ผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยบางรายมักจะมีอาการวิตกกังวลในเรื่องของยาระงับความปวด ซึ่งหากผู้ป่วยใช้ยาตามที่แพทย์กำหนดได้เป็นอย่างดี ก็จะสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายที่มีระดับความปวดตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ยาระงับปวดซึ่งยาระงับปวดที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้และมีประสิทธิภาพมาก สามารถจัดการอาการปวดได้ดี คือยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) หรือที่เรารู้จักกันดีก็คือยามอร์ฟีน (Morphine)

### ยากลุ่ม Opioid (โอปิออยด์) หรือ Morphine (มอร์ฟีน)

โดยทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ประมาณ 70-80% มักจะได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟีน เพื่อช่วยจัดการอาการปวดและอาการดูหอบเหนื่อยของผู้ป่วยได้ดี



ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินในผู้ป่วยระยะท้ายผู้ป่วยบางรายหรือบุคคลทั่วไปที่ยังไม่มีความเข้าใจเรื่องยามอร์ฟินมักจะเข้าใจผิด กลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับยามอร์ฟินว่า

- เป็นยาที่แรง
- ใช้แล้วจะเสพติด
- เป็นยาแรงให้ตายเร็ว
- ใช้เมื่อใกล้ตาย

แต่ในทางการแพทย์ถือว่า ยามอร์ฟินจัดเป็นยาที่จัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพสูง และการใช้ยาในแต่ละครั้งจะอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ซึ่งแพทย์ที่ดูแลจะใช้ยามอร์ฟินในปริมาณน้อยที่สุดเพื่อจัดการอาการปวดให้ได้ดีและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับยามอร์ฟินควรทำความเข้าใจว่าจะหากต้องใชยาประเภทนี้จะไม่ก่อให้เกิดอาการเสพติด เพราะยามอร์ฟินเมื่อใช้ในการจัดการอาการปวด ก็จะไม่ทำให้ผู้ป่วยติดยาแต่อย่างใด ส่วนผู้ที่ใชมอร์ฟินแล้วติดมักจะเป็นผู้ที่นำมาใช้ในการเสพเพื่อตอบสนองทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอีกหนึ่งคือ เมื่อไหร่ที่แพทย์มีการสั่งยามอร์ฟินให้ นั้นหมายถึงใกล้เวลาที่ผู้ป่วยจะถึงระยะสุดท้ายแล้วหรือใกล้จะเสียชีวิตแล้วใช่หรือไม่ นั้นเป็นความเข้าใจที่ผิด ยามอร์ฟินไม่ได้ให้เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตหรือไม่ได้เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

มอร์ฟินเป็นยาที่มีประสิทธิภาพมาก ดังนั้นสิ่งที่แพทย์ต้องการคือการดูแลคนไข้ให้มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อคนไข้ในระยะท้ายมีอาการเจ็บปวดต้องจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสมรรถนะที่ดีของผู้ป่วยให้สามารถคงการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยเกี่ยวข้อง	มาก-ปานกลาง	น้อย-ไม่ เป็นปัญหา	ไม่แน่ใจ
กลัวเสพติด	30.2	68.1	2.1
กลัวผลข้างเคียง หายดหายใจ	<b>44.6</b>	53.1	2.1
ยาแรงให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น	6.4	89.3	4.3
การใช้นี้หมายถึงผู้ป่วยใกล้ตาย	<b>42.2</b>	53.1	6.7
แพทย์ไม่เชี่ยวชาญในการใช้ยา	37.7	60.0	2.2
เภสัชไม่เชี่ยวชาญในการใช้ยา	40.0	57.8	2.2
เป็นยาควบคุม ยุงยากในการใช้	<b>75.5*</b>	24.5	0
กลัวยาถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์	<b>61.3*</b>	38.6	0
รูปแบบจำกัด มียาฉีดไม่มียารับประทาน	15.6	84.5	0
ขนาดยาจำกัด เช่นมี MST ขนาดเดียว	<b>42.2</b>	57.8	0
มีปริมาณยา (stock) จำกัด	<b>60.0*</b>	37.7	2.2
มีโควต้าจำกัด ใช้ยาเกินโควต้า	35.6	60.0	4.4
การจัดส่งยาจาก อย.ล่าช้า	<b>60.0*</b>	37.8	2.2
ปัญหาด้านยาขาดบ่อย (ปัจจัยอย.)	<b>48.9</b>	46.7	4.4
ปัญหาด้านยาขาดบ่อย (ปัจจัยรพ.)	29.0	68.8	2.2
ปัญหาหายหมดอายุ	31.1	68.9	0
กฎหมายเคร่งครัดจำกัดการเข้าถึงยา	<b>60.0*</b>	40.0	0
กลัวถูกตรวจสอบ มีความผิด	<b>48.9</b>	51.1	0

ข้อมูลจากแบบสอบถามเภสัชกรเขต 7  
ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยา OPIOIDS  
ปี 2560 (ที่มา: OPIOIDS ไร้รอยต่อ โดย  
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ศูนย์การุณรักษณม์  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

## การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา

การดูแลความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ก็เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยแพทย์ต้องเข้าใจระดับความปวดของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งความปวดของผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผลรวมของหลายๆ อย่างรวมกัน เช่น

- ความเจ็บปวดทางกาย
- ความรู้สึกวิตกกังวล
- ความกลัวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะท้าย
- การสูญเสียที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในอนาคตอันใกล้

## Suffering = Total Pain



Cicely Saunders, 1967

องค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลให้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การจัดการความปวดจึงไม่ใช่การจัดการในส่วนของการใช้ยาเพียงอย่างเดียว จะประกอบกับการใช้วิธีการดูแลแบบไม่ใช้ยาที่สำคัญที่สุดคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด การใช้ยาที่ถูกต้อง และการจัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการใช้ยาได้ดีขึ้น



พระอาจารย์ครรชิต อภิญาโน

เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม จังหวัดชัยภูมิ

**Pain Management** มนุษย์แยกความเจ็บปวดได้เป็น 2 อย่าง

อย่างแรก คือความเจ็บปวดทางกาย ซึ่งพระพุทธเจ้าเรียกว่าเวทนา เป็นการทำงานของกลไกทางร่างกายที่เกิดขึ้นเพื่อเตือนให้เราารู้ว่า ขณะนี้ร่างกายเกิดภาวะบางอย่างที่ต้องการการเยียวยารักษา ความเจ็บปวดอย่างที่สอง เรียกว่า ความเจ็บปวดทางใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการปรุงแต่งของจิตใจที่ไปจับเอาความเจ็บปวดทางกายและเกิดความคิดปรุงแต่งวิตกกังวลไปกับความเจ็บปวดทางกาย

สิ่งที่เราจะจัดการได้ง่ายที่สุดก่อนคือ ความเจ็บปวดทางใจ เพราะความเจ็บปวดทางใจไม่ต้องใช้ยา รักษา เป็นเพียงความหลงผิดที่ไปยึดเอาความเจ็บปวด แล้วเอาความวิตกกังวลที่เราปรุงแต่งขึ้นมาไปถมทับกับความเจ็บปวดทางกาย ถ้าเราสามารถเรียนรู้กับการเจ็บปวดทางใจได้ ก็จะสามารถทำให้เราเข้าใจและยอมรับความจริงได้

### ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เมื่อพระอาจารย์ได้มีโอกาสไปเยี่ยมผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเล่าว่าตนมีความเจ็บปวดมาก เจ็บปวดตลอดเวลา พระอาจารย์จึงยื่นแขนออกไปให้ผู้ป่วยบีบแขนตอนที่รู้สึกปวด ซึ่งพระอาจารย์รู้สึกได้ว่าผู้ป่วยคงเจ็บปวดมากจริง ๆ เพราะบีบจนแขนพระอาจารย์แดงก่ำและสั่นไปทั้งแขน แต่สักระยะหนึ่งก็คลายออก และบีบเช่นนั้นอยู่ 4-5 ครั้ง พระอาจารย์จึงบอกกับผู้ป่วยว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยไม่ได้ปวดตลอดเวลา แต่เป็นเพราะการที่เราเพิ่มความกังวลลงไปเพิ่ม ระหว่างความรู้สึกปวดทางกายแต่ละช่วง จึงทำให้เรารู้สึกมีความปวดอยู่ตลอดเวลา คือ ไม่ได้ปวดแค่กายแต่นำความปวดใจมาเพิ่มด้วย พระอาจารย์จึงให้ผู้ป่วยทำนั่นทำเช่นนั้นอีกครั้งเมื่อรู้สึกปวด แต่คราวนี้ผู้ป่วยกลับรู้สึกเจ็บปวดน้อยลงกว่าครั้งแรก นั่นเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้มีความวิตกกังวลในระหว่างที่บีบแขนพระอาจารย์ จึงทำให้เหลือเพียงความปวดกาย

ความเจ็บปวดเป็นเรื่องของเวทนา คือเรื่องของกาย

ความทุกข์ทรมานเป็นเรื่องของใจที่ปรุงแต่งขึ้นมา

เมื่อใดที่เรารักษาใจได้ ความทุกข์ทรมานนั้นจะหายไป

วิธีการจัดการความปวด คือ ไม่ให้ใจเราเข้าไปอยู่ในความปวด และเห็นความปวดอยู่ในระดับที่เราทนได้ เมื่อเรามีที่ตั้งของใจ ฝึกรักษาใจไว้ เพราะความปวดมันมีอยู่แล้ว แต่ความทุกข์ทรมานใจไม่จำเป็นต้องมี

# บทที่ 11

## การรักษาใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

โดย

พระอาจารย์ดรชิต อภิญาโน

เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม จ.ชัยภูมิ



วิชาชีวิต บทที่ 11 “การรักษาใจผู้ป่วยและผู้ดูแล”

ที่ปรึกษาโดย พระอาจารย์ดรชิต อภิญาโน เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม จังหวัดชัยภูมิ  
และ คุณอรทัย ชะฟู จิตอาสาดูแลผู้ป่วย

### การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

วิธีการดูแล ไม่มีวิธีไหนที่ดีที่สุด ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคนว่าวิธีไหนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยท่านใด สิ่งที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการคือความเข้าใจ รับฟัง ได้รับความรู้สึกจริง ๆ ของผู้ป่วยและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น มากกว่าความสงสารหรือความเห็นใจ

สำหรับผู้ดูแล ในบางครั้งอาจเกิดความเหนื่อย ท้อใจ โกรธหรือความทุกข์ขึ้นมาในช่วงของการดูแลซึ่งเป็นเรื่องความรู้สึกธรรมชาติที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ แต่ผู้ดูแลต้องกลับมาบังคับทบทวนว่าความรู้สึกเหล่านี้เกิดจากสาเหตุอะไร อาจเกิดจากความคาดหวังที่อยากให้ผู้ป่วยเป็นในสิ่งที่เราต้องการ หรือเป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลยังยอมรับกับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นไม่ได้ เนื่องจากมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยที่กำลังดูแล

เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อ หรือเกิดความรู้สึกไม่ดีขึ้น วิธีที่ง่ายที่สุดคือ ควรพัก หรือถอยกลับมาดูแลความรู้สึกของตัวเอง และผู้ดูแลเองก็มีสิทธิ์ที่จะเปิดใจหรือบอกความรู้สึกของตัวเองกับผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร และอยากทำอะไรเพื่อเติมเต็มพลังชีวิตของผู้ดูแล

## ความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดูแลกัน

บางครั้งการเกรงใจกันและกันไม่ก่อให้เกิดผลดีกับทั้ง 2 ฝ่าย ผู้ดูแลและผู้ป่วยควรมีการสื่อสารกัน หรือเปิดใจเพื่อให้รับรู้ความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน เพื่อไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากใจหรือเสียใจทั้งสองฝ่าย ผู้ดูแลควรดูแลผู้ป่วยให้เหมือนปกติที่เคยดูแลกันและกัน ก็จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีชีวิตชีวา ไม่จำเป็นต้องปกป้องหรือเอาใจใส่มากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด บางครั้งผู้ป่วยเพียงแค่ต้องการให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ ๆ คอยดูแลและรับรู้ เข้าใจความรู้สึกเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเท่านั้นเอง

พฤติกรรม อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสะท้อนความเปราะบางในจิตใจของผู้ป่วย บางครั้งผู้ดูแลอาจต้องเจอกับอารมณ์ที่หลากหลายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความเข้าใจว่า เป็นเพราะผู้ป่วยมีความกังวล เพราะเป็นช่วงชีวิตที่เปราะบางที่สุด ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียศักยภาพหรือสูญเสียคุณค่าบางอย่างไป จนทำให้บางครั้งเกิดอารมณ์หงุดหงิดหรือโมโหกับคนใกล้ตัวอย่างไม่ตั้งใจ เพราะผู้ดูแลคือคนที่ใกล้ชิดที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกหรือแสดงอารมณ์ออกมาได้อย่างเต็มที่ เพราะลึก ๆ แล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหงาหรือกลัว เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตัวเองได้ จึงต้องการเพียงให้มีคนอยู่ใกล้ ๆ เมื่อคนดูแลสงบ ผู้ป่วยก็จะสงบตาม มันเป็นพลังที่ส่งถึงกันได้

ความเข้าใจต่อความจริงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง ความเข้าใจจะนำมาซึ่งการปล่อยวางและเข้าใจต่อความจริงที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นทางออกและวิธีการที่จะรับมือกับผู้ป่วยและตัวเองได้เป็นอย่างดี เข้าใจต่ออารมณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ณ เวลานั้น เข้าใจและยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่ออารมณ์กลับมาเป็นปกติ

## การรักษาใจผู้ป่วยและผู้ดูแล : การเยียวยารักษาใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

มีสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจและควรที่จะเรียนรู้ร่วมกัน นั่นคือเรื่องการเยียวยารักษาใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะบางครั้งเราให้ความสนใจแต่กับการรักษาจิตใจผู้ป่วย จนลืมไปว่าการดูแลรักษาใจผู้ดูแลผู้ป่วยมีบริบทเยอะกว่า เพราะต้องดูแลผู้ป่วยและต้องดูแลตัวเองไปพร้อมกันด้วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและอยากปฏิเสธความเจ็บป่วยในขณะนั้น หรือรู้สึกโกรธ เสียใจที่ตนเองต้องป่วย ซึ่งเป็นอารมณ์ของผู้ป่วยที่มักเกิดขึ้นในขณะนั้น

# DABDA “Five stages of coping”

On Death and Dying, Dr. Elisabeth Kubler-Ross

Denial	• ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ "No way, not me."
Anger	• ยอมรับความจริงได้แล้ว เลยโกรธ "Why me?"
Bargain	• หายหรือโกรธน้อยลงแล้ว จึงต่อรอง
Depression	• เมื่อต่อรองไม่เป็นผล ทำให้ซึมเศร้า
Acceptance	• ยอมรับ (ถ้ามาถึงระยะนี้ได้ก่อนตาย ถือว่าดี มาก)

ปฏิกริยาอาจพบบางอย่าง หรือไม่เรียงลำดับก็ได้

(ที่มาข้อมูล : [http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/\\_11.html](http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_11.html) )

## DABDA “Five stages of coping” การรับมือกับความตาย

ซึ่งทั้ง 5 อารมณ์นี้จะเกิดขึ้นสลับกันไปมาอยู่ตลอดเวลา บางครั้งผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่บางครั้งก็รู้สึกโกรธ โมโห กับอาการเจ็บป่วยของตนเองขึ้นมาอีก ถ้าผู้ดูแลได้เรียนรู้เรื่องเหล่านี้ จะทำให้ผู้ดูแลรับกับสถานการณ์นั้นได้เร็วขึ้น

ผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์และพยาบาลมักถูกผู้ป่วยหรือญาติซักถาม เมื่อต้องบอกข่าวเกี่ยวกับอาการของโรคแก่ผู้ป่วย ด้วยความรู้สึกที่ยุ่งยากใจ ทีมสุขภาพควรเข้าใจปฏิกริยาตอบสนอง ของบุคคลที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อรับกับความตาย (Dying stages) ตามแนวคิดของ คูเบอร์ รอส (Kubler Ross) ดังนี้

- ระยะปฏิเสธ (The stage of denial)  
เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยมักปฏิเสธความจริง ไม่เชื่อว่าจะเป็นตนเอง ในระยะปฏิเสธนี้ ผู้ป่วยคิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง

- **ระยะโกรธ (The stage of anger)**  
เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นได้ ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกโกรธต่อโชคชะตาของตัวเอง หรือกล่าวโทษผู้อื่น หรือระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด หงุดหงิดโดยไม่มีสาเหตุหรือเหตุผล
- **ระยะต่อรอง (The stage of bargaining)**  
ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่พยายามต่อรองกับสิ่งที่ตนเองนับถือหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่มีอำนาจที่มองไม่เห็น อาจบนบานหรือทำบุญสะเดาะเคราะห์กรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวออกไป
- **ระยะซึมเศร้า (The stage of depression)**  
ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และแยกตัว เมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่
- **ระยะยอมรับ (The stage of acceptance)**  
ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต กล่าวถึงความตายด้วยจิตใจสงบ ผู้ป่วยเริ่มจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงค้างอยู่ หรือการเสี่ยงก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต

ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้ง 5 ระยะ ในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่จำเป็นต้องดำเนินไปตามขั้นตอนตามลำดับ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (อ้างอิง : *ปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิตการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดย รองศาสตราจารย์ถนอมขวัญ ทวีบุรณคณพะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*)

### **ฝึกการเจริญสติกับการดูแลผู้ป่วย**

วิธีการที่ผู้ดูแลจะรับรู้ความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ของตนเองได้ง่ายนั้น จำเป็นต้องมีการฝึกการเจริญสติ ถ้าผู้ดูแลขาดการฝึกการเจริญสติ จะมีโอกาสที่จะเปลี่ยงพล้ำต่อความรู้สึกนึกคิดของตนเอง พร้อมทั้งแบกรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยไปพร้อมกัน ก็จะทำให้มีโอกาสที่จะเป็นผู้ป่วยซ้ำซ้อนได้ง่ายขึ้น

### **เรียนรู้เรื่องกัมมัฏฐานเรียนรู้เท่าทันใจ**

ขบวนการอบรมและให้ความรู้ที่พระอาจารย์ได้พยายามให้ฝึกตั้งแต่แรก ให้เรียนรู้เรื่องกัมมัฏฐาน การเรียนรู้เท่าทันใจ การรู้ทันอารมณ์ ความพลอดิต โดยหมั่นฝึกฝน กำหนดลมหายใจ รู้ลมหายใจเข้าออกอยู่เสมอ

## ฝึกกระบวนการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การฝึกกระบวนการเคลื่อนไหว รู้สึกและรู้ทันกับการเคลื่อนไหวของตนเอง ใส่ใจและตั้งใจทุกการเคลื่อนไหว ไม่ว่าจะเป็นการเดิน หยิบ จับ จะเป็นการรักษาใจไปในตัว หากใจของเราพลอดคิดออกไป ก็สามารถที่จะดึงสติ ดึงใจกลับมาได้ทันที

ถ้าเราไม่ตกเป็นเบี้ยล่างของความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ของตัวเอง เราก็จะสามารถรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ของผู้ป่วยที่ส่งมา และถ้าเราสามารถรู้เท่าทันในส่วนของเราได้ เราจะค่อย ๆ หาวิธีการถ่ายทอดการรู้เท่าทันนี้ให้กับผู้ป่วยได้ เพราะผู้ดูแลไม่ได้ดูแลแค่กายของผู้ป่วย แต่เริ่มเข้าไปสู่การดูแลเรื่องจิตใจด้วย ซึ่งจะเป็นการดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์แบบที่สุด

## การดูแลไม่มีหลักสูตรตายตัว

การดูแลผู้ป่วยนั้นไม่มีหลักสูตรตายตัว เพียงแต่ต้องเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นและปรับกระบวนการนั้นให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ส่วนญาติหรือผู้ดูแล ก็ให้ได้โอกาสที่จะได้เรียนรู้ถึง

- ความสูญเสีย
- ความพลัดพราก
- ได้เห็นความจริงและความทุกข์ที่เกิดขึ้น
- เกิด แก่ เจ็บ ตาย

เราควรเอาโอกาสของการป่วยและการได้ดูแลผู้ป่วย มาเรียนรู้และเข้าถึงความเข้าใจในธรรม ของพระพุทธเจ้า เช่นกัน เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เกิดกระบวนการการเรียนรู้เหล่านี้ขึ้น ทำให้ได้พัฒนาจิตวิญญาณ โดยเฉพาะความสว่างทางปัญญาที่จะเข้าใจความจริง เรื่องความไม่เที่ยง ความทนอยู่ไม่ได้ และทั้งหมดทั้งสิ้นเป็นอนัตตา เป็นเพียงเหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป



# บทที่ 12

## เทคนิคการดูแลผู้ป่วย

โดย

**ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์**

อาจารย์ประจำหลักสูตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



วิชาชีวิต บทที่ 12 “เทคนิคการดูแลผู้ป่วย”

ที่ปรึกษาโดย ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ อาจารย์ประจำหลักสูตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

### เทคนิคการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระยะประคับประคอง

บางครั้งในขณะที่เราดูแลผู้ป่วย เราอาจจะยังไม่รู้สึกรู้ว่าต้องให้ความสนใจเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้ายหรือระยะประคับประคอง นั่นเป็นเพราะเรายังไม่รู้ว่าผู้ป่วยที่เราดูแลอยู่เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะไหน จนเมื่อคนไข้อาการหนักลงและมีการเปลี่ยนแปลง คนไข้ก็จะก้าวไปสู่ระยะท้าย ท่านจะมีการดูแลผู้ป่วยหรือคนที่ท่านรักอย่างไร จึงจะไม่ทุกข์ทรมาน ดูแลอย่างไรให้ผู้ป่วยมีความสุขและผู้ดูแลก็มีความสุข

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระยะประคับประคองส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลจึงต้องมีความรัก ความเข้าใจ ยอมรับและรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยระยะนี้อย่างเข้าใจ และมีความสุขกับช่วงเวลาของการดูแลไปจนถึงวาระสุดท้ายของลมหายใจของผู้ป่วย

## ■ เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมกินอาหาร

วิธีแก้ไขความไม่ยอมกินอาหาร

1. ให้ผู้ป่วยทานอาหารทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง
2. เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน
3. นำอาหารไปปั่นให้เป็นครีมข้น เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหาร
4. การเติมน้ำ ให้หยดน้ำที่ละลายในปากผู้ป่วย หรือให้ออมน้ำแข็งที่ไม่มีคม หรือไอศกรีมที่ไม่มีส่วนผสมของนมเนย โดยนำมาใส่แก้วแล้วราดด้วยน้ำร้อน ตักไอศกรีมที่ค่อย ๆ ละลายให้ผู้ป่วยรับประทาน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น

ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จะรู้สึกอยากรับประทานอาหารซึ่งเป็นกลไกทางธรรมชาติ หากผู้ป่วยได้รับอาหารจะทำให้รู้สึกอึดอัด เกิดอาการแน่นท้องในกระเพาะ ซึ่งเกิดจากการหมักหมมเนื่องจากอาหารไม่ย่อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายตัว

## ■ หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

เมื่อผู้ป่วยได้รับกลิ่นหรือสิ่งกระตุ้นบางอย่าง ทำให้รู้สึกพะอืดพะอมควรให้ผู้ป่วยนอนพักในที่สบาย อากาศถ่ายเท ได้สะดวก งดรับประทาน ของที่รัดแน่นที่ทำให้ผู้ป่วยอึดอัด แต่หากผู้ป่วยต้องการอาเจียนควรจับผู้ป่วยหันหน้าตะแคงไปด้านข้างแล้วอาเจียน และหลังจากอาเจียนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัวขึ้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ควรให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายบ่อย ๆ เพื่อขับอาหารหรือของเสียออกมา ไม่ให้มีการหมักหมม เพราะหากมีการหมักหมมในกระเพาะอาหารจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง และอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจในขณะนั้นได้

ผู้ดูแลควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมหากผู้ป่วยมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง เช่น ผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำ น้ำยาบ้วนปาก และคอยสังเกตการหายใจของผู้ป่วย ว่าหยุดหายใจในขณะอาเจียนหรือไม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรพึงระวังเป็นอย่างมาก

## ■ เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก

หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ถ่ายไม่ออก ผู้ป่วยจะมีการอึดอัด แน่น ไม่สบายตัว หากผู้ป่วยไม่สามารถเดินไปขับถ่ายเองได้ ให้ผู้ดูแลประคองผู้ป่วยให้นอนในท่าตะแคง หลังจากนั้นให้เช็ดทำความสะอาดบริเวณทวารหนัก เช็ดให้แห้ง

กระตุ้นบริเวณทวารหนักด้วยการใช้นิ้วที่ไม่มีเล็บ กดเบาๆ ทั้งด้านบนและด้านล่างของทวารหนัก เพื่อเป็นการนวด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากขับถ่าย

#### ■ เมื่อผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลว

หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ทำให้ถ่ายเหลว ถ่ายตลอดเวลา เมื่อมีของเสียไหลออกมา จะทำให้เกิดเป็นแผลบริเวณก้นหรือที่บริเวณที่ผู้ป่วยกอดทับอยู่ เกิดอาการเป็นแผลเปื่อยหรือแผลกดทับได้ การป้องกันแผลกดทับ คือการทำควมสะอาดอย่างดี ซับให้แห้ง ไม่ควรทาแป้งเพราะเมื่อมีเหงื่อ จะทำให้เกิดเป็นเม็ดผดผื่นและเกิดอาการระคายเคืองผิวหนังบริเวณนั้นได้ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผล หากเกิดอาการเป็นผื่นแดงบริเวณรอบทวารหนัก ให้ทาดด้วยวาสลีนหรือโลชั่น ทารอบ ๆ จะช่วยป้องกันน้ำกัดได้

#### ■ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมปัสสาวะ

กรณี que ผู้ป่วยมีปัสสาวะไหลซึมตลอดเวลา อาจเกิดจากการใส่สายสวนหรือขับเอง สิ่งสำคัญคือการรักษาความสะอาด ขำระล้างและซับให้แห้งสนิท จะช่วยป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดแผลกดทับและป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

#### ■ การดูแลความสะอาดผิวหนังและร่างกาย

- ดวงตา ใช้สำลีหรือผ้านุ่มๆ ชุบน้ำอุ่นเช็ดเบา ๆ จากบริเวณหัวตาไปหางตา
- จมูก ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น เช็ดล้างทำความสะอาดให้ผู้ป่วยหายใจโล่ง ไม่มีสิ่งอุดตัน
- ปาก ใช้แปรงสีฟันหรือผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณช่องปาก บ้วนด้วยน้ำยาบ้วนปาก และใช้วาสลีนทาบริเวณรอบ ๆ ริมฝีปาก
- หู ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดให้ทั่ว เพราะหากผู้ป่วยนอนตะแคงจะทำให้เกิดการกดทับบริเวณหู ดังนั้นจึงต้องหมั่นทำความสะอาดบริเวณหูเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ลำตัว เช็ดล้างทำความสะอาด ในขณะที่เช็ดตัว ให้สังเกตหากมีรอยถลอกตามลำตัว ให้ใช้วาสลีนหรือโลชั่นที่ซึมซับและแห้งเร็วทาให้ทั่วบริเวณ และหากผู้ป่วยมีถุงน้ำปองขึ้นมาตามลำตัว ซึ่งอาจเกิดจากการเสียดสีหรือเริ่มขาดโปรตีน ให้พยายามหลีกเลี่ยงการเช็ดถูบริเวณนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือ ห้ามเจาะถุงน้ำเป็นอันขาดเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อและลูกกลามเกิดเป็นแผลเน่าเป็นวงกว้าง

### ■ หากเกิดแผลกดทับได้อย่างไร

เมื่อผู้ป่วยนอนหรือนั่งเป็นเวลานาน ๆ โดยไม่มีการพลิกหรือขยับตัวจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ ผู้ดูแลควรจับผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผิวหนังเปื่อย เปื่อยยุ่ย ก็จะทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากขึ้น การใช้เตียงลมซึ่งจะช่วยในการกระจายน้ำหนักหรือถูงมือหรือนำมาใส่น้ำรองตามข้อพับ เมื่อคนไข้นอนตะแคงให้รองบริเวณที่เป็นกระดูกหรือบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับ ข้อสำคัญเมื่อเกิดแผลแล้วต้องประเมินอาการหากเป็นระยะแรกมีผื่นแดงหรือรอยถลอก ผู้ดูแลไม่ควรใช้ผ้าพันแผลหรือเทปกาวปิดทับผิวหนังเพราะเทปกาวจะดึงผิวหนัง ทำให้เกิดเป็นแผลใหม่ได้ ควรทำความสะอาดผิวหนังให้แห้ง เป่าพัดลม อากาศถ่ายเทได้ดี ไม่ทำให้เกิดการเปียกชื้น

หากผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ง่าย วิธีป้องกันคือให้ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมอนามัย เมื่อถึงเวลาขับถ่ายพยายามประคองผู้ป่วยให้ลุกไปห้องน้ำด้วยตัวเอง เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย การประคองอาจใช้วิธีเหมือนการเดินรำ คือให้ผู้ดูแลหันหน้าไปทางห้องน้ำ มือสองข้างประคองจับเอวผู้ป่วยโดยให้มือผู้ป่วยพาดบนไหล่ของผู้ดูแล และใช้เท้าค่อย ๆ ดันเท้าผู้ป่วยไปข้างหน้าสลับซ้าย ขวา ทีละก้าวอย่างช้า ๆ เมื่อถึงห้องน้ำจึงค่อยชำระล้างให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว เป็นการกระตุ้นตามร่างกายไขข้อกระดูกต่าง ๆ ได้มีการขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวตัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว และมีความสุข

### ■ เมื่อผู้ป่วยหายใจลำบาก

การดูแลเรื่องการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้าย อาจเจอผู้ป่วยหายใจมีเสียงในลำคอ หายใจอ้าปาก หายใจแล้วหยุดเป็นช่วง ๆ หรือหายใจแล้วอ้าปากค้างสุดลมหายใจลึกแล้วหยุด แล้วค่อยหายใจเข้าอีกครั้ง หรือสุดลมหายใจแล้วเงิบไปสัปดาห์แล้วค่อยกลับมาหายใจอีกครั้ง ล้วนแล้วแต่เป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นปกติ ให้ผู้ดูแลจับผู้ป่วยก้มหน้าเล็กน้อยแล้วนอนตะแคงก็จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่นอนอ้าปากค้าง ในกรณีที่มีอาการเบ่งตาค้าง ทำให้ตาแห้ง ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น ๆ ปิดที่ตาผู้ป่วย ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและผ่อนคลาย

### ■ เมื่อผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการปกติของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลควรหากิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ทำในช่วงเวลากลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้วันและเวลาที่เป็นปกติ บางครั้งสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยอมหลับในเวลากลางคืน อาจเป็นเพราะวิตกกังวลว่าตนเองจะจากไปอย่างโดดเดี่ยว ความมืด ความกลัว ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสมอ ผู้ดูแลควรทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่ามีคนอยู่เป็นเพื่อนหรือชวนผู้ป่วยสวดมนต์ นั่งสมาธิ แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่ยอมหลับจริง ๆ ก็ไม่ควรไปบังคับ เมื่อร่างกายอ่อนเพลียงผู้ป่วยก็จะหลับไปเอง แล้วค่อยปรับเวลาคนไข้ให้เข้าสู่เวลาปกติ โดยการจัด

สิ่งแวดล้อม เช่น กลางวันให้เปิดม่านรับแสง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเวลากลางวัน ส่วนกลางคืนให้ปิดหรือหรี่ไฟให้มีแสงให้น้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเวลาที่ควรจะต้องนอนหลับพักผ่อน

### ■ เมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสน

หากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด สับสน ผู้ดูแลต้องยอมรับและหาโอกาสบอกเล่าถึงสถานการณ์ที่เป็นจริง บางครั้งผู้ป่วยอาจมีบางอย่างที่อยากฝากฝัง อยากพูด ในสิ่งที่ไม่ต้องการให้ใครรับรู้ ซึ่งผู้ดูแลต้องยอมรับความต้องการและเข้าใจว่าเป็นธรรมชาติของผู้ป่วย อย่าคิดว่าผู้ป่วยไม่ต้องเรา การที่เราได้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นกุศลอันยิ่งใหญ่ในชีวิต

เมื่อถึงลมหายใจสุดท้ายซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ สิ่งสำคัญคือการกอดมือผู้ป่วย  
กล่าวคำขอบคุณ กล่าวคำอำลา บอกรัก กอดผู้ป่วยไว้จนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

**วิธีดูแล  
กายและใจ  
สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

**ทางกาย**

- ความเจ็บปวด  
หากเจ็บปวดอย่าละเลยบริเวณใด  
ควรแจ้งแพทย์หรือผู้ดูแล  
เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง
- การหายใจ  
คอยสังเกตผู้ป่วยว่าหายใจลำบาก  
เหนื่อยหอบหรือไม่
- ความเหน็ดเหนื่อย  
ไม่ปลุกหรือทำสิ่งรบกวนผู้ป่วย  
ขณะนอนหลับหรือพักผ่อน
- ปัญหาการกิน  
ไม่ฝืนให้ผู้ป่วยกินอาหารมากขึ้น  
เพราะอาจทำให้รู้สึกอึดอัด

**ทางใจ**

- ♥ ให้ความรักและเห็นใจ
- ♥ แนะนำให้ปล่อยวาง  
คิดแต่สิ่งดีงาม
- ♥ สร้างบรรยากาศ  
สงบและเป็นส่วนตัว
- ♥ ให้กำลังใจในการเผชิญ  
กับวาระสุดท้ายของชีวิต

LINE Ramathibodi

พว.ศิริพร เสมสาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
<https://med.mahidol.ac.th/infographics>

# บทที่ 13

## การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดย

ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์

อาจารย์ประจำหลักสูตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



วิชาชีวิต บทที่ 13 “การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน”

ที่ปรึกษาโดย ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ อาจารย์ประจำหลักสูตร  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

### การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

จะเป็นการดีกว่าหรือไม่หากผู้ป่วยจะกลับมาพักที่บ้าน แทนที่จะอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาล ซึ่งจากงานวิจัยหลาย ๆ งานวิจัย และจากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่ คำตอบที่ได้รับคือ ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าตัวเองจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถทำกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นปกติได้

### การเตรียมผู้ดูแล

- ใครจะเป็นผู้ดูแล
- ครอบครัวจะสนับสนุน ช่วยเหลืออย่างไร
- จ้างผู้ดูแล มาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เมื่อครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บางครอบครัวเป็นกังวลว่า ไม่มีความรู้เพียงพอ จะดูแลอย่างไรซึ่งการดูแลจะมีหลายระดับ เช่น

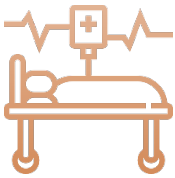
ระดับที่ 1      โรงพยาบาลจะสอนการดูแลเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เช่น การดูแลผู้ป่วย การเช็ดตัว การปรุงอาหาร การให้ออกซิเจน การทำความสะอาดแผล เป็นต้น

## ระดับที่ 2

สอนอย่างมีหลักสูตรการสอนเฉพาะทาง เช่น หลักสูตร 5 วัน หรือ 7 วัน หลักสูตร 2 สัปดาห์ หลักสูตร 3 เดือน ซึ่งหลักสูตรเหล่านี้ มีเปิดอบรมอยู่หลายแห่งด้วยกัน

### การเตรียมสถานที่

เมื่อครอบครัวรับผู้ป่วยมาดูแลที่บ้านจะทำบ้านอย่างไรให้เป็นที่อยู่ของผู้ป่วยในช่วงของการดูแลระยะท้ายและระยะ ประคับประคองให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเปรียบเสมือนเป็นบ้านของผู้ป่วยจริง ๆ ตัวอย่างสิ่งที่จะต้องเตรียมคือ



#### เตียงผู้ป่วย

ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นเตียงผู้ป่วยจริง ๆ เตียงที่ผู้ป่วยเคยนอนหรือเตียงธรรมดาที่ผู้ดูแลสามารถ เข้าไปปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้สะดวกก็สามารถใช้เป็นเตียงผู้ป่วยได้ ซึ่งในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความเสี่ยงในการที่จะเกิดแผลกดทับ อาจจะซื้อหรือขอยืมจากสถานบริการ ที่ผู้ป่วยเคยอยู่หรือศูนย์ให้บริการเช่ายืมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยซึ่งปัจจุบันมีอยู่หลายแห่ง สิ่งจำเป็น อีกอย่างหนึ่งก็คือที่นอนลม โดยนำมาวางทับบนที่นอนผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ



#### ห้องน้ำ

ญาติผู้ป่วยบางรายเป็นกังวลว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าห้องน้ำเองได้หรือไม่ สิ่งสำคัญคือต้องไม่วาง สิ่งของใด ๆ กีดขวางทางเดินผู้ป่วย หากผู้ป่วยเกิดอาการเซและคว่ำสิ่งของที่วางอยู่บริเวณห้องน้ำ ซึ่งไม่ยึดแน่นถาวร อาจทำให้ผู้ป่วยล้มลงและเกิดอาการบาดเจ็บได้ ข้อแนะนำคือผู้ดูแลอาจจะทำ ราวจับขึ้นมา โดยเริ่มจากเตียงนอนไปถึงห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการไปห้องน้ำก็ให้ผู้ดูแลประคอง ด้านหนึ่ง ผู้ป่วยจับราวอีกด้านหนึ่ง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ห้องน้ำควรมีความกว้างเพียงพอที่จะสามารถเข็นรถเข็นผู้ป่วยเข้าไปได้อย่างสะดวก หรือหากบางครอบครัวที่มีห้องน้ำคับแคบ ให้เข็นรถผู้ป่วยมาหน้าห้องน้ำ ล็อกล้อรถเข็นไม่ให้ขยับเขยื้อน ประคองผู้ป่วยโดยการกอดแล้วให้ ผู้ป่วยวางมือไว้ที่ไหล่ของผู้ดูแล ใช้มือประคองเอาผู้ป่วยแล้วค่อย ๆ เดินหมุนไปนั่งในห้องน้ำ อาน้ำชำระล้างร่างกายผู้ป่วยให้สะอาด

## การเตรียมอุปกรณ์

อุปกรณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสามารถใช้ชีวิตได้เป็นอย่างดี ก่อนอื่นต้องรู้ว่าอาการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะต้องดูแลที่บ้านมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจ ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ จำเป็นต้องมีเครื่องผลิตออกซิเจนหรือถังออกซิเจน ผู้ดูแลจำเป็นต้องวางแผนว่าเมื่อถังออกซิเจนหมดจะทำอย่างไร ทางออกที่ดีที่สุดคือต้องมีถังออกซิเจนสำรองไว้อย่างน้อย 2 – 3 ถัง สิ่งที่ควรระวังอย่างยิ่งคือเรื่องประกายไฟ ไม่ควรให้ผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสูบบุหรี่ในห้องผู้ป่วยที่มีถังออกซิเจนตั้งอยู่ เพราะอาจทำให้ถังออกซิเจนเกิดการระเบิดได้ โต้ะสำหรับวางอุปกรณ์ข้างเตียง หากมีอยู่แล้วก็สามารถนำมาใช้ได้ ไม่มีความจำเป็นต้องหาซื้อเพิ่มเติม และอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพลิกตัวผู้ป่วยคือ หมอน ควรจัดเตรียมดังนี้

- หมอนรองศีรษะ
- หมอนจัดท่านั่ง
- หมอนรองขา
- หมอนช่วยตะแคงตัว



แต่ถ้าไม่มีก็ไม่จำเป็นต้องหาซื้อเพิ่มเติม ผู้ดูแลสามารถใช้ถุงพลาสติกสีดำซ้อนกัน 2 ใบ ใส่ทรายตามปริมาณที่ต้องการ มัดปากถุงให้สนิท ใช้ผ้าสะอาดห่ออีกครั้ง แล้วนำมาเป็นหมอนพลิกตัวคนไข้ได้เช่นกัน เป็นทางเลือกในการประหยัดค่าใช้จ่ายให้ครอบครัวอีกทางหนึ่ง

## การระบายอากาศที่บ้าน

การระบายอากาศสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ บางครอบครัวเมื่อต้องมีการปรุงอาหาร ผู้ดูแลต้องจัดระบบการระบายอากาศ ควั่นหรือกลั่น เพื่อไม่ให้มากระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดอาการไอ ระคายเคือง หรือสำลักควั่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายตัว ผู้ดูแลควรเปิดประตูหน้าต่างเพื่อระบายอากาศออกไปให้ได้มากที่สุด หรืออาจทำม่านกันเหมือนในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวเช่น ต้องการขับถ่าย อาบน้ำ หรือมีแขกมาเยี่ยมก็สามารถดึงม่านกันเพื่อเปิดปิดความเป็นส่วนตัวได้อีกทางหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถเปิดม่านกัน เพื่อเดินหรือนั่งบนรถเข็นไปมาในบริเวณบ้านได้หรือทำกิจกรรมอย่างอื่นร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างสะดวก สามารถพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ตักบาตรตอนเช้า หรือใช้ชีวิตในช่วงระยะท้ายกับบุคคลอันเป็นที่รักภายในบ้านได้อย่างมีความสุข



## จัด-ปรับ-เปลี่ยนที่นอน

เมื่อผู้ป่วยมีอาการในระยะท้าย จากเดิมที่ห้องนอนอยู่ชั้นบน การเคลื่อนไหว การขยับเขยื้อนร่างกายเริ่มมีความเปลี่ยนแปลง เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปอื่น อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวก และทำให้ผู้ป่วยจับเก้าอี้อยู่แต่บนห้อง ไม่มีโอกาสไปไหน ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนห้องผู้ป่วยให้ลงมาอยู่ชั้นล่างสุด แต่การที่จะปรับเปลี่ยนห้องให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจและอธิบายกับผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยเคยนอนกับใครก็ให้นอนกับคนนั้นเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองเป็นปกติ สิ่งสำคัญคือต้องถามความสมัครใจของผู้ป่วยไม่ใช่เป็นการบังคับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองยังมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีความเป็นเจ้าของบ้านและยังมีความเป็นผู้นำครอบครัว

## เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจได้ ให้โทรปรึกษากับทางโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย บอกเล่าถึงอาการผู้ป่วยอย่างละเอียด ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องจดบันทึกอาการของผู้ป่วย เวลาที่แพทย์นัดให้ผู้ป่วยมาพบเพื่อดูอาการ หากผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด ผู้ดูแลสามารถนารายละเอียดที่จดบันทึก หรือถ่ายเป็นคลิปวิดีโอ ถ่ายทอดอาการของผู้ป่วยให้กับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อที่แพทย์จะได้ให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องว่าต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร

หากผู้ป่วยมีอาการป่วยเกี่ยวกับระบบลำไส้หรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นปกติที่ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายเป็นเลือด หรือผู้ป่วยมีอาการป่วยเกี่ยวกับทางเดินอาหารหรือเป็นมะเร็งส่วนต้นทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียน ออกเป็นเลือด หรือผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดทำให้ไอเป็นเลือด หรือผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทำให้ต่อมน้ำเหลืองบางส่วนในร่างกายแตก เมื่อไอทำให้มีเลือดปนออกมา ผู้ดูแลต้องไม่ตกใจ การที่ครอบครัวตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับมารักษาเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติที่บ้าน สิ่งแรกที่ผู้ดูแลจะต้องทำคือแจ้งทางโรงพยาบาล ตั้งมั่นกับการตัดสินใจของตัวเองว่าสามารถทำสิ่งนี้ได้หรือไม่ หากทำไม่ได้ให้แจ้งกับทางโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วยให้รับทราบถึงอาการเหล่านี้

**การเตรียมตัว การวางแผนรับมือกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหวัง**

**ถ้าเราเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี ความเสียใจหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นจะลดลง**



### การเตรียมพร้อมเพื่อการจากลา

เมื่อผู้ป่วยจากไป ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้กุมมือผู้ป่วยอยู่กับผู้ป่วย ทำความสะอาด จัดร่างกายผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเพื่อเดินทางไปยังสถานที่อันเป็นนิรันดร์

### ผู้ดูแลไม่ได้โดดเดี่ยว

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โทร 1330 พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือให้ข้อมูลและเป็นกำลังใจให้ทุกท่านสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีความสุข เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การเติบโต เข้าใจในกระบวนการมีชีวิตและการเดินทางไปถึงวันสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุข
- สายด่วน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ( สพฉ.) เจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669 ตลอด 24 ชม.

# บทที่ 14

## การ Shutdown ของร่างกาย

โดย

รศ.พญ.ปัทมา โกมุกบุตร

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและประสาทวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วิชาชีวิต บทที่ 14 “การ Shutdown ของร่างกาย”

ที่ปรึกษาโดย รศ.พญ. ปัทมา โกมุกบุตร

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและประสาทวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



หากคุณเคยนึกสงสัยว่าในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ? และหากคุณรู้สึกกลัวความตาย...ความกลัวอันเกิดจากความไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างในช่วง เวลาสุดท้ายของชีวิต

ความตายเป็นสิ่งน่ากลัวหรือไม่...?

แม้แต่ผู้เป็นแพทย์ซึ่งได้ผ่านการเรียนรู้ศาสตร์ต่าง ๆ แต่แท้จริงแล้ว กลับได้เรียนรู้เกี่ยวกับการตายน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามเราต้องแปรสภาพความกลัวการตายให้เป็นความเข้าใจ เพื่อที่จะได้ดูแลคนไข้ ให้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันสำหรับบุคคลทั่วไปก็ควรจะได้เรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจการตาย เพื่อที่จะได้มีโอกาสได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปเผยแพร่ต่อญาติและครอบครัว รวมทั้งเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อตนเองด้วย เช่นกัน

ร่างกาย เปรียบเสมือน “บ้าน” หากเปรียบเทียบร่างกายของคนเราเป็นเหมือนบ้านหลังหนึ่ง มีเพดาน ผนังเป็นเหมือนอวัยวะ โดยมีชีวิตจิตใจ เปรียบเสมือนไฟที่ส่องสว่างภายในบ้าน โดยมีสมองเป็นส่วนแผงควบคุมสวิตช์ไฟ



เมื่อดวงไฟดวงที่หนึ่งดับลง ก็เกิดจากการที่สมองซึ่งควบคุมความรู้สึกนึกคิดหยุดทำงาน ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะเริ่มซึม สับสน ซึ่งขอเรียกช่วงนี้ว่า “ช่วงไม่กล่าว”



เมื่อดวงไฟดวงที่สองดับลง ก็เกิดจากสมองส่วนที่ควบคุมความหิวความอิ่มหยุดทำงาน ช่วงนี้ผู้ป่วยจะไม่อยากอาหาร ไม่ต้องการน้ำ ไม่ต้องการอาหาร ซึ่งขอเรียกช่วงนี้ว่า “ช่วงไม่กิน”



ดวงไฟดวงสุดท้ายที่ดับลง คือสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกาย ทั้งการกลืน การหายใจ ซึ่งขอเรียกช่วงนี้ว่า “ช่วงไม่กลืน”

การ SHUT DOWN ของร่างกายช่วงที่หนึ่ง “ช่วงไม่กล่าว” สิ่งที่เราจะสังเกตได้ในคนไข้ระยะท้าย คือ

- ซึม / พูดน้อยลง
- คิดช้าลง บางครั้งถามคำถามอะไรไป ผู้ป่วยอาจจะคิดนาน หรือไม่ตอบเลย
- ความจดจำไม่ดี แม้จะพบกับคนในครอบครัวหรือคนคุ้นเคยแต่ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้

หากญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยพบเจออาการดังกล่าวขอให้เข้าใจว่าสมองในส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการรับรู้การนึกคิดของผู้ป่วยนั้นทำงานลดลง สิ่งเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น แต่เรื่องของการรับรู้หรือรู้สึกตัวที่ค่อย ๆ ลดลงนั้นจะเป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ผู้ป่วยเริ่มซึม หลับลงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากนั้นจะเข้าสู่อาการช่วงที่สอง

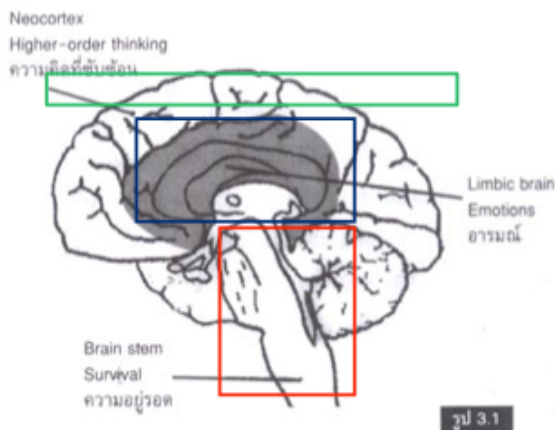
การ SHUT DOWN ของร่างกายช่วงที่สอง “ช่วงไม่กิน”

ในภาวะของโรคระยะนี้ ญาติและผู้ดูแลมักจะกังวลที่ผู้ป่วยไม่อยากกินอาหาร แม้จะเป็นเมนูโปรดของเขาก็จะปฏิเสธ ผู้ป่วยบางรายจะไม่ดื่มน้ำด้วยซ้ำไป อาการนี้เกิดขึ้นจากสมองส่วน Hypothalamus ที่ควบคุมความหิวความอิ่ม เริ่มหยุดทำงาน ผู้ป่วยจะเริ่มไม่อยากกิน เพราะร่างกายโดยรวมไม่มีความต้องการอาหารและน้ำอีกแล้ว รวมไปถึงการย่อยอาหาร ลำไส้ของผู้ป่วยมีความต้องการพักจากการทำงาน ทำให้อาหารไม่ย่อยและจะตกค้างในลำไส้สร้างความรำคาญและเจ็บปวด ไต ที่ทำหน้าที่ควบคุมน้ำในร่างกายหยุดทำงาน ดังนั้นหากผู้ป่วยดื่มน้ำเข้าไปก็จะเกิดการคั่งในร่างกาย บวมและเหนียว ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานของร่างกาย ดังนั้นการไม่กินถือเป็นกระบวนการของร่างกายที่ต้องการให้ร่างกายพักอย่างราบรื่น

## การ SHUT DOWN ของร่างกาย “Last Energy”

จริง ๆ แล้วในภาวะนี้ผู้ป่วยบางคนที่ผ่านมาภาวะ ไม่กล้าและไม่กิน มาแล้ว ก่อนที่จะก้าวเข้าสู่ภาวะไม่กลืน อาจเกิดภาวะที่เกิดมีพลังรู้สึกดีขึ้นมาอย่างน่าแปลกใจ ทานอาหารได้ สร้างความดีใจให้ญาติและ ครอบครัว คิดว่าผู้ป่วยได้กลับมาเป็นปกติแล้ว อาการเช่นนี้อาจพบเจอในผู้ป่วยบางราย และทางวิทยาศาสตร์ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่เกิดอาการดังกล่าว บางคนเรียกว่า Last Energy เสมือนไฟที่กำลังหรี่ แล้วอยู่ดีๆก็กลับสว่าง ไสวขึ้นมาอีกครั้ง อย่างไรก็ตามความสว่างไสวนี้ที่เรียกว่า Last Energy นี้คือ การที่พลังทั้งหมดในร่างกาย ถูกใช้เพื่อจุดประกายขึ้นมาอีกครั้ง อาจจะเพื่อพูดอะไรบางอย่าง หรือ เพื่อใช้เวลาสุดท้ายทำอะไรบางอย่าง อาจจะพบได้ว่าผู้ป่วยหลายคนจะเกิดภาวะเช่นนี้ขึ้น ในช่วงวัน หรือสองวันก่อนจะเสียชีวิต

## การ SHUT DOWN ของร่างกายช่วงที่สาม “ช่วงไม่กลืน”



ภาพจากหนังสือ Learning and Memory the Brain in Action

มาถึงภาวะท้ายสุดที่เรียกว่าช่วงไม่กลืน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับอาหารได้รับน้ำทางปาก ผู้ป่วยก็อาจจะ สำลัก ไม่สามารถที่จะกลืนอาหารหรือน้ำได้ อาการอื่น ๆ ที่จะสังเกตร่วมได้คือ การที่มีเสมหะค้างในลำคอ ซึ่งเกิดจากการที่สมองในส่วนควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (ก้านสมอง) ของผู้ป่วยเริ่มหยุดทำงาน

ดังนั้นเราจะเริ่มคาดเดาได้แล้วว่าระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมส่วนอื่น ๆ ด้วยรวมทั้งการหายใจการควบคุมการหายใจก็จะเริ่มมีปัญหา จะเริ่มสังเกตได้ว่าระบบการหายใจของผู้ป่วยเริ่มทำงานไม่ปกติ เช่น หายใจไม่เป็นจังหวะช้า/เร็ว บางครั้งอาจมีการหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ และลักษณะการหายใจที่จะพบในผู้ป่วยระยะท้าย ๆ เสมอคือการหายใจแบบปากอ้าดูเหมือนปลาที่ขาดอากาศ หรือบางคนคิดว่า คืออาการหอบ คิดว่านี่คือภาวะเหนื่อยจากการขาดอากาศ แต่ข้อเท็จจริงคือผู้ป่วยไม่ได้เหนื่อยหรือไม่ได้ขาดอากาศ แม้เราจะให้ออกซิเจนในระดับสูง ผู้ป่วยก็ยังเผชิญกับภาวะหายใจปากอ้าเช่นนี้อยู่ดี ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะนี้ คือ การจัดทำเพื่อให้เสียงในคอลดความดังลง และเรื่องของการหายใจปากอ้าเราสามารถให้ยาที่จะช่วยให้การหายใจราบรื่นมากขึ้น ไม่ได้จำเป็นว่าจะต้องจบลงด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยให้พ้นจากอาการนี้

ต่อจากนี้ไป เมื่อการทำงานของระบบอัตโนมัติดำเนินไปอย่างถึงที่สุด เมื่อหัวใจทำงานน้อยลงความดันจะตก โดยเฉพาะส่วนที่เป็นส่วนปลายของเส้นเลือด เช่น ปลายมือปลายเท้าจะเย็นเมื่อเราลอง สัมผัสหรืออาจจะมึนศีรษะ เนื่องจากขาดเลือดที่อวัยวะส่วนนั้น จนท้ายสุดเมื่อหัวใจหยุดเต้นก็จะถือว่า เป็นการสิ้นสุดของชีวิตโดยสมบูรณ์ ซึ่งบางครั้งอาจจะทิ้งระยะห่างจากช่วงที่กำนสมองหยุดทำงาน นับเป็นระยะเวลาเป็นสัปดาห์ ๆ ได้



### การจากลาที่งดงามด้วยความเข้าใจ

ตัวอย่างกรณีที่เกิดในต่างประเทศ มีแม่ซีท่านหนึ่งที่ท่านเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะท้ายจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง แม่ซีจึงได้แจ้งกับคนรอบตัวไว้ว่า ช่วงที่หนึ่ง ช่วงที่สอง ช่วงที่สาม จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง แม่ซีท่านนี้อายุเพียงสามสิบกว่า ๆ ผู้อุทิศตนเพื่อการทำงานให้คนรอบข้างโดยตลอด ท่านจึงเป็นที่รักของเพื่อน ๆ ทุกคน ท่านบอกกับเพื่อน ๆ ไว้ ว่าสิ่งแรกที่จะเกิดขึ้นกับตัวท่านคือท่านจะหลับมากขึ้น การที่ท่านหลับมากขึ้นแปลว่าท่านต้องการการพักผ่อนมาก เพื่อน ๆ จึงให้ท่านหลับพัก จัดห้องให้สงบ มีบางครั้งแม่ซีจะลุกขึ้นมา แล้วพูดบางอย่างที่ฟังดูน่าสับสน เพื่อน ๆ ของท่านก็จะชักชวนให้ท่านระลึกถึงคุณความดีที่ท่านได้ทำไว้ในอดีต ความสับสนของแม่ซีก็จะลดลง หลังจากนั้นแม่ซีแจ้งกับเพื่อน ๆ ว่าท่านจะไม่กินอาหาร ขอให้อย่าบังคับให้ท่านกินอาหารเพื่อนของท่านก็เข้าใจจึงให้ท่าน

ทานอาหารเพียงเท่าที่ท่านต้องการ เช่น การทานขนมปังชิ้นเล็ก ๆ เพียงไม่กี่ชิ้นที่เพื่อน ๆ ดูแลใส่ใจป้อนให้ท่านจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ท่านแม่ซีไม่สามารถกลืนอะไรได้ และมีอาการหายใจแบบอ้าปาก ในช่วงนี้ของอาการ เพื่อน ๆ ของแม่ซีได้ทำสิ่งที่น่ารักมากคือการใช้ผ้ามาช่วยประคองปากของท่านให้อยู่ในลักษณะท่าที่สวยงามและท่านแม่ซีได้มีการแสดงเจตนารมย์ไว้ก่อนหน้านี้ว่าไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะร่างกายของท่านกำลังจะแปรสภาพ ท่านกำลังจะจากบ้านหลังเก่าไปยังบ้านหลังใหม่ที่ดีขึ้น

ท้ายที่สุดขณะที่ท่านแม่ซีกำลังจะเสียชีวิต เพื่อน ๆ ได้มายืนล้อมรอบเตียงแล้วร่วมกันร้องเพลงให้ท่านเป็นครั้งสุดท้ายจนเกิดสิ่งอัศจรรย์คือเพื่อน ๆ ได้เห็นรอยยิ้มของท่านเป็นครั้งสุดท้าย สิ่งดี ๆ เช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับบุคคลทางศาสนาเท่านั้น แต่อยู่ที่เราจะได้เตรียมการทำความเข้าใจกับเรื่องเหล่านี้แค่ไหน

มาถึง ณ จุดนี้ หากเราได้ทราบถึงความตายนั้น แท้จริงแล้วก็เป็นการปิดไฟที่หลอดดวง ที่หลอด ในบ้านของเรา ความตายสามารถจะสวยงามได้หากเราแปรสภาพ แปรพลัง ของความกลัวนั้น ให้กลายเป็นความเข้าใจและยอมรับ มัน ดังนั้นความตายก็ไม่ใช่ว่ากลัวอีกต่อไป

ទំហំ  
ដ៏ធំ

(1) ที่ปรึกษาและวิทยากร



1. พระอาจารย์ชรรชิต อภิญาจโน

เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม จังหวัดชัยภูมิ

ประวัติพระอาจารย์

พระวิปัสสนาจารย์อบรมเผชิญความตายอย่างสงบ

เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม บ้านหินหนับ ต.ท่าหินโงม อ.เมือง จ.ชัยภูมิ

มีแนวการปฏิบัติแบบการเจริญสติแนวหลวงพ่อเทียน จิตตสุโก

กล่าวคือ “การเจริญสติรู้การเคลื่อนไหวของกาย ตามหลักสติปัฏฐาน 4”

โดยเน้นสติสัมปชัญญะในอิริยาบถต่าง ๆ มีรูปแบบของการเดินจงกรม

การทำจังหวะมือ และการทำวัตรสวดมนต์ เป็นต้น



2. ศ. แสง บุญเฉลิมวิภาส

ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์



3. รศ. นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธ์

รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





**4. ผศ. นพ.กิตติพล นาควิโรจน์**

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



**5. รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล**

หัวหน้าศูนย์การรณรงค์ฯ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย



**6. รศ. พญ.รัตนา พันธุ์พานิช**

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันผู้สูงอายุแมคแคน

มูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย จ.เชียงใหม่



**7. ดร.ปานตา อภีรักษ์phanนท์**

อาจารย์ประจำหลักสูตรคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**8. คุณเกื้อจิตร แซรัมย์**

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และหน้าที่พิเศษแผนกให้กำลังใจ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้แต่งหนังสือ พยาบาลฝ่าทางตัน



**9. คุณอรทัย ชะฟู**

จิตอาสาดูแลผู้ป่วย

ผู้แต่งหนังสือ "วันนี้คือของขวัญที่ดีที่สุด" และ "ความรักอยู่รอบตัวเรา"



**10. คุณอภิขญา วรพันธ์ (แม่แป้ว)**

จิตอาสาเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย

อาสาสมัครมูลนิธิสายธารความหวัง (Wishing Well)



**11. รศ.ผศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร**

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและประสาทวิทยา

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## บทที่ 1 ตายศาสตร์

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2562 [บทความ] จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- กราฟ Proportion of the Population under Age 15 and 60 Years or Over : 2010 -201, มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ, เว็บไซต์: <https://fopdev.or.th>
- ความเคลื่อนไหวในประเทศไทย, บทความ เชนิธความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา เว็บไซต์: <http://boonbudnet.com/sunset/node/176>
- แอนน์ บรินอฟฟ์. ตายดีที่บ้านคนแบกรับคือผู้ดูแลในครอบครัว. [บทความ]. จากกลุ่ม Peaceful Death. ผู้เขียน: แอนน์ บรินอฟฟ์ หมวด: ในชีวิตและความตาย, แปลและเรียบเรียง: สรนนท์ ภิญโญ เว็บไซต์: <https://peacefuldeath.co/ตายดีที่บ้าน>

## บทที่ 2 Spiritual-จิตวิญญาณ

- เอกสารประกอบการสอน ดูแลร่างกายและทรัพย์สินอย่างไรให้หายห่วง โดย ศ. แสง บุญเฉลิมวิภาส ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- การตายดี , โครงการสุขภาพคนไทย 2559 , ตายดี : วิธีที่เลือกได้สุขภาพคนไทย 2559 (หน้า 87-90) , นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, เว็บไซต์: <https://www.thaihealthreport.com/-2559-c1hs9>

## บทที่ 4 ศาสตร์การเจรจา

- กราฟ สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ของไทยเทียบกับแต่ละภูมิภาค ประจำปี 2560 , รายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, เว็บไซต์: [www.bbc.com/thai/thailand-47075733](http://www.bbc.com/thai/thailand-47075733)

- เปรียบเทียบราคารักษาโรค 5 โรค รพ.รัฐ vs รพ.เอกชน, INFOGRAPHIC, เผยแพร่ 29 พฤษภาคม 2558  
เว็บไซต์: <https://waymagazine.org/hospitalcost/>
- นิตยสาร Business ways คอลัมน์ Think Tank มุมมองหมอเรื่อง การขอความคิดเห็นที่สองทาง  
การแพทย์ (SECOND OPINION IN MEDICINE หรือ SECOND MEDICAL OPINION)  
ผู้เขียน รศ.นพ.คมกริช ฐานิสโร, เว็บไซต์: <http://www.drkomgrit.com/images/stocks/June.pdf>

#### บทที่ 5 มาตรา 12 vs การรณยฆาต

- การดูแลแบบองค์รวม, ประชาสัมพันธ์ กรมการแพทย์. กรมการแพทย์นำทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 มิติ  
[บทความ]. จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
เว็บไซต์: <https://www.thaihealth.or.th/Content/33406-กรมการแพทย์นำทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย>

#### บทที่ 6 Living will หนังสือแสดงเจตนา

- Living will การเดินทางที่งดงาม [หนังสือ] จัดทำโดย ชีวามิตร, คลินิกดาวนโหลด หรือ อ่าน eBook  
เว็บไซต์: <http://www.cheevamitr.com/uploads/knowledge/.../1534239848.pdf>
- มาตรา 12, ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส, รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ.2550, พิมพ์ครั้งที่1, (บริษัท สามดีพรีนติ้งอ็ควิเมนท์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2559), หน้า 7 และ 45
- แนวทางการรักษาในช่วงระยะท้าย, ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส, รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา12  
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, พิมพ์ครั้งที่1, (บริษัท สามดีพรีนติ้งอ็ควิเมนท์ จำกัด กรุงเทพฯ,  
2559), หน้า 85

#### บทที่ 7 การรักษาที่ไร้ประโยชน์

- กราฟแนวทางการใช้อุปกรณ์พยุงชีพ, หนังสือ สุขสุดท้ายที่เลือกได้ หน้า 76 ความสูญเปล่าทางการแพทย์  
(Medical Futility) เว็บไซต์: <https://www.nationalhealth.or.th/node/2318>

## บทที่ 8 Palliative care การดูแลแบบประคับประคอง

- ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การดูแลแบบประคับประคอง , ภาควิชาการพยาบาล รากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เว็บไซต์: <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/5.html>
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก  
ศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
เว็บไซต์: [https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps\\_thai\\_01.pdf](https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_thai_01.pdf)
- ภาพ Examples of palliative care, LSU Health Sciences Center New Orleans Administration Library, Administration and Resource Center , Los Angeles  
เว็บไซต์: [https://www.medschool.lsuhsu.edu/lungcancer/palliative\\_care.aspx](https://www.medschool.lsuhsu.edu/lungcancer/palliative_care.aspx)
- เอกสารประกอบการสอน มิติคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดย คุณลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู รองผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาล เมื่อ วันที่ 25 กรกฎาคม 2557 / National consensus project for quality palliative care, 2013

## บทที่ 9 “Hospice care”

- มิติการดูแลผู้ป่วยตามระยะการดำเนินโรค, รู้และเข้าใจ Palliative Care. รศ. พญ.รัตนา พันธุ์พานิช บรรยายในที่ประชุมวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 25 กรกฎาคม 2557. ประเด็นนำเสนอ. หลักคิด และการปฏิบัติ Palliative care การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว  
เว็บไซต์: <https://www.slideserve.com/beatrice-wallace/palliative-care>
- Hospice care กับ Palliative care, เอกสารคำสอนเวชปฏิบัติการบริหารบรรเทาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว Palliative care in Family practice พ.วค 739 (327739)  
เขียนโดย ผศ.พญ.ปัทมา โกมุกบุตร ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2557

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Hospice Care: กำเนิดและพัฒนาการโดยสังเขป ,  
เผชิญความตายอย่างสงบ เรียนรู้ความตาย เข้าใจชีวิต เครือข่ายพุทธิกา ,  
เว็บไซต์: <http://boonbudnet.com/sunset/node/176>
- รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) ในประเทศไทย จัดทำโดย ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### วิชาชีวิต บทที่ 10 “Pain Management”

- ตัวอย่างการประเมินความปวด, Naiyarat Prasongsook, M.D..*Cancer Pain Management* .  
มะเร็งวิทยาสมาคม,  
เว็บไซต์: [http://www.thethaicancer.com/Webdocument/GP\\_article/GP\\_article\\_003.html](http://www.thethaicancer.com/Webdocument/GP_article/GP_article_003.html)
- เอกสารประกอบการสอน Palliative Care Why, When and How  
จัดทำโดย รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ศูนย์การุณรักษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- Pain management , ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เว็บไซต์: <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/5.html>
- ตาราง ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยา ข้อมูลจากแบบสอบถามเภสัชกรเขต 7,  
OPIOIDS ไร้รอยต่อ โดย รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ศูนย์การุณรักษณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- Key element of palliative care , เอกสารประกอบการสอน มิติคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศในการ  
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดย คุณลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู รองผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการ  
พยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาล เมื่อ วันที่ 25 กรกฎาคม 2557 / National  
consensus project for quality palliative care, 2013)

### บทที่ 11 การดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

- DABDA “Five stages of coping” การรับมือกับความตาย,  
เว็บไซต์: [http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/\\_11.html](http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_11.html)



บริษัท ซีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด (สำนักงานใหญ่)

3/88-89 ซอย ส.เกียรติชัย 1 แขวงห้วยขวาง

เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 084 095 5564 แฟกซ์ 02 655 8640

[cheevamitr@gmail.com](mailto:cheevamitr@gmail.com)



“ไม่ว่าวันนี้คุณจะทำอะไร  
พรอันประเสริฐที่คุณได้รับอยู่ในขณะนี้  
คือ คุณยังมีลมหายใจ สำคัญยิ่งกว่านั้น  
คุณมีทางเลือกเพื่อชีวิตในวันข้างหน้า  
สำหรับตัวคุณเอง และคนที่คุณรัก ”

คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์

บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด



ชีวามิตร