



สรุป
ที่สุดท้าย
ที่เลือกได้



สุขสุดท้ายที่เลือกได้

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2559 จำนวน 2,000 เล่ม

คณะบรรณาธิการ

บรรณาธิการวิชาการ : นพ.อุกฤษฏ์ มิตินทางกูร

บรรณาธิการด้านสังคมศาสตร์ : ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

บรรณาธิการเล่ม : นิรชา อัครวีระกุล

นักเขียน : อโนมา สอนบาลี

นักศัลยกรรม วิทยาลัยรัฐประภา

ผู้จัดพิมพ์

สำนักวิชาการและนวัตกรรม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ 14

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-832-9000 โทรสาร 02-832-9001

www.nationalhealth.or.th, www.thailivingwill.in.th, Fan Page : สุขปลายทาง

ศิลปินรรม

สุเทพ เวทีกุล

พิมพ์ที่

บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 0-2291-6750-1 โทรสาร 0-2291-6752

คำนำ

การขอรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตของทุกคน แต่ความเจริญทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เข้ามาอยู่ในชีวิตอาจมีอิทธิพลครอบงำความคิด ทัศนคติต่อความตาย จนทำให้เราเชื่อไปว่าเทคโนโลยีสามารถยื้อชีวิตได้ ทั้งยังมองเห็นความตายเป็นสิ่งแปลกแยกออกไปจากชีวิต สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้ส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ “สิทธิการตายตามธรรมชาติ” ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เพื่อสร้างความเข้าใจแก่สาธารณชนมาอย่างต่อเนื่อง และมุ่งหวังให้ประชาชนชาวไทยได้มีคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตน

หนังสือ “สุขสุดท้ายที่เลือกได้” เป็นการสังเคราะห์แนวคิดและประสบการณ์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขหลากหลายสาขา ที่ล้วนแต่เป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนทั้งความรู้และถอดบทเรียนในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระยะท้ายและสิทธิการตายตามธรรมชาติของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางการทำงานแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนผู้สนใจทั่วไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระที่นำเสนอผ่านหนังสือเล่มนี้ จะเกิดประโยชน์ในการวางแผนชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุขยังได้นำไปปรับใช้ เพื่อนำไปสู่ระบบรองรับการใช้ “สิทธิการตายตามธรรมชาติ” ได้อย่างกว้างขวางในสังคมไทยต่อไป

นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ





จากบรรณาธิการ

เป็นที่ทราบแล้วเข้าใจโดยทั่วกันในสังคมโลกแล้วว่า ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่กลับเป็นเรื่องที่ไม่อาจพูดคุยกันได้อย่างเต็มปากจะด้วยเหตุผลอะไรก็ตามแต่ ฉากสุดท้ายของความตายของบุคคลมักเกิดขึ้นในสถานที่เฉพาะที่น้อยคนนักจะได้สัมผัส โดยเฉพาะในสถานพยาบาลซึ่งผู้ป่วยในวาระสุดท้ายจะถือเป็นผู้ป่วยหนักและได้รับการดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนักซึ่งบุคคลอื่นเป็นที่รักไม่สามารถเข้าไป “ดูใจ” ก่อนจากไปได้อย่างสะดวกง่ายดายนัก และสิ่งที่อยู่เบื้องหลังฉากสุดท้ายนั้น เป็นกระบวนการอันยืดยาวในระหว่างการดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงลมหายใจสุดท้าย โดยจะมีตัวละครเข้ามาเกี่ยวข้องมากมายหมุนเวียนเปลี่ยนกันเข้ามาอยู่ในกระบวนการในแต่ละขั้นตอน และผู้ที่อยู่ในเกือบทุกกระบวนการก็คือตัวผู้ป่วย หรืออาจจะเรียกว่าเป็นตัวเอกก็ว่าได้ หากนี่เป็นละครชีวิตของเขาเอง เขาก็คงต้องการให้เรื่องราวของเขาจบลงด้วยความสุขแบบแฮปปี้เอนด์ ดั่งนั้น เขาก็ควรจะเป็นผู้กำกับชีวิตของตนเอง เขาควรจะต้องรู้ว่าแฮปปี้เอนด์สำหรับผู้ที่กำลังจากจากโลกนี้ไปสามารถเกิดขึ้นได้ ฉากนั้นจะมีภาพออกมาเป็นอย่างไรสำหรับตัวเขาเอง แล้วเขาจะเขียนบทนั้นได้หรือไม่ อย่างไร เพื่อให้ “สุขสุดท้าย” เป็นฉากสุดท้ายของชีวิตตนเอง



หนังสือ “สุขสุดท้ายที่เลือกได้” จึงได้นำเสนอ “ทางเลือก” ในแง่มุมต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรงที่ได้ทำงานตลอดกระบวนการของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นถึงสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดูแล ญาติพี่น้อง และประชาชนทั่วไป ได้ทราบถึงกระบวนการของการจากไปตามธรรมชาติ และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการทางการแพทย์ การพยาบาล การดูแลในมิติต่างๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดเส้นทางเดินของผู้ป่วย เพื่อมุ่งไปสู่จุดหมายเดียวกันคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ดูแล สารระสำคัญที่มีการกล่าวถึงในหนังสือเล่มนี้คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับการเข้าสู่จากสุดท้ายของชีวิต เนื้อหาเกี่ยวกับผลความจำเป็นในการหาทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เนื้อหาเกี่ยวกับที่เป็นทั้งผู้ให้ (บริการ) และผู้รับ (บริการ) ที่เปี่ยมไปด้วยปิติ และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับจรรยาวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้ จะเน้นถึงกระบวนการสำคัญกล่าวคือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การใช้สิทธิในการแสดงเจตนาที่เกี่ยวกับการบริการ การตัดสินใจครั้งสำคัญและบทบาทของญาติผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง

ถึงแม้ว่า เนื้อหาที่นำเสนอจะยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นของการดูแลแบบประคับประคอง ก็หวังว่าเนื้อหาเท่าที่ในหนังสือเล่มนี้ จะมีส่วนเสริมสร้างความเข้าใจต่อเรื่องที่ยังค่อนข้างใหม่ในสังคมไทย และผู้อ่านจะมีโอกาสมากกว่าคนอื่น ๆ ในการเลือกหนทางที่ดีที่สุด เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งนี้ในวันนั้น...

นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร

โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วย
การสร้างเสริมสุขภาพในระท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559

1 พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

บทที่

01

เมื่อถึงปลายทาง

หน้า 7



บทที่

02

เหตุไหนทำไมต้องเลือก

หน้า 65



บทที่

03

ไม่ยากที่จะให้ สุขใจที่จะรับ

หน้า 85



บทที่

04

จริยธรรมในการดูแล

แบบประคับประคอง

หน้า 134



บทที่
01
เมื่อถึงปลายทาง





“ทุกผู้ทุกคนหวังว่าจะได้ตายดี หรือขอให้มีชีวิตที่ดีจบจนวนาระสุดท้าย”

- อาทูล กาวานดี -

จากหนังสือ “Being Mortal”

เมื่อถึงปลายทาง

- รศ.ประคอง อินทรสมบัติ -

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

ข้อความข้างต้นนั้นจับใจผู้เขียนอย่างยิ่ง เพราะมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบ มีเพียงหวังคำหนึ่งที่เป็นแง่ใจความสุขในช่วงสุดท้าย โดยปราศจากความเจ็บปวดทรมานทรมาย ในประสบการณ์ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด ในแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) งานของเราเท่ากับได้ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายก่อนจะถึงวาระสุดท้าย ซึ่งเป็นนิยามของคำว่า “ตายดี” (Quality of Death) ที่ชมรมพยาบาลแบบประคับประคองได้ถือปฏิบัติมาโดยตลอด โดยเราได้การถอดบทเรียนในการทำงาน และสรุปสาระสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วยจะปรากฏอาการต่างๆ ที่สังเกตได้ และผู้ที่พยาบาลใกล้ชิดสามารถช่วยบรรเทาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ดังต่อไปนี้

- **อาการอ่อนเพลีย**¹ จะพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต อาการแสดงได้แก่ง่วง ซึม สติสัมปชัญญะลดลงและนอนหลับมากขึ้น ตื่นเป็นช่วงสั้นๆ เนื่องจากร่างกายผลิตพลังงานลดลงจากการเสื่อมของ

¹ กานดาศรี ตูลาธรรมกิจ. ประจวบ หนูอุไร .พยาบาลชำนาญการ สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายพร้อมๆ กัน ทำให้ความเป็นกรดต่างเสียสมดุล บางครั้งร่างกายอาจมีการขับหรือเกร็งอัตโนมัติ เช่น การกำมือ หรือกัดฟัน เป็นต้น โดยทั่วไปอาการอ่อนเพลียจะค่อยเป็นค่อยไป หรือในบางรายอาจจะเกิดขึ้นรวดเร็ว อาการวงซึมในผู้ที่ใกล้เสียชีวิตจะแสดงโดยหลับลึก ปลูกไม่ ค่อยตื่น หรือปลูกให้ตื่นได้ยาก ถึงแม้จะอ่อนเพลียซึม ปลูกยากหรือหลับลึก ตลอดเวลา แต่จะรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่วนใหญ่ยังเข้าใจสิ่งที่พูด เนื่องจาก หูและการได้ยิน เป็นอวัยวะสุดท้ายที่สูญเสียการทำงาน

- **การกินอาหาร** การดื่มน้ำลดลง การกลืนลำบากมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก ประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและกล้ามเนื้อระบบ ทางเดินอาหาร ระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารทำงานลดลงหรือเริ่มหยุด ทำงาน

- **การหายใจผิดปกติ** มีอาการประสาทหลอน กระสับกระส่ายเนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในร่างกาย ทำให้ความเป็นกรดต่างในเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยอาจหายใจตื่นๆ หรือหยุดเป็นช่วงๆ หรือหายใจเร็วถี่ หรือมีอาการ กระวนกระวาย เห็นคนที่เสียชีวิตมาห้อมล้อม เป็นต้น

- **การร้องครวญคราง** หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว ในบางรายไม่เกิดจาก ความเจ็บปวดเสมอไป แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมอง

- **มือเท้าเย็น หรือมีผิวหนังเป็นจ้ำ** ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ปัสสาวะ น้อยลง

เมื่อสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ด้านร่างกายของผู้ป่วยในระยะ สุดท้าย ญาติหรือผู้ที่ทำหน้าที่พยาบาลต้องมีจิตใจพร้อมที่จะช่วยเหลือ ให้เขา สามารถพูดคุยหรือสื่อสารความต้องการออกมาได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติจะกลายเป็นผู้พิทักษ์สิทธิแทนผู้ป่วย ทำหน้าที่ต่อรอง แทนในเรื่องต่างๆ หากญาติมีความสับสนหวาดกลัว บุคลากรทางการแพทย์ มีหน้าที่ทำให้เขาสงบลง พยายามพูดคุยหรือว่าเขาต้องการอะไร ตอบข้อสงสัย ต่างๆ ให้คลายความกังวล เช่น ได้ให้ยาอะไรไปบ้าง รวมทั้งดูแลในเรื่องของ ความสุขสบายโดยพื้นฐาน



อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งเรื่องของความปวดและอาการอื่นๆ เป็นลักษณะของอาการรวมๆ (Symptom Cluster) ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าถูกรุมเร้าด้วยความไม่สุขสบาย ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลว่า เหตุใดต้องดูแลอาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ดูแลจะได้ทำการประเมินอาการที่เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่ แม้ว่าในกรณีที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่อง ทั้งตรวจสอบว่าแผนการรักษาที่ทำไปได้ผลหรือไม่ หากดีขึ้นแล้ว อาจจะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นได้อีก ฉะนั้นต้องติดตามและประเมินอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานในการประเมินอาการหรือแนวทางในการจัดการความปวด

นอกจากนั้นสิ่งที่ควรคำนึงเป็นเรื่องหลักๆ คือความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย อยาปล่อยให้คนไข้ระยะสุดท้ายอยู่ในสภาพที่ถูกกละเลเยอนามัย พื้นฐานในเรื่องความสะอาดของร่างกายต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ผู้ทำหน้าที่พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องรักษาความสะอาดให้ผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้งผมเผ้าและช่องปากควรสะอาดอยู่เสมอ เมื่อรักษาความสะอาดของร่างกายได้ดังนี้ อาการพื้นฐานบางอย่างจะพลอยดีขึ้นไปด้วย และช่วยให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดแผลกดทับต่างๆ

สิ่งที่จะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อีกประการหนึ่ง คือจัดการให้เขาได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี แม้จะอ่อนเพลียและนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ แต่ช่วงเวลาที่ตื่นขึ้นมาเขาคควรได้เห็นแสงตามธรรมชาติ ว่าเป็นกลางวันหรือกลางคืน ไม่ใช่นอนอยู่ในห้องที่มีมืดมิดตลอดเวลา ควรให้เขาได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศระบายอย่างเพียงพอ ถ้าบ้านหรือโรงพยาบาลมีต้นไม้ใบหญ้าล้อมรอบ ผู้ป่วยต้องมีสิทธิที่จะได้เห็นตามสมควร

ไม่ควรคิดว่าในเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดี อาจจะจากไปในเวลาสองสามวัน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด แต่พึงระลึกไว้เสมอว่า ต้องดูแลให้ผู้ป่วยให้ดีที่สุด ผู้ที่ทำหน้าที่พยาบาลต้องให้ความเคารพในฐานะที่เขาเป็นบุคคลซึ่งมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยิ่งในช่วงระยะท้ายของชีวิตเช่นนี้

ยังต้องดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย เพราะนอกจากจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยเองแล้ว สิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นภาพจำที่ดีของญาติสนิทมิตรสหายของเขาตลอดไป

ความเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ที่อยู่ในช่วงท้ายของชีวิต หรือผู้ที่ใกล้เสียชีวิตมักพบว่ามีการมรณ์แปรปรวน จิตใจว้าวุ่น กลัวการตายและผลของการตาย เช่น กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง กลัวหายใจไม่ออก กลัวหลับไม่ตื่น กลัวการพลัดพรากจากบุคคลที่รักและความห่วงใยในทรัพย์สินสมบัติ ทำให้ผู้ที่อยู่ในช่วงท้ายของชีวิตมีความเครียด ความกังวล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของแต่ละราย โดยเฉพาะความกลัวต่อการตาย พบได้ 2 ลักษณะ คือ

- **กลัวความตายโดยตรง**² นั่นคือกลัวความสูญเสียทุกสิ่งที่มีอยู่ ต้องจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวการจากไปสู่อนาคตข้างหน้า ไม่รู้จะไปอยู่ที่ไหน และต้องไปอยู่ในสภาพใด

- **กลัวต่อกระบวนการก่อนตาย**

เป็นความกลัวที่มีต่อความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณส่วนหนึ่ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

วาระสุดท้ายของบุคคล กระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยตรง ยิ่งอาการในระยะท้ายๆ ผู้ป่วยจะมีภาวะสับสน อาจจะไม่ทำอะไรได้ สิ่งที่พบเห็นอยู่เสมอคือลูกหรือญาติที่เป็นผู้ดูแลจะเกิดความหวาดกลัว เพราะผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือเพ้อ อาการเหล่านี้นอกจากเป็นภาวะทางจิตใจแล้ว อาจเกิดได้จากภาวะทางร่างกายด้วย เช่น เกิดจากเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ซึ่งส่งผลถึงสมอง ในความเป็นจริงแล้ว อาการเพ้อไม่ได้เกิดเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย ยังเกิดได้กับคนสูงอายุ ในยามเจ็บป่วย โดยจะแสดงอาการออกมา

² อ้างอิงตามเชิงอรรถ 1





คล้ายๆ กัน เช่น การเพ้อพูดถึงคนที่ตายไปแล้ว จึงอาจทำให้ญาติตกใจ พานคิดไปถึงเรื่องลึกลับต่างๆ ซึ่งเรื่องนี้เกิดขึ้นได้เป็นปกติ โดยได้เขียนไว้เป็น ทฤษฎีในระดับสากล อาการอื่นๆ อาจจะมีลักษณะของการที่นัยนัยยากออกไป มารวดเร็วระหว่างหลับ หรือตื่นนอนกระสับกระส่าย แต่ไม่จำเป็นต้องไปผูกมัด เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเลือดออกได้ง่าย การผูกมัดอาจทำให้รอยช้ำ หรือมีเลือดออกได้ หากผู้ป่วยตื่น ผู้ดูแลเพียงแต่เฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น อย่างใกล้ชิด

สิ่งที่ญาติและผู้ดูแลสามารถทำได้ในสถานการณ์เหล่านี้ อาจเป็นการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย เพราะเขาอาจเพียงหลงลืมไปชั่วขณะ การสื่อสาร อาจทำได้ผ่านการสัมผัส ลูบตัวผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลให้รู้ว่ามีคนคอยดูแล เพราะผู้ป่วยไม่ได้ลืมหมดทุกอย่าง ในการพูดคุยไม่จำเป็นต้องพูดประโยคยาวๆ อาจเพียงบอกว่า “แม่ นี่ลูกเฝ้าอยู่ข้างๆ นะ” นอกจากนั้นสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ให้การดูแล ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในทีม Palliative รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ จำเป็นต้องได้สื่อสารกัน เพื่อจะได้ติดตามดูแลอย่าง ใกล้ชิด ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางกายและจิตใจลดลงได้ อย่างทันที่

กายกับจิตนั้นเกี่ยวกันอย่างแยกไม่ออก พอกายทุกข์ทรมาน จิตย่อม ซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยและญาติ ในยามที่ผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ค่อยได้ ญาติจะมีความสำคัญมาก ดังนั้นทำให้ญาติมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแล เพราะในยาม ที่เกิดความทุกข์ใจ มีคำถาม แล้วไม่มีคำตอบหรือไม่ได้รับความสนใจ ความกังวลใจย่อมไม่คลายลง ในการตอบคำถามต่อญาติผู้ป่วย บุคลากร ทางการแพทย์ควรแน่ใจว่าเป็นการสื่อสารอย่างแท้จริง ไม่ใช่การให้ข้อมูลที่เป็นทางการอย่างแห้งแล้ว เช่น ในระยะท้ายจริงๆ คนไข้หายใจลำบากและ ทรมานอย่างยิ่ง การรอคอยเป็นหลายๆ ชั่วโมง สร้างความทุกข์ให้กับลูกหรือ คนในครอบครัวอย่างมาก เพราะไม่อยากให้บุพการีหรือคนป่วยอันเป็นที่รัก จากไปแบบกระวนกระวาย หรือมีการหอบหายใจอย่างทรมาน (Air Hunger) เมื่อแพทย์มาเจาะเลือดเพื่อตรวจดูออกซิเจน พบว่าอยู่ในระดับปกติ อาจจะมี

บอกเพียงแค่ว่าอีกซิเจนปกติ โดยไม่มีคำอธิบายอื่นใดให้ญาติอุ่นใจ เพราะผู้ป่วยอาจจะหอบเพราะสาเหตุอื่น ประเด็นการสื่อสารเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะเป็นการสร้างความมั่นใจและคลายความทุกข์ให้ญาติผู้ป่วยได้

คุณภาพของการสื่อสาร และการรับฟังเจตจำนงของผู้ป่วย

สิ่งสำคัญในทีมดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งหมายรวมทั้งผู้ป่วยและญาติด้วยนั้น การใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณภาพและสม่ำเสมอมีความสำคัญมาก เพราะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนมีความซับซ้อนแตกต่างกัน นอกจากนี้จะมีการประเมินอาการผ่านการสื่อสารต่างๆอย่างต่อเนื่องแล้ว ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นคนจน คนรวย คนมีการศึกษามากน้อยเพียงใด ทีมดูแลแบบประคับประคองควรรู้ว่าความต้องการของผู้ป่วยคืออะไร

แม้แต่บุคลากรในทีม Palliative Care อาจมีวิชาชีพที่มีความหลากหลายต่างกัน แต่คำว่าทีมแปลว่าต้องมาทำงานร่วมกัน แบ่งปันข้อมูลกัน บางส่วนอาจซ้อนทับกันในขอบเขตงานบ้าง แต่เมื่อต้องทำงานเป็นทีมจึงต้องหาวิธีทำงานร่วมกัน รวมทั้งญาติผู้ป่วยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน บางคนก็อาจจะยอมรับสถานการณ์ของผู้ป่วยได้แล้ว ในขณะที่ญาติบางคนอาจจะยังยอมรับไม่ได้ หรือตัวคนไข้ยังไม่รู้ความจริง ความซับซ้อนเหล่านี้ ต้องดูแลให้ครอบคลุม มักจะมีการพูดถึงภาวะที่เรียกว่า “กตัญญูเฉียบพลัน” เช่น ลูกหรือญาติที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ขีด อาจอยู่ต่างประเทศแล้วรีบกลับมาในช่วงวาระสุดท้ายของบุพการี แล้วไม่ยินยอมปล่อยให้ผู้ป่วยจากไป

แต่จะตัดสินบุคคลผู้นั้นด้วยมุมมองของตัวเองไม่ได้ อาจมีเรื่องราวเบื้องหลังที่ทำให้เขารู้สึกผิด หรือในบรรดาลูก 5 คน อาจจะแบ่งเป็นสองพวก อาจเป็นไปได้ทั้งนั้น ในช่วงเวลาระยะสุดท้ายนี้ มักมีเรื่องราวหลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง การสื่อสารที่ดีของทีมดูแลแบบประคับประคองคือต้องไม่ไป





ดำเนินใคร หากแต่ต้องรับฟังอย่างใส่ใจ การสื่อสารในที่ดูแลแบบประคับประคองในลักษณะนี้ จะเป็นที่มาของการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ดีต่อไป ซึ่งหมายรวมถึงการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองหรือการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) เช่น เคยมีกรณีที่ถูกสาวได้แจ้งกับแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลพ่อซึ่งอยู่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าพ่ออยากกลับบ้าน เขามีความไวใจมากพอที่จะคุยกับบุคลากรทางการแพทย์โดยเมื่อผ่านการพูดคุยสื่อสารแล้วได้ข้อสรุปจากทุกฝ่ายว่าการนำกลับบ้านเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่เขียนไว้ แต่ถือว่าเป็นความปรารถนาและเจตนาสุดท้ายของพ่อ เมื่อตัดสินใจนำพอลูกกลับบ้านแล้ว โดยผู้ป่วยสิ้นใจอีกไม่นานหลังจากนั้น ลูกสาวได้กลับมาแจ้งข่าวและขอบคุณทีมแพทย์ที่ทำการดูแลเขาดีใจที่ได้พาพอลูกกลับบ้านและรายล้อมด้วยลูกหลานในวาระสุดท้าย ไม่ใช่เห็นภาพที่เจ็บปวดตึ้นรนของพ่อเป็นภาพสุดท้าย เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการสื่อสารอย่างมีคุณภาพ การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้จากไปด้วยดี เป็นสิ่งที่ดีสำหรับทุกฝ่าย

ฟังระลึกไว้เสมอว่า ในความเป็นจริงนั้นผู้ป่วยและญาติไม่อยากจะรบกวนแพทย์พยาบาล เพราะมีความเกรงใจเป็นทุนอยู่แล้ว หากไม่มีความจำเป็นเขาจะไม่โทรศัพท์ถามบ่อยๆ เมื่อเขาตัดสินใจสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์แสดงว่าในสถานการณ์ทุกขั้ทรมาณเช่นนั้น เขาต้องการที่ฟัง ต้องการคนที่จะรับฟังและตอบคำถาม ไม่ใช่เรื่องเหลือบ่ากว่าแรงที่บุคลากรทางการแพทย์จะช่วยแก้ปัญหาไปที่ละเรื่อง เพราะไม่ใช่ว่ากระบวนการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในทันที อาจจะบอกญาติผู้ดูแลว่า “ถ้ายังไม่ดีขึ้นเดี๋ยวหมอหรือพยาบาลจะมาดูให้ใหม่นะครับ ตอนนี้อาจจะออกฤทธิ์ในก๊านาที” เพื่อให้เขาสบายใจ เพราะเรื่องของการสื่อสารสำคัญมาก ขอให้คิดเสมอว่าผู้ป่วยมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้เวลากับเขา และรับฟังอย่างแท้จริง ไม่จำเป็นต้องพูดหรือให้ข้อมูลอยู่ตลอดเวลา เพราะบางทีถ้าเราพูดฝ่ายเดียว ย่อมไม่รู้ว่าจะจริงๆ คนไข้หรือญาติต้องการอะไร แต่การสื่อสารที่มีคุณภาพและเห็นใจซึ่งกันและกันและกันต่างหากที่ควรกระทำ



ผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องฟังให้มาก ฟังระลึกว่า ในยามที่เราให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย ความหมายของสิ่งนี้ไม่ได้มีแค่ยาแก้ปวด หากแต่ยังได้ในเรื่องของสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการหลั่งยาระงับปวดตามธรรมชาติ (Natural Opioid) ด้วย เพราะร่างกายมนุษย์เรานั้น เมื่อมีความสุขสบายใจ จะหลั่งสารที่ได้ออกมาเสมือนเป็นยาระงับปวดตามธรรมชาติ ซึ่งเกิดจากการสื่อสารของมนุษย์ที่ดีต่อกันนั่นเอง

ตายดีวิถีชาวพุทธ

- พระไพศาล วิสาโล -

ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางการเท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นรำลึกความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อน

แม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต พระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลปิตา อุบาสกผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราจะไม่กระสับกระส่าย”

ในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวก ได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่งบำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ซึ่งสรุปแล้วมีข้อพิจารณา 2 ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายนั้น แม้จะเป็นภาวะวิกฤตหรือความแตกสลายในทางกาย แต่สามารถเป็น “โอกาส” แห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับในทางจิตวิญญาณได้ ความเจ็บป่วยและภาวะ



ใกล้ตายจึงมีได้เป็นสิ่งที่เลวร้ายในตัวเอง หากใช้ให้เป็นก็สามารถเป็นคุณแก่ผู้เจ็บป่วยได้

2. คำแนะนำของพระพุทธเจ้า สามารถจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัยและความมั่นใจในศีลหรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม

2.2 การละความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย

คำแนะนำของพระพุทธเจ้างดกล่าว เป็นแนวทางอย่างดีที่สุดสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่นๆ มาประกอบเป็นแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัวต่างๆ นานา ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่เขายิ่งกว่าความเจ็บปวดทางกายด้วยซ้ำ ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ ฟังระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่เขาสามารถพึ่งพาได้ และพร้อมจะอยู่กับเขาในยามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีกำลังใจเผชิญกับความทุกข์นานาประการที่โหมกระหน่ำเข้ามา

ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยนและให้อภัย เป็นอาการแสดงออกของความรัก ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตใจที่เปราะบางมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย เราสามารถช่วยเขาได้ด้วยการอดทนอดกลั้น ไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียวตอบโต้กลับไป พยายาม



ให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้เร็วขึ้น การเตือนสติเขาอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้ง แต่เพียงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต จะทำเช่นนั้นได้สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือมีสติอยู่เสมอ สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีเมตตา ความรักและความอดทนอย่างเต็มเปี่ยม

แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจแก่เขาอย่างไรดี เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ถึงความรักจากเราได้ เราอาจจับมือ จับแขนเขา บีบเบาๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะที่สัมผัสตัวเขา ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้

การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งที่ชาวพุทธธิเบตนิยมใช้ ก็คือ การน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย (หรือเรา) เคารพนับถือ เช่น พระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์ หรือเจ้าแม่กวนอิม ให้มีความรู้สึกรู้สีกว่าท่านเหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าท่านเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและการเยียวยา เป็นลำแสงอันนุ่มนวลอาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วยผ산เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสมือของผู้ป่วยไปด้วย หรือนั่งสงบอยู่ข้างๆ เพียงผู้ป่วย ก็ได้

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึงย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาการได้ลุกลามมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยให้เวลาให้ล่วงเลยไปโดยปกปิดความจริงไม่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ยอมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจเขาไว้ก่อน ก็อาจทำให้เขามีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้



โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว แต่แม้กระนั้นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นมักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์ พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงจะปกปิดในที่สุดผู้ป่วยก็ยอมรับได้จากการสังเกตอาการปฏิกิริยาของลูกหลานญาติมิตรที่เปลี่ยนไป

อย่างไรก็ตามเมื่อบอกข่าวร้ายแล้ว ใช้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับความจริงได้ทุกคน แต่สาเหตุอาจจะมีมากกว่าความกลัวตาย เป็นไปได้ว่าเขามีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างค้างอยู่ หรือมีความกังวลกับบางเรื่อง ญาติมิตรควรช่วยให้เขาเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้เขาระลึกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาการยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้และไม่จำเป็นต้องลงเอยอย่างเลวร้ายอย่างที่เขากลัว สิ่งที่ญาติมิตรพึงตระหนักในขั้นตอนนี้ก็คือรับฟังเขาด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าการเทศนาสั่งสอน การช่วยให้เขาคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น ในการบอกข่าวร้าย สิ่งที่ต้องทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่เขาว่าเรา (ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขาและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด การให้กำลังใจในยามวิกฤตก็มีประโยชน์เช่นกัน ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการเพียบหนัก ไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวยารักษาไปถึงขั้นไหน

3. ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม

การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้



ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลงและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้นวิธีหนึ่งที่พระพุทธเจ้าและพระสาวกมักแนะนำให้ปฏิบัติก็คือการระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ จากนั้นก็ให้ตั้งตนอยู่ในศีลและระลึกถึงศีลที่ได้บำเพ็ญมาพระรัตนตรัยนั้นกล่าวอีกนัยหนึ่งคือสิ่งดีงามหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ปวชนับถือ ส่วนศีลนั้นก็คือความดีงามที่ตนได้กระทำมา

เราสามารถน้อมนำให้ผู้ปวชนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดจนภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ปวชเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ปวชทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน นอกจากการอ่านหนังสือธรรมะให้ฟังแล้ว การเปิดเทปธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยน้อมจิตใจของผู้ปวชให้บังเกิดความสงบและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจยิ่งเป็นพระที่ผู้ปวชเคารพนับถือ จะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตามพึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ปวชด้วย สำหรับผู้ปวชที่เป็นคนจีน ภาพพระโพธิสัตว์หรือเจ้าแม่กวนอิม อาจน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจ ได้ดีกว่าอย่างอื่น

นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ปวชให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล และที่ขาดไม่ได้ก็คือชวนให้ผู้ปวชระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดีเสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำและมั่นใจในอันิสงส์แห่งความดีดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ปวชความดีแม้เพียงเล็กน้อยก็มีความสำคัญสำหรับเขาในช่วงวิกฤต อย่ำให้ความไม่ดี (ซึ่งมีเพียงน้อยนิด) มาบดบังความดีที่เคยทำมาตลอดชีวิตที่ผ่านมา เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ปวชและบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะดีได้ไปสูคติ

4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “ตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หาไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลลัทธิความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ

ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและฉวยโอกาสกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจ และมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างคาใจ ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อย่างไรก็ตามการขอโทษหรือขออภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้น ก่อนเขียนอาจให้ผู้ป่วยลองทำใจให้สงบ และจินตนาการว่าบุคคลผู้นั้นมานั่งอยู่ข้างหน้า จากนั้นก็นึกถึงสิ่งที่ยอยากจะบอกเขา พูดในใจเหมือนกับว่าเขากำลังนั่งฟังอยู่ ทีนี้ก็นำเอาสิ่งที่ยากบอกเขาถ่ายทอดลงไปในกระดาษ เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้แก่บุคคลนั้น หรือเก็บไว้กับตัว ก็สุดแท้แต่ สิ่งสำคัญก็คือการเปิดใจได้เริ่มขึ้นแล้ว แม้จะยังไม่มีการสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้



แต่ก็ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

การขอโทษหรือขอขมานั้น อันที่จริงไม่จำเป็นจะต้องเจาะจงต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้ เพราะคนเราอาจจะทำการล่วงเกินหรือเบียดเบียนใครต่อใครได้โดยไม่เจตนาหรือโดยไม่รู้ตัว ดังนั้นเพื่อให้รู้สึกสบายใจและไม่ให้มีเวรกรรมต่อกันอีก ญาติมิตรควรแนะนำผู้ป่วยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกันหรือขอโทษกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินกันมาทางด้านญาติมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ ควรกล่าวคำขอขมาต่อผู้ป่วย นี่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโหสิกรรมต่อญาติมิตรได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ลูกหลานหรือญาติๆ อาจร่วมกันทำพิธีขอขมาโดยประชุมพร้อมกันที่ข้างเตียง และให้มีตัวแทนเป็นผู้กล่าว เริ่มจากการกล่าวถึงคุณงามความดีของผู้ป่วย บุญคุณที่มีต่อลูกหลาน จากนั้นก็กล่าวคำขอขมา ขอโทษสำหรับกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน เป็นต้น

5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ

การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด ในการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย พระพุทธองค์ทรงแนะนำว่า นอกจากการน้อมจิตผู้ใกล้ตายให้ระลึกและศรัทธาในพระรัตนตรัย ตลอดจนการบำเพ็ญตนอยู่ในคุณงามความดีแล้ว ขึ้นต่อไปก็คือการแนะนำให้ผู้ใกล้ตายละความห่วงใยในสิ่งต่างๆ ปล่อยวางแม้กระทั่งความหมายมั่นในสวรรค์ที่พึงปรารถนา สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนี่ยวรั้งจิตใจ ทำให้ชัดเจนผืนความตาย ทูรนาทुरายจนวาระสุดท้าย ดังนั้นเมื่อความตายมาถึง ไม่มีอะไรดีไปกว่าการปล่อยวางทุกสิ่ง แม้กระทั่งตัวตน

ในบรรดาความติดยึดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน ในทางพุทธศาสนา ตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง หากเป็นสิ่งที่เรารู้สึกทักขื่นขึ้นมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางพระพุทธศาสนามาก่อน อาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้าน



ประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะเข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่ยังป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย สิ่งที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร่ำไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาคิดใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก นอกจากนั้นลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิ อานาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “พุท” หายใจออก นึกในใจว่า “โธ” หรือนับทุกครั้งที่ยายใจออกจาก 1 ไปถึง 10 แล้วเริ่มต้นใหม่ การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน โดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่าเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเพลงบรรเลงเบาๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

แม้ความสงบในจิตใจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในทางพุทธศาสนาถือว่า สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (และกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าปกติหรือเจ็บไข้) ก็คือ การมีปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ (อนิจจัง) ไม่คงตัว (ทุกขัง) และไม่ใช่อัตนัตตา (อนัตตา)



ความเป็นจริง 3 ประการนี้หมายความว่าไม่มีอะไรสักอย่างที่เราจะยึดมั่นถือมั่นได้เลย ความตายเป็นสิ่งน่ากลัวเพราะเรายังยึดติดบางสิ่งบางอย่างอยู่ แต่เมื่อใดเราเข้าใจกระจ่างชัดว่าไม่มีอะไรที่จะติดยึดไว้ได้ ความตายก็ไม่น่ากลัว และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างย่อมแปรเปลี่ยนไป ไม่มีอะไรเที่ยงแท้ ความตายก็เป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าไม่มีตัวตนที่เป็นของเราจริงๆ ก็ไม่มี “เรา” ที่เป็นผู้ตาย และไม่มีใครตาย แม้แต่ความตายก็เป็นแค่การเปลี่ยนสภาพจากสิ่งหนึ่งไปเป็นอีกสิ่งหนึ่งตามเหตุปัจจัยเท่านั้น ปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจในความเป็นจริงดังกล่าวนี้แหละที่ทำให้ความตายมิใช่เรื่องน่ากลัวหรือน่ารังเกียจฉลัดไส้ และช่วยให้สามารถเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบ

การช่วยเหลือที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ หลายวิธีสามารถนำมาใช้ได้แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าหรือหมดสติ ผู้ป่วยดังกล่าวแม้จะไม่มีอาการตอบสนองให้เราเห็นได้ แต่เชื่อว่าเขาจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังกระแสวิญญาณของผู้ที่อยู่รอบตัว ด้วยเหตุนี้ ลูกหลานญาติมิตรจึงไม่ควรท้อแท้หมดหวังเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะโคม่าแล้ว ยังมีหลายอย่างที่เราสามารถทำได้ ที่สำคัญก็คือการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ พึงระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในยามเขายังรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ ก็ควรทำอย่างเดียวกันนั้นเมื่อเขาหมดสติ หากเคยชักชวนเขาทำวัตรสวดมนต์ หรือเปิดเทปบรรยายธรรมให้เขาฟัง ก็ขอให้ทำต่อไป

7. กล่าวคำอำลา

สำหรับผู้ที่ยากเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เช่น ขอโทษ หรือกล่าวคำอำลาเขา ยังไม่สายเกินไปที่จะบอกกล่าวกับเขา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วย



ให้เป็นกุศलयิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อใน พระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอ้อลา

แม้ว่าจะได้กล่าวคำอ้อลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่ (ดังได้กล่าวไว้ในบทก่อน) แต่การกล่าวคำอ้อลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอ้อลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ยากในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เว้นแต่ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้าว่าขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ ทั้งๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว ญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้วสถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้อยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ตายดีวิถีมุสลิม

- นพ กษิติช ศรีสง่า -

ผู้อำนวยการแผนกผู้ป่วยอาหรับ รพ.กรุงเทพ

การตายนั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์ทั้งหมดไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทุกๆ คนจะต้องได้พบ ไม่ช้าก็เร็ว ในทุกๆ ศาสนาจึงมีการกล่าวถึงการตายเอาไว้เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศาสนาอิสลาม การตายถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของบรรดามุสลิม

มุสลิมหรือผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามนั้น มีในเมืองไทยประมาณ 5-10% แม้จะดูว่าจำนวนไม่มากแต่ก็เป็นศาสนาอันดับสองในประเทศไทย ประกอบกับศาสนาอิสลามนั้น ไม่ใช่เพียงแค่ศาสนา แต่ยังเป็นแนวทางดำเนินชีวิตของมุสลิมทุกๆ คนตั้งแต่เกิดจนตาย ดังนั้น ทุกๆ อย่างก้าวในชีวิตจึงต้องอิงอยู่กับหลักศาสนาโดยตลอดและจะมีการหลีกเลี่ยงไม่ได้ แนวคิดของศาสนาอิสลามยังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากประชาชนคนไทยพุทธทั่วไป ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามนั้นจึงความจำเพาะหรือพิเศษที่แพทย์ควรจะต้องรู้ไว้ทั้งนี้เพื่อที่จะกำหนดวิธีการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อที่จะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดต่อไป

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามนั้น ถ้าเป็นผู้ชายเราเรียกว่า มุสลิม เป็นคำภาษาอาหรับ ถ้าเป็นผู้หญิงจะเรียกมุสลิมะห์ จะถูกต้องมากขึ้น แต่สำหรับคนต่างศาสนาแล้ว คำว่ามุสลิมก็ถือว่าเพียงพอ ส่วนอิสลามเป็นชื่อของศาสนา ไม่ใช่บุคคล บางครั้งถูกเรียกว่าพวกแขก แต่ไม่ตรงนักเพราะ แขกอินเดีย ที่อินเดียก็ไม่ใช่มุสลิม แต่แขกอาหรับเกือบทั้งหมดเป็นมุสลิม และส่วนใหญ่ของมุสลิมไม่ใช่อาหรับ แต่เป็นประเทศอินโดนีเซีย

อิสลาม แปลว่า ยอมรับหรือยอมจำนนต่อพระผู้เป็นเจ้า มุสลิม หรือมุสลิมะห์ คือผู้ที่ยอมจำนนต่อพระผู้เป็นเจ้า นั่นก็คือ ยอมรับเชื่อว่าพระผู้เป็นเจ้านั้นคือ พระองค์อัลลอฮ์เพียงองค์เดียว พระองค์คือผู้ที่ทรงให้บังเกิดมนุษย์ขึ้นมาอยู่บนโลกนี้เพียงชั่วคราว ช่วงสั้นๆ ช่วงหนึ่งของชีวิต เพื่อรับการทดสอบ ถ้าการทดสอบนั้นผ่าน เขาก็จะประสบความสำเร็จและได้เข้าไปอยู่ในสรวงสวรรค์





อันสถาพรต่อไป แต่ถ้าเขาไม่ผ่านการทดสอบ และล้มเหลวในโลกนั้น
บั้นปลายในโลกหน้าของเขาก็คือขุมรกรที่จะต้องพำนักไปชั่วกาลนานเช่นกัน
ดังนั้น แม้โลกหน้าจะดูสำคัญกว่าเพราะเป็นวันตัดสิน แต่โลกนี้ก็กลับมี
ความสำคัญไม่แพ้กัน เพราะมันคือที่ๆมุสลิมทุกๆ คนต้องทำสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อให้
ผ่านการทดสอบนี้ไปให้ได้รับความสำเร็จอย่างดี ดังนั้นผู้ใดหวังที่จะมีชีวิตที่ดี
กว่าจึงต้องทำตามที่พระเจ้าเป็นเจ้าทรงใช้ และละเว้นในสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม
อย่างเคร่งครัด เพื่อสำรวจสวรรค์อันสถาพรตลอดไป

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามนั้น มีความเชื่อถือศรัทธาว่า พระเจ้าเป็นเจ้านั้น
คือผู้สร้างโลก สร้างมนุษย์และสรรพสิ่งต่างๆ เพื่อให้รู้จักและกราบไหว้บูชา
พระองค์ ดังนั้น ชีวิตของมุสลิมคนหนึ่งจึงเกิดมา ดำรงอยู่ และจนกระทั่ง
เสียชีวิตเพื่อรับใช้พระเจ้าและดำรงตนอยู่ตามแบบอย่างที่พระเจ้าเป็นเจ้าคือ
อัลลอฮ์ ทรงกำหนดไว้เท่านั้น ไม่สามารถจะปฏิบัติตัวเป็นอย่างอื่นได้เลย

ผู้ที่เป็มุสลิมมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามหลักการศาสนาอย่างเคร่งครัด
อย่างแรกคือ ต้องมีการละหมาด ห้าเวลา ถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด จะต้องทำ
ทุกๆ คนไม่ว่าจะหญิงหรือชายเมื่อบรรลุนิติภาวะตามหลักศาสนาอิสลามแล้ว
จะต้องทำตลอดแม้ยามเจ็บป่วย ถ้ายืนไม่ได้ให้นั่ง ถ้านั่งไม่ได้ให้นอนทำ จะพัน
ต่อเมื่อตายเสียชีวิต

ก่อนละหมาดจะต้องมีการทำความสะอาดตัวก่อนเรียกว่าการอาบน้ำ
ละหมาด คือการใช้น้ำสะอาดล้างมือสองข้าง ล้างปาก จมูก ล้างหน้า มือถึง
ข้อศอก เช็ดศีรษะใบหู และล้างเท้า เสร็จแล้วจึงไปละหมาดได้ ถ้าไม่มีน้ำ
หรือโดนน้ำไม่ได้ ก็อนุญาตให้ใช้ฝุ่นดินที่สะอาดแทนได้

ต่อจากละหมาดเป็นการถือศีลอด คือการอดอาหารในเวลาตั้งแต่
ดวงอาทิตย์ขึ้น จนดวงอาทิตย์ตก เป็นเวลาหนึ่งเดือนอาหรับ คือเดือนรอมดอน
ซึ่งปีนีตรงกับวันที่ 6 มิถุนายน ถึง 6 กรกฎาคม 2559. ห้ามรับประทานอาหาร
หรือดื่มน้ำ หรือแม้แต่ยา也不行 แต่ถ้ายาเจ็บป่วยก็ให้ละศีลอดเสียแล้วไปถือ
ชดใช้ในวันหลังแทนได้

ในเรื่องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ อิสลามมีแนวทางดังนี้คือ

1. โรคทุกโรคนั้นมียารักษา โรคมาจากพระผู้เป็นเจ้าของผู้ทรงให้เป็นโรค และให้หายโรค

โดยมีรายงานจากท่านนบีมุฮัมมัด ซล. กล่าวว่า “ทุกๆ โรคนั้นมี ยารักษา ถ้าหากยานั้นถูกกับโรค โรคนั้นก็จะหายได้ด้วยอนุมัติของอัลลอฮ์ ซบ.” (ซอเฮียะห์มุสลิม, 69/2204)

และอีกรายงานหนึ่งท่านนบีมุฮัมมัด ซล. ได้กล่าวว่า “พระองค์ อัลลอฮ์ จะไม่ส่งโรคใดๆมา นอกจากจะให้มียารักษาสำหรับโรคนั้นๆมาด้วย” (ซอเฮียะห์บุคอรี, 5678)

มีการรายงานจากท่านซียาด บินอะลาเกาะฮฺ จากท่านอุษามะฮฺ บินชะริก กล่าวว่า ขณะที่เขาพำนักอยู่กับท่านรอซูลุลลอฮฺ ได้มีชาวบ้านนอกกลุ่มหนึ่ง มาหาท่านรอซูล แล้วกล่าวว่า “โอ้ ท่านรอซูลุลลอฮฺ เราต้องมีการเยียวยารักษาด้วยหรือ”

ท่านรอซูล กล่าวว่าตอบว่า “แน่นอน โอ้บ่าวของพระเจ้า ท่านต้องมีการ เยียวยารักษา เพราะแท้จริงอัลลอฮฺนั้นไม่ทรงให้เกิดโรคขึ้นในโลกนี้ นอกจาก พระองค์จะให้มียารักษาของมันมาด้วย นอกจากโรคๆเดียวเท่านั้น”

พวกเขาถามว่า “โรคอะไรหรือ”

ท่านนบี ตอบว่า “โรคชรา”

แนวคิดที่ว่า “ทุก ๆ โรคนั้นมียารักษา” นั้นหมายถึงความจริงโดยทั่วไป เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคที่ต้องเชื่อมั่นว่าแม้จะมีหลายโรคที่แม้แต่แพทย์ก็ ไม่สามารถจะรักษามันได้ในปัจจุบันนี้ แต่อย่างไรก็ตาม พระองค์อัลลอฮฺ ก็ยัง ทรงให้มียาหรือวิธีที่จะรักษามันให้หายได้ เพียงแต่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นเป็น สิ่งที่มีมนุษย์ยังไม่ไปถึงเท่านั้น ดังนั้น เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่เวลาเจ็บป่วย ต้องขวนขวายหาหนทางรักษาให้ดีที่สุดเท่าที่มีความสามารถ เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยที่จะไม่หมดหวังง่าย ๆ ต่อการรักษา

และในการรักษาให้หายนั้น ก็จำเป็นจะต้องมีสื่อกลางเพื่อให้เกิดการ รักษา คือ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ยา และเครื่องมือต่างๆ และการร่วมมือของผู้ป่วยเอง แต่สิ่งเหล่านี้ ก็ยังไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้หาย





เพราะเนื่องจากโรคนั้นมาจากพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า การจะหายต้องด้วยอนุมัติของพระองค์เท่านั้น ดังนั้น ถ้าแผนแพทย์หรือพยาบาลได้กระทำเต็มที่ตามความสามารถแล้ว และผู้ป่วยหายก็ถือเป็นความดีส่วนหนึ่งของสื่อกลางคือแพทย์และพยาบาลดังที่กล่าวมา แต่ผู้ที่ให้หายจริงๆ คือพระผู้เป็นเจ้าของเจ้าเท่านั้น แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่หายก็ถือว่า ทำเต็มที่แล้ว แต่พระผู้เป็นเจ้าของเจ้าไม่อนุมัติ ไม่ถือว่าเป็นความผิดของแพทย์แต่ประการใด

แต่อย่างไรก็ตามยังมีหะดีษ (คำพูดของท่านศาสดา) “ท่านทั้งหลาย มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบและท่านทั้งหลายจะถูกสอบสวนเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่นั้น” ดังนั้นในการป่วยไข้ แพทย์ พยาบาล มีหน้าที่ให้การรักษา ผู้ป่วยมีหน้าที่ในการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ญาติมีหน้าที่สนับสนุนให้การรักษาเป็นไปด้วยดี ทุกๆ ฝ่ายต้องทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด ผู้ที่ทำหน้าที่บกพร่องจะต้องรับผิดชอบในการกระทำดังกล่าว

ดังนั้นด้วยแนวคิดเช่นนี้ เพียงแต่แพทย์และพยาบาลได้กระทำเต็มความสามารถแล้ว ก็ไม่ถือว่ามีความผิดใดๆ แพทย์และพยาบาลผู้รักษาจะไม่รู้สึกถูกกดดันเวลารักษาผู้ป่วยยากๆ ว่าจะต้องให้หาย ไม่ต้องกลัวการถูกฟ้องร้องที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่อยู่ในปัจจุบัน มุสลิมจะไม่ฟ้องถ้าเห็นว่าทุกๆ คนได้กระทำเต็มความสามารถแล้ว แต่การฟ้องร้องอาจเกิดขึ้นได้ถ้าการรักษานั้นไม่ได้กระทำอย่างเต็มกำลังความสามารถจริงเท่านั้น

2. หน้าที่ของผู้ป่วยคือ อดทน ยอมรับความเจ็บป่วย และตั้งใจรักษาตัว และปฏิบัติตนเป็นมุสลิมที่ดี

ผู้ป่วยเปรียบเหมือนผู้ประสบเคราะห์กรรม ย่อมมีความเครียด ความทุกข์ใจ ในศาสนาอิสลาม ได้ให้แนวคิดไว้ดังนี้

อัลกุรอาน ซูเราะห์ อัลบะกะอ์เราะห์ อายะห์ 155 - 157 กล่าวไว้ว่า “บรรดาผู้ที่อดทนนั้น คือ ผู้ที่เมื่อเขาประสบกับภัยพิบัติใดๆ เขาก็จะกล่าวหาแท้จริงเรานั้นเป็นสิทธิของอัลลอฮ์ และเราจะต้องกลับไปหาพระองค์ พวกเขาเหล่านั้น จะได้รับการสรรเสริญจากพระผู้เป็นเจ้าของเจ้า และความเมตตาจากพระองค์ พวกเขาคือเหล่าผู้ที่ได้รับทางนำ”



คำสอนเหล่านี้จะทำให้ผู้ประสบเคราะห์กรรมหรือผู้เจ็บป่วย เกิดความอดทนมากขึ้นเนื่องจากความยากลำบากที่ประสบแก่เขานั้นมาจากพระผู้เป็นเจ้าของเขาเองผู้ซึ่งทรงมีความรักความเมตตาต่อเขาอย่างยิ่งแล้ว ดังนั้น การประสบความเจ็บป่วยจึงเป็นแค่บททดสอบอีกบทหนึ่ง ในช่วงสั้นๆ ที่เขามีชีวิตอยู่ในโลกนี้ เพื่อที่เขาจะได้สิ่งตอบแทนที่ดีกว่า สถาพรกว่าในวันแห่งการตัดสิน ทุกๆ การเจ็บป่วยจะได้ผลบุญเสมอ และจะลบล้างความผิดบาปที่เคยมีไปจนหมดสิ้น ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงถือเป็นโอกาสอันดีที่จะได้รับสิ่งตอบแทนจากพระผู้เป็นเจ้าของเขาในสิ่งที่คนดีๆ จะไม่มีสิทธิ์ได้รับเช่นนี้

แต่ในขณะเดียวกัน คนเจ็บป่วยเหล่านั้นก็ต้องปฏิบัติตนอย่างดียิ่งเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา ตามแพทย์สั่ง การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ เพื่อที่จะทำหน้าที่ของเขาให้ครบถ้วน ดังที่พระผู้เป็นเจ้าของเขาได้ทรงใช้เขาไว้

3. หน้าที่ของญาติพี่น้องหรือคนรอบข้างผู้ป่วยคือ การไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ

ท่านนบี (ซ.ล.) ได้กล่าวว่า : “บุคคลใดไปเยี่ยมผู้ป่วย แน่แน่นอนเขาก็ยังคงได้รับวีรกรรมแห่งความเมตตาแผ่ปกคลุมและเมื่อเขาเข้าไปนั่งใกล้ผู้ป่วย เขาก็ได้รับความรักความเมตตาแผ่ปกคลุมเช่นกัน”

ทัศนะเกี่ยวกับการตายในอิสลาม

อย่างไรก็ตามในที่สุดแล้วความเจ็บป่วยก็จะจบลงด้วยการเสียชีวิตเสมอ ซึ่งในทรรศนะของอิสลามนั้นคัมภีร์อัลกุรอาน ได้กล่าวไว้ว่า

“ทุกๆ ชีวิตนั้นจะได้ลิ้มรสแห่งความตาย และแท้จริง พวกเจ้าจะได้รับรางวัลของพวกเจ้า โดยครบถ้วนนั้น คืออาคิเราะฮฺ (วันปรโลก) แล้วผู้ใดที่ถูกให้ห่างไกลจากไฟนรก และถูกให้เข้าสวรรค์แล้วไซ้ร้ แน่แน่นอนเขาก็ชนะแล้ว และชีวิตความเป็นอยู่แห่งโลกนี้นั้น มีโชะอะไร นอกจากสิ่งอำนวยความสะดวกแห่งการหลอกลวงเท่านั้น” (อาลิอิมรอน 3: 185)

และในอัลกุรอานอีกตอนหนึ่ง ความว่า “จงกล่าวเถิด (มุฮัมมัด) อัลลอฮฺทรงให้พวกท่านมีชีวิตขึ้นมา และทรงให้พวกท่านตายไป” (อัลญาซียะฮฺ 45: 26) มุสลิมทุกคนจะต้องระลึกถึงความตายตลอดเวลาและเตรียมพร้อมที่จะตายอยู่



เสมอ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากไม่มีใครทราบแน่ชัดว่าใครจะตายเมื่อไร เพราะสิ่งนี้ เป็นการทำหนดของพระเจ้าเป็นเจ้านั้น ดังคำดำรัสที่ว่า “และไม่มีชีวิตใดที่จะตาย นอกจากด้วยอนุมัติของพระองค์อัลลอฮ์เท่านั้น และนี่เป็นลิขิตที่ถูกกำหนดไว้แล้ว” (อาลิอิมรอน 3: 145)

“แต่อัลลอฮ์ จะไม่ทรงผ่อนผันให้แก่ชีวิตใด เมื่อกำหนดของมันได้มาถึงแล้ว และอัลลอฮ์นั้นทรงรู้ดียิ่ง” (อัลมูนาฟิฏน 63: 11)

ดังนั้นแม้ว่า มุสลิมจะไม่กลัวที่จะตาย แม้มุสลิมจะเตรียมตัวพร้อมแล้วที่จะตายอยู่เสมอ แต่มุสลิมก็ไม่สามารถจะงอมืองอเท้าให้ตายไปเฉยๆได้ เนื่องจากมุสลิมมีภาระหน้าที่ที่จะต้องสู้จนถึงที่สุดก่อนจนกว่าจะถึงกำหนด (อายุ) ของแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน

การตายหรือการเสียชีวิตในทรรศนะของอิสลามคือการที่วิญญาณออกจากร่าง ซึ่งในสมัยก่อนจะถือว่าวิญญาณจะออกจากร่างเมื่อหัวใจหยุดเต้น ดังนั้น ถ้าหัวใจยังไม่หยุดเต้นก็ถือว่ายังไม่ตายแม้ว่าสมองจะหยุดทำงานไปแล้วก็ตาม แต่ในสมัยปัจจุบันเริ่มมีนักวิชาการด้านศาสนาที่ให้ความเห็นว่าการตายหรือวิญญาณออกจากร่างนั้นเริ่มตั้งแต่สมองตายโดยไม่จำเป็นที่จะต้องรอให้หัวใจหยุดเต้นก่อน มุสลิมปัจจุบันจึงมีทั้งสองฝ่ายทั้งที่ถือว่าการตายเริ่มเมื่อสมองตาย และพวกที่เห็นว่าการตายเกิดเมื่อหัวใจหยุดเต้น ซึ่งความเห็นเหล่านี้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงและให้ความเคารพต่อความเชื่อดังกล่าวเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ



เมื่อถึงเวลาที่ใกล้ตายแล้ว สิ่งที่ต้องทำในวาระสุดท้ายคือ

1. ให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้นึกถึงพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของ โดยให้โอกาสผู้เจ็บป่วยที่กำลังจะสิ้นลมได้กล่าว กาลิมะฮฺซุฮาฮฺตะฮฺ คือการปฏิญาณตนว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และท่านศาสดามุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์ ก่อนที่จะสิ้นลมไป
2. ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติศาสนากิจดังที่ได้กล่าวแล้วในช่วงต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการละหมาดซึ่งไม่สามารถหยุดได้แม้เจ็บป่วย
3. ให้โอกาสญาติพี่น้องได้เยี่ยมเป็นครั้งสุดท้ายก่อนจะจากกันตลอดไป
4. ควรจัดท่านอนหรือจัดเตียงให้ผู้ป่วยได้นอนในลักษณะที่หันไปทางกิบลัต หรือทิศที่หันหน้าเวลาละหมาด ซึ่งเป็นที่ตั้งของ บัยตุลลอฮฺ ในนครมักกะฮฺ (ทิศตะวันตกเฉียงเหนือประมาณ 10 องศาสำหรับเมืองไทย) ถ้าผู้ป่วยนอนตะแคง ให้ตะแคงขวาหันออกไปทางกิบลัต

หลังจากเสียชีวิตแล้ว ทายาทยังมีเรื่องที่จะต้องทำอย่างเร่งด่วนอีกนั่นคือ การทำพิธีทางศาสนาได้แก่ การอาบน้ำศพ การห่อศพ การละหมาด และการฝังศพ ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องกระทำให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จะพบอยู่บ่อยๆที่ญาติของผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมที่เสียชีวิตแล้วจะรีบเร่งเอาศพกลับบ้านและไม่ยอมให้มีการชันสูตรศพ ทั้งนี้ก็เพื่อจะฝังให้ทันเวลา 24 ชั่วโมงนั่นเอง ดังนั้นถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นจะต้องเก็บศพไว้เพื่อผ่าพิสูจน์ตามกฎหมายก็จะต้องคุยกับญาติให้ชัดเจนตั้งแต่ก่อนจะเสียชีวิต มิฉะนั้นจะมีปัญหาในภายหลังอย่างแน่นอน



จะเห็นได้ว่า แนวทางการรักษาโรคแบบอิสลามนั้น มีเจตนาให้ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ได้แก่ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ต่างก็มีหน้าที่ๆ จะต้องกระทำเช่นเดียวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้หายจากโรค และมีความทุกข์ความเครียดน้อยที่สุด โดยไม่มีการกดดันต่อแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ ผลของการรักษาแต่อย่างใด เพราะผลของการรักษานั้น เป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นเจ้าจะทรงอนุมัติ ดังนั้นตราบิเดที่ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถแล้ว และผู้ป่วยก็ได้ใช้ความอดทนร่วมรักษาโรค และปฏิบัติตนอยู่ในแนวทางของศาสนา คือ ได้ละหมาด ได้ถือศีลอด ระหว่างการรักษา ญาติผู้ป่วยก็ให้ความร่วมมือและให้กำลังใจผู้ป่วย ก็ถือได้ว่า ทุกๆ ฝ่ายทำหน้าที่ได้สมบูรณ์แล้ว แม้ว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตหรือพิการ ก็จะไม่มีการฟ้องร้องแต่อย่างใด ถือว่า เป็นภาระงานของ อัลลอฮ์

ด้วยวิธีคิดเช่นนี้ ทุกๆ ฝ่ายก็สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีความสุขและปราศจากความเครียด ถือได้ว่า น่าจะเป็นแนวทางที่ดีที่สุดสมควรนำมาใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันที่เต็มไปด้วยการฟ้องร้อง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องพบกับความเครียดและกดดันมากเกินไปในการปฏิบัติงาน และเกิดผลเสียในหลายๆ ด้าน แต่วิธีการคิดแบบอิสลามจะทำให้ทุกๆ ฝ่ายได้ทำหน้าที่ของตนเองที่ดี และสมบูรณ์โดยไม่มีความเครียด และผลสุดท้ายผลดีจะเกิดแก่คนไข้อย่างเต็มที่



ตายดีวิถีคริสเตียน

- นาวาอากาศโท นายแพทย์ ธนาธิป ศุภประดิษฐ์ -

ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา และสมาชิกคริสตจักรกิจการของพระคริสต์

ผู้เขียนสะท้อนมุมมองด้าน “ความเชื่อในพระเจ้า” ต่อ “เรื่องราวระทึกท่ายของชีวิต” ในมุมมองของ “คริสเตียน” เท่านั้นและใช้หลัก Sola Scriptura หรือการตีความ “พระคัมภีร์เท่านั้น” โดยเคร่งครัด เพื่อสะท้อนมุมมองในฐานะแพทย์ผู้ให้การบริบาลและในฐานะคริสเตียน ดังต่อไปนี้

ข้าแต่พระเจ้าผู้ยิ่งใหญ่สูงสุด ขอการดำเนินเรื่องราวการบอกเล่านี้จงเป็นไปด้วยความถ่อมใจ เป็นไปโดยความบริสุทธิ์โดยพระองค์และเพื่อพระองค์ เพื่อให้สาธุชนทั้งหลายที่รู้จักพระองค์แล้วและที่ยังไม่เคยรู้จักพระองค์ได้เข้าใจเรื่องราวในหนังสือแห่งชีวิต เข้าใจในความล้ำลึกที่ปิดบังไว้ตั้งแต่ก่อนการสร้างโลกแล้ว ใครมีหูจงฟังเถิด ขอร้องทูลขอต่ออนามเดียวที่เราวางใจ คือนามแห่งองค์พระเยซูคริสต์เจ้า พระบุตรองค์เดียวของพระองค์ที่บังเกิดมาเพื่อทนทุกข์ เดินเข้าสู่ความตาย เพื่อไถ่บาปคนทั้งปวง เพื่อทุกคนที่เชื่อวางใจในพระบุตรนั้น จะไม่พินาศ แต่มีชีวิตนิรันดร์ ขอให้เป็นอย่างนั้น อาเมน

มุมมองชีวิตและโลก... นียมความหมายการเกิดและการตาย

ในปฐมกาลพระเจ้าทรงเนรมิตสร้างฟ้าสวรรค์และแผ่นดิน แผ่นดินก็ว่างเปล่า ความมืดอยู่เหนือน้ำและพระวิญญาณของพระเจ้าปกอยู่เหนือน้ำนั้น (ปฐมกาล 1:1-2)

แล้วพระเจ้าตรัสว่า “ให้เราสร้างมนุษย์ ตามฉายาตามอย่างเรา ให้ครอบครองฝูงปลาในทะเล ฝูงนกในอากาศและฝูงสัตว์ ให้ปกครองแผ่นดินทั่วไป และสัตว์ต่างๆ ที่เลื้อยคลานในแผ่นดิน” พระเจ้าจึงทรงสร้างมนุษย์ตามแบบพระฉายาของพระองค์ ตามพระฉายาของพระเจ้านั้น พระองค์ทรงสร้างมนุษย์ขึ้น และได้ทรงสร้างให้เป็นชายและหญิง (ปฐมกาล 1:26-27)



พระเจ้าผู้สร้างฟ้าสวรรค์แผ่นดินโลกและจักรวาลได้ทรงสร้าง “โลก” มาอย่าง “เป็นระเบียบ” และ “ดี” มนุษย์ถูกสร้างขึ้น ตามพระฉายของพระองค์ ให้ครอบครอง ปกครอง แผ่นดินโดยทั่วไปและสรรพสัตว์ทั้งปวง

เพราะพระองค์ทรงปั้นส่วนภายในของข้าพระองค์ พระองค์ทรงทอข้าพระองค์เข้าด้วยกันในครรภ์มารดาของข้าพระองค์ (สดุดี 139:13)

ตั้งแต่คลอด ข้าพระองค์ก็พึ่งพระองค์ พระองค์ทรงเป็นพระเจ้าของข้าพระองค์ตั้งแต่ข้าพระองค์ยังอยู่ในครรภ์มารดา (สดุดี 22:10)

โอเกาะทั้งหลายเอ๋ย จงฟังข้าพเจ้า เจ้าชนชาติทั้งหลายแต่ไกลเอ๋ย จงฟังพระเยโฮวาห์ทรงเรียกข้าพเจ้าตั้งแต่ในครรภ์ พระองค์ทรงกล่าวถึงชื่อข้าพเจ้าตั้งแต่อยู่ในท้องมารดาข้าพเจ้า (อิสยาห์ 49:1)

ในพระเยซูคริสต์นั้นพระองค์ได้ทรงเลือกเราไว้ ตั้งแต่ก่อนที่จะทรงเริ่มสร้างโลกเพื่อเราจะได้รับสิทธิ์และปราศจากตำหนิต่อพระพักตร์ของพระองค์ ด้วยความรัก (เอเฟซัส 1:4)

การเกิด ชีวิตหนึ่ง เด็กคนหนึ่ง ดวงวิญญาณหนึ่งๆ เป็น “ของขวัญของประทาน” เป็น “จุดประสงค์” ขององค์พระผู้เป็นเจ้า มีความจำเพาะเจาะจง และได้รับการดูแลจากพระองค์เป็นอย่างดีตั้งแต่ในครรภ์มารดา และอยู่ในแผนการของพระองค์ตั้งแต่ก่อนการสร้างโลกแล้ว ด้วยความรัก มิได้เกิดจากการกระทำหรือเจตนาทางตรงของมนุษย์คนใดเองหากพระองค์มิได้ประสงค์ ในชีวิตนั้นๆ เรา ตัวเรา มิได้เกิดมาโดย “ความบังเอิญ” หากแต่เป็นพระประสงค์อย่างจำเพาะเจาะจงโดยองค์พระผู้เป็นเจ้าสูงสุด ผู้สร้างฟ้าสวรรค์แผ่นดินโลก และจักรวาล

แต่ผลของต้นไม้ต้นหนึ่งซึ่งอยู่กลางสวน พระเจ้าตรัสว่า “เจ้าอย่ากินหรือแตะต้องมัน มิฉะนั้นเจ้าจะต้องตาย” ฐึจึงกล่าวแก่หญิงนั้นว่า “เจ้าจะไม่ตายแน่ เพราะพระเจ้าทรงทราบว่าคุณกินผลไม้นั้นวันใด ตาของเจ้าจะสว่างขึ้นวันนั้น และเจ้าจะเป็นเหมือนพระที่รู้ดีชั่ว” (ปฐมกาล 3:3-4)



เดี๋ยวนี้เขายิ่งทำบาปมากขึ้น และสร้างรูปหล่อไว้สำหรับตัวเป็นรูปเคารพที่สร้างด้วยเงินตามความคิดของเขาเอง เป็นงานของช่างที่สร้างขึ้นทั้งนั้น เขากล่าวว่า “สำหรับคนที่ถวายสัตวบูชาแต่สิ่งเหล่านี้ จงให้เขาจุ่มรูปลูกวัว” เพราะฉะนั้นเขาจึงเหมือนหมอกในเวลาเช้า หรือเหมือนน้ำค้างที่หายไปตั้งแต่เช้า เหมือนแกลบที่ลมหมุนพัดไปจากลานนวดข้าว หรือเหมือนควันที่ออกมาจากช่องลม (ไฮเซยา 13:2-3)

เหตุว่าทุกคนทำบาป และเสื่อมจากสง่าราศีของพระเจ้า (โรม 3:23)

แต่ว่าท่านทั้งหลายไม่รู้ว่าจะมีเหตุอะไรเกิดขึ้นในวันพรุ่งนี้ ชีวิตของท่านเป็นอะไรเล่า ก็เป็นเหมือนหมอกที่ปรากฏอยู่แต่ประเดี๋ยวหนึ่งแล้วก็หายไป (ยากอบ 4:14)

เพราะว่าค่าจ้างของความบาปคือความตายแต่ของประทานของพระเจ้าคือชีวิตนิรันดร์ในพระเยซูคริสต์องค์พระผู้เป็นเจ้าของเรา (โรม 6:23)

เพราะพระเจ้าทรงรักโลก จนได้ประทานพระบุตรองค์เดียวของพระองค์ที่บังเกิดมา เพื่อผู้ใดที่เชื่อวางใจในพระบุตรนั้นจะไม่พินาศแต่มีชีวิตนิรันดร์ (ยอห์น 3:16)



ความตาย จากสภาพการทรงสร้างที่เป็นระเบียบเรียบร้อย และดีอย่างมีพระประสงค์จำเพาะเจาะจง ตั้งแต่ก่อนการสร้างโลก เพราะการถูกล่อลวงของมนุษย์ตั้งแต่มนุษย์คนแรกและเรื่อยๆ มา ไม่เชื่อฟัง เริ่มบูชาตนเองหรือบูชาความคิดตนเองหรือวัตถุใดๆ ด้วยน้ำมือตนเอง หรือบูชาสิ่งใดๆ ที่ทรงได้สร้างไว้แล้ว (ภูเขา แม่น้ำ ดวงจันทร์ ดวงดาว) มนุษย์จึงหล่นจากมาตรฐานของพระเจ้าและล้มลงในความบาป ด้วยค่าจ้างของความบาปคือความตาย ซึ่งโดยนัยที่สำคัญคือ “ความตายนิรันดร์” หรือ “ความพิเนาศ” ความตายสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ ความตายโดย “นัย” นี่เป็นการตายส่วนใหญ่ที่กล่าวไว้ในพระคัมภีร์ แต่การตายแบบเนื้อหนัง หรือโดยนัยของ “กฎหมาย” แบบโลกนั้นพระคัมภีร์ไม่ได้ให้บรรณาธิบายไว้ทางตรงว่า “อย่างไร” (ส่วนใหญ่ใช้คำว่า “ล่องลับ”) แต่หากดูบริบทแวดล้อมนั้น ในพระคัมภีร์ต่อกัยำเรื่องการรักษาจิตวิญญาณให้บริสุทธิ์(สำคัญ คอขาดบาดตาย) โดยชีวิตในเนื้อหนังเป็น “เสียวลัสนั” เหมือนหมอกควัน เหมือนน้ำค้าง ซึ่งต้องสลายไป ให้รักษาจิตวิญญาณและยอมรับพระคุณของพระเจ้าที่ทรงทนทุกข์และเดินสู่ความตายเพื่อไถ่บาปแทนเรา เพื่อเราจะได้มีชีวิตใหม่ที่ติดสนิทกับพระองค์ ในแผ่นดินนิรันดร์ แผ่นดินที่พระองค์ได้สัญญาไว้

การเกิด ในพระคัมภีร์ จึงเป็นการเกิดตั้งแต่ในครรภ์มารดาและเป็นแผนการจำเพาะเจาะจงแบบรายตัว ของพระองค์ตั้งแต่ก่อนการสร้างโลกแล้ว การเกิดในทางการแพทย์คือ “ปฏิสนธิ” (Fertilization) (แบบ Random) ซึ่งก็เริ่มตั้งแต่ในครรภ์ การเกิดในทางกฎหมายคือ เกิดมีชีพและหายใจออกมาจากครรภ์มารดาแล้ว

การตาย ในพระคัมภีร์ ให้น้ำหนักในการตายฝ่ายจิตวิญญาณ ตายนิรันดร์กาล การตายในทางการแพทย์ (Irreversible Process/Status) (ตายแบบเนื้อหนัง) ในระยะหลังให้น้ำหนักมาที่สมองตาย - หยุดทำงาน การตายในกฎหมาย (ตายแบบเนื้อหนัง) ให้บรรณาธิบายไว้น้อยมากแต่เป็นที่ใช้กันโดยทั่วไปคือ หัวใจไม่เต้นและไม่หายใจเอง ซึ่งในอย่างหลังก็เป็นไปตามที่ทุกคนทั่วไปให้นิยามกัน



การเกิดและการตายตามพระคัมภีร์นั้น จึง ลากยาว ก่อนการเกิดทางกฎหมายและลากยาวเลยหลังการตายแบบเนื้อหนัง

“การตายดี” หรือ “ตายสบายดี” (การตายทางเนื้อหนัง) หากตีความแบบพระคัมภีร์เท่านั้น (Sola Scriptura) พระคัมภีร์ไม่ได้กล่าวไว้ทางตรงเลย

(หมายเหตุ หากดูบริบทแวดล้อม ด้วยข้อสังเกตส่วนตัวแบบเนื้อหนังของผู้เขียน บุคคลสำคัญต่างๆ ในพระคัมภีร์ ส่วนใหญ่ไม่มีใครตายดีในทางเนื้อหนัง สาวกวงในของพระเยซูทั้ง 12 คน เปโตรถูกตรึงบนกางเขน กลับหัว เปาโลก็ถูกประหาร สเทเฟนถูกหินขว้างตาย “เขาจึงเอาหินขว้างสเทเฟนเมื่อกำลังอ้อนวอนพระเจ้าอยู่ว่า “ข้าแต่พระเยซูเจ้า ขอทรงโปรดรับจิตวิญญาณของข้าพระองค์ด้วย” สเทเฟนก็คุกเข่าลงร้องเสียงดังว่า “พระองค์เจ้าข้าขอโปรดอย่าทรงถือโทษเขาเพราะบาปนี้” เมื่อกล่าวเช่นนี้แล้วก็สว่างหายไป (กิจการ 7:59 - 60) แม้แต่พระเยซู องค์จอมเจ้านาย องค์พระผู้เป็นเจ้าสูงสุด ก็ยอมทนทุกข์ ตามแผนการของพระบิดา เดินเข้าสู่ความตาย (ทางเนื้อหนัง) แต่โดยทางจิตวิญญาณของทุกๆ ท่านบุคคลตามพระคัมภีร์เต็มเปี่ยมด้วยพระวิญญาณบริสุทธิ์ด้วยความเปรมปรีดา เมื่อมาถึงสถานที่แห่งหนึ่งซึ่งเรียกว่ากะโหลกศิระเซาก็ตรึงพระองค์ไว้ที่กางเขนนั่น พร้อมกับผู้ร้ายสองคนนั้น ข้างขวาพระหัตถ์คนหนึ่ง และข้างซ้ายอีกคนหนึ่ง ฝ่ายพระเยซูจึงทรงอธิษฐานว่า “ข้าแต่พระบิดา ขอโปรดอภัยโทษเขา เพราะว่าเขาไม่รู้ว่าเขาทำอะไร” เขาก็เอาฉลองพระองค์จับสลากแบ่งปันกัน (ลูกา 23:33-34) ภาพเหตุการณ์นี้จะเห็นได้ว่า แม้การตายทางเนื้อหนังจะทุกข์ทรมาน ยากลำบากเพียงใด จิตวิญญาณก็เปรมปรีดาพร้อมมืออย่างเหลือเฟือให้สำหรับการอภัย ให้อภัยกับบุคคลทั้งปวงที่กำลังหลงเจิ่นไป กระทำการชมเหงเรา อันนี้ น่าจะเป็นความหมาย “ตายดี” เต็มเปี่ยมด้วยพระวิญญาณบริสุทธิ์และการให้อภัยอย่างไม่จำกัดขอบเขตและปริมาณในบริบทแบบผู้เขียน ความเห็นผู้เขียน)

สำหรับผู้ให้การบริบาล แต่โดยความรักของพระเจ้าที่มีอยู่ในเรา โดยพระประสงค์พระเมตตาของพระองค์ที่ให้เรารักกันและกัน ทุกสิ่งซึ่งท่านกระทำนั้นจงกระทำด้วยความรัก (1 โครินธ์ 6:14) และขอองค์พระผู้เป็นเจ้าทรง



ให้ท่านทั้งหลายจำเรือและบริบูรณ์ไปด้วยความรักซึ่งกันและกัน และ
แก่คนทั้งปวงเหมือนเรารักท่านทั้งหลายดุจกัน (1 เธสะโลนิกา 3:12) พระเยซู
ทรงตอบเขาว่า “จงรักองค์พระผู้เป็นเจ้าของเจ้า ด้วยสุดจิตสุดใจของเจ้าและ
ด้วยสิ้นสุดความคิดของเจ้า นี่แหละเป็นพระบัญญัติข้อต้นและข้อใหญ่
ข้อที่สองก็เหมือนกัน คือจงรักเพื่อนบ้านเหมือนรักตนเอง พระราชบัญญัติและ
คำพยากรณ์ทั้งสิ้นก็ขึ้นอยู่กับพระบัญญัติสองข้อนี้” (มัทธิว 22:37-40)

ดังนั้นนี่คือ “ความรัก” เป็นพระมหาบัญชาของพระเจ้าให้ดูแลกัน
และกัน ให้เขาได้หายดี พระองค์ทรงเป็นแพทย์ผู้ประเสริฐผู้ทรงประสงค์ให้เขา
หายป่วยหายดี คริสเตียนจึงทำ โรงพยาบาล โรงเรียน การศึกษาและการแพทย์
ด้วยความรัก ตลอดระยะเวลาหลายร้อยปีในประวัติศาสตร์สมัยใหม่
แพทย์ พยาบาลมิชชันนารี คริสเตียนนับหมื่นนับแสนชีวิต จึงเดินทางไปทุก
ตารางนิ้วทั่วโลก ป่าเขาทุรกันดารในเอเชีย ป่าลึกในแอฟริกา ไปกันทั้งครอบครัว
แม้ลูกเด็กเล็กแดง ไปใช้ชีวิตร่วมกับชนทุกชาติพันธุ์ แรมปี และหลายๆ คนก็
ไม่มีโอกาสได้กลับไปตายดี (ทางเนื้อหนัง) ที่บ้านเกิดของตนด้วย ด้วยความรัก
ในพระเจ้า จึงนำพาข่าวประเสริฐ เพื่อให้ “เขา” ชนทุกชาติพันธุ์ “หายดี” และ
เขาจะไม่ตายอันหมายรวมถึงไม่ตายนิรันดร์กาลด้วย

ผู้เขียนจึงขอตอบคำถาม โดยจำเพาะใน หลักข้อเชื่อ หลักนิยม (Doctrine)
ด้วยความเคร่งครัด ตามเอกสารข้อความด้านบนนี้...ส่วนปรากฏการณ์แนว
ปะทะกันทางความคิดสาย Autonomy หรือนักสิทธิมนุษยชน กับสาย Paternity
หรือกติกาทงกฎหมายและรวมถึงแนวปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์การแพทย์
ทั้งในต่างประเทศและเคยเป็นมาแบบเล็กๆ ในไทยนั้น ผู้เขียนไม่ขอแตะ
ในบทความนี้

ขอพระคุณความรักและสันติสุขในองค์พระเยซูคริสต์ ผู้ซึ่งเป็นผลแรกที่
เป็นขึ้นจากความตาย เป็นน้ำดำรงชีวิตซึ่งพุ่งขึ้นถึงชีวิตนิรันดร์ จงมีอยู่ในท่าน
สาธุชนทั้งหลาย ผู้ซึ่งดื่มน้ำนี้แล้วจะไม่ตายอีกเลย พระสิริและพระเกียรติ
ทั้งปวงจงมีแด่องค์พระผู้เป็นเจ้าสูงสุด ขอให้เป็นอย่างนั้น อาเมน

แนวคิดเรื่องความตายของกลุ่มชาติพันธุ์ ในมุมมองมานุษยวิทยา

- ผศ.ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร -

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ในทางสังคมศาสตร์ ความตายเป็นเหตุการณ์ทางสังคมเหตุการณ์หนึ่งเช่นเดียวกับการเกิด การบวช การแต่งงาน ความคิดเกี่ยวกับความตายจึงมีความหลากหลาย ลื่นไหล ผันแปรไปตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเป็นอยู่ ความเจ็บป่วย และการจัดวางโครงสร้างทางสังคม (Kellehear, 2007) ในมิติทางวัฒนธรรม ความตายเป็นสิ่งที่มีความหมายทางสังคมวัฒนธรรม (Strange, 2009) วัฒนธรรมไม่เพียงแต่ให้ความหมายเกี่ยวกับความตายเท่านั้น แต่ยังกำหนดแบบแผนต่อความตาย ทำให้คนมีทัศนคติต่างๆ ต่อเรื่องความตายที่แตกต่างกันไปตามวิถีวัฒนธรรมต่างๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมค่อยๆ เรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมมีประสบการณ์จัดการความตาย เช่น การดูแลคนใกล้ตาย ประเพณีงานศพ ซึ่งมีสัญลักษณ์ทางสังคมสื่อความหมายระหว่างสมาชิกในชุมชน

ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดให้ความหมาย จึงเกิดความคิดเกี่ยวกับการตายดี การตายร้าย และวิธีการที่นำไปสู่การจัดการให้ตายดี ตลอดจนสร้างสถาบันทางสังคมหรือองค์การที่อำนวยความสะดวกให้เกิดการตายดีได้ การจัดการความตายเป็นภูมิปัญญาที่ผ่านการสืบทอด วัฒนธรรมความตายก็ไม่หยุดนิ่งถาวร แต่แปรผันเป็นพลวัตรตามบริบทสังคมการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและวิถีชีวิต

กระแสความตื่นตัวในเรื่องการตายอย่างสันติ การตายดี และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์และจิตวิญญาณ ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยมีเวทีสมัชชาสุขภาพ ได้เห็นความสำคัญและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการเสริมสร้างสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557 - 2559 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในทางปฏิบัติก็ยังพบอุปสรรคจากระบบการบริหารจัดการ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล



ที่ยังไม่เอื้อต่อการจัดบริการตามแนวคิด ซึ่งอาจเป็นเพราะมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระหว่างทัศนคติต่อความตายแบบการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่ และทัศนคติต่อความตายของชุมชน ที่มีความหลากหลายทางศาสนาและชาติพันธุ์

ผู้เขียนได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่อง “โลกทัศน์ต่อเรื่องการตายดี และการจัดการความตายของคนไทย” โดยเน้นในเรื่องความคิด ความเชื่อ โครงสร้างทางสังคม กลไก ระบบการจัดการในระดับชุมชน ครอบครัว ทั้งการเตรียมตัวตาย การเผชิญความตายและการสูญเสีย ประสบการณ์และการปฏิบัติของครอบครัว รวมทั้งมุมมองและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ให้บริการสุขภาพของคนไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนสังคม ในการเข้าใจความตายในพหุวัฒนธรรมปัจจุบัน

การเห็นคุณค่า ความหมายของการเตรียมตัวตายและการจัดการความตายของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันทางการแพทย์ทั้งในส่วนของระบบการเรียนการสอน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางและรูปแบบการปฏิบัติที่ช่วยให้การเรียนรู้และการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมโยงมิติต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งพิธีกรรมเกี่ยวกับการตายต่างๆ ในมุมมองแนวคิด และกระบวนการตายดีที่บ้านและโรงพยาบาล อันจะสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการให้บริการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างบูรณาการ และมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ การเรียนรู้และมีวิถีจัดการกับเรื่องความตายอย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง



แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความตาย

ความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต แต่วิธีการมองความตายของมนุษย์นั้นมีความแตกต่างกันตามสำนักคิด เพราะมีพื้นฐานการมองชีวิตและความตายที่มีความแตกต่างกัน ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2552) ได้ให้นิยามคำว่า “ตาย” ไว้เป็นคำกริยาหมายความว่า “สิ้นใจ, สิ้นชีวิต, ไม่เป็นอยู่อีกต่อไป, สิ้นสภาพของการมีชีวิต เช่น สภาวะสมองตาย ; เคลื่อนไหวไม่ได้ เช่น มือตาย ตีนตาย ไม่เดินเพราะเครื่องเสียหรือหยุดเป็นต้น เช่น รถยนต์ตาย นาฬิกาตาย”

ส่วนความตายตามแนวคิดทางปรัชญานั้น ปรัชญาเป็นสาขาวิชาที่ว่าด้วยธรรมชาติความจริง ดังนั้นคำถามทางปรัชญาต่อความตายคือ ความตายที่แท้จริงคืออะไรกันแน่? และเมื่อเราสามารถหาคำตอบเกี่ยวกับความตายที่แท้จริงนั้นแล้ว ก็ก็นำมาสู่ความชัดเจนเรื่องเราจะให้ความสำคัญของความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับความตาย และการกำหนดทำที่ของมนุษย์ต่อความตาย (โสรัจจ์ หงษ์ลดารมย์, 2549) ตัวอย่างเช่น “เอพิคิวรัส (Epicurus 341 - 270 ก่อน ค.ศ.) ได้สอนว่า “ความตายไม่ได้เกี่ยวข้องกับเราเลย เพราะสิ่งที่ตายไปแล้วไม่มีผัสสะ สิ่งที่ไม่สัมผัสจะไม่เกี่ยวข้องกับเรา” คำสอนนี้มีพื้นฐานในการมองความจริงว่าจะต้องสัมผัสได้ทางประสาทสัมผัส เมื่อประสบการณ์หลังความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้ ก็ปฏิเสธชีวิตหลังความตาย นำมาสู่ท่าทีที่ “ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความตาย”

ตามแนวคิดทางจิตวิทยา ความตายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของมนุษย์เป็นอย่างมาก โดยมากความตายเชื่อมโยงกับความกลัววิตกกังวลต่อความตาย



ความผิดปกติทางอารมณ์ในด้านความกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นการเฉพาะ (Specific Phobia) โดยมากสามารถเชื่อมโยงได้กับสิ่งที่เป็นสัญญาณหรือตัวแทนแห่งความตาย ความกลัวตายเป็นประเด็นสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ในงานศึกษาของรอส (Kubler-Ross, 1997) เธอพบว่าเมื่อผู้ป่วยทราบความจริงที่ว่าตนจะต้องเสียชีวิตอีกในระยะเวลาไม่นาน จะมีปฏิกิริยาต่อความตาย 5 ชั้น ได้แก่

- ปฏิเสธ (Denial)
- โกรธ (Anger)
- ต้อรอง (Bargaining)
- ซึมเศร้า (Depression)
- ยอมรับ (Acceptance)

โดยระยะเวลาแต่ละชั้นมีความสั้นยาวแตกต่างกัน หรืออาจมีการกระโดดข้ามขั้นได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม จากความรู้เรื่องปฏิกิริยาต่อความตาย รอสได้เสนอแนะวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆที่มีความสอดคล้องในสภาวะในขั้นตอนต่างๆของผู้ป่วย เช่น การเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย การรับฟัง การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น จากการศึกษาธรรมชาติในจิตใจต่อความตาย งานของรอส ให้ความสนใจต่อการตอบสนองต่อความตาย

ดังนั้น แนวคิดทางจิตวิทยาจึงให้ความสำคัญต่อมิติทางจิตใจ ทั้งในฐานะปรากฏการณ์ทางจิตและการเผชิญความตาย ทั้งในแง่ของการทำความเข้าใจและการช่วยเหลือผู้ตายและบุคคลรอบ

มุมมองทางประชากรศาสตร์เชื่อว่าคุณภาพชีวิตของสังคมนั้นๆสามารถสะท้อนได้จากตัวเลขการตายในทารก การตายในเด็ก การตายของแม่ และอายุคาดเฉลี่ยของคนในสังคมนั้นๆ ดังนั้นทางประชากรศาสตร์จึงได้รับเอาคุณค่า



ของการมีชีวิตและอายุที่ยืนยาวว่าเป็นสิ่งที่ดี นำสังเกตว่าคุณค่าเรื่องการมีชีวิตอายุที่ยืนยาว การปฏิเสธว่าความตายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เป็นคุณค่าที่เริ่มต้นจากองค์กรสุขภาพระดับโลก และได้ถ่ายโอนเป็นคุณค่าเชิงนโยบายของรัฐไทยโดยสมบรูณ์ (วิจิต เปานิล , 2546) ทว่า ประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคุณภาพการตายเป็นประเด็นที่เป็นโจทย์คำถามสำคัญในสังคมไทยปัจจุบัน

ความตายในมิติสังคม มองว่าความตายเป็นเหตุการณ์ทางสังคม เหตุการณ์หนึ่ง เป็นเหตุการณ์ที่มีความพิเศษ เช่นเดียวกับการเกิด การบวช การแต่งงาน เป็นเหตุการณ์ทางสังคมเพราะการตายส่งผลกระทบต่อคนสังคม กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในชุมชนนั้นๆ ย่อมลดลงอย่างถาวร สำหรับชุมชนระดับเมือง การลดลงของสมาชิกอาจไม่มีความหมายมากนัก แต่สำหรับชุมชนระดับหมู่บ้านหรือครอบครัว การตายของคนๆ หนึ่ง เป็นเหตุการณ์ใหญ่ที่มีความสำคัญ ส่งผลอย่างมากจนอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤติได้

ในภาวะวิกฤติของสังคมที่มีคนตาย สังคมอาจจัดการตัวเองให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบรูณ์ด้วยการใช้พิธีกรรมศพซึ่งเป็นพิธีแห่งการเปลี่ยนผ่าน (Van Genep, 1960 อ้างจาก อธิตา สุนทรโรทก, 2550) ในงานศพในสังคมชนบท จะมีรายละเอียดของพิธีและขนาดของการจัดการที่ใหญ่ ที่ชุมชนต้องเข้ามาร่วมจัดการ พิธีกรรมงานศพจึงทำหน้าที่ช่วยให้คนในครอบครัวไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเศร้าสร้อย ขณะที่ชุมชนที่เข้ามาร่วมจัดงานศพก็ช่วยให้เกิดความสมัครสมานสามัคคี ตอกย้ำว่าชุมชนแห่งนี้มีความเอื้อเพื่อเกื้อกูล เพื่อช่วยประดับประดาการเปลี่ยนผ่านให้ครอบครัวผู้ตายข้ามผ่านความทุกข์เบื้องต้นไปได้ ในภาวะวิกฤติ ในชุมชนมอญถึงขั้นมองว่าชุมชนใดที่มีสัปเหร่อผู้จัดพิธีศพเป็นอาชีพ สังคมนั้นเป็นสังคมที่เจ็บป่วย เพราะไม่มีความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน (ณรร ตันสมพงษ์, 2548)



ในสังคมสมัยใหม่ พิธีกรรมเกี่ยวกับศพยังเป็นพื้นที่แสดงสถานะหรือชนชั้นทางสังคมของผู้ตายหรือญาติ เช่น ความใหญ่โตของการจัดงานศพ การถวายผ้าบังสุกุลจำนวนมาก การขอน้ำศพพระราชทาน จำนวนพวงหรีดในงานศพ จำนวนคนที่มางานศพ จำนวนคินสวดบำเพ็ญกุศล ความสวยงามของเครื่องประดับในงาน เช่น โลงศพ การทำโกศ อัฐิ เจดีย์ เป็นต้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2545)

ความตายในมิติวัฒนธรรม

ความตาย นอกจากจะมีมิติทางสังคม ยังมีมิติทางวัฒนธรรมด้วย นักมานุษยวิทยาได้สรุปลักษณะพื้นฐานสำคัญของวัฒนธรรมได้ 6 ประการ (ยศ สันตสมบัติฐิฐ, 2537) คือ

- 1) วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม และค่านิยมซึ่งกำหนดมาตรฐานของพฤติกรรม จนคนในวัฒนธรรมเดียวกัน สามารถคาดคะเนพฤติกรรมของผู้คนได้ ความคิดร่วมเหล่านี้กำหนดว่าอะไรดี อะไรไม่ดี อะไรควร อะไรไม่ควร
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ ทีละเล็กทีละน้อยจากรุ่นสู่รุ่น ผ่านการอบรมและประสบการณ์จากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับสถาบันทางสังคมต่างๆ
- 3) วัฒนธรรมมีพื้นฐานจากการใช้สัญลักษณ์ เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารความหมายระหว่างกัน



- 4) วัฒนธรรมเป็นองค์รวมของความรู้และปัญญา เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานมนุษย์
- 5) วัฒนธรรมคือกระบวนการที่มนุษย์กำหนดนิยามความหมายให้กับชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา และในกระบวนการให้นิยามความหมาย มนุษย์ได้สร้างสถาบันหรือองค์กรขึ้นเพื่อทำหน้าที่รองรับการตีความดังกล่าวข้างต้น การตีความใหม่ ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือเนื้อหาของสถาบันทางสังคมตามไปด้วย
- 6) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง แต่แปรเปลี่ยนตลอดเวลา ทั้งจากการแพร่กระจายวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

จากความหมายของวัฒนธรรมดังกล่าว ความตายจึงมีมิติทางวัฒนธรรม เพราะมนุษย์ในวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น นับถือศาสนาเดียวกัน อยู่ในชาติพันธุ์หรือชุมชนเดียวกัน จะมีความคิดเกี่ยวกับความตาย โลกทัศน์และค่านิยมเกี่ยวกับความตายร่วมกัน ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมค่อยๆ เรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมมีประสบการณ์จัดการความตาย เช่น การดูแลคนใกล้ตาย ประเพณีงานศพ ซึ่งมีสัญลักษณ์ทางสังคมสื่อความหมายระหว่างสมาชิกในชุมชน

ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดให้ความหมาย จึงเกิดความคิดเกี่ยวกับการตายดี การตายร้าย และวิธีการที่นำไปสู่การจัดการให้ตายดี ตลอดจนจนสร้างสถาบันทางสังคมหรือองค์กรที่อำนวยความสะดวกให้เกิดการตายดีได้ การจัดการความตายเป็นภูมิปัญญาที่ผ่านการสืบทอด วัฒนธรรมความตายก็ไม่หยุดนิ่งถาวร แต่แปรผันเป็นพลวัตรตามบริบทสังคม การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและวิถีชีวิต



ภาวะหลังการตายและความโศกเศร้าจากการสูญเสีย

- พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ -

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นเพื่อนกันไปตลอดเส้นทาง

หากตั้งคำถามว่าจะดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ล่วงลับ เมื่อเขาเกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Bereavement) ภายหลังจากการตาย (Post Mortem) ได้อย่างไร คำตอบคือต้องเริ่มวางแผนเกี่ยวกับเรื่องนี้ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต หากเป็นไปได้ควรมีแผนการรักษาล่วงหน้าตั้งแต่เริ่มป่วย และติดตามดูแลตลอดระยะเส้นทางของความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายนั้น เช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือทีมผู้รักษาตั้งแต่แรกๆ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาในระยะยาว อาจจะเป็นแพทย์ที่ทำการตรวจวินิจฉัยในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คนแรกๆ ที่ตรวจพบโรคร้ายนั้น ต่อมาเมื่อโรคนั้นทวีความซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังบุคลากรทางการแพทย์ในระดับสูงหรือเฉพาะทางนั้นๆ โดยเฉพาะ

ในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยตลอดเส้นทาง แพทย์หรือทีม Primary Care ควรจะได้เข้าไปเยี่ยมเยียนหรือมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยไปด้วย เพราะเท่ากับการเตรียมตัวทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมรับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยที่อาจจะไม่ใช่การเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว เพราะบุคลากรทางการแพทย์จะไม่ทำลายความหวังของผู้ป่วย ต่อให้เป็นระยะสุดท้ายหรือระยะลุกลาม หากผู้ป่วยยังมีหวังว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนาน ย่อมไม่ผิดอะไรที่จะคงความหวังนั้นไว้ เพราะหากปราศจากความหวัง ผู้ป่วยและญาติอาจจะมีชีวิตอยู่แบบแห้งแล้งและไร้ความหมาย

เพราะฉะนั้นในกลุ่มของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากทีมบุคลากรทางการแพทย์เจ้าของไข้ได้มีการเตรียมตัวเรื่องการสื่อสารและความสัมพันธ์ มีความเป็นเพื่อนให้กันมาตลอด สถานการณ์ภายหลังการตายจะรับมือได้



ราบรื่นมากขึ้น เหมือนเราเดินคู่กับผู้ป่วยมาตลอด ไม่ว่าจะอาการของโรคจะขึ้นๆ ลงๆ หรือระหว่างการรักษาจะมีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยจะยังเห็นว่าเราอยู่เคียงข้างเขามาตลอด ความเป็นเพื่อนร่วมชะตากรรมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย จะทำให้เกิดความอุ่นใจ ทำให้ทั้งญาติและผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนได้ดีขึ้น ญาติจะรู้สึกว่าเขาได้พยายามอย่างเต็มที่แล้วจนกระทั่งผู้ป่วยล่วงลับไป และมีทีมแพทย์ที่อยู่เป็นเพื่อนกับเขามาโดยตลอด

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในลักษณะนี้ เป็นหัวใจของการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งเป็นกรวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยและญาติ แพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรที่เข้าใจสภาวะของโรคอย่างถ่องแท้จะต้องคอยแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทั้งหมด แต่ประสบการณ์ที่พบบ่อยครั้งในสังคมไทย คือแพทย์เลือกที่จะบอกญาติแต่ไม่บอกผู้ป่วย กลายเป็นว่าแพทย์คิดแทนผู้ป่วย กลัวว่าจะสะเทือนใจจึงเรียกญาติมาเพื่อแจ้งข่าวร้ายและหวังว่าญาติจะรับได้ ซึ่งในหลายกรณีกลับเป็นการก่อปัญหาอื่นๆ ตามมา เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่รับรู้เกี่ยวกับสภาวะที่แท้จริงของตัวเอง รู้แค่ว่าทำไมรักษาโรคนี้อันไม่หายเสียที เกิดความสับสนกับตัวเอง ไม่รู้ชะตากรรมว่าจะดีหรือร้าย เคืองคว้างไร้ทิศทาง แทนที่จะได้ใช้เวลาของชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าหรือมีประโยชน์ตามเจตนาของตน กลับทำไม่ได้เพราะไม่เคยรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ในขณะเดียวกัน ญาติที่ต้องแบกรับความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายและสถานการณ์ต่างๆ เอาไว้ กลับรู้สึกว่าเป็นภาระ และความรับผิดชอบที่ต้องตัดสินใจ ความเป็นความตายของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ในวาระสุดท้ายที่แพทย์ถามว่า คุณคิดว่าใส่ท่อใหม่ หรือจะปั๊มหัวใจหรือไม่ เขาต้องเป็นผู้ตัดสินใจ และโดยส่วนใหญ่มักตัดสินใจให้ยื้อความตายออกไปก่อน เพราะหากไม่ช่วยด้วยเครื่องมือเหล่านั้น เท่ากับปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือแม้กระทั่งเมื่อสอดท่อเข้าไปแล้วเห็นแม่เจ็บทรมานทรมานอยู่ยาวนานกว่าจะเสียชีวิต เขายอมรู้สึกผิดภายหลังการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญคือการวางแผน



การรักษาล่วงหน้า ซึ่งในการวางแผนร่วมกันของทุกฝ่ายนี้ หมายความว่าเพื่อเปิดโอกาสให้ทีมผู้รักษามีการสื่อสารที่จริงใจกับผู้ป่วยและญาติ และถือว่าผู้ป่วยและญาติเป็นทีมเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องบอกข้อมูลที่เป็นจริงเท่าที่ทีมแพทย์รับรู้ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบทั้งหมด เพื่อที่จะร่วมกันตัดสินใจว่าทิศทางการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร เมื่อโรคลุกลามหรือทรุดลง ผู้ป่วยต้องการให้ทำอย่างไร หากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติสามารถร่วมมือกันได้เช่นนี้ การรับมือกับภาวะหลังการตายจะเป็นเรื่องที่ยั่งยืน

จับเข้าคุยเรื่องหนังสือแสดงเจตนา

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือการทำ Living Will เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า แต่ในหลายกรณีบุคลากรมักให้ความสำคัญกับ Living Will มากเกินไป เช่น พอถึงช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายๆ หรือโรคที่รักษาไม่ได้ แพทย์มักรู้สึกที่ต้องแจ้งข้อมูลสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วยให้ครบก่อน เช่น ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ใส่ท่อหรือปั๊มหัวใจหรือไม่ ซึ่งวิธีปฏิบัติในแนวทางนี้ดูเป็นเรื่องเร่งรีบแห้งแล้ง ในการเข้าไปแจ้งเพียงแค่นั้นเวลาที่ท้ายๆ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คนไข้ไม่ค่อยมีสติรับรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นในแนวทางนี้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติอาจจะไม่เข้าใจจุดประสงค์ที่จริงของ Living Will

ในความเป็นจริงหากจะสังเกตให้ดี ผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาของตนเองตลอดเวลา เช่น เขาเป็นโรคเรื้อรังอย่างเช่นความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ระหว่างทำการรักษาอาจจะพูดในลักษณะว่า “รักษามา 10-20 ปี ตอนนี้อากาศมันก็ขึ้นๆ ลงๆ ถ้าฉันเป็นอะไรไป ฉันไม่อยากได้นั้นได้นี่นะ เพราะฉันอยากไปแบบธรรมชาติ ฉันไม่อยากทุกข์ทรมานใส่ท่อ เพราะไปเยี่ยมคนนู้นคนนี่แล้วฉันไม่เอา ชีวิตตอนท้ายแบบนี้ฉันไม่เอา ไม่รู้สึกตัวแล้วต้องมาต่อท่อให้ทรมาน ลูกก็ทรมาน อย่างงี้ไม่เอาอะ” การพูดทำนองนี้เป็นการแสดงเจตจำนงอยู่แล้ว เมื่อถึงวันที่เขาไม่มีสติสัมปชัญญะด้วยโรคที่เป็นอยู่ได้ทรุดลง ขอให้เขาได้ไปตามธรรมชาติ



เมื่อสังเกตเห็นแล้วว่าผู้ป่วยมีการพูดเกี่ยวกับเจตจำนงในวาระสุดท้าย ซึ่งอาจจะเป็นเพียงการพูดคุยที่ไม่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการให้แนวทางในการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย คือการทำเรื่องนี้ให้ชัดเจนขึ้น เช่น “แม่เคยคุยเรื่องนี้กับลูกๆ บ้างหรือเปล่า ว่าถึงวันหนึ่งที่ไม่รู้สึกตัว เป็นโรคที่แก้ไขไม่ได้ ไม่อยากใส่ท่อหายใจ ไม่อยากให้หมอบีเอ็มขึ้นมาอีก แม่ไม่กลัวความตายหรอก แม่อยากให้หมอกู้ขึ้นมาอีกไหม เมื่อว่ามันจะยังอยู่ได้ แล้วลูกเคยรู้หรือเปล่าว่าคิดยังไง บอกเค้าไว้ไหม เพราะถึงเวลาเค้าเป็นคนพามาโรงพยาบาลนะ ถ้าเค้าบอกให้หมอบีเอ็มหัวใจ หมออาจจะต้องบีเอ็ม” คือต้องคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจชัดเจน มีพยานรับรู้ในเจตจำนงของเขาหรือไม่ บอกผู้ป่วยให้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวถึงความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายเหล่านี้ ถ้าแจ้งแพทย์ไว้ อาจบันทึกเป็นข้อมูลไว้ในเวชระเบียน แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือแจ้งให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวรับรู้ตรงกันหมด เพราะเวลาพ่อแม่สั่งเสียไว้โดยที่ญาติรับรู้มาตลอด มีแนวโน้มว่าญาติจะตัดสินใจตามนั้น

ฉะนั้นหากมีโอกาสได้คุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดใจ ควรบอกเขาให้ไปเตรียมความพร้อมของญาติก่อน ว่าพวกเขาเหล่านั้นจะอยู่อย่างไรเมื่อผู้ป่วยจากไป เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหลายคนมักเตรียมตัวเรื่องความตายของตนอยู่แล้ว เพราะในช่วงบั้นปลายของชีวิต เขาเห็นความตายมามากแล้ว การต้องไปงานศพของเพื่อนฝูงญาติมิตรที่ล่วงลับไปก่อนทำให้เกิดการเตือนตัวเองมาตลอด เพียงแต่ลูกหลานไม่อยู่ในวัยเดียวกัน อาจไม่ได้คิดในแง่นี้ รู้สึกเพียงว่าพ่อแม่ของตนยังอยู่ต่อไปได้เรื่อยๆ เพราะฉะนั้นเวลาผู้ป่วยพูดถึงการเตรียมตัวตาย ลูกอาจจะพูดในทำนองว่า “อย่าพูดสิแม่ มันเป็นกลาง” ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าพูดอีก แต่แท้ที่จริงแล้วเรื่องสำคัญนี้ควรจะพูดคุยกันในครอบครัว



เคยมีกรณีศึกษาที่ลูกสาวไม่ได้บอกความจริงกับแม่จนกระทั่งวาระสุดท้าย และผลที่เกิดขึ้นได้สร้างความรู้สึกผิดในใจเธออย่างยิ่ง คุณแม่ของเธอป่วยด้วยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะท้ายๆ แพทย์วินิจฉัยแล้วพบว่ารักษาไปคงไม่ดีขึ้นมากไปกว่านี้ จึงแนะนำว่ากลับไปที่บ้านและดูแลแบบประคับประคอง เพราะนอนที่โรงพยาบาลอาจมีการติดเชื้อต่างๆ ได้ ลูกสาวคนนี้รักแม่มากที่สุด และทำหน้าที่ดูแลแม่ ไม่ให้หมอบอกความจริงกับแม่ โดยเธอจะเป็นผู้รับผิดชอบพาคุณแม่ไปดูแลที่บ้านเอง สามีและลูกของลูกสาวคนนี้ต่างเห็นด้วยที่จะรับแม่กลับมาอยู่ด้วยกัน พวกเขาต่างเตรียมที่หลับที่นอนใหม่อย่างดี เตรียมให้แม่ได้อยู่อย่างสบายที่สุดในช่วงสุดท้าย โดยทีมแพทย์และพยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

เหตุการณ์ดำเนินไปเช่นนี้จนผู้ป่วยล่วงลับไป จนกระทั่งวันหนึ่งลูกสาวคนนี้เข้ามาพบแพทย์ในทีมดูแลแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลด้วยความรู้สึกเสียใจ โดยได้ให้ข้อมูลว่าหลังการตายของคุณแม่ไปแล้ว เธอยังรู้สึก ว่าตัวเองร้องให้อยู่ข้างใน โดยไม่สามารถร้องออกมาจริงๆ ได้ รู้สึกแย่มาก ด้วยเหตุผลที่ว่าตอนที่แม่ป่วย ได้เพียงถามเธอทุกวันว่า “ตกลงแม่เป็นอะไร บอกแม่ที” เธอได้แต่กลบเกลื่อน เปลี่ยนเรื่อง เปลี่ยนประเด็น ไม่ยอมลงรายละเอียดในเรื่องที่แม่อยากคุย เฉลใจพูดให้แม่สบายใจว่า “แม่ไม่เป็นอะไรหรอก กินยาตามหมอบอกเดี๋ยวก็ดีขึ้น” แต่แม่ยังถามอยู่เรื่อยๆ จนกระทั่งวันสุดท้าย แม่บอกกับเธอว่า แม่ไม่ถามแล้ว แม่รู้แล้วว่าแม่เป็นอะไร นั่นทำให้เธอโกรธขึ้นมาว่าอาจจะเป็นที่หมอบุพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้านที่บอกแม่เรื่องโรคร้าย แต่แม่ปฏิเสธว่าไม่ได้รู้จากทีมแพทย์ แต่รู้ด้วยตัวเอง โดยบอกกับลูกสาวว่า “แม่เป็นโรคถูกหลอกหลวง” จากนั้นไม่นานแม่ได้เสียชีวิตลง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ลูกสาวผู้ทำหน้าที่ดูแลแม่มาอย่างดีได้ถามแพทย์ว่า เป็นความผิดของเธอใช่หรือไม่ที่ปิดบังความจริงแม่มาตลอด เธอรู้สึกผิดมาตลอด แม่ผ่านมาแล้วสามเดือน หลังจากแม่ตาย ความรู้สึกผิดยังคงวนเวียนอยู่ในใจเสมอ



การเยียวยาความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

จากตัวอย่างเหตุการณ์ของกรณีศึกษาที่ไม่ได้พูดความจริงต่อกันนั้น เป็นตัวอย่างความโศกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียที่ไม่ได้เตรียมการสื่อสารความจริงกันมาตั้งแต่ต้น ดังนั้นการดูแลญาติที่โศกเศร้าหรือรู้สึกผิดภายหลังการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก คือต้องอนุญาตให้เขารู้สึกเสียก่อน ก่อนที่จะให้ความคิดของเขาเข้ารูปเข้ารอย อาจต้องพูดคุยกับเขาว่ามันเป็นสิ่งที่ถูกแล้วที่เขาจะรู้สึกเจ็บซ้ำ เสียใจ เคียดแค้น โศกเศร้า แต่เมื่อรู้สึกแล้ว จะกลับมาอยู่กับตัวเองได้อย่างไร สิ่งนี้ต้องค่อยๆ มาใช้หลักเหตุผลในภายหลัง

กระบวนการที่ใช้เยียวยาญาติผู้เสียชีวิตรายนี้คือ ตั้งคำถามกับเธว่า หากย้อนเวลากลับไปได้จริงๆ เธออยากทำอะไร เพราะคำพูดของแม่ยังอยู่ในหัวตลอดเวลา โดยได้บอกเธอว่าหากอยากแก้ไขสิ่งใดให้บอกแพทย์มาเลย ในลักษณะแบบบทบาทสมมติ (Role Play) “สมมติว่าหมอบอกเป็นแม่คุณในวันนั้น หมอบอกแบบนี้ว่า ตกลงบอกมาที่แม่ป่วยเป็นโรคอะไร คุณอยากบอกว่าอะไร” เหมือนให้เธอย้อนกลับไปวันนั้นแล้วเล่นบทบาทสมมติออกมา เพราะหากได้พูดออกมา อย่างน้อยสิ่งที่คิดวนๆ อยู่ในหัวจะได้แสดงออกมาบ้าง ได้ทำมากกว่า คิดวนเวียนอยู่คนเดียว แพทย์ได้ใช้บทบาทสมมติทดแทนสิ่งที่เขาไม่ได้ทำ วิธีนี้คือการบำบัดในรูปแบบหนึ่ง ตัวอย่างเหตุการณ์นี้เป็นการแสดงให้เห็นว่า หากปิดบังความจริงต่อผู้ป่วย ผลลัพธ์จะลงท้ายแบบใด ซึ่งเป็นเรื่องยากในการเยียวยาจิตใจของผู้ที่อยู่อ้างหลัง แม้แต่เคสนี้ยังต้องช่วยแก้ไขปัญหามาในใจอยู่นาน เพราะเธอยังคิดวนไปวนมาหลายรอบกว่าจะมีทักษะใหม่ในการตอบคำถามตัวเอง เพื่อไม่ให้รู้สึกผิดและเศร้าจนเกิดผลกระทบในการใช้ชีวิต



เพราะฉะนั้นการจะจัดการสิ่งต่างๆ ภายหลังจากการตายได้ จึงต้องเริ่มด้วยการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ต้องสื่อสารกันอย่างเข้าใจตั้งแต่ต้น ไม่ต้องปิดบังกัน ส่วน Living Will นั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือเพื่อปฏิบัติตามเจตจำนงสุดท้ายของผู้ป่วย ส่วนการจัดการในภาวะหลังการตาย (Post Mortem) สำหรับบุคลากร คือขั้นตอนปฏิบัติต่างๆ ต่อสถานการณ์ตรงหน้า เช่น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายๆ ใกล้เสียชีวิต นอกจากบุคลากรด้านสาธารณสุขจะเรียกญาติมาคุยเตรียมการในเรื่องต่างๆ แล้ว อย่าปล่อยให้ญาติไปร้องไห้อยู่ตามลำพัง และควรคำนึงว่าช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่เราควรใส่ใจและมีความสำคัญ ไม่ว่าจะมีความดีมาที่คน จะร้องไห้ฟูมฟายเพียงใด ยังคงเป็นหน้าที่ของบุคลากรในการเข้าไปดูแลเขาในสภาวะอารมณ์อันสับสนในช่วงเวลานั้น

แพทย์หรือพยาบาลที่เข้ามาดูแลในช่วงหลังการตาย ต้องทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใจเย็น ตั้งสติให้ทัน แม้ญาติเหล่านั้นจะเสียใจและมีปฏิกิริยาที่เกรี้ยวกราดเพียงใด จำเป็นต้องอยู่เพื่อให้ความช่วยเหลือ เพราะว่าช่วงนี้ญาติจะตั้งข้อสงสัยแตกต่างๆ มากกว่าปกติ เช่น “ไม่เห็นมีใครมาดูแล ทอดทิ้งเขา เรื่องในลักษณะนี้จะก่อความขัดแย้งได้มาก เช่น “ไม่เห็นมีใครมาดูแล เดินโฉบไปโฉบมา คุยเล่นกันอยู่หลังเคาท์เตอร์อยู่นั่นแหละ” เขาอาจจะใช้อารมณ์ไปบ้าง เพราะว่าญาติกำลังจะสิ้นใจ แต่ในมุมมองของบุคลากรอาจรู้สึกว่าเป็นเพียงนี้ ไม่ Active แล้ว เพราะฉะนั้นมุมมองที่ต่างกันแบบนี้ต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการทำความเข้าใจว่าญาติยังต้องการความใส่ใจอยู่



แม้กระทั่งเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว แพทย์มาเช็คว่าไม่มีสัญญาชีวิตที่มีการรูดมานปิด หากเป็นกรณีที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล สิ่งที่เกิดขึ้นคือจะมีการเช็ดตัวให้ผู้ล่วงลับ แต่งเนื้อแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า แต่อาจจะเป็นกิจกรรมที่ดูแลห่างไปบ้าง แม้กระทั่งแพทย์พยาบาลที่คุ้นชินกับกระบวนการนี้อยู่แล้ว อาจจะอย่างเลื่องออกมาเพื่อให้ญาติได้แสดงความโศกเศร้าในหมู่สมาชิกในครอบครัวกันเอง แต่ในความเป็นจริงแล้ว หากเอาใจเขามาใส่ใจเรา คิดในแง่ที่ว่าญาติเองจะเคืองเคือง ไม่รู้จะไปทางไหนหรือทำอะไร ดังนั้นหากเป็นไปได้บุคลากรควรควรอยู่เป็นเพื่อนกับญาติที่กำลังขวัญเสียในช่วงเวลาแห่งการจากพรากนั้น อาจจะกอดหรือปลอบใจเท่าที่จะทำได้ สอบถามว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรหรือไม่ อาจจะให้ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น จะต้องติดต่อด่วนหรือไม่ จะต้องทำอะไรก่อนหลัง ในจุดนี้ยิ่งชี้ให้เห็นว่า การทำ Advance Care Plan จะเป็นประโยชน์มากเพียงใดในกรณีนี้ เพราะการเตรียมการต่างๆเกิดขึ้นอย่างพรักพร้อม สมมติว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ญาติจะรู้ว่าต้องเขียนใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย โดยให้รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่ต้องมีเรื่องยุ่งยากทางกฎหมาย หรือต้องไปชั้นสุตตรที่โรงพยาบาลอีก

วิธีปฏิบัติเพื่อเยียวยาความเศร้าโศกจากการสูญเสียคนที่รักไป นอกจากการดูแลตลอดเส้นทาง อยู่เป็นเพื่อนและให้ความเห็นอกเห็นใจญาติภายหลังการตายของผู้ป่วยแล้ว ยังมีรายละเอียดต่างๆ ไป ที่บุคลากรสามารถทำได้อีก ไม่ว่าจะเป็นการไปร่วมงานศพเพื่อแสดงความเสียใจ หรือการพุดปลอบใจเพื่อให้กำลังใจผู้ที่ยังอยู่เบื้องหลัง ในอีกแง่หนึ่ง หากความเศร้าโศกนั้นลึกซึ้ง เพราะญาติผูกพันกับผู้ป่วยมาก นั้นอาจแปลว่าแพทย์ต้องดูแลจิตใจของญาติคนนั้นต่อไป เพราะเขายังจัดการความรู้สึกแยกๆ นั้นไม่ได้ เราจึงต้องดูแลจนกว่าเขาจะแข็งแรงพอ ซึ่งไม่อาจรู้ได้ว่าจะใช้เวลากี่เดือนหรือเป็นปี แต่ถือว่าแพทย์ต้องทำให้บุคคลที่สูญเสียผู้นี้กลับมาถึงมามีสุขภาวะที่ดี

หัวใจการดูแลแบบประคับประคอง หัวใจแห่งการเยียวยา

- พว.รศศุคนธ์ เจืออุบลรัมย์ -

Clinical Nurse Coordinator (Palliative care) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

สัมพันธภาพที่ดี วางแผนการรักษาราบรื่น

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้เข้ามาทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเป้าประสงค์หลักในการเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำหนังสือแสดงเจตนา เพราะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้นการพยากรณ์โรคมักมีแต่ทรุดลงเรื่อยๆ เพียงแต่คนไข้ยังรู้ตัวอยู่ แต่ถ้าคนไข้อยู่ในระยะที่มะเร็งลุกลามไปสมอง (Brain Metastasis) ทีมแพทย์พยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคองอาจต้องปรับกระบวนการเป็นการเร่งเชิงรุก ถ้าเป็นคนไข้นอกต้องพยายามขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อทักทายสอบถามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพยายามติดต่อผ่านช่องทางสื่อสารสมัยใหม่เท่าที่จะทำได้ เช่น การขอติดต่อผู้ป่วยทางไลน์ โดยถ้าทำได้จะขออนุญาตเข้าไปอยู่ในกลุ่มไลน์ที่คุยกันในครอบครัวของเขาเลย จากนั้นจึงทักทายด้วยเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสอบถามว่ามีอาการผิดปกติใดบ้าง หรือต้องการให้เราช่วยเหลืออย่างไร เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ให้ผู้ป่วยรู้สึกที่เราเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเขา รวมทั้งมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการคำปรึกษา สิ่งที่สะท้อนกลับจากผู้ป่วยคือความไว้วางใจ และรู้สึกว่าทีมดูแลแบบประคับประคองเป็นเหมือนเพื่อนคู่คิด จากสัมพันธภาพที่ค่อยๆ สร้างขึ้นในลักษณะนี้ เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยรู้สึกพร้อม จนมีจังหวะเหมาะที่จะคุยกันเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา

ด้วยวิธีการที่ค่อยเป็นค่อยไป และเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เป็นที่ตั้ง จึงทำให้การสื่อสารในเรื่องของการทำหนังสือแสดงเจตนาเกิดขึ้นตามธรรมชาติ บางทีผู้ป่วยเพียงแต่พูดลอยๆ เรื่องเกี่ยวกับครอบครัวของเขา หรือหากจังหวะลงตัว อาจลองสอบถามเพื่อหยั่งความคิดของผู้ป่วย โดยเริ่ม



จากเรื่องใกล้ตัวหรือเรื่องที่เขาสนใจ เช่น มีกรณีที่ผู้ป่วยอายุ 57 ปี มีธุรกิจส่วนตัว อาจจะถามในประเด็นเรื่องงานเป็นหลัก แล้วค่อยๆ สอบถามถึงเรื่องที่เขายังห่วงหรือค้างคาใจ ตัวอย่างคำถามเช่น “ตอนนี้ไม่สบาย ธุรกิจมีใครมาสานต่อคะ” จากประสบการณ์ส่วนตัว พบว่าในการพูดคุยเพื่อให้ทราบเป้าหมายของผู้ป่วยไม่สามารถจบได้ในระยะสั้นๆ หากแต่ต้องสื่อสารไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเกิดความเข้าใจและมั่นใจเพียงพอที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา

บริบทในเรื่องวัฒนธรรมเป็นอีกเรื่องที่ต้องตระหนัก ในสังคมไทยเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเองได้ เพราะมีญาติพี่น้องหลายฝ่าย บางครั้งคนที่เขินเป็นพยานอาจไม่ใช่ญาติสายตรง ล้วนแต่เป็นเรื่องที่ต้องสื่อสารให้ชัดเจน ส่วนลำดับของการแจ้งข่าวให้คนในครอบครัว เกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย คือแจ้งสามีและลูกเป็นอันดับหนึ่ง จากนั้นจึงเป็นพ่อแม่ และญาติพี่น้องตามลำดับ แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้ราบรื่นเช่นนี้เสมอไป ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภรรยาสองคน และมีลูกกับภรรยาทั้งสอง ทีมดูแลแบบประคับประคองมีการพูดคุยตั้งแต่คนไข้ยังมีสติรับรู้ดี คนไข้แสดงเจตจำนงทุกอย่าง ว่าในวาระสุดท้ายต้องการทำสิ่งใด แต่ด้วยความที่คนไข้มีภรรยาสองคน สิ่งที่เกิดขึ้นคือลูกของภรรยาที่มีทะเบียนสมรสไม่ยอมเซ็น ในขณะที่ลูกซึ่งเป็นคนดูแลมาตลอดไม่มีทะเบียนสมรส จึงไม่มีสิทธิเท่าเทียม

ท้ายที่สุดเคสนี้มีบทสรุปคือ DNR (คำสั่งปฏิเสธการกู้ชีพ - Do Not Resuscitate) แต่เกิดขึ้นอย่างล่าช้ากว่าที่ควร ช่วงระยะท้ายไม่มีการปั๊มหัวใจ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งๆ ที่ลูกชายของภรรยาที่มีทะเบียนสมรสต้องการให้ปั๊ม ทีมดูแลแบบประคับประคองต้องพยายามอธิบายถึงสถานการณ์ความเป็นจริง ในขณะที่ลูกที่เกิดจากภรรยาอีกคนซึ่งปรนนิบัติมาตลอด ไม่ต้องการให้ยืดการตายออกไป เพียงแค่ขอให้พ่อไปสบาย บริบทความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนในลักษณะนี้ ทีมดูแลแบบประคับประคองต้องใช้ทั้งหลักวิชาการและจิตวิทยาในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผลลัพธ์สุดท้ายตรงกับเจตจำนงของผู้ป่วยมากที่สุด



สำหรับกรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนาได้อย่างราบรื่น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยต่างชาติ เพราะมาจากประเทศที่มีกฎหมายเรื่อง Living Will มายาวนาน และมีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้า ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงต่างชาติ ซึ่งสุขภาพแข็งแรง อายุ 86 ปี มีเพียงประวัติโรคประจำตัวที่เป็นโรคหัวใจ เป็นนักธุรกิจที่มาทำงานเมืองไทย แม้ว่าสุขภาพจะถือว่าแข็งแรงมาก เดินไปไหนมาไหนเองได้ แต่เขามีความประสงค์จะทำ Living Will แพทย์ด้านหัวใจที่เป็นเจ้าของไข้จึงให้ทำ เขาบอกว่าในต่างประเทศมีเรื่องนี้มานานแล้ว และดีใจจากที่มีกฎหมายนี้ในประเทศไทย เพราะเรื่องนี้เป็นสิทธิในชีวิตช่วงสุดท้าย เขาไม่อยากเจ็บปวด ไม่อยากสอดท่อเพื่อช่วยชีวิต ต้องการจากไปแบบธรรมชาติ ในแบบฟอร์มที่มีช่องให้กรอกว่าจะปฏิเสธอุปกรณ์ยืดชีวิตในระยะท้ายใดบ้าง เขากรอกทุกช่องว่าไม่เอาอะไรเลย ในกรณีนี้คือผู้ป่วยมีความเข้าใจโดยแท้จริง ส่วนผู้ป่วยไทยค่อนข้างต้องใช้เวลาในการสื่อสาร จึงเป็นหนทางที่ดีในการเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วย

ความตายคือประสบการณ์ร่วมของครอบครัว

ด้วยความยึดมั่นในจุดประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า อันจะนำไปสู่การเคารพสิทธิในการตายตามธรรมชาติของผู้ป่วย ทำให้ได้พบกับประสบการณ์ที่น่าประทับใจหลายต่อหลายครั้ง และยังทำให้เชื่อมั่นในแนวทางของทีมดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งต่อมาในภายหลังทีมดูแลแบบประคับประคองยังมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวตลอดมา โดยแรกเริ่มผู้ป่วยหญิงวัย 70 ปี ต้องการมีวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ที่บ้าน ได้ไปพบกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มีการสื่อสารพูดคุยเหมือนทำประชุมครอบครัว (Family Conference) ได้คุยเป้าหมายต่างๆ กับครอบครัวอย่างรอบด้าน ขณะนั้นผู้ป่วยอาการทรุดหนักแล้ว ระหว่างนั้นได้ปรึกษากับทีมแพทย์ตลอดเวลา ได้ช่วยดูแลบรรเทาอาการทั่วไปเช่นการให้ยาแก้ปวด และดูแลความสุขสบายพื้นฐานคือการอาบน้ำเช็ดตัวให้



ความสัมพันธ์ในครอบครัวนี้มีความอบอุ่นเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ญาติมา
กันพร้อมหน้า บางคนบินกลับมาจากต่างประเทศ เมื่อดูแลแบบประคับประคอง
ที่บ้านไปจนถึงวินาทีวิกฤติ คนไข้เริ่มมีแอร์ซังเกอร์ แต่ด้วยความที่ผู้ป่วยเคยพูด
กับลูกว่าอยากอยู่ที่บ้าน สิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ทุกคนจิตใจทุกซระทมมัน
กลับเห็นถึงสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นของครอบครัว และการยอมรับบุคลากร
ด้านสาธารณสุขที่เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลอย่างเต็มใจ จึงได้แจ้งกับ
ครอบครัวว่า “ตอนนี้คุณแม่ไม่น่าจะรู้สึกตัวแล้วค่ะ ญาติจะตัดสินใจอย่างไร
จะให้จากไปอย่างสงบที่บ้านหรือจะไปโรงพยาบาล” ส่วนใหญ่สมาชิกใน
ครอบครัวทนเห็นความทรมานของผู้ป่วยไม่ไหว ซึ่งทีมดูแลแบบประคับประคอง
ให้สิทธิการตัดสินใจแก่ญาติ โดยเราจะเป็นฝ่ายสนับสนุนไม่ว่าจะตัดสินใจเลือก
วิธีใดก็ตาม

สมาชิกในครอบครัวขอเวลานอกเพื่อหารือกัน ครอบครัวนี้เรียกได้ว่ามี
การประชุมปรึกษากันตลอดเวลา เพราะลูกๆ ต่างมีการศึกษาและสนใจหาข้อมูล
ต่างๆ จากอินเทอร์เน็ตอย่างทันทั่วทั้งที่ การตัดสินใจสำคัญๆ เป็นไปตามหลักการ
ของการดูแลแบบประคับประคอง คือบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำได้
แต่ต้องมีทางเลือกและมอบการตัดสินใจให้ผู้ป่วยและญาติ ในที่สุดทุกคนจึง
เห็นพ้องกันว่า จะพาแม่กลับไปโรงพยาบาล โดยไม่ได้ให้แม่ไปที่ห้องฉุกเฉิน
แต่เตรียมห้องสำหรับครอบครัวที่ทุกคนจะได้อยู่พร้อมหน้ากัน มีการส่งดอกไม้
เพื่อมาอำลาและขอบคุณแม่ จวบจนถึงนาทีสุดท้ายก่อนลมหายใจของผู้เป็น
แม่จะหมดลง

ภายหลังจากงานศพผ่านพ้นไป สมาชิกของครอบครัวนี้ได้เขียนจดหมาย
มาถึงผู้เขียนโดยตรง ในเนื้อความระบุว่าครั้งแรกที่เห็นพยาบาลคนนี้ ยังคิดว่า
เป็นสัปเหร่อหรือเปล้าเพราะเป็นช่วงวาระสุดท้ายของแม่ ตอนแรกยังตกใจว่า
มุมมองที่มีต่อเราช่างน่าประหลาด แต่ที่สุดเมื่ออ่านจนจบจึงรู้ว่าเขาเขียนมา
ในแนวขบขัน เพราะตอนท้ายๆ ของจดหมายได้บอกว่าเราเป็นมากกว่าพยาบาล
คือช่วยเหลือทุกอย่างที่เขาต้องการในยามฉุกเฉิน หากครอบครัวของเขา
ไม่ได้รับการดูแลจากเราในวินาทีนั้น ยังไม่รู้ว่าจะหาทางออกกันอย่างไร เพราะ



ตั้งแต่เกิดมายังไม่เคยสูญเสียใครเลยในชีวิต โดยเฉพาะบุคคลอันเป็นที่รักอย่างพ่อและแม่

คำขอบคุณที่ได้รับจากครอบครัวนี้เป็นของขวัญล้ำค่าสำหรับเรา สิ่งที่เขาแจ้งข่าวกับเราเสมือนหนึ่งเป็นการตอกย้ำว่างานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วย แต่ยังคงช่วยสร้างความทรงจำที่ดีให้แก่ครอบครัว แม่ของพวกเขาจากไปสงบและสวยงาม สมาชิกในครอบครัวไม่เคยรู้จักเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน แต่จากประสบการณ์ในครั้งนี้ทำให้เขาประทับใจมาก จนกระทั่งไปขอหนังสือการแสดงเจตนาจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำมาตีพิมพ์ในหนังสืออนุสรณ์ของคุณแม่ที่แจกในวันฉาปนกิจศพ จนกระทั่งทุกวันนี้แม่จะประสบเคราะห์ที่ผู้เป็นบิดาตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมาก สมาชิกในครอบครัวยังให้ความไว้วางใจและเลือกที่จะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองและทำหนังสือแสดงเจตนาเช่นเดียวกัน

กระบวนการเยียวยาจิตใจภายหลังการตาย

แม้ความตายจะเป็นสัจธรรมของชีวิต แต่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักย่อมนำมาซึ่งความสะเทือนใจอย่างยิ่ง ดังนั้นเองกระบวนการเยียวยาความโศกเศร้าภายหลังการตาย จึงเป็นกระบวนการที่ต้องใส่ใจในรายละเอียดให้มากที่สุด จากประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองครอบครัวจนถึงภายหลังการตาย ได้ใส่ใจในทุกองค์ประกอบเพื่อสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้สูญเสียคลายเศร้าได้มากที่สุด



เริ่มตั้งแต่การอบรมพนักงานทุกๆ ระดับ เช่น พนักงานเซ็นเปลที่เดิมที่ ทำหน้าที่เพียงรับร่างของผู้เสียชีวิตแล้วเซ็นลงไปในห้องดับจิต และทำหน้าที่ได้ รอบด้านกว่าเดิม โดยเราเรียกชื่อห้องดับจิตเสียใหม่ว่า “ห้องสุคติ” นอกจากนี้ นั้นได้ปรับปรุงห้องโดยการกันเป็นสองส่วน ฝั่งหนึ่งเป็นส่วนต้อนรับ อีกฝั่งหนึ่ง เป็นห้องทำหัตถการ พนักงานเซ็นเปลต้องทำทั้งหัตถการดูแลร่างของผู้เสียชีวิต และให้คำแนะนำกับญาติได้ ต้องรู้ธรรมเนียมไทย ธรรมเนียมจีน ว่าครอบครัว ผู้สูญเสียนับถือศาสนาอะไร และต้องรู้รายละเอียดของธรรมเนียมต่างๆ เพื่อจะ ได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง ความใส่ใจในรายละเอียดเหล่านี้สามารถช่วยเรื่องภาวะ จิตใจของญาติได้มาก เช่น ของเช่นไห้วต่างๆ สำหรับคนไทยจะบรรจุในเครื่อง ลายคราม ถ้าเป็นญี่ปุ่นจะเป็นเซ็ดเบนโตะ รวมไปถึงอุปกรณ์แต่งหน้าต่างๆ เรา เตรียมไว้ให้พร้อม แม้กระทั่งน้ำมันหอมเพื่อสร้างกลิ่นบำบัด และเทพเพลง ธรรมะ อย่างน้อยสิ่งเหล่านี้เป็นการแสดงให้เห็นว่ามีคนที่ใส่ใจความรู้สึก ในการสูญเสียของครอบครัว แม้กระทั่งเปลเซ็นที่นำร่างผู้เสียชีวิตลงมา เราจะ มีรหัสไว้เรียกเพื่อไม่ให้สะเทือนใจจนเกินไป เช่น นินจาเบอร์ 1 นอกจากนี้การ ออกแบบเปลเซ็นนี้ถูกทำให้เป็นเหมือนกล่องมิดชิด ข้างล่างบรรจุร่าง ข้างบน เป็นเหมือนผ้าคลุม จะเหมือนเซ็นรดเปล่า ถูกเซ็นลงไปในลิฟท์ลับ แล้วจึงนำ ขึ้นมาบนเตียงเพื่อประกอบพิธีตามขั้นตอนของศาสนา โดยทั่วไปร่างของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในห้องนี้ราวสองชั่วโมง หลังจากนั้น จะให้ญาติลงมาเตรียมตัวที่ส่วน ต้อนรับให้เร็วที่สุด เมื่อมารวมกันอยู่ที่ห้องข้างล่าง ญาติจะสามารถ แสดงความรู้สึกหรือ ร้องไห้ได้เต็มที่ การที่บุคลากรทำตามขั้นตอนและใส่ใจทุกรายละเอียด ในลักษณะนี้ แม้จะไม่ได้ทำให้หายเศร้าโศกในทันที แต่ย่อมเสริมสร้างกำลังใจ และลดความสับสนคว้งคว้างของญาติลงได้



ตายอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยรณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

มุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีมุมมองต่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่น่าสนใจอยู่สามมุมมอง คือมุมมองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย มุมมองต่อผู้ประกอบการวิชาชีพ และมุมมองต่อองค์กร จากการสะท้อนต่อไปนี้

หนึ่ง มุมมองต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

Leo Tolstoy เขียนไว้ในบทประพันธ์เรื่อง The Death of Ivan Illych ในช่วงที่ Ivan ซึ่งเป็นผู้พิพากษาที่กำลังมีชื่อเสียงและการทำงานที่ก้าวหน้า พบว่าเขากำลังจะตายภายในเวลาสั้นๆ จากโรคร้ายที่รักษาไม่หาย เขาดีมีโอกาสมหาศาลที่จะใช้ชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง และชะตากรรมที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าพร้อมกันไป ทำให้เขาตัดสินใจในท้ายสุดว่าจะต้องใช้ชีวิตที่เหลือให้คุ้มค่าที่สุด สู้ก่อนที่ใจจะจากไปอย่างมีความสุข แต่เขากลับพบกับความโดดเดี่ยวอันน่าพร่ำเพรียง เป็นความอ้างว้างโดดเดี่ยวที่ลึกยิ่งกว่ามหาสมุทรหรือหุบเหวใดๆ ไม่อาจแบ่งปันความรู้สึกนี้กับผู้ใด

ความทุกข์ทรมานที่สำคัญของ Ivan คือการโกหก (ซึ่งทุกๆ คนยอมรับ) ว่าเขาเป็นเพียงคนป่วย หาใช่คนใกล้ตาย เขาปวดร้าวที่คนเหล่านั้นไม่ยอมรับในสิ่งที่พวกเขาทุกคนรู้ และตัว Ivan เองก็รู้ ทว่ากลับเลือกที่จะโกหก และทำให้เขาเป็นส่วนหนึ่งของการโกหกนั้น ในวันท้ายๆ ของชีวิต Ivan เริ่มแยกแยะได้ชัดเจนระหว่าง “ชีวิตเทียม” ซึ่งเต็มไปด้วยความเห็นแก่ตัว บดบังความหมายที่แท้จริงของชีวิตและทำให้หวาดกลัวความตาย เช่น ชีวิตของเขาเอง กับ “ชีวิตที่แท้” ดังชีวิตของ Gerasim เด็กรับใช้บ้านนอกซึ่งไม่หวาดกลัวความตาย เต็มเปี่ยมไปด้วยความเห็นใจ ความเข้าใจ และความเอื้ออาทร



สอง มุมมองต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ว่า

พวกหมอก็คือเป็นต้นเหตุให้คนตายอย่างไม่มีคิดบั้นนี้มากขึ้น เขารู้กันแต่เรื่องวัตถุอย่างเดียว ไม่ยอมให้สิ้นสุดเรื่องทางวัตถุ ไม่เข้าไปในเขตของเรื่องทางจิตวิญญาณกันเสียเลย ควรจะร่วมมือกันให้เขาตายอย่างมีสติ อย่างมีศิลป์

Sherwin B.Nuland เขียนไว้ในบันทึก How we die ว่า

มีบางครั้งบางคราวที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ชักชวนให้ผู้ป่วยมั่นใจจนยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษา แม้ว่าความเจ็บปวดนั้นจะดำเนินมาถึงจุดที่เลยการทนหาเหตุผลว่า ปริศนา นั้นควรละไว้โดยไม่เฉลยจะดีกว่าหรือไม่ บ่อยครั้งเมื่อใกล้วาระสุดท้าย หากว่าแพทย์สามารถมองลึกลงไปภายในตนเอง เขาอาจตระหนักได้ว่าการตัดสินใจคำแนะนำของเขา ถูกผลักดันจากความไม่สามารถที่จะละทิ้งปริศนานั้น และยอมรับความพ่ายแพ้ แม้ว่าเขาจะมีเมตตาและคำนึงถึงผู้ป่วยที่เขา รักษา ทว่าเขาก็ยอมละทิ้งความเมตตานั้นเสียด้วยว่าปริศนานั้นมีความเ้ายวณรุนแรงเหลือเกิน

สาม มุมมองต่อองค์กร

Sherwin B.Nuland ยังกล่าวอีกว่า

โรงพยาบาลได้นำเสนอสถานที่ซึ่งครอบครัวจะซ่อนเร้นผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่มีอะไรน่าดู ซึ่งทั้งโลกและพวกเขาไม่สามารถทนแบกรับได้ โรงพยาบาลกลายเป็นสถานที่สำหรับความตายอย่างโดดเดี่ยว

เป้าหมายในวาระสุดท้ายของชีวิต : มีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

เมื่อประมวลแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน อาจสรุปได้ว่าเป้าหมายในวาระสุดท้ายของชีวิต สำหรับทุกคนคือการจากไปอย่างมีคุณค่า มีสติ สงบ สมศักดิ์ศรี

Alan Greenspan นักการธนาคารผู้ยิ่งใหญ่ของสหรัฐฯ กล่าวว่า จากการศึกษาที่เขาเดินทางไปทั่วโลก ได้เห็นความคล้ายคลึงหลายอย่างที่มนุษย์แสดงออก นั่นคือการเสาะแสวงหาเพื่อให้ ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นในคุณค่าของตัวเอง (Self - Esteem) เป็นแรงกระตุ้นที่มีมาแต่กำเนิด มิได้เกิดจากวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ภาษา และความบังเอิญ



การรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่านำมาสู่ความสุข และพร้อมจะจากโลกนี้ไปอย่างมีความสุข คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการกระทำภารกิจที่คั่งค้างให้จบสิ้น การใคร่ครวญสิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำมาในชีวิต และมองเห็นแง่มุมในด้านบวกของสิ่งเหล่านี้ การได้รำลึกหรือฟื้นฟูความสัมพันธ์กับคนรอบตัว การทำความเข้าใจกับความหมายในชีวิตอย่างที่ Ivan กระทำ แม้มีได้กลับไปแก้ไขอดีต แต่เพียงความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในความหมายของชีวิตที่แท้จริงก็สามารถปลดปล่อยสิ่งที่คั่งค้างในจิตใจได้อย่างสมบูรณ์

ความหมายแห่งนี่เอง คือต้นทุนซึ่งเป็นที่มาแห่งความสุข ตามแนวคิด สุขภาวะกำเนิด (Salutogenesis) ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย มีโอกาสที่จะให้การเยียวยาผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจความหมายของชีวิตได้ อาจจะเป็นเพียงการปรากฏอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ด้วยพลังที่เป็นบวกภายในตัวเอง หรืออาจจะต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ในการทำความเข้าใจ และค่อยๆ คลายปมในชีวิตของผู้ป่วย

ซึ่ง ดร. สกล สิงหะ กล่าวไว้ว่า เราไม่สามารถให้อะไรใครในสิ่งที่เราไม่มี สิ่งที่เราต้องตอบกับตัวเองก็คือ “เราเห็นชีวิตเป็นอย่างไร” ทั้งนี้ การให้ความหมายแก่ชีวิตของแต่ละคน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

ความเชื่อ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้การดูแล มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงคุณค่าในชีวิต และทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีสติตามที่ท่านพุทธทาสแนะนำไว้ ขณะที่การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วยในการรักษาที่เหมาะสม และธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สมศักดิ์ศรี

ประเด็นคุณภาพที่น่าสนใจ

ประเด็นคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการพิจารณาเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตตามที่กล่าวมา ผสมผสานกับการพิจารณากระบวนการที่เกี่ยวข้องซึ่งมีกำหนดอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาล



เช่น การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม การวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการทุกประเด็น โดยครอบครัวมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็น เป็นต้น

ตายอย่างมีคุณค่า มีสติสงบ สมศักดิ์ศรี

สถานพยาบาลควรใส่ใจในความละเอียดอ่อนทุกแง่ทุกมุมที่จะจัดสิ่งแวดล้อมและใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ดังตัวอย่างที่ควรพิจารณาต่อไปนี้

- ห้องพักของผู้ป่วยและญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะจากไป ควรจัดให้เป็นเสมือนห้องพิเศษซึ่งผู้ป่วยและญาติจะได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน เป็นเวลาที่ศักดิ์สิทธิ์และงดงาม จะทำอย่างไรในผู้ป่วยที่นอนอยู่ห้องสามัญหรือห้อง ICU
- เครื่อง Monitor ต่างควรจะมี Alarm ให้หมดเพื่อป้องกันการรบกวนสมาธิของผู้คนรอบตัวผู้ป่วย คงเหลือไว้เพียงเสียงสัญญาณจากหัวใจเพื่อจะได้รู้ว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจอย่างไร
- ทีมงานควรใช้โอกาสนี้ฝึกฝนตนเองในการอยู่ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป เจริญสติและสงบใจให้กับดวงวิญญาณของผู้ป่วย ขณะเดียวกันคอยเกื้อหนุนครอบครัวของผู้ป่วยเมื่อยามจำเป็น
- ความรู้บางอย่างที่ควรนำมาพิจารณา เช่น ในระยะสุดท้ายของชีวิต การทำให้เกิดภาวะ Dehydration ในระดับพอสมควรอาจจะทำให้เกิดการหลั่งสาร Endorphin และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้น้ำมาก
- การพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่ รพ.ชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งญาติพี่น้องสามารถอยู่ร่วมกันได้ใกล้ชิดมากกว่าการอยู่ที่ รพ.ขนาดใหญ่ในเมือง นั้นหมายถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความเคารพ และการเตรียมความพร้อมของ รพ.ชุมชนเป็นอย่างดี
- การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำบุญอุทิศส่วนหนึ่งด้วยการบริจาคอวัยวะ (ถ้าเป็นไปได้) นั้นหมายถึงการที่จะต้องเข้าใจว่าภาวะจิตใจของ



ครอบครัวอยู่ในขั้นตอนใด ยอมรับการสูญเสียได้หรือยัง จึงต้องมีแนวทางที่ชัดเจนว่าเมื่อใดควรจะสื่อสารกับครอบครัวในเรื่องใด

- การใช้วัสดุคลุมตัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วจากหอผู้ป่วยไปสู่ห้องดับจิตก็มีความหมายสำหรับครอบครัว ควรคำนึงว่าเรายังคงเคารพร่างกายของผู้เสียชีวิตอย่างเต็มเปี่ยม มิใช่เป็นเพียงร่างกายที่ปราศจากวิญญาณ

ประเด็นคุณภาพในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข ที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การจัดการกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข และการสื่อสารข้อมูลเจตนาของผู้ป่วย ให้สมาชิกในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ หรือเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวเมื่อจำเป็น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยในบางกรณีอาจจะต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ว่าเข้าได้กับเงื่อนไขของหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้วหรือไม่

2. แม้จะมีการระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน แต่แพทย์ก็ยังมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจบางอย่าง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจร่วมกับข้อมูลวิชาการที่เหมาะสม การตัดสินใจนี้ควรเป็นไปอย่างมีเหตุผล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย และเพื่อสนองต่อเจตนาของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. การทบทวน ใคร่ครวญ และเรียนรู้จากการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่พึงกระทำอย่างยิ่ง ในทุกครั้งที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่แสดงเจตนาดังกล่าว อันจะนำไปสู่ความประณีตและคุณภาพในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

การได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้จากไปอย่างมีคุณค่า มีสติสงบ สมศักดิ์ศรี คือหน้าที่สำคัญของผู้ให้บริการ อีกทั้งเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองที่มีพลังสูงยิ่ง ที่ไม่ควรปล่อยให้โอกาสนี้ผ่านไป



บทที่

02

เหตุใดเราจึงต้องเลือก





เหตุไฉนทำไมต้องเลือก

ไม่ว่าจะในสังคมหรือวัฒนธรรมแบบไหน ความตายเป็นเรื่องยากจะยอมรับและทำได้ เป็นเหตุให้การทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ยังไม่มีการเตรียมการหรือเขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างกว้างขวางเท่าที่ควรจะเป็น นอกจากเรื่องของทัศนคติแล้ว มีอีกหลายปัจจัยที่ประชาชนยังขาดความรู้และเข้าใจไม่ถึง เช่น ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนา การวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้า และระบบการดูแลแบบประคับประคอง หลากหลายเรื่องราวจากครอบครัวที่ผ่านประสบการณ์ในเรื่องนี้ จะถ่ายทอดให้เห็นถึงแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนา ทั้งในกรณีที่ประสบความสำเร็จและมีอุปสรรคปัญหา ร่วมเรียนรู้ว่าพวกเขาก้าวผ่านช่วงเวลาเหล่านั้นมาได้อย่างไร

รับมือข่าวร้ายด้วยใจแกร่ง

- คุณแม่เวอร์จิเนีย สันติกาญจน์ -

ครอบครัว “สันติกาญจน์” สูญเสียคุณแม่ เวอร์จิเนีย สันติกาญจน์ เพราะโรคร้ายที่สุดกำลังจะเยียวยา แต่วาระสุดท้ายของคุณแม่ได้รับการเตรียมการไว้อย่างดี โดยเฉพาะในเรื่องของการวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้า และการเตรียมทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนา เรื่องราวของช่วงชีวิตระยะท้ายของคุณแม่ ถูกถ่ายทอดผ่านคุณหมิ-สุพรรณพ์ สุขเสงี่ยม ลูกสาวคนที่สามจากบรรดาลูกทั้งหมด 4 คน แม้ความอาวรณ์ถึงผู้เป็นแม่จะยังคงอยู่ในใจลูกๆ ตลอดไป แต่เมื่อฟังเรื่องราวทุกบทตอน โดยเฉพาะความพร้อมในการเตรียมตัวสำหรับชีวิตในระยะท้ายของคุณแม่ จึงรู้ว่าความสูญเสียของครอบครัวในครั้งนี้เกิดขึ้นอย่างมีคุณค่า และถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่มีคุณภาพก่อนจะพรากจากกันชั่ววินาที

“คุณแม่เป็นคนจีนแต่เกิดที่ประเทศอาเซียนดิน่า ท่านเป็นคนทีพูดได้ว่าค่อนข้างหัวสมัยใหม่แบบคนตะวันตก เมื่อเทียบกับครอบครัวคนไทยทั่วไป

พวกเขาถูกๆ จึงถึงเลี้ยงดูและเติบโตมาด้วยแนวคิดลักษณะนั้น บุคลิกและวิธีคิดของคุณแม่มีส่วนสำคัญที่ทำให้ท่านตัดสินใจทำ Living Will เพราะตั้งแต่คุณแม่เริ่มป่วย วิธีรับมือและหาทางรักษาของท่านคือการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นด้วยตัวเอง แม้ว่าตอนนั้นจะอายุเจ็ดสิบกว่าแล้ว แต่ท่านสามารถหาความรู้ต่างๆ จากอินเทอร์เน็ต คุณแม่จะไม่เชื่อใครง่ายๆ ไม่ว่าจะป็นคุณหมอหรือลูกๆ โดยได้นำตัวอย่างผลที่ตรวจในเมืองไทย ส่งไปเช็คอีกครึ่งในโรงพยาบาลที่อเมริกา เพื่อเป็นการยืนยันผล”

เมื่อรู้แน่ชัดแล้วว่าตนเองป่วยด้วยโรค มัลติเพิล มัยอิโลมา (Multiple Myeloma) ซึ่งเป็นโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยารูปแบบหนึ่ง นอกจากจะชวนขวายหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว คุณแม่เวอร์จิเนียยังใช้สิทธิในการขอมีส่วนร่วมทุกอย่างในการวางแผนการรักษาของตัวเอง ตัดสินใจในทุกขั้นตอน รู้ความจริงทุกระยะว่าโรคดำเนินไปถึงระยะไหน และมีโอกาสรอดชีวิตมากน้อยเพียงใด “เมื่อเร็วๆ นี้ มีโอกาสได้คุยกับคุณหมอเจ้าของไข้ จึงได้รู้ว่าคุณแม่เป็นคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคนี้อายุยี่สิบกว่าปีได้นานสุด นอกจากนั้นยังอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะนิสัยของท่านแม่จะรักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสงมานับไม่ถ้วน แต่ทุกครั้งที่มิช่วงพักจากการรักษา คุณแม่จะไปเที่ยวทันที ไม่เคยมานั่งสงสารตัวเอง”

ภาพจำของลูกๆ ที่มีต่อคุณแม่ จึงมีแต่เรื่องราวของความเข้มแข็งเปี่ยมพลังชีวิต “พอรู้ตัวว่าเป็นมะเร็ง คุณแม่เริ่มเขียนหนังสืองานศพของตัวเอง ซึ่งไม่ได้เขียนแบบธรรมดา แต่เป็นหนังสือที่อ่านสนุกตามลักษณะนิสัยของท่าน เหมือนเราอ่านนิทานเรื่องหนึ่ง ทั้งเรื่องราวช่วงที่ใช้ชีวิตอยู่เมืองนอกที่เต็มไปด้วยมุกตลก เมื่อตอนที่คุณแม่เสียชีวิต เราสามารถส่งตีพิมพ์ได้เลย”

ด้วยการยอมรับความจริงและไม่หลอกตัวเอง รวมทั้งการค้นคว้าหาความรู้ที่อยู่ตลอดเวลา จึงทำให้คุณแม่สามารถช่วยเหลือตัวเองเป็นอย่างดี “ท่านอาจจะรู้มากกว่าพวกเราด้วยซ้ำ จนกระทั่งมาถึงจุดที่การรักษาดำเนินมาถึงช่วงสำคัญที่ต้องตัดสินใจ หากเรายังยืนยันจะรักษามะเร็งต่อไป จะทำให้มีผลข้างเคียง ต่อส่วนอื่นของร่างกาย เช่นอาจจะป็นนิ่วในไตได้ง่าย





คุณแม่อ่อนแรงลงมากๆ แล้วในตอนนั้น อยู่ๆ วันหนึ่งท่านได้พูดขึ้นมาเองว่า ต้องการทำ Living Will โดยไม่มีใครบอกหรือชี้แนะท่านเลย”

วางแผนถ้วยรัก เตรียมจากอย่างเข้าใจ

แม้จะหวัสมัยใหม่เพียงใดก็ตาม สมาชิกในครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะรับความจริงที่เจ็บปวดขนาดนั้น ได้แต่พยายามพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้คุณแม่รู้สึกว่าจะจริงเพื่อจะเปลี่ยนแนวคิดของท่านแต่คุณแม่มีการตัดสินใจที่เด็ดเดี่ยว และยังยืนยันเจตจำนงนั้น “คุณแม่ไปศึกษาหาวิธีเอง เพราะมีแบบฟอร์มมาตรฐานให้ดาวน์โหลดทางอินเทอร์เน็ต แล้วปรี้นท์ออกมาเอง เพราะพวกเราไม่ได้หาข้อมูลเรื่องนี้ให้ มีความมุ่งมั่นว่าจะทำ Living Will ให้ได้ มีการนัดคุณหมอต่างๆ ที่ดูแลอาการเฉพาะด้านของท่าน ซึ่งเรื่องนี้คุณหมอต่างเข้าใจและยอมรับว่าคุณแม่อยากจะทำด้วยตัวเอง”

แม้ดูเหมือนว่าขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมตัวทำหนังสือแสดงเจตนาคุณแม่จะดำเนินไปด้วยความเข้าใจของทุกฝ่าย แต่ในบรรดาลูกๆ ทั้งสี่คน คุณแม่เห็นว่าคุณหมิควรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับท่านในการทำหนังสือแสดงเจตนา “สไตล์หมิเป็นคนตรงมาก จึงบอกไปว่าไม่ต้องการเป็นคนารู้สึกผิด ในการร่วมตัดสินใจในเรื่องนี้ คุณแม่จึงตัดสินใจที่จะเขียน Living Will กับทีมหมอหลักๆ ที่รักษาท่าน คือหมอมหัวใจและคุณหมอมะเร็ง รวมทั้งมีพยานโดยที่พวกเราไม่ได้เข้าไปยุ่งเลย ซึ่งหมิคิดว่าเป็นสิ่งที่คุณแม่ตัดสินใจถูกแล้ว เพราะว่าถึงแม้จะเป็นความประสงค์ของท่านที่ต้องการทำ Living Will แต่ว่าการให้ลูกหรือคนใกล้ชิดเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแม้แต่นิดเดียว จะเท่ากับเกิดความรู้สึกผิดติดตัวเราตลอดไป เพราะแม้ว่าเราจะเห็นด้วย และตัวเราเองเราอยากทำ Living Will ของตัวเอง แต่การตัดสินใจเรื่องนี้ให้แม่ความรู้สึกผิดจะต่างกัน”



ภายหลังจากคุณแม่เวอร์จิเนียทำหนังสือแสดงเจตนา อีกไม่นานคุณหมอได้แจ้งแก่สมาชิกในครอบครัวว่าคงมีเวลาเหลืออยู่ไม่มากนัก ประกอบกับตลอดเวลาที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลคุณแม่บอกลูกๆ ว่าต้องการกลับบ้านเสมอ ทุกคนจึงนำคุณแม่มาพักรักษาตัวในช่วงสุดท้ายที่บ้าน เพื่อจะได้ใช้เวลาคุณภาพในช่วงสุดท้ายพร้อมหน้าพร้อมตากัน โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคอง ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด คุณหมอล่าย่อนถึงช่วง 5 วัน สุดท้ายนั้น โดยเน้นในเรื่องของผลคุ้มครองชีวิตของคุณแม่ ที่เกิดจากการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

“หม้อคิดว่าหมอไม่ได้บอกแม่โดยตรงว่าเหลือเวลาอีกเท่าใด แต่แม่คงรู้ตัวอยู่แล้ว เพราะสังเกตเห็นแม่กับหมอกอดกัน ทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้ไม่เคยสื่อสารกันด้วยการกอดมาก่อน คล้ายๆ เป็นการบอกลา แล้วหมอก็อนุญาตให้แม่กลับบ้าน ช่วงเวลานั้นทีมดูแลแบบประคับประคองได้เข้ามามีบทบาทมีพยาบาลที่คุ้นเคยกับคุณแม่มาดูแลที่บ้าน สิ่งนี้ไม่ได้เพียงแค่ช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่คนในครอบครัวยังสบายใจไปด้วย เพราะช่วงเวลาแบบนั้นไม่มีใครทำตัวถูก เพราะเป็นช่วง 5 วัน สุดท้าย ที่อาการทรุดเร็วมาก จากที่เคยจับมือช่วยให้ท่านยืนขึ้นได้ ต้องเปลี่ยนมาอุ้ม และต้องมีท่าพิเศษในการอุ้มเพราะแม่เจ็บปวดมาก นอกจากนั้นทีมพยาบาลยังช่วยอธิบายเรื่องต่างๆ ให้เราเข้าใจ เช่น มาตรวจเลือดที่บ้าน เช็คค่าไต การดูแลยาใกล้ชิดเหล่านี้ทำให้เราอุ่นใจนอนหลับได้บ้าง เวลาแม่เกิดอาการหลอนจากผลของมอร์ฟีน คุณพยาบาลก็ช่วยดู”

คุณแม่เวอร์จิเนียมีสติแจ่มใสจนช่วงเวลาท้ายๆ ของชีวิต และมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น “คุณแม่จะคุยกับเราทุกวันว่าวันนี้มีข่าวดีอะไรจะบอกมั้ย ท่านต้องการฟังแต่สิ่งที่ดีๆ นอกจากนั้นการดูแลจากทีม Palliative Care ช่วยให้เราสามารถรับมือกับอาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รู้ว่าสัญญาณของร่างกายจะบอกอะไรเราบ้าง รวมถึงรายละเอียดจุกจิกต่างๆ และที่สำคัญที่สุดคือ Living Will ซึ่งคุณพ่อเกือบปีไว้ทุกแห่งให้เห็นได้ชัดเจน”



เมื่อถึงวันจากลา

ครอบครัวตัดสินใจว่าพาคณแม่กลับไปโรงพยาบาลในช่วงวันท้ายๆ ของชีวิต ด้วยเหตุผลเพื่อลดความยุ่งยากต่างๆ ทางกฎหมายในการแจ้งมรณกรรม รวมทั้งได้เตรียมการไว้ล่วงหน้าแล้วว่าจะจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่โรงพยาบาลให้ใกล้เคียงบ้านมากที่สุด พร้อมหน้าพร้อมตาด้วยสมาชิกทุกคนในครอบครัว

“แต่เราต้องทำใจเหมือนกัน ถึงจะรู้ว่าคุณแม่คงอยู่ได้ไม่นาน จนกระทั่งวันที่พยาบาลแจ้งว่าน่าจะไม่มีเกินสี่สัปดาห์ของคืนนี้ เขาดูจากสัญญาณต่างๆ ทางร่างกาย ตอนนั้นแม่ไม่รู้สึกลัวมาสองวันแล้ว ไม่ได้ตอบในการพูดคุยแล้วนอนตลอดเวลา เมื่อรู้ดังนั้นเราจึงเตรียมจัดกระเป๋า คุยกันในห้องที่นอนว่าจะไม่มีลูกคนไหนขอกลับบ้านมานอน คือทุกอย่างเราเตรียมไว้หมดแล้ว เบอร์ร็ดพยาบาลปะไว้บนกระจก ซึ่งเมื่อมาคิดย้อนกลับไป หมึกคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก เพราะว่าหนึ่งเราไม่พลนลาน สองไม่พลาดรายละเอียดใดๆ”

ด้วยความที่เตรียมความพร้อมกันมาตลอด เอกสารแรกที่ครอบครัวมอบให้แพทย์เมื่อไปถึงโรงพยาบาลคือหนังสือแสดงเจตนาของคุณแม่เวอร์จิเนีย เพราะทั้งสามีและลูกๆ ต่างเคารพในเจตจำนงของคุณแม่ซึ่งเป็นเจ้าของชีวิต

“เราอยากจะได้ห้องที่แม่อยู่เหมือนกับที่บ้านมากที่สุด เพราะแม่ชอบความสะดวกความงาม สะอาด เราไม่ได้ให้คุณแม่อยู่ในไอซียูหรือในแผนกฉุกเฉิน เรารู้ว่าเวลาสุดท้ายกำลังจะมาถึง ไม่มีประโยชน์ที่จะต้องให้แม่อยู่กับสายระโยงระยางเต็มไปหมด ไม่อยากให้ท่านทรมาน เพียงแต่ตามคุณหมอบริจาคตัวให้มาดูแลอย่างใกล้ชิดจนท่านจากไป”

ท้ายที่สุดแล้วทัศนคติเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา คุณหมึกซึ่งมีประสบการณ์ตรงจากสิ่งที่คุณแม่เวอร์จิเนียได้ตัดสินใจทำเพื่อวางแผนชีวิตในระยะท้ายของท่าน ก่อนจะจากไปอย่างสงบในวัย 78 ปี ตอกย้ำในเรื่องสิทธิการตายตามธรรมชาติอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด

“ส่วนตัวหมึกคิดว่า เราจะถือนเรื่องการเตรียมตัวตายทำไม ในเมื่อจุดจบของเราทุกคนเหมือนกัน เราอยากจากไปแบบสบาย ไม่ต้องให้คนที่เรารักมา



รู้สึกผิดหรือต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอะไรที่เราลำบากใจ หรือว่าเราอยาก
จะใส่ท่อ อยากจะสู้ สุดแต่คุณจะถูกเลือก สำหรับกรณีของคุณแม่ ท่านเป็นผู้
ผู้ช่วยระยะสุดท้ายที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้เรา हमิไม่รู้ว่าจะทำได้ขนาดคุณแม่
หรือไม่ แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาช่วยทำให้เราอยู่ในโลกความเป็นจริง
รู้ระยะเวลาของตัวเองว่าจุดไหนที่เราไม่ไหวแล้ว สองเราไม่สร้างภาระให้คนอื่น
หมีคิดว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสิ่งที่ทำแล้วทุกคนจะสบายใจ และ
สำหรับคุณแม่ของเรา ท่านตัดสินใจทำสิ่งนี้เพราะรักเราจริงๆ เป็นทั้งของขวัญ
และเป็นตัวอย่างให้ลูกๆ”

สิทธิการตายตามธรรมชาติ สิทธิที่เราเข้าไป?

- คุณพ่อนคร หุ่นเจริญ -

เราต่างวางแผนในการใช้ชีวิตแตกต่างกันออกไป บ้างคิดไว้ในระยะสั้นๆ
บ้างวางแผนระยะยาวไว้อย่างรัดกุม แต่จะมีชกที่คนที่วางแผนในเรื่องของ
ช่วงชีวิตระยะสุดท้ายและการจัดการเกี่ยวกับความตายของตนเอง ด้วยเหตุนี้
จึงทำให้หลายครอบครัวขาดความพร้อมในการบริหารจัดการช่วงเวลาที่ผ่านมา
สำคัญนี้ เช่นเดียวกับคุณพ่อนคร หุ่นเจริญ ที่ล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่าง
ไม่คาดฝัน การไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าทำให้ทั้งครอบครัวต้องเผชิญกับ
สถานการณ์ความป่วยไข้ไปตามสภาพ ทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่าย สภาพจิตใจ
รวมไปถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการยึดการตายของคุณพ่อในช่วงท้ายๆ ซึ่ง
เมื่อประสบการณ์แสนเศร้านั้นผ่านไปแล้ว กฤษดา หุ่นเจริญ ลูกชายคนโตถึง
ได้ค้นพบว่าได้พลาดข้อมูลสำคัญๆ ไปหลายเรื่อง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการ
ดูแลแบบประคับประคองและการทำหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งหากย้อนเวลากลับ
ไปได้ หากได้รับรู้สิทธิการตายตามธรรมชาติตั้งแต่ต้น คุณพ่อนครอาจมีคุณภาพ
ชีวิตในระยะท้ายที่ดีกว่านี้

“จากเหตุการณ์ของพ่อ ทำให้ผมรู้เลยว่าบางทีสิ่งที่สำคัญคือ พ่อมี
ความสุขไหมก่อนที่จะจากไป สำหรับคนที่จะไม่มีเวลาเหลืออีกแล้ว ชีวิตนี้จะ
หมดแล้ว เราควรสู้หรือไม่ ควรขึ้นอยู่กับมติตัดสินใจของแพทย์หรือไม่ เมื่อเรา



ผู้เต็มใจเท่าที่เราผู้ข้อมูล แต่ผลที่ได้รับคือคำพูดว่า ‘ขอโทษนะเราทำเต็มที่แล้ว’ ถ้าตอนนั้นผมรู้วิธีการจัดการ ผมคงให้พ่อได้ไปทะเล หรือได้พูดคุยกับเพื่อน ให้มากกว่านี้”

ข่าวร้ายไม่เคยเลือกเวลาว่าจะมาเมื่อใด สำหรับครอบครัวหุ่นเจริญ ชาวร้ายที่เปรียบเสมือนมรสุมรุนแรงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต คือการที่คุณพ่อนคร หุ่นเจริญ วัย 70 ปี ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยที่ทางครอบครัวไม่ได้เตรียมตัว เตรียมใจ และไม่ทราบรายละเอียดมาก่อนว่าต้องรักษาอย่างไร หรืออะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง รู้เพียงข้อมูลพื้นฐานที่ได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง

“ครอบครัวเราไม่ทราบข้อมูลอะไรเลยครับ ตัวผมเองไม่ได้ทำงานในด้านผู้ป่วยเลย ทำงานแต่การศึกษา เลยไม่มีความรู้เรื่องนี้ น้องสาวก็เหมือนกัน ไม่รู้เรื่องเลย เพราะเขาเป็นนักร้องโอเปร่า ก็เลยตัดสินใจกันว่าเราจะทำการรักษากันไป แต่จริงๆ คุณพ่อแข็งแรงมากเลยนะ ออกกำลังกายทุกวัน มีเพื่อน มีกลุ่มวิ่ง เมื่อรักษาด้วยการทำเคมีบำบัด คุณพ่อยังแข็งแรงอยู่เลย ทั้งหมอและพยาบาลพากันออกปากชม กระบวนการรักษาดำเนินต่อเนื่องไป ตอนเช้าผมทำงาน ตอนเย็นไปคอยดูแลและนอนเป็นเพื่อนพ่อ โดยที่ในการทำเคมีบำบัดครั้งแรกไม่มีภาวะติดเชื้ออะไร พ่อแข็งแรงปกติดี”

สมาชิกในครอบครัวยังมีความหวังว่าแนวทางการรักษานี้จะยืดชีวิตพ่อเอาไว้ ประกอบกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผ่านพ้นไปสามครั้งเป็นไปด้วยดี ไม่พบการติดเชื้อ แต่เมื่อทำการรักษาในครั้งที่สี่คุณพ่อเริ่มมีอาการติดเชื้อ ร่างกายเริ่มทรุดลงเรื่อยๆ และอาการหนักจนเกือบเสียชีวิต ถึงขั้นที่เมื่อฟื้นขึ้นมาแล้วทำอะไรไม่ค่อยได้ แพทย์จึงให้กลับไปพักที่บ้าน กฤษดาได้เล่าเหตุการณ์ที่สร้างความตระหนักให้ครอบครัวในครั้งนั้นว่า



“คุณหมอคงรู้แล้วว่ามะเร็งได้ลามไปมากแล้วจึงให้กลับบ้าน โดยที่ไม่รู้ว่าต้องมีแผนการรักษาอย่างไรต่อไป จากนั้นเราได้พาพ่อกลับไปรักษากับคุณหมอคคนเดิม ตอนนั้นเองที่คุณหมอบอกว่าท่านน่าจะอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ตอนนั้นเองที่เราเพิ่งรู้ว่าระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร แต่คุณหมอไม่ได้ให้ข้อมูลหรือการวางแผนใดๆ สำหรับครอบครัว ว่าการอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน เราสามารถทำอะไรได้บ้าง คุณหมอเพียงแต่ถามว่า จะสู้ต่อมั๊ย ถ้าสู้ต่อก็ต้องปรับเคมีให้แรงขึ้น”

จากเหตุการณ์ครั้งนั้น สร้างความค้างคาใจให้ภรรยาและสมาชิกในครอบครัวมาตลอด ในแง่ที่ว่าข้อมูลสำคัญต่างๆ ที่ควรรู้ กลับไม่ได้รับการแจ้งอย่างที่เราควรจะเป็น เช่น กระบวนการรักษาทางเลือก การรักษาแบบประคับประคอง หรือแม้แต่การทำหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งเป็นสิทธิด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยควรรับทราบอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเสี่ยงต่อการที่จะอยู่ในภาวะไร้สติสัมปชัญญะได้ทุกเมื่อ ซึ่งเมื่อเวลานั้นมาถึงหนังสือแสดงเจตนาจะกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้เจ้าของชีวิตยังสามารถรักษาสิทธิในร่างกายและจิตใจในระยะท้ายของชีวิตตนเองไว้ได้ โดยความยินยอมของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

“ผมอยากรู้ว่าเราต้องเตรียมตัวอย่างไร อะไรสำคัญที่สุด เราควรมีความหวังอีกไหมว่าพ่อจะรอด หรือเราควรจะทำอะไรบางอย่างที่ควรทำเพื่อพ่อในวาระสุดท้าย ผมไม่รู้ข้อมูลเหล่านี้เลย ผมได้แต่พยายามหาข้อมูลและทางเลือกต่างๆ ด้วยตัวเอง ทั้งสอบถามจากคนที่มีประสบการณ์และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเท่าที่เราหาได้ เราเลือกที่จะไม่บอกความจริงกับพ่อ เพราะครอบครัวยังคิดจะสู้กันอยู่ จนกระทั่งอาการของพ่อทรุดหนัก เพราะกินอะไรไม่ได้ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากมะเร็ง นอนชมอยู่ที่บ้าน ผมจึงตัดสินใจพาคุณพ่อไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลแห่งใหม่ จึงพบว่าที่นั่นมีแผนกที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย”



สิทธิแห่งคุณภาพชีวิตระยะท้าย

ด้วยโรคร้ายที่ลุกลามถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้จะเปลี่ยนสถานพยาบาล และดูเหมือนว่าจะมีแผนกที่ให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แต่อาการของพ่อมีแต่ทรุดลงเรื่อยๆ จนใกล้ถึงวาระสุดท้าย คนไข้มีทั้งอาการ ปอดติดเชื้อและปอดบวม สิ่งทีกฤษดาบังจำได้ดีคือข้อมูลที่แพทย์ผู้ดูแล ได้ยื่นเพียงกระดาษแผ่นหนึ่งมาให้เห็น พร้อมอธิบายเนื้อหาในแบบฟอร์มนั้นว่า “คุณรู้ไหมว่าถ้าเจาะปอดหรือปั๊มหัวใจจะเจ็บมาก ถ้าคนไข้นอนเจ็บในห้องไอซียูเขาจะบอกใครไม่ได้ ทรมาณนะ แต่มันมีวิธีที่ดีกว่านั้นนะ” คุณหมอมองทั้งทำย ไว้แค่นั้น

ในภาวะที่ต้องตัดสินใจว่าจะเข้าห้องไอซียูหรือไม่ เพราะหากตัดสินใจ ดังนั้นกระบวนการต่างๆ ย่อมเป็นไปตามข้อมูลที่แพทย์ได้แจ้งไว้ คือ อาจต้องมีการเจาะอวัยวะใดๆ หรือต้องปั๊มหัวใจ ในสถานการณ์กดดันเช่นนั้น กฤษดาอยู่ในภาวะไม่กล้าตัดสินใจ เพราะนั่นหมายถึงชีวิตและความเจ็บปวด ของพ่อก่อนที่จะท่านจะจากโลกนี้ไป

“ผมไม่มีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจแทนชีวิตใคร จึงบอกทั้งคุณแม่ น้อง ญาติ ให้มาช่วยกันคิดและตัดสินใจ สุดท้ายแล้วเราเห็นตรงกันว่าไม่อยากให้พ่อเจ็บ เรารู้ว่าท่านทรมาณมาครึ่งปีแล้ว ทรมาณมาก แคกระบวนการทำเคมีบำบัดก็ เหนื่อยแล้ว ยังต้องมาเจาะคอหรือปั๊มหัวใจอีก เมื่อทุกคนมีความเห็นตรงกัน คุณแม่จึงเป็นผู้เซ็นยินยอม จากนั้นจึงมีการให้มอร์ฟินเพื่อลดความเจ็บปวด จากนั้นทุกคนจึงสั่งเสียพูดคุยกับพ่อในช่วงสุดท้าย ผมเห็นพ่อค่อยๆ หลับ เหมือนไม่รู้สึกละไรอีกเลย แต่ว่าสมองยังอยู่ รวมทั้งประสาทหูที่จะทำหน้าที่เป็น สิ่งสุดท้าย เราพยายามทำให้ท่านสบายใจว่าไม่ต้องกลัวนะ ให้สบายใจได้ ลูกๆ โดหมดแล้ว เรารู้ว่าพ่อเป็นห่วงที่สุดเรื่องไม่อยากจะลูกเป็นหนี้ ท่านพูดเสมอว่า ถ้าต้องจ่ายเงินเองพ่อไม่รักชานะ เราต้องคอยบอกว่าจ่ายได้อยู่แล้วจริงๆ พวก ค่ารักษาพยาบาลนั้นหนักอยู่ แต่เราไม่ให้พ่อรู้ คุณหมอบอกว่าสิ่งที่เราคุยนั้น พ่อได้ยินแน่นอน เพราะสมองไปที่หลังสุด ตัวพ่อค่อยๆ เย็นจากข้างล่างขึ้นมา ข้างบนไล่ขึ้นไปเรื่อยๆ จนกระทั่งท่านจากไป”

แม้ความทรงจำเกี่ยวกับการเสียชีวิตของคุณพ่อจะเป็นประสบการณ์แสนเศร้า แต่กฤษดาได้พยายามทำในสิ่งที่ลูกที่ดีคนหนึ่งควรจะทำ คือแสดงให้เห็นผู้เป็นพ่อซึ่งกำลังป่วยหนักได้เห็นว่า พ่อได้ดูแลลูกมาดีทั้งชีวิตแล้ว เขารู้สึกว่าคุ้มจริงๆ ที่ไม่แสดงความกลัวออกมาให้พ่อเห็น เพราะนั่นจะยิ่งทำให้พ่อขวัญเสีย

“หากผมโวยวาย แสดงความเสียใจ ผมคิดว่านั่นยิ่งทำให้เสียเวลา แต่สิ่งที่ผมยึดมั่นในช่วงนั้นคือความรักที่มีต่อพ่อ ให้พ่อรู้สึกว่าคุณยังมีผมอยู่นะ พ่อมีความรักของพวกเรา ผมเอาพวงมาลัยไปไหว้ท่าน จากที่ไม่เคยบอกรักไม่เคยกอด ผมทำทุกอย่าง เป็นสิ่งที่คุ้มค่ามาก ผมคุยกับน้องว่าเราจะไม่ร้องให้กันนะ ผมตัดสินใจให้น้องร้องเพลง 3 เพลง ให้พ่อฟัง เพราะว่าท่านชอบมีเพลงหยาดเพชร เพลงพระราชนิพนธ์ของในหลวง และเพลงของพุ่มพวง น้องสาวผมก็ใจแข็งนะ ร้องเพลงจนจบโดยไม่ร้องให้เลย ผมคิดว่านี่คือสิ่งที่ดีที่สุดแล้วที่เราจะทำให้ท่านได้ แม้ว่าพ่อจะนอนนิ่งๆ แต่ผมคิดว่าท่านยิ้มนะ พอร้องเพลงสุดท้ายจบสักพักนึง ซีพजरของพ่อค่อยๆ ดับไป เป็นสิ่งที่ผมคงจะจำไปตลอดชีวิตเลยว่าได้ทำดีที่สุดแล้ว”

แม้จะบอกกับตัวเองว่าได้ทำดีที่สุดแล้ว แต่มีหลายสิ่งในช่วงวาระสุดท้ายของพ่อที่กฤษดาและครอบครัวยังคงค้างคาใจ โดยเฉพาะคำอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการและทางเลือกต่างๆ ที่ควรได้รับจากสถานพยาบาลที่พ่อไปรักษาตัว เพราะหากมีข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ทราบข่าวร้าย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา เขาอาจทำให้ช่วงเวลาสุดท้ายของพ่อมีคุณภาพได้มากกว่านี้ เมื่อถามว่าหากย้อนเวลากลับไปได้เขาจะทำอะไร ลูกชายคนนี้ตอบทิ้งท้ายว่า

“ตอนนั้นเรารู้สึกแค่ที่ว่าชีวิตของพ่อจะหมดแล้ว เราควรขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ เราจึงสู้เต็มที่ เสร็จแล้วพ่อทรมานช่วงท้ายๆ หมอบอกเราว่าทำเต็มที่แล้ว ผมเลยคิดว่าความสุขของพ่อในช่วงสุดท้ายตรงนั้น สมมุติว่าผมตัดสินใจไม่ทำเคมีบำบัดแรงๆ ตั้งแต่ตรงนั้น แล้วผมรู้วิธีจัดการ ผมคงได้ให้พ่อผมไปทะเล หรือไปคุยกับเพื่อนๆ ให้มีความสุข เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคุณพ่อทำให้ผมรู้เลยว่าบางทีสิ่งสำคัญคือทำให้ท่านมีความสุขก่อนที่จะจากไปมากกว่า”





ความสูญเสียทางการแพทย์ (Medical Futility)

- พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ -

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง

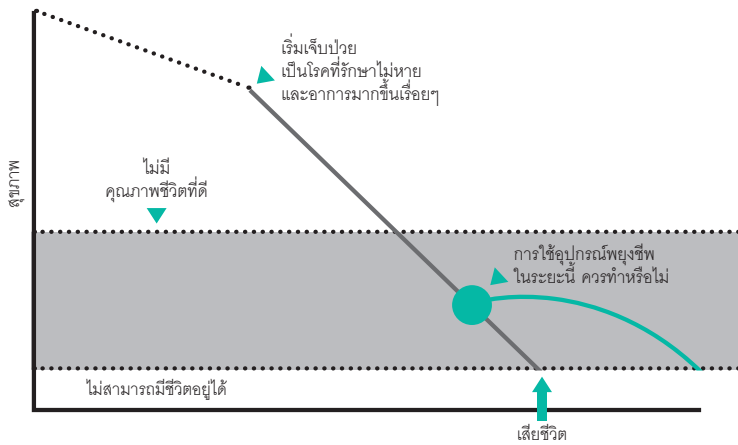
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลชีวิต และยอมรับการตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่เร่ง และไม่ยืดความตาย ดูแลความเจ็บปวด และอาการทุกข์ทรมานต่างๆ อีกทั้งเป็นการผสมผสานการดูแลด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ และให้การดูแลญาติก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย (Bereavement)

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง มีอุปกรณ์ และวิธีการทางการแพทย์ที่เป็น Life Sustaining Technology ต่างๆ เช่น การทำการกู้ชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เครื่อง Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) การล้างไต การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยาง หรือการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือในโรงพยาบาล



แนวทางการใช้อุปกรณ์ฟองชีพ



เครดิตภาพ รศ. นพ. ฉันทิชาชาย สิทธิพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง หรือในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น การยอมรับความตายเป็นสิ่งที่ยาก การนิยามว่าการรักษาใดเป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ (Medical Futility) หรือไม่นั้นก็เป็นสิ่งที่ยากเช่นกัน เพราะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย เช่น ผู้ป่วยแต่ละราย ภาวะของโรคแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การรักษาใดๆ จะมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลือจะดีหรือไม่ อายุ เศรษฐฐานะ ความคาดหวัง และความกลัว การทอดทิ้งในระยะท้ายของชีวิต การพยากรณ์โรคที่ดีหรือไม่ ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต สภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ความเชื่อ ความศรัทธา ทักษะต่อโรคต่อการเสียชีวิต ความพร้อมและการยอมรับในการเผชิญหน้ากับความตายของทั้งผู้ป่วยและญาติ การที่ต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป และความเห็นของทีมนุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองนั้น การเลือกหรือการตัดสินใจที่จะพิจารณาใช้อุปกรณ์พุงซีพ เครื่องมือ ยา หรือวิธยากรใดๆ นั้น ต้องการข้อมูลรอบด้าน อีกทั้งคำนึงถึงความหวัง ความคาดหวัง การสื่อสาร กับผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งมีมุมมองที่หลากหลาย เช่น

ด้านบุคลากรทางการแพทย์ : เป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่มองในบางแง่มุมดังนี้ เช่น หลักฐานทางการแพทย์ที่ต้องการสัญญาว่า “ปลอดภัย และทำให้ชีวิตดีขึ้น” ความเชื่อว่าการตัดสินใจเลือกการรักษาทางใด “ไม่ได้เป็นสิ่งที่ญาติต้องตัดสินใจ ต้องเป็นหมอเท่านั้นที่ตัดสินใจให้” ความเป็นมืออาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะมองว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นคือ “ศัตรูของบุคลากรทางการแพทย์(ที่ยอมรับไม่ได้)” และสิ่งที่คุกคามต่อความคิด คือ การประกาศได้ด Blue หมายถึง ต้องมีการทำการกู้ชีพ (CPR)

ด้านครอบครัว : ความต้องการของครอบครัวที่อาจจะรู้สึกผิดถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือไม่ทำอะไรเพิ่มเติม การเกิดภาวะกตัญญูเฉียบพลัน (Acute กตัญญู Syndrome) สำหรับญาติบางคน เช่น ต้องล้างไต ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องปั๊มหัวใจ และกลัวต่อการสูญเสีย การรักษานั้นๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ ควรตัดสินใจเลือกหรือไม่ สิ่ง que เลือกนั้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยยืดชีวิต



อยู่ต่อไปได้อีก สิ่งที่คุณเลือกนั้นจะทุกข์ทรมานหรือไม่

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยและครอบครัว : การดูแลรักษาจะอย่างไรต่อไป และจะสื่อสารอย่างไรถ้าการรักษาไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยและญาติยังมีความหวัง และความคาดหวังที่สูงมากเกินกว่าความจริงทางการแพทย์จะทำให้ได้)

ด้านความสัมพันธ์ : ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยและครอบครัว : ในกรณีที่เป็นปฏิเสธรักษาจากแพทย์จะเกิดความขัดแย้งหรือไม่

ด้านกฎหมาย : การที่ไม่ทำการกู้ชีพนั้นจะผิดกฎหมายหรือไม่ หรือเป็นการุณยฆาตหรือไม่

มุมมองด้านกฎหมายนั้นกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ มีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งข้อมูลทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ซึ่งระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นไม่ได้

ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ถึงการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องแจ้ง ชี้แจงอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นควรจะหมายถึงการทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Plan) ด้วย

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Right to Self Determination หรือ Autonomy) ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่อยู่



ในวาระท้ายของชีวิต แต่การตัดสินใจบางอย่างอาจจะนำมาซึ่งความขัดแย้งได้ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดอาจนำไปสู่ความขัดแย้งที่เป็นผลจากการขาดความชัดเจนของหลักฐานทางการแพทย์ ความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันของทุกฝ่าย ความแตกต่างด้านศีลธรรม ศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม จริยธรรม เศรษฐฐานะ ความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้งในช่วงระยะท้ายของชีวิต การกลัวการได้ตอบจากบุคลากรทางการแพทย์ถ้าตัดสินใจการเลือกแนวทางการดูแลรักษาแบบ Cure ต่อไป ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย กฎหมายที่บังคับใช้ บังคับจี้ทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ทำให้การตัดสินใจล่าช้าออกไป และนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรือการรักษาบางอย่างที่ไม่ต้องการ หรือการรักษาที่เกิดอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย

ขอยกตัวอย่างการศึกษาในบางสถานการณ์ ที่อาจจะช่วยในการตัดสินใจได้

Susan D. Block ในปี ค.ศ. 2001 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ใน Hospice (สถานพยาบาลกึ่งบ้าน) พบว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตเกิดในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปมีการใช้อุปกรณ์พยุงชีพร่วมด้วย

Dowdy MD และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้าย พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น

Christakis NA และคณะ ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้าย ในการบอกการพยากรณ์โรคนั้น พบว่า ร้อยละ 20 สามารถบอกการพยากรณ์โรคได้ถูกต้อง ร้อยละ 63 พยากรณ์โรคเกินกว่าความเป็นจริง และร้อยละ 17 พยากรณ์โรคต่ำกว่าความเป็นจริง ความแม่นยำของการพยากรณ์โรคจะผกผันกับระยะเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

Zerzan J, Stearns S, Hanson L ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาผู้ป่วยใน Nursing

Home พบว่าในภาวะ End of Life นั้นความปวดเป็นอาการที่รบกวนทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก ซึ่งการตัดสินใจที่จะยุติหรือถอยถอนการรักษา (Withholding and Withdrawal Treatment) นั้นใครควรจะเป็นผู้ตัดสินใจ ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

Christ M, Liebeton J, Breker IM และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 ศึกษาที่แผนกห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาที่เกี่ยวกับการรักษา (Living Will) ไว้แล้วนั้น มีเพียงร้อยละ 27.8 แต่มีเพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้นที่นำหนังสือดังกล่าวติดตัวมาด้วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อจำนวนการเขียน Living Will พบว่า ร้อยละ 4.3 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และร้อยละ 35.1 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่มี Living Will นั้นจะพบในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. ในปี ค.ศ. 2013 ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (ESRD) พบว่าถ้าหยุดฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 7.4 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ยังคงฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 54.4 วัน

Lenzer J., Riley G, Lubitz J., Jennings B, Morrissey MB ในปี ค.ศ. 2012 - 2010 รายงานประจำปี พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในโรงพยาบาล และนำมาสู่ค่าใช้จ่ายที่มหาศาลถึงร้อยละ 25 ของเงินในกองทุน Medicare ที่ต้องเสียไปในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต นำไปสู่คำถามถึงการจัดการทรัพยากรต่างๆในระบบสุขภาพ

Hall RI, Rocker GM ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากที่มีการยุติการพุงซีฟ มักจะอยู่ได้หลายชั่วโมง และอาจจะต้องการที่ดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่หอผู้ป่วยวิกฤต และสิ่งที่น่าสนใจในผู้ป่วยบางรายซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ที่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ 1 วันหรือมากกว่าหลังจากที่เอาเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว

Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF และ de Boer MJ, Van Der Wall EE ได้รายงานในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ผู้ป่วย 1136 รายที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 11 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตเป็นการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ (Futile)





ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 2.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของจำนวนค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลแห่งนั้น) ถ้าคิดในภาพรวมของ The Institute of Medicine คาดการณ์ไว้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (Futile) นั้นน่าจะมากกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

Murphy DJ และคณะ ในปี ค.ศ. 1994 ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เมื่อถามถึงความประสงค์ ถ้าในกรณีที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในภาวะ Acute Illness พบว่าร้อยละ 41 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (CPR) (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) หลังจากที่ได้รู้ข้อมูลของการรอดชีวิตแล้วว่า โอกาสรอดชีวิต (หลังการทำ CPR มีเพียงร้อยละ 10 ถึง 17) ทำให้การเลือกที่จะกู้ชีพลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 86 ปีนั้น เลือกที่จะทำการกู้ชีพเพียงร้อยละ 6 และถ้าถูกถามในภาวะ Chronic illness ที่มีเวลาที่เหลืออยู่ไม่เกิน 1 ปี พบว่า ร้อยละ 11 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) และหลังจากรู้ข้อมูลถึงโอกาสรอดชีวิตแล้วการเลือกที่จะกู้ชีพเหลือเพียงร้อยละ 5

Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M ในปี ค.ศ. 2006 พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ใน nursing home มีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 26.9

การให้อาหารในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีข้อมูลว่าการให้อาหารทางสายยางไม่ได้ลดความเสี่ยงของการสำลัก หรือลดอัตราการตาย ส่วนการให้สารน้ำไม่ได้ลดอาการปากแห้ง

จะเห็นว่าในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตยังสูญเสียหน้าที่การทำงาน การช่วยเหลือตนเอง และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายในการไปใช้บริการที่สถานพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องทุกข์ทั้งทางกายและทางใจ

สิ่งที่ชัดเจนและข้อจำกัดของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในการตัดสินใจ Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) ได้แก่



ด้านทัศนคติ ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่สามารถยอมรับความตายได้ เนื่องจากยังมีความหวังที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ ความคิดที่กลับไปกลับมาที่จะหลบหนีอาการทุกข์ทรมานทางกายกับการมีชีวิตอยู่ต่อไป การให้ความสำคัญและเคารพต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะไม่รับ DNAR

ด้านความรู้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการพยากรณ์โรค ขาดความเข้าใจการรับรู้ในสิ่งที่เป็นตัวของผู้ป่วย (Patient Preferences)

ด้านการสื่อสาร มักจะเป็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้เวลาที่ไม่เพียงพอ ความคิดเห็นภายในทีมบุคลากรสุขภาพเองที่ไม่ตรงกัน ความไม่ชัดเจนในการระบุผู้ป่วยที่ต้องการ DNAR

โอกาสในการพัฒนาเรื่อง ความสูญเสียเปล่าทางการแพทย์ ได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมทีมบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ความสูญเสียเปล่าทางการแพทย์ ส่งเสริมในเรื่องการสื่อสาร การสร้างความตระหนักในด้านนี้

- การส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารในเรื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ของผู้ป่วยและญาติ และใช้แนวความคิดด้านจริยธรรม และการดูแลแบบประคับประคองเข้าร่วมด้วยในการทำงานของทีมนักวิชาการด้านสุขภาพ
- การส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้เกิด Early Palliative Care และ Hospice Referral
- สนับสนุนระบบบริการสุขภาพในเรื่องของเกณฑ์สำหรับการอยู่ใน Hospice การเบิกจ่ายในแต่ละกองทุน
- ส่งเสริมให้มีความตระหนักด้านสังคม และวัฒนธรรมว่าการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไปอย่างเข้มข้น



สรุป

การดูแลในวาระท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ทำทนาย และบ่อยครั้งที่สามารถเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ทั้งความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้งของผู้ป่วย จะส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย (Medical Futility) ในขณะเดียวกันการดูแลแบบประคับประคองนั้นสามารถที่จะใช้ควบคู่ไปกับการดูแลที่เป็นแบบ Curative Care การสื่อสารที่ดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมบุคลากรด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งควรปรึกษาทีมจริยธรรมตั้งแต่นั้นๆ เพื่อรวมดูแลผู้ป่วยด้วย



บทที่

03

ไม่ยากที่จะให้ สุขใจที่จะรับ





“ไม่ยากที่จะให้ สุขใจที่จะรับ”

- ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ -

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความนี้เป็นความพยายามที่จะสื่อถึงบทบาทอันสำคัญยิ่งของแพทย์พยาบาล และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ในการที่จะช่วยผู้ป่วยค้นหาและปฏิบัติตามความปรารถนาสุดท้าย ด้วยเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่อีกไม่นานนี้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ ด้วยการเพิ่มความสุข ลดความทุกข์ทรมาน เตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถก้าวข้ามช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านได้อย่างราบรื่นขึ้น

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสให้บอกเล่าหรือถ่ายทอดสิ่งที่เป็นความประสงค์ของตน ในด้านต่างๆ ซึ่งด้านที่จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติงานของแพทย์พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ มากที่สุด ก็คือ ความประสงค์ด้านการรักษาพยาบาลหรือการบอกกล่าวถึงรูปแบบ เจ็บป่วย และความเสียหายต่างๆ ของการรักษาพยาบาลที่รับได้และรับไม่ได้ การแสดงความประสงค์เช่นนี้ของผู้ป่วยเรียกกันเป็นการทั่วไปว่า “การแสดงเจตนา” โดยครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ตลอดจนแพทย์พยาบาล จำเป็นต้องได้รับทราบถึงเจตนารมณ์หรือความประสงค์นั้นของผู้ป่วยร่วมกันเพื่อช่วยให้ความปรารถนาดังกล่าวของผู้ป่วยได้รับการเคารพและปฏิบัติตาม โดยนัยยะนี้การทำความประสงค์ของผู้ป่วยให้ประจักษ์ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ และจะส่งผลให้กระบวนการดูแลที่จะเกิดตามมาทั้งหมดเป็นไปเพื่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะยอมรับ เตรียมพร้อม และสามารถจากไปอย่างสงบได้ในที่สุด

อย่างไรก็ดี เมื่อกล่าวถึง “การแสดงเจตนา” ของผู้ป่วยในด้านการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการดูแลที่จะเกิดขึ้นในวาระท้ายของชีวิตนั้นเป็นเรื่องที่ยังมีความเข้าใจที่แตกต่างหลากหลายในหมู่สาธารณชน และในหมู่แพทย์พยาบาล ผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงต่อการจัดการกับเจตนารมณ์ด้านการรักษาพยาบาล บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะกล่าวถึงสถานการณ์การรับรู้และความเข้าใจ



ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในโรงพยาบาล
ในประเด็นความสำคัญของการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในการปฏิเสธการ
รักษาที่เป็นไปเพื่อยืดความตาย ต่อเนื่องไปถึงความพร้อมของโรงพยาบาล
และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งในเชิงระบบและเชิงทัศนคติ ในการที่จะรองรับ
สถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการแสดงเจตนาหรือได้แสดงเจตนามาแล้วที่ต้องการ
จะให้วาระสุดท้ายของชีวิตตน ดำเนินไปอย่างสงบและจบสิ้นตามธรรมชาติ

ผลการวิจัยเรื่อง “การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 12
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550” แสดงให้เห็นถึงความท้าทาย
และช่องว่างที่ปรากฏอยู่ในวาทกรรมการแสดงเจตนาของผู้ป่วย โดยมุ่งหวังให้
เกิดการเรียนรู้ถึงความเข้าใจและความคาดหวังที่แตกต่างกันระหว่างฝ่ายต่างๆ
ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้แล้วบทความยังพยายามหาคำอธิบายสถานการณ์ดังกล่าว
บนบริบท สถานการณ์ แนวโน้ม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน
สังคมไทย เพื่อเป้าประสงค์ใหญ่ของการขับเคลื่อนเชิงระบบให้คนไทยทุกคน
ได้รับโอกาสในการจากไปอย่างสงบเมื่อวาระ**สุดท้ายของชีวิตมาถึง**

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบประชาชนพึ่งพาและฝากความหวังไว้
เสมอมา ไม่ว่าจะป่วยมากป่วยน้อยคนไทยก็มีทัศนคติที่จะ “ฝากผี ฝากไข้”
กับแพทย์และโรงพยาบาลอย่างเหนียวแน่น นั่นเป็นเพราะความเชื่อมั่นและ
เชื่อใจที่คนไทยมีต่อระบบสุขภาพของประเทศ คุณภาพและศักยภาพของ
ระบบสุขภาพไทยสะท้อนผ่านการที่คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี
มีโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับทั้งในและนอกประเทศ
มีแพทย์ที่เก่ง โรงพยาบาลมีมาตรฐาน มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ดังจะเห็นได้จากการยอมรับของนานาชาติและจำนวนของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่
เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยจำนวนมากทั้งยังเป็นสิ่งที่สังเกตได้ทั่วไป
ในโรงพยาบาลต่างๆ อย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ไม่มีใครปฏิเสธคุณภาพการ
ที่ระบบการแพทย์ได้สร้างไว้แก่ชีวิตของคนไทยอย่างสิ้นเหลือ



ความแข็งแรงของระบบการแพทย์ในภาพรวมส่งผลให้ทัศนคติต่อชีวิต การเจ็บป่วย ความทุกข์ การตายและความตายของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป การแพทย์ช่วยให้คนบรรเทาทุกข์จากสุขภาพอันเป็นผลจากเจ็บป่วยจนกลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในการมุ่งเน้นการรักษาทางกาย และเป็นการรักษาที่ให้คุณค่ากับการยืดชีวิต รอวันที่จะทะลายนขีดจำกัดของธรรมชาติลงอย่างราบคาบ การแพทย์จึงมีความหมายเท่ากับปาฏิหาริย์เสมอ เราอาจเรียกระบบการแพทย์ เช่นนี้ว่า การแพทย์สมัยใหม่ (Modern Medicine) หรือการแพทย์ที่ไม่มีอะไรเป็นไปได้ (Wish-Fulfilling Medicine) ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบที่ผูกขาดชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ทุกคนตระหนักดีว่าเราไม่อาจอยู่ได้โดยปราศจากความช่วยเหลือของระบบการแพทย์ ระบบการแพทย์จึงมีคุณค่ามากต่อชีวิตมนุษย์จนพัฒนาเป็น “วัฒนธรรมพึ่งพิงระบบการแพทย์” และในขณะเดียวกัน ระบบการแพทย์ก็เข้ามาครอบงำชีวิตมนุษย์ทุกด้านมากขึ้นเรื่อยๆ มนุษย์ตกอยู่ในภาวะของการพึ่งพาตนเองน้อยลงในทางสุขภาพและฝากความหวังทั้งหมดที่จะพ้นจากการเจ็บป่วยและความตายไว้กับการแพทย์

สังคมไทยจึงถูกจัดให้เป็นสังคม “แพทยานูวัตร” (Medicalised Society) ในความหมายที่ระบบการแพทย์ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยา เทคโนโลยี และโรงพยาบาลที่ทันสมัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ได้สร้างปาฏิหาริย์ให้เกิดขึ้นกับชีวิตมนุษย์ ผ่านร่างกายที่มีฐานะเป็นเพียงสิ่งที่มีการแพทย์ให้การรักษา และการแพทย์ได้ผูกขาดการกำหนดชะตาชีวิตมนุษย์จนวาระสุดท้าย สังคมแพทยานูวัตรเช่นนี้ส่งผลต่อการเกิดขึ้นของ “วัฒนธรรมสุขภาพ” และ “กระบวนทัศน์ในระบบสุขภาพ” ที่ตอบเจตย์ให้ปาฏิหาริย์เกิดขึ้นกับชีวิตมนุษย์ในมิติต่อไปนี้

- กระบวนทัศน์ในระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับความสำเร็จเชิงปริมาณของการรักษาพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อการยืดอายุและยืดความตายออกไปให้นานที่สุด โดยการยืดความตายถูกนับเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จทางการแพทย์ และเป็นภาพสะท้อนศักยภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นชื่อเสียงของแพทย์ผู้ทำการรักษาอีกด้วย



- กระบวนทัศน์ดังกล่าวนำไปสู่การมีวัฒนธรรมสุขภาพที่มุ่งไปสู่กระบวนการรักษาอย่างเข้มข้น อีกนัยยะหนึ่งหมายถึงการที่แพทย์เน้นการรักษาทางกายเพื่อเอาชนะโรคให้ได้มากที่สุดนานที่สุด หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าเป็นการแพทย์แบบ Curative หรือ Curative Model of Medicine
- ยิ่งไปกว่านั้น ด้วยเป้าหมายของการรักษาอย่างเข้มข้นเพื่อเอาชนะโรคภาวะของความเป็นมนุษย์ถูกมองเป็นการดำรงอยู่ของร่างกาย ร่างกายจึงถูกแยกส่วนออกจากจิตใจ ประสบการณ์ และสังคมที่สร้างตัวตนและจิตวิญญาณของร่างกายนั้นขึ้น ร่างกายจึงถูกรักษา / ได้รับการรักษาเสมือนเป็นวัตถุ
- ผลสำเร็จในเชิงปริมาณของการรักษาแบบ Curative ส่งผลทำให้ คนทั่วไปในสังคมให้คุณค่าอย่างสูงต่อระบบการแพทย์ (อันหมายถึง แพทย์โรงพยาบาล ยา เทคโนโลยี) การเจ็บป่วยและความตายถูกผลักให้ห่างออกไปจากหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองผู้ซึ่งเป็นเจ้าของร่างกาย และมีทัศนคติที่จะพึ่งพิงระบบการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้คร่าวๆ ที่สุดจากปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก และเตียงในโรงพยาบาลเต็มเกือบจะตลอดเวลา แม้กระทั่งการเสียชีวิตก็เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมากกว่าที่บ้าน เป็นต้น
- การให้คุณค่ากับการรักษาแบบ Curative ส่งผลให้เกิดความจำเป็นที่ต้องผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคสาขาต่างๆ มากขึ้น ความเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรค ทั้งยังได้รับความเชื่อถือจากสังคมสูง
- ภายใต้วัฒนธรรมการรักษาแบบ Curative แพทย์เองสั่งสมชื่อเสียง ความสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากสังคมจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญของตน “อัตลักษณ์” (Identity) ของแพทย์แต่ละคนขึ้นอยู่กับการเป็นแพทย์สาขาใด มีชื่อเสียงจากการรักษาหรือไม่ เป็นสิ่งที่ได้รับการรองรับโดยกลไกทุนนิยมของการได้มาซึ่งทรัพย์สิน เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น



- การเรียนแพทย์และการเลือกเรียนเฉพาะทางของแพทย์จึงเป็นผลผลิตที่เกิดจากความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างกลไกทุนนิยมและกระบวนทัศน์แบบ Curative Medicine
- ด้วยกระบวนทัศน์ของระบบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รักษาโรคและเอาชนะความตายนั้น ส่งผลให้ในอีกด้านหนึ่งก่อให้เกิดความอ่อนแออย่างมากในจุดที่ไม่สร้างผลอย่างเป็นรูปธรรมต่อการรักษาโรค อาทิ เช่น แพทย์ที่ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ เช่น เวชปฏิบัติทั่วไป หรือ เวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์ ตลอดจนแพทย์ที่ทำงานเชิงระบบ เช่น เวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์ชุมชน รวมไปถึงแพทย์ที่มีบทบาทเป็นหน่วยสนับสนุนอื่นๆ เช่น นิติเวชศาสตร์ พยาธิวิทยา เป็นต้น
- แพทย์เป็นผู้มีบทบาทนำในกระบวนการรักษา หากมองในเชิงอำนาจที่นำไปสู่การตัดสินใจและการกำหนดแนวทางการรักษานั้น พบว่าผู้ป่วยผู้ซึ่งเป็นเจ้าของร่างกาย เป็นผู้รับผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา กลับมีบทบาทน้อยและเป็นบทบาทของการเป็นผู้ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Doctor - Patient Relationship) จึงมีลักษณะที่ขาดสมดุล

ในขณะที่กระบวนทัศน์ทางการแพทย์ตั้งเข็มมุ่งไว้ดังนี้นั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับบุคคลซึ่งได้แก่ผู้รับบริการในระบบการแพทย์ย่อมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะโดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม

- ผู้คนพึงพิงระบบสุขภาพอย่างสูงและเกินจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าและความเชื่อมั่นที่คนมีให้ต่อการแพทย์ระดับตติยภูมิ ส่งผลให้การทำงานของระบบปฐมภูมิไม่อาจได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- เส้นทางการขอการพึงพิงระบบสุขภาพอย่างสูงนั้น ผู้ป่วยถูกนำไปสู่การสร้างความคาดหวังที่เกินจริงต่อระบบสุขภาพแบบ Curative และต่อแพทย์ และต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง จนท้ายที่สุดอาจนำไปสู่ความสูญเปล่าทางการแพทย์ (Medical Futility) ในกรณีของ



การใช้ยาเกินจำเป็น หรือการยืดความตายให้ยาวนานออกไปโดยสร้างทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

- ด้วยความคุ้นชินดังกล่าว สังคมโดยทั่วไปจึงให้ความสนใจน้อยกับการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาด้วยวิธีคิดที่แตกต่างจากการแพทย์แบบ Curative เช่น การแพทย์ที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมุ่งเน้นที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตในระย่นท้ายนั้นมากกว่า ให้การรักษาอย่างเข้มข้นจนนาทีสุดท้าย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Medicine)
- ทั้งหมดทั้งมวลสังคมไทยกำลังเดินไปสู่สภาวะของการปฏิเสธความตาย

เมื่อมาตรา 12 ถูกหยิบยกขึ้นมาในสังคมแพทยานูวัตร์ที่ผู้คนเดินอยู่บนเส้นทางของการปฏิเสธความตายที่เป็นเสมือนอุดมการณ์หลายๆ ของระบบการแพทย์ในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก คงปฏิเสธมิได้ว่ามาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่ระบุให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนได้นี้ ได้สร้างให้เกิดความสงสัย เกิดคำถาม เสียงคัดค้าน เสียงสนับสนุน ที่นำไปสู่การเปิดประเด็นตีความ ถกเถียง แลกเปลี่ยนความคิด ตลอดจนเกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมทั้งในและนอวงวงการสาธารณสุขอย่างมากมาย

มาตรา 12 นับเป็นความท้าทายสำคัญที่ระบบการแพทย์-การสาธารณสุขต้องรับมือ เพราะกระบวนทัศน์ที่ฝังรากเป็นวัฒนธรรมสุขภาพทั้งหลายที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ถูกท้าทายด้วยแนวคิดใหม่ที่อาจจะนำไปสู่การจัดระบบระเบียบทางสังคมใหม่ทั้งกระบวน โดยแนวคิดใหม่ที่ถูกนำเสนอต่อสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านการมีมาตรา 12 ที่สำคัญๆ ได้แก่

- **มุมมองต่อบุคคล** เมื่อบุคคลเป็นเจ้าของร่างกาย บุคคลจึงควรมีสิทธิในการกำหนดว่าตนเองจะต้องการหรือไม่ต้องการสิ่งใดเมื่อต้องเข้าสู่ช่วงวาระท้ายของชีวิต



- **มุมมองต่อผู้ป่วย** การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่จะเข้ามาใช้บริการสาธารณสุข
- **มุมมองต่อแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุข** แพทย์ต้องให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจและเคารพเจตนารมณ์ของผู้ป่วย
- **ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย**

ด้วยหลักการที่แพทย์ต้องให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจและเคารพเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยปรับเข้าสู่จุดสมดุลที่ทั้งสองฝ่ายต่างเคารพในความคิดและข้อมูลของแต่ละฝ่าย ผู้ป่วยเคารพความรู้เชิงวิชาชีพและจรรยาบรรณของแพทย์ แพทย์ให้คุณค่ากับประสบการณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

- มุมมองต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ
- เน้นการให้คุณค่ากับการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงนโยบายและในทางปฏิบัติ
- ให้ความสำคัญกับการมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแกนกลางให้กระบวนการดูแลรักษา
- เกิดความจำเป็นที่ต้องยกระดับให้ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งมากขึ้น ได้รับการยอมรับทางสังคมสูงขึ้น และกว้างขวางขึ้นเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่จะมีมากขึ้นในสภาวะสังคมสูงวัยที่จะมาถึง
- การมีนโยบายและความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่จะรองรับการแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อการยี่ดการตายในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย
- มุมมองต่อสังคมและวัฒนธรรม - การตาย ครอบครั้ว วัฒนธรรมสุขภาพ
- การตายถูกตีความในมุมมองของสิทธิเหนือร่างกาย และสิทธิที่จะได้รับโอกาสในการทำให้ความประสงค์ของตนได้รับการปฏิบัติตาม นอกจากนี้ประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการตายในสังคมสมัยใหม่ถูก



หยิบยกมาพูดถึงกันมากขึ้นในวงที่กว้างขึ้นอีกด้วย

- เกิดการทบทวนถึงบทบาทของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ท่ามกลางความท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจที่ครอบครัวต้องเผชิญในยุคสมัยนี้ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ต้องทำให้เข้มแข็งและจะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการแบ่งเบาภาระในระบบสาธารณสุขในส่วนของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- ความจำเป็นต้องสร้างและปรับโลกทัศน์ทางสังคมต่อระบบการแพทย์ อาจเรียกได้ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมสุขภาพให้เกิดการกระจายความรับผิดชอบจากระบบการแพทย์ที่มีภาระพึ่งพิงจนล้นป่า มาสู่การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว จัดกลไกการดูแลที่เหมาะสมกับชุมชนและวัฒนธรรม เพื่อให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสังคมผู้สูงวัยได้อย่างเข้มแข็งขึ้น ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลย้อนกลับไปยังการผลิตกระบวนการนวัตกรรมในระบบสุขภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ความสำคัญของการแสดงเจตนาของผู้ป่วย ที่มีต่อการปฏิบัติงานของแพทย์พยาบาล

ในสังคมไทยนั้นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล นำโดยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ เป็นผู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความเคารพนับถือ ให้ความเชื่อมั่นที่จะฝากชีวิตและความหวังไว้ในมือ ท่านคือกลุ่มบุคคลจำนวนไม่มากนักที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และท่านคือคนเพียงไม่กี่คนที่มีโอกาสเข้าถึงและได้รับรู้ถึงประสบการณ์ช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาถึง ในภาพของความสงบและมีคุณภาพที่สุดเท่าที่จะเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การให้การดูแลในระยะท้ายจำเป็นต้องเกิดขึ้นบนหลักการสำคัญประการหนึ่งอันเป็นหลักการที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในโลก คือ การจัดบริการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการเคารพต่อความปรารถนาหรือเจตนาของผู้ป่วย กล่าวคือ เราจำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างมาก



ต่อการเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยได้เลือก

อย่างไรก็ดี จากหลายๆ กรณีศึกษา ได้สะท้อนให้เห็นถึงการตีความที่หลากหลายของ “การแสดงเจตนาว่าด้วยวาระสุดท้ายของชีวิต” ความหลากหลายเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะมีความแตกต่างกันในประเด็นต่างๆ เช่น

จุดเริ่มต้นของการแสดงเจตนา

- ก่อนป่วย เป็นการคิดล่วงหน้าถึงสถานการณ์ที่ยังมาไม่ถึง แต่ผู้แสดงเจตนาต้องการบอกให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงความต้องการของตน
 - หากทำเป็นเอกสารโดยหลักแล้วจะคล้ายกับการเขียนพินัยกรรมด้านทรัพย์สิน แต่ไม่พบว่าแพร่หลายในหมู่คนทั่วไป
 - หากเป็นการบอกเล่าให้ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดทราบด้วยวาจา จะไม่ได้ถูกมองเป็นพินัยกรรมตามทัศนะของคนไทย ซึ่งพบได้บ่อยที่เป็นการแสดงเจตนาด้วยวาจา เช่น พ่อแม่บอกลูกว่าไม่ต้องการให้เจาะคอ บีมหัวใจ ถ้าจะเสียชีวิตขอให้ไปอย่างไม่ทรมาน และอาจเรียกได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมครอบครัวไทยที่จะพูดคุยกันอย่างผ่านๆ ไม่เป็นทางการเกี่ยวกับเรื่องเจ็บเรื่องตายแต่ในท้ายที่สุด สิ่งที่เคยได้ยินจากปากพ่อแม่อย่างไม่เป็นทางการ เช่นนี้ ได้กลายมาเป็นข้อมูลสำคัญที่ครอบครัวใช้ประกอบการกำหนดแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายและไม่อยู่ในสถานะที่จะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้อีก
- ในขณะที่ป่วย ซึ่งอาจเป็นไปได้ตั้งแต่จุดที่ได้รับทราบการป่วยไปจนถึงจุดที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ซึ่งมักเป็นการแสดงความต้องการในหลายๆด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างค้ำในจิตใจ
 - เจตนาว่าด้วยการรักษาในวาระท้ายที่ผู้ป่วยต้องการนั้นผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเลือกการปฏิเสธการรักษาเสมอไป หากผู้ป่วยรวมไปถึงครอบครัวมีความประสงค์อย่างอื่น อย่างไรก็ตาม การแสดงเจตนา ณ จุดนี้มักนำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการกำหนดแผนการรักษาและการให้การดูแลด้านต่างๆ ซึ่งจะเรียกว่าเป็นการทำ Advanced Care



Plan (ACP) หรือแผนการรักษาล่วงหน้า ซึ่งโดยสากลนับว่าการทำ Advanced Care Plan นั้นมีส่วนหนึ่งคือการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) หรือมักนิยมเรียกกันโดยทั่วไปว่าการทำพินัยกรรมชีวิต

วัตถุประสงค์

- กว้าง - ได้แก่ การบอกให้ทราบถึงความต้องการหลายๆ ด้าน
- แคบ - ได้แก่ การบอกอย่างเจาะจงเป็นการเฉพาะเรื่อง เช่น การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย ตามมาตรา 12 เป็นต้น
- ความเป็นทางการของการแสดงเจตนาปฏิเสธรักษา นั้น ไม่ว่าจะเริ่มต้น ณ จุดใด และแสดงเจตนาด้วยวัตถุประสงค์ที่กว้างหรือแคบ สามารถทำได้ทั้งแบบเป็นทางการ เช่น การทำเอกสารและลงนาม และอย่างไม่เป็นทางการโดยการบอกความประสงค์ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ ก็ถือว่ามีน้ำหนักไม่ต่างกัน และแพทย์พยาบาล ตลอดจนครอบครัวต้องให้การเคารพและถือเอาเจตนาอันของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

ผลการศึกษาพบว่า การแสดงเจตนาในบริบทการรักษาพยาบาลนั้นมักจะเกิดขึ้นในกระบวนการของการให้การดูแลแบบประคับประคอง ที่ให้ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการของผู้ป่วย การให้การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งหมายถึงการดูแลในมิติอื่นๆ ประกอบกับการให้การพยาบาล เช่น มิติจิตวิญญาณ ความเชื่อตามวัฒนธรรม ด้านสังคม ด้านอารมณ์ เป็นต้น การดูแลแบบประคับประคองถือเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วยและมาตรา 12 ที่เป็นรูปธรรม

ด้วยการใช้คำว่า การแสดงเจตนา นั้นเป็นคำที่กว้าง และมีหลายระดับ และหลายรูปแบบ แต่มักถูกเหมารวมและเรียกทั้งหมดว่าเป็นการทำ Living Will หรือพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าการใช้คำว่า Living Will หรือพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนา นั้นเป็นคำที่ไม่พึงใช้โดยทั่วไป เพราะพบว่าเป็นบ่อเกิดของความสับสน ความสับสนนี้เองที่ทำให้แพทย์ไม่เห็นด้วยว่าตนมีบทบาทต่อการทำ Living Will หรือ



ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่แพทย์จะไม่ปฏิเสธเลยหากบอกว่าตนมีบทบาทโดยตรงต่อการกำหนด Care Plan หรือการทำ Advanced Care Plan เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างราบรื่นและมีบูรณาการ

อย่างไรก็ดี ประเด็นที่สำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบคือ สถานการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็น และทัศนคติของกลุ่มแพทย์พยาบาล เกี่ยวกับการแสดงเจตนาและสิ่งอื่นๆ อันประกอบกันเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นในลำดับต่อจากนี้ จะได้นำผลการศึกษาวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องมานำเสนอ ดังนี้

ผลสำรวจการรับรู้ของแพทย์พยาบาลต่อหนังสือแสดงเจตนา

การศึกษาโดย ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2559) ได้ทำการสำรวจการรับรู้และความเข้าใจของแพทย์จำนวน 101 ตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ที่มีต่อเจตนากรรมของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เจาะลึกลงไปหลายประเด็น โดยมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ ดังนี้


การรับรู้ของแพทย์เรื่องหนังสือแสดงเจตนา

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

- พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.3) ยังคงรับรู้น้อย หรือเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องนี้บ้าง เมื่อเทียบกับร้อยละ 3.8 ที่มีระดับการรับรู้ที่มากในเรื่องนี้
- แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยภาพรวมเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้เรื่องหนังสือแสดงเจตนา น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ และในขณะที่เดียวกันกลับพบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่นี้ อีกส่วนหนึ่งกลับเป็นผู้ที่มีการรับรู้มากต่อเรื่องหนังสือแสดงเจตนา ด้วยเช่นกัน



- ข้อมูลการศึกษาภาคสนามพบว่าการรับรู้ที่มาก ซึ่งหมายถึงการมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาในกลุ่มแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากกรณีที่แพทย์มีโอกาสดูแลหรือให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและต้องสื่อสารถึงเรื่องการเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะการสื่อสารของแพทย์นั้นจะจบลงด้วยการที่ผู้ป่วยลงนามหรือไม่ลงนามในเอกสารการรักษาหรือเพียงพูดด้วยวาจาและมีการจดบันทึกความประสงค์หรือเจตนาของผู้ป่วยไว้ในแฟ้มผู้ป่วยและบันทึกทางการแพทย์หรืออื่นใดก็ตาม
- ข้อมูลการศึกษาภาคสนามพบว่าการรับรู้ที่น้อยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาในกลุ่มแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจเกิดจากการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นปัจจัยที่ยากจะควบคุมในการทำการสำรวจแพทย์
- แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนกลับมีการรับรู้เรื่องหนังสือแสดงเจตนามากกว่ากลุ่มอื่นๆ
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ที่ให้ข้อมูลภาคสนามและภาคสำรวจในครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรอย่างมากต่อการขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งส่งผลมายังผลการสำรวจที่สะท้อนการรับรู้ที่มาก อย่างไรก็ตาม ไม่อาจนำข้อค้นพบครั้งนี้เป็นข้อสรุปหรือนำไปอนุมานได้ว่าโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะมีลักษณะเช่นนี้โดยทั่วไป หรือไม่ อย่างไร
- สำหรับกรณีของโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากธรรมชาติและจุดยืนทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนทำให้ต้องพึงระวังเป็นอย่างมาก เรื่องการฟ้องร้องที่อาจเกิดจากความเข้าใจผิดและประสบการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ข้อมูลภาคสนามและภาคสำรวจในครั้งนี้สะท้อนถึง



ความลำบากใจที่จะมีคนไข้เสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลไม่พยายามทำให้ปรากฏชัดแก่ญาติผู้ป่วยและทุกฝ่ายว่าได้พยายามอย่างเต็มที่แล้วในการรักษาชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นท่าทีของโรงพยาบาลเอกชนต่อเรื่องนี้คือหาหนทาง วิธีการ และกลไกป้องกันจากการถูกฟ้องร้อง ซึ่งหนังสือแสดงเจตนาเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะถูกนำมาใช้ หากโรงพยาบาลต้องรับมือกับผู้ป่วยที่มาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลถึงกระนั้นก็ตามการใช้หนังสือแสดงเจตนา ถือว่ายังไม่แพร่หลายหรือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในโรงพยาบาลเอกชน ด้วยเหตุผลที่ว่าโดยธรรมชาติของระบบสาธารณสุขประเทศไทยแล้ว การตายมักเกิดในโรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่าในโรงพยาบาลรัฐ อาจเป็นเพราะการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และมักเป็นเงินที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องจ่ายออกจากกระเป๋าตนเอง รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยอาจเชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐใหญ่ๆ ในการรักษาโรคซับซ้อนและโรคในระยะคุกคามมากกว่า ดังนั้นเมื่อถึงจุดหนึ่งผู้ป่วยมักจะขอย้ายไปรักษาต่อในโรงพยาบาลรัฐ ส่งผลให้การเสียชีวิตเกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐมากกว่าในโรงพยาบาลเอกชน

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนการขาดความสนใจของแพทย์พยาบาล (วัดโดยระดับการรับรู้ที่น้อย) อันเป็นผลจากการเป็นสังคมแพทยานุวัตร และระบบการแพทย์แบบ Curative ดังที่ได้อธิบายไว้ก่อนหน้านี้ โดยธรรมเนียมปฏิบัติของการรักษาอย่างเต็มที่ที่สุด มีผลดีอย่างเป็นรูปธรรมต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ ดังนี้

- เป็นสิ่งที่จะเกิดประโยชน์ในฝั่งแพทย์ เนื่องจากแพทย์จะไม่ต้องกังวลว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะเห็นว่าแพทย์ไม่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดี และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้
- เป็นสิ่งที่จะเกิดประโยชน์ในฝั่งครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย ที่จะได้แสดงออกว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ไม่มีผู้ใดจะสามารถครหาได้



- เป็นสิ่งที่จะเกิดหรือไม่เกิดประโยชน์ในฝั่งผู้ป่วยระยะท้ายเอง หากไม่ใช่ความประสงค์ของผู้ป่วย เนื่องจากการรักษาอย่างเต็มที่ที่สุดในวาระท้ายนั้น มักเป็นการพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อยืดลมหายใจของผู้ป่วยให้ได้ยาวนานที่สุด ซึ่งเสี่ยงไม่ได้ที่ต้องใช้ชีวิตที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย เช่น การเจาะคอ เจาะท้องเพื่อใส่ท่อให้อาหาร การทำเคมีบำบัด การฉายรังสี ฯลฯ ด้วยการปฏิบัติเช่นนี้ ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตยิ่งไม่มีโอกาสอยู่อย่างสงบ หรือได้เตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ ได้ทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุขสงบทางจิตใจ จนสามารถปล่อยวางและเตรียมพร้อมที่จะจากไปได้อย่างมีคุณภาพ ที่สำคัญยิ่งคือวิธีการยืดลมหายใจดังกล่าวมักเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์ตัดสินใจหรือสามารถคัดค้านได้เพราะแพทย์ พยาบาล ตลอดจนครอบครัว/ญาติใกล้ชิด มุ่งเน้นการรักษาอย่างเต็มที่ที่สุด และผู้ป่วยเองไม่เคยมีโอกาสได้รับทราบนักว่าการตายนั้นเป็นสิ่งที่ตนมีสิทธิ์ในการแสดงเจตนาได้และไม่มีโอกาสพูดคุยกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดว่าตนต้องการอย่างไร ดังนั้นในนาทีวิกฤตของความเป็นความตาย ร่างกายของผู้ป่วยอันเป็นบ้านของจิตวิญญาณ จึงมีสภาพไม่ต่างจากวัตถุที่ถูกกระทำโดยธรรมชาติของการรักษาแบบยื้อชีวิตและยืดความตาย
- การรักษาอย่างเต็มที่ที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ (ยอมรับจำนวน) และจะเลือกการปฏิเสธการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเอง

แม้โดยภาพรวมอาจกล่าวได้ว่าความเป็นสังคมนิยมการรักษาอย่างเข้มข้น และการพึ่งพิงระบบการแพทย์อย่างสูงในภาคประชาชนนั้น ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา กล่าวคือเราไม่พบว่ามีประชาชนทั่วไปรับรู้ เข้าใจ และแสดงเจตนากันในวงกว้าง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้โรงพยาบาลขาดแรงจูงใจที่จะให้ความสนใจและเตรียมพร้อมที่จะรองรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงประการสำคัญจากการลงพื้นที่ศึกษาโรงพยาบาลพบว่าสิ่งที่ เป็นข้อจำกัดทั้งหลายเหล่านั้นนั้นถูก



ถ่วงน้ำหนักด้วยสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความสนใจที่จะกำหนดนโยบายเพื่อวางระบบหรือเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งเสมือนมี “จุดเชื่อมต่อ” ที่จะเอื้อให้เกิดกระบวนการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แสดงเจตนาฯ โดยปริยายไม่ว่าเจตนา นั้นจะเป็นไปโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อการปฏิเสธการรักษาหรือไม่ สถานการณ์เหล่านั้น ได้แก่

- **ประสบการณ์ที่แพทย์ พยาบาลเห็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการยึดชีวิตโดยปราศจากคุณภาพชีวิต** เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันของพยาบาลและแพทย์กลุ่มหนึ่งที่ต้องการพัฒนางานการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และค่อยๆ กลายมาเป็นหน่วยหรือกลุ่มงานหรือฝ่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในที่สุด
- **การแพร่หลายและขยายวงกว้างของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ผสมผสานเข้ากับการทำงานของพยาบาลและแพทย์กลุ่มที่มีความสนใจอยู่แล้ว** และเกิดเป็นแรงขับเคลื่อนที่ยิ่งใหญ่ ส่งผลให้เกิดเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองที่เข้มแข็ง ทั้งในรูปแบบสมาคม หรือเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ
- **นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ามารองรับการเติบโตของการดูแลแบบประคับประคอง และกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมี Palliative Care เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2557**

การดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล เพื่อรองรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วย

แม้ระดับการรับรู้ของแพทย์เกี่ยวกับการมีอยู่สิทธิผู้ป่วย ที่จะสามารถแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของตน ตามเจตนารมณ์แห่งมาตรา 12 นั้น จะอยู่ในระดับที่น้อย แต่ในระดับโรงพยาบาลแล้วนั้นการรองรับการแสดงเจตนาของผู้ป่วยได้ถูกขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กับการยกระดับการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แบบประคับประคอง (Palliative Medicine) ซึ่งได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ ในหมู่แพทย์ พยาบาล ทั้งยังเป็นทิศทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตอบรับจากสาธารณชนมากขึ้นเรื่อยๆ

หลักการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นทำให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ พยาบาล รวมไปถึงชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง ทั้งยังเป็นการเปิดพื้นที่และโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เช่น แพทย์และพยาบาลในการค้นหาและเดินไปสู่สิ่งที่เป็นความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย ผ่านกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างทุกฝ่ายในลักษณะต่างๆ การสื่อสารจะเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการพัฒนาความสัมพันธ์อันดีระหว่างทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างผู้มีบทบาทสำคัญ 3 ฝ่าย ในกระบวนการดูแลรักษา อันประกอบไปด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว / ผู้ใกล้ชิด และแพทย์ พยาบาล ทำให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เห็นอกเห็นใจกัน รับฟัง จนนำไปสู่การไว้เนื้อเชื่อใจกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายสามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่นที่สุด โดยมีผลดีเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด และการค้นหาความปรารถนาในกระบวนการสื่อสารของ Palliative Care เช่นนี้ โดยนัยยะแล้วผู้ป่วยจะได้แสดงเจตนาของตน ได้บอกเล่าหรือแจ้งความประสงค์ทั้งอย่างเป็นทางการ





และไม่เป็นทางการในเรื่องต่างๆ ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ และสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพิจารณาอย่างขาดเสียไม่ได้ คือ แผนการรักษาของตนเอง โดยแพทย์จะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรคและความเสี่ยงต่างๆ ส่วนการตัดสินใจเป็นอำนาจและสิทธิของผู้ป่วย โดยมีครอบครัวและผู้ใกล้ชิดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการทำให้ความประสงค์ของตนลุล่วงได้

อีกไม่นานนี้ สังคมไทยจะเข้าสู่ความเป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว เป็นสถานการณ์ที่สังคมจะมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ ผลการวิจัย ชี้ชัดว่าเมื่อมีประชากรสูงอายุมาก จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบและความชุกของโรค โดยโรคที่เกี่ยวกับความเสื่อมของอวัยวะจะเพิ่มมากขึ้นและย่อมต้องนำมาสู่ความต้องการที่จะได้รับการดูแลระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในภาครัฐ กองทุนต่างๆ ในภาคเอกชน รวมถึงค่าใช้จ่ายที่บุคคลต้องจ่าย ในวาระทำยาก่อนเสียชีวิตที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก สิ่งที่ต้องพิจารณาอีกเรื่องหนึ่งนอกจากประเด็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในวาระทำยาก คือ ประชากรสูงอายุเหล่านี้จะใช้ชีวิตในวาระทำอย่างไร เนื่องจากข้อจำกัดเชิงสังคมที่ประเทศไทยเผชิญอยู่และจะมีผลต่อการใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ เช่น อัตราการแต่งงาน / การหย่าร้างที่เพิ่มสูงขึ้น การไม่มีบุตร การอยู่ตัวคนเดียว ฯลฯ จะมีระบบสังคม ระบบสาธารณสุข หรือแม้แต่วินัยปฏิบัติ และการเมืองแบบใดที่จะตอบใจของสังคมที่มีความต้องการเชิงสุขภาพในระยะทำยากที่สูงเช่นนี้บ้าง



ดังนั้น เรื่องของการก้าวสู่สังคมสูงวัยจึงนับเป็นความท้าทายเชิงนโยบาย สาธารณะของประเทศที่สำคัญยิ่ง และภาระก้อนใหญ่คงจะตกอยู่ที่ระบบ การแพทย์การสาธารณสุขมากกว่าระบบอื่น จะเกิดคำถามตามมาว่าระบบ การแพทย์จะปรับตัวอย่างไรต่อภาวะดังกล่าว และหนึ่งในทิศทางที่ทุกฝ่าย ตลอดจนกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในระดับนโยบาย คือการพัฒนา ระบบการให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางประคับประคอง (Palliative Care) และ การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบ Hospice Care ภายใต้กรอบ แนวคิดของ Palliative Care และ Hospice Care ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น ไม่อาจ จัดขึ้นโดยเป็นอิสระจากเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม สังคมและวัฒนธรรม ของความเป็นสมัยใหม่ได้สิ่งส่งภัยและความเสี่ยงไว้มากเพียงพอที่จะส่งผลร้าย แรงในอีกไม่ช้า ผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายในอนาคตคงจะต้องใช้ชีวิตอยู่ กับโรคมากกว่าปราศจากโรค

คงเป็นเวลาอันสมควรแล้วที่ทุกฝ่ายต้องทำความเข้าใจอย่างจริงจัง ถึงบทบาทที่ตนเองพึงมีต่อวาระสุดท้ายของตน ของบุคคลใกล้ชิด และของ เพื่อนมนุษย์คนอื่นๆ จะด้วยมุมมองแบบมนุษยธรรม หน้าที่นิยม หรือแม้แต่มุมมองแบบลัทธิก็ตาม และก็ถึงเวลาแล้วมิใช่หรือที่เราทุกคนต้องร่วมกันสร้าง วัฒนธรรมสุขภาพที่จะส่งเสริมให้เกิดความคิดและการปฏิบัติที่สมเหตุสมผล อันหมายถึง ตนเองมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลตนเอง พึ่งพิงระบบสุขภาพ อย่างเหมาะสม เตรียมความพร้อมทางกายและใจ ในขณะที่เดียวกันระบบ สุขภาพที่มีแพทย์ พยาบาลเป็นหัวใจหลักก็ต้องมีความพร้อมที่ไม่ใช่เฉพาะ ความพร้อมในทางคลินิกและเทคโนโลยี แต่เป็นความพร้อมที่จะปรับตัวเพื่อ รองรับความเปลี่ยนแปลงในทางความคิดของสังคมที่จะส่งผลต่อความคาดหวัง ต่อบริการสุขภาพในอนาคตอีกด้วย



Living Will กับ Advance Care Planning

- นพ.กิติพล นาควิโรจน์ -

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการต่อเนื่องในการคิดและบอกความต้องการของผู้ป่วย ว่าต้องการให้คนอื่น ๆ (ซึ่งรวมทั้งทีมแพทย์และครอบครัว) ดูแลเขาอย่างไรบ้างในระยะสุดท้าย หรือในวันที่เขาไม่สามารถพูดบอกความต้องการของตนเองได้ เป็นการคิดอยู่บนพื้นฐานของความเป็นตนเองของผู้ป่วย โดยที่แพทย์เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลถึงข้อดีหรือข้อเสียของการ “เลือก” หรือ “ไม่เลือก” รับการรักษาหรือดูแลแต่ละวิธี กระบวนการนี้สามารถลดภาระของครอบครัวในการต้องทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งหลายครั้งที่สมาชิกในครอบครัวก็ไม่เคยพูดคุยหรือทราบว่าที่จริงแล้วผู้ป่วยเองต้องการให้ดูแลอย่างไร เมื่อป่วยหนักอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองหรือตัดสินใจเองได้ แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวพยายามตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานว่าสิ่งที่ตัดสินใจไปนั้นน่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีหลายครั้งที่สมาชิกในครอบครัวรู้สึกกลัว กังวล หรือรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจแทนผู้ป่วย จนกระทั่งมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เนื่องจากมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความเห็นเรื่องการดูแลแตกต่างกัน ดังนั้นการทำแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ทีมสุขภาพที่ดูแลและครอบครัวทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ

การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าไม่จำเป็นต้องตัดสินใจให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว เมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนหรือสถานการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยก็สามารถทบทวนหรือเปลี่ยนแปลงความต้องการของตนเองได้ใหม่ ซึ่งแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ที่เป็นการบันทึกผลของการตัดสินใจเฉพาะด้านแต่ละอย่างไว้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า หนังสือแสดงเจตนาฯ หรือ

“Living Will” เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ “Advance Care Planning” แต่ความสำคัญของ Advance Care Planning อยู่ที่การได้พูดคุยและผ่านการคิดร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ที่ดูแล



แผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญใน 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (Patient and Family Preference) เช่น

- ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคหรือระยะของโรคในปัจจุบัน การดำเนินโรคในอนาคต และทางเลือกในการรักษา
- ความต้องการหรือสิ่งที่เป็นเป้าหมายหลักในการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ใกล้ชิดที่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเรื่องการดูแล
- ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และบริบททางครอบครัวหรือสังคมอื่นๆ ของผู้ป่วย

2. การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Decision / Advance Directives/Living Will) คือ การที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาล่วงหน้าถึงความต้องการของตนเองในการให้บุคลากรด้านสาธารณสุขดูแลรักษาหรือเลือกปฏิเสธการรักษาในประเด็นใดบ้างเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตในการแสดงเจตนาดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถทำในรูปแบบของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) เพื่อสื่อสารให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบเจตนาของตนเอง การแสดงเจตนาล่วงหน้านี้จะมีผลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองได้เท่านั้น

3. บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ในกรณีที่ตนเองตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงความต้องการได้ (Power of Attorney / Patient Proxy) หน้าที่ของผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย คือ บอกรายความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล



ได้ทราบ และตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุดที่ไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ ในกรณีที่สถานการณ์ที่จำเป็นต้องตัดสินใจ แต่ไม่เคยมีการระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ ล่วงหน้ามาก่อน ผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยควรพูดคุยกับทีมที่ดูแลรักษาร่วมกันเพื่อเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด โดยยึดเป้าหมายหลักของการดูแลตามที่ผู้ป่วยได้เคยแสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ ประกอบกับพิจารณาถึงอุปนิสัย ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และบริบททางสังคมอื่นๆ ของผู้ป่วย ว่าหากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ ผู้ป่วยน่าจะเลือกแนวทางการดูแลในลักษณะใด



องค์ประกอบที่สำคัญของการทำแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า
(Advance Care Planning)



องค์ประกอบที่สำคัญของการทำแผน การดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning)

อย่างไรก็ตาม **ไม่แนะนำ** ให้บุคลากรทางการแพทย์ทำแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยทุกรายโดยไม่ได้ประเมินว่าผู้ป่วยสมัครใจหรือพร้อมพูดคุยในประเด็นดังกล่าวหรือไม่

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ประกอบด้วย

1. เอกสารระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพูดคุยเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า ในเอกสารฉบับนี้ประกอบด้วย

- รายละเอียดของวันที่ เวลา และผู้เข้าร่วมในการพูดคุย
- ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรค การดำเนินโรค และทางเลือกในการรักษา
- ความต้องการของผู้ป่วยและสิ่งที่เป็นเป้าหมายหลักในการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย
- ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเห็นและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ความเห็นของผู้ดูแล ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และบริบททางสังคมอื่นๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา เป็นต้น

2. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will)

หลักการที่สำคัญของการช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning)

- ผู้ป่วยต้อง**สมัครใจหรือพร้อมพูดคุย**ในประเด็นดังกล่าว
- ทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่าการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งที่จะสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้แก่ทีมสุขภาพที่ดูแล เป็นแนวทางให้ทีมที่ดูแลรักษาใช้ประกอบการพิจารณาเรื่องการดูแลรักษาในอนาคต และแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าสามารถปรับเปลี่ยนได้หากผู้ป่วยต้องการ



- บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในทุกสาขาวิชาชีพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยทำการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ได้ อย่างไรก็ตามบุคลากรที่จะดำเนินการดังกล่าว ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้
 - เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยหรือดูแลอาการผู้ป่วยโดยตรง
 - ยินดีรับฟังและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient - Centered Approach)
 - สามารถอธิบายข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับตัวโรค ทางเลือกของการดูแล และผลที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้
 - เข้าใจข้อจำกัดของตนเองในการให้คำปรึกษา และสามารถประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ดีที่สุดในการตัดสินใจ
 - ให้ความเคารพต่อความเชื่อ ความแตกต่างทางด้านศาสนา วัฒนธรรม และบริบททางสังคมอื่นๆ ของผู้ป่วย
 - สามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยในการกำหนดเจตนาของตนเองได้อย่างอิสระ (Decision Capacity)
- 3. หากเป็นไปได้และผู้ป่วยยินยอม ควรแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมรับฟังความต้องการของผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเกี่ยวกับความต้องการของตนเองเสมอ
- 4. หลังการพูดคุย ควรมีการบันทึกข้อมูลลงในเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยก่อนบันทึกควรขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้ง



คำแนะนำการทำ Advance Care Planning สำหรับคนทั่วไป

ทาง Canadian Hospice Palliative Care Association แนะนำให้ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปสามารถทำ Advance Care Planning โดยมีกระบวนการสำคัญ 5 ขั้น คือ

1. คิด (Think) เป็นการคิดถึง

- สิ่งที่มีความสำคัญหรือมีความหมายกับตัวเอง เช่น บางคนให้ความสำคัญกับความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว ต้องการมีอิสระสามารถเคลื่อนไหวหรือทำอะไรด้วยตนเองได้ ต้องการพูดคุยกับคนรอบข้าง และครอบครัวได้ เป็นต้น
- สถานการณ์เมื่อป่วยหนักหรืออาการทรุดลง มีอะไรบ้างที่ยอมรับไม่ได้ เช่น บางคนไม่ยอมให้ยื้อชีวิตไว้กับเครื่องช่วยหายใจ หากโรคที่เป็นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อีก ไม่ต้องการให้เจ็บปวดหรือทรมาน ไม่ต้องการให้เป็นภาระของคนอื่นๆ และครอบครัว เป็นต้น
- ความกลัวหรือความวิตกกังวลหากว่าโรคทรุดลง มีอะไรบ้างที่ห่วงหรือกังวล
- ใครบ้างน่าจะเป็นคนเข้าใจความต้องการของเรามากที่สุด และสามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลให้แก่ตัวเราได้ ในวันที่หมดสติหรือสื่อสารไม่ได้ คนที่จะรู้จักและเข้าใจความคิดของเรามากที่สุดอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นคนในครอบครัวก็ได้ เช่น เพื่อนสนิท หรือคนที่ไว้วางใจ



- เราให้ความสำคัญกับความต้องการหรือความคิดของคนอื่น ๆ มากน้อยแค่ไหน เช่น คนในครอบครัว ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจ เรื่องการดูแลรักษา หรือความต้องการของตนเองถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด
- หากป่วยหนักมากและกำลังจะเสียชีวิต อยากใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่ไหน อยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลหรือที่อื่นๆ อยากให้คนอื่นปฏิบัติ หรือดูแลอะไรแก่ตัวเราบ้าง เพื่อให้สามารถจากไปอย่างสงบในระยะท้าย

2. เรียนรู้ (Learn) ผู้ป่วยควรเรียนรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องและข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี เช่น ทางเลือกในการดูแลอาการปวดและอาการอื่นๆ การให้อาหารทางสายยางหรือหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการปั๊มหัวใจ เป็นต้น ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยควรถามและเรียนรู้จากแพทย์เจ้าของไข้ที่คุ้นเคยกัน

3. ตัดสินใจ (Decide) ว่าใครจะเป็นคนตัดสินใจหรือบอกความต้องการของเราแก่แพทย์ที่ดูแลในวันที่เราหมดสติหรือไม่สามารถสื่อสารได้ คนๆ นั้นอาจจะเป็นคนในครอบครัวหรือคนอื่นๆ เช่น เพื่อนสนิท ก็ได้

4. พูดคุย (Talk) ผู้ป่วยหลายรายได้เริ่มวางแผนให้ตนเองไว้แล้วตั้งแต่ทราบว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและอาจจะทุเลาลง ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะเก็บเรื่องนี้ไว้กับตัวเองเพียงคนเดียว แต่ไม่ได้สื่อสารให้ครอบครัวข้างได้ทราบความต้องการของตนเอง การเริ่มพูดคุยในประเด็นดังกล่าวไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย



ทั้งในแง่ของความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเองที่ไม่อยากคิดถึงวันที่อาการแย่ลงหรือความตายที่กำลังใกล้เข้ามา และความกลัวว่าคนรอบข้างจะเสียกำลังใจหรือไม่สบายใจที่ผู้ป่วยพูดคุยเรื่องดังกล่าว อย่างไรก็ตามการเริ่มพูดคุยในเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องจำเป็น เพราะไม่มีใครทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง และไม่จำเป็นต้องพูดคุยทั้งหมดในครั้งเดียว อาจจะเริ่มจากเรื่องง่ายๆ เช่น เล่าประสบการณ์ที่เคยเห็นคนใกล้ตัวหรือคนในครอบครัวป่วยหนักและได้รับการดูแลบางอย่าง จากนั้นจึงค่อยบอกว่าเราต้องการหรือไม่ต้องการให้ดูแลอย่างไรบ้าง หรือบางครอบครัวใช้วิธีสื่อสารผ่านละครทีวี เช่น บอกเปรยๆ ว่า หากพ่อป่วยหนักเหมือนในละคร ลูกๆ ไม่ต้องยื้อชีวิตไว้ แต่ดูแลเพียงให้ไม่เจ็บปวดหรือทรมานก็พอ ก็เป็นวิธีการสื่อสารบอกความต้องการอีกรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น การพูดคุยบอกความต้องการแก่ตัวแทนของเรา (Power of Attorney, Proxy) ครอบครัว และทีมแพทย์ที่ดูแล จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

5. บันทึก (Record) หลังจากได้พูดคุยกับคนอื่นๆ แล้ว ให้บันทึกความต้องการของตนเองหรือสิ่งที่ได้ตัดสินใจแล้ว ลงในแบบฟอร์มหรือหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living Will) ผู้ป่วยบางรายอาจจะเลือกที่จะบันทึกเป็นวิดีโอแทนก็สามารถทำได้ สิ่งที่บันทึกนี้สามารถนำกลับมาทบทวนหรือปรับเปลี่ยนได้หากสถานการณ์หรือบริบทเปลี่ยนไป การบันทึกไว้จะได้เป็นสิ่งที่แทนความต้องการของเรา จากการตัดสินใจของเราขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อให้คนอื่นได้เข้าใจและเคารพความต้องการของเราในห้วงสุดท้าย



บทสุดท้าย ถึงชีวิที่ได้

- วีรมลล์ จันทร์ดี -

ผู้ชำนาญการพิเศษนักสังคมสงเคราะห์ 7

ศูนย์ชีวิภาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

“ท่านเคยสงสัยเสียไว้หรือไม่ว่าหากการรักษาไม่หายขาด ท่านต้องการการดูแลอย่างไรบ้าง”

“หรือหากเกิดภาวะฉุกเฉินให้ใส่ท่อ หรือปั๊มหัวใจหรือเปล่า”

“ท่านเคยบอกหรือเปรยๆ หรือไม่ว่าท่านอยากใช้ชีวิตช่วงท้ายที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล”

หลายคำถามที่แพทย์ให้ภรรยาและลูกทั้งสามคนของคุณลุงสนั่นช่วยกันตัดสินใจ ความเครียด ความกังวล และลำบากใจที่จะตอบจึงตกอยู่กับญาติๆ เพราะครอบครัวไม่เคยคุยกันประเด็นนี้ ความยุ่งยากในการตัดสินใจเช่นนี้ของครอบครัวและทีมผู้รักษา คงไม่เกิดขึ้นหากลุงสนั่นได้วางแผนชีวิตในช่วงท้ายโดยการเขียนหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Living Will) เอาไว้ก่อนที่จะสื่อสารไม่ได้

แม้ว่าประเทศไทยจะประกาศใช้ มาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดง ความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดความเจ็บป่วยทรมานโดยไม่จำเป็น หากแต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการต่างๆ และบุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ด้วยตัวเอง ซึ่งมาตรา 12 ได้ประกาศใช้และประชาสัมพันธ์มาระยะหนึ่งแล้ว แต่จากประสบการณ์การทำงานของผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่จะเขียนความต้องการเกี่ยวกับการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเคยบอกความต้องการการดูแลในช่วงท้ายไว้ให้ครอบครัวได้รับรู้

ดังนั้น กรณีของลุงสนั่นที่ยกมานี้ จึงเป็นสิ่งที่พบเจอได้บ่อยในโรงพยาบาล ในบางครอบครัวอาจเกิดความไม่เข้าใจหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันระหว่าง ผู้ป่วยกับญาติ หรือความขัดแย้งกันเองระหว่างญาติ

ในขณะที่การทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลยังไม่แพร่หลายนั้น แต่การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าคุณมีสิทธิ ในการ “ดีไซน์” บทสุดท้ายของชีวิตได้ จะช่วยให้การ “เตรียมสู่ปลายทาง” ของผู้ป่วย มีแผนที่ในการเดินทาง และมีเป้าหมายร่วมกันในการที่จะตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-Centred Approach) วิธีการหนึ่งที่จะ ช่วยให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลระยะท้ายของผู้ป่วย และเพื่อให้เกิด การรับรู้ร่วมกันของญาติพี่น้อง คือ การจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting/ Family Conference) ซึ่งการพูดคุยจะช่วยให้เข้าใจความเป็นจริงทางการแพทย์ ตรงกัน ได้ร่วมกันค้นหาความหมายของชีวิต และที่สำคัญคือการค้นหาความ ต้องการที่แท้จริงของตัวผู้ป่วยนั่นเอง

องค์ประกอบของการประชุมครอบครัวจะประกอบด้วยสมาชิก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รักษา ซึ่งได้แก่แพทย์เจ้าของและแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และทีมดูแลที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มญาติ ได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งไม่จำกัดจำนวน แต่สิ่งที่ไม่ควรมองข้าม คือ การเลือกผู้เข้าร่วมประชุมพูดคุย “จำนวน” ไม่ใช่คำตอบว่าจะมากหรือน้อย แต่ขึ้นอยู่กับ “คุณภาพ” หรือ ความสำคัญของคนนั้นๆ ว่าจะมีส่วนร่วม ในการวางแผนเพื่อให้บรรลุตามความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ที่จะอนุญาต ให้ใครเข้าร่วมพูดคุยได้ ก็คือ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมประชุมด้วยเนื่องจากมีความยากลำบาก ในการสื่อสาร หรือผู้ป่วยตัดสินใจไม่เข้าร่วมพูดคุยเอง สิ่งที่คุณควรทำคือ การขออนุญาตผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว เพื่อเป็นการแสดงความเคารพและ ให้เกียรติผู้ป่วย ในหนังสือ “Advance Care Plan แผนชีวิต การวางแผนระยะ ท้ายของชีวิตล่วงหน้า” (โดยเติมศักดิ์ พึ่งวัศมีและคณะ น.157) ได้ยกตัวอย่าง คำพูดของ พญ. ปราวรณา โกศลนาคร ที่กระซิบบอกข้างหูผู้ป่วยว่า





“ขอหมอคอยกับครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ขอให้ผู้ป่วยวางใจว่า ทุกฝ่ายจะหาข้อสรุปที่เป็นไปตามประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุด และขอให้ผู้ป่วยสนใจช่วยให้ลูกๆ สามารถตัดสินใจแทนได้อย่างตรงใจ”

หลายครั้งเมื่อการพูดคุยที่ไม่มีผู้ป่วยร่วมด้วย สมาชิกครอบครัวมักจะแสดงถึงความต้องการของตัวเองมากกว่าคิดถึงความต้องการของผู้ป่วย เทคนิคหนึ่งที่ นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถชยากร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้ คือ เทคนิคเก้าอี้ว่าง (Empty Chair)

“หากเก้าอี้ตัวนี้ แทนคุณลุงสนั่นที่ได้มาร่วมฟังข้อมูลที่หมอได้พูดไปเมื่อสักครู่ พวกเราคิดว่าท่านจะเลือกแนวทางการดูแลท่านเหมือนกับที่พวกเราได้บอกไว้ หรือต่างออกไปหรือไม่”

ผู้ป่วยบางคนเลือกยอมที่จะทุกข์ทรมานกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิต เพียงเพื่อตอบสนองความต้องการของคนที่รัก ดังนั้น ข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีนอกจากข้อมูลทางการแพทย์แล้ว ข้อมูลเกี่ยวกับ “ชีวิต” ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เช่น อาชีพ การศึกษา นิสัยใจคอ บุคลิกภาพ อารมณ์ ความชอบ ความสนใจ ประสบการณ์เกี่ยวกับการพลัดพรากสูญเสีย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ทีมเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น และในบางครั้งยังใช้เป็นข้อมูลเพื่อให้ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกแนวทางการดูแลช่วงท้ายที่ต่างไปจากความต้องการของครอบครัวอีกด้วย

“คุณแม่ทราบใช้ไหมคะ ว่าลูกชอบเขียนไดอารี่มาก แม่อยากให้บันทึกจากนี้ไปเขาเขียนว่าอย่างไร... ตีนเขามาต้องถูกเจาะเลือดอีกแล้ว ถูกความหาลิ้น เจ็บจังเลย หรือ... แม่อยากให้อ่านบันทึกว่า เขานี้ฉันได้รดน้ำต้นไม้ ฝึ่มองพระอาทิตย์ขึ้น ได้ไปไหว้พระกับพ่อแม่ ได้ทานอาหารฝีมือแม่”

ภายหลังการพูดคุยต้องบันทึก “เจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล” ที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจไว้เป็นหลักฐาน การมีเอกสารแสดงจะช่วยลดความกดดัน



เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งบางโรงพยาบาลอาจจะมีแบบฟอร์มเฉพาะ แต่หากไม่มีก็สามารถเขียนลงในใบพื้ดการัด ที่ต้องคำนึงถึงอีกประเด็น คือ วิธีการจัดเก็บ และระบบการจัดเก็บในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้ทันต่อเหตุการณ์ เช่น จัดเก็บในระบบออนไลน์ของหน่วยงาน หากยังไม่มีระบบรองรับ อาจจะทำสำเนาอีกชุดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเก็บไว้ ถ้าต้องมาโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือกรณีย้ายไปโรงพยาบาลอื่นเอกสารนี้จะแสดงว่าผู้ป่วยได้รับการทำ Advance Care Plan แล้ว

สิ่งที่ผู้รักษาต้องไม่ลืมว่าหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเพียงความต้องการในอดีต ณ ขณะที่ทำหนังสือนั้น แต่เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน หากยังรู้ตัวและสื่อสารได้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจ และแพทย์สามารถดำเนินการตามคำร้องขอ นั้น ดังเรื่องของแก้ว

หลังจากแก้วตัดสินใจขอเปลี่ยนเป้าหมายการรักษา เป็นเพื่อบรรเทาและเฝ้าดูอาการ (Supportive Treatment) และได้แสดงเจตนาว่าจะไม่เอาเครื่องยื้อชีวิต ไม่ใส่ท่อ ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ และแพทย์เขียนบันทึกการคุยไว้ในวันแฟ้มประวัติการรักษา โดยมีพี่สาวลงชื่อเป็น “ผู้แทนโดยชอบธรรม” ที่จะตัดสินใจแทนในช่วงท้าย แก้วขอกลับไปพักที่บ้านได้ถึง 3 เดือน แต่เมื่ออาการหอบมีมากขึ้น พี่สาวจึงพาแก้วมาห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาล แพทย์เวรอ่านแฟ้มประวัติพบว่ามีการวางแผนเรื่องการทำหัตถการในช่วงสุดท้ายไว้แล้วว่าจะไม่รับการดำเนินการใดๆ แต่เมื่อแพทย์ถามเพื่อยืนยันความตั้งใจ แก้วกลับร้องขอให้ใส่ท่อช่วยหายใจ พี่สาวถามย้ำอีกครั้งแต่แก้วยืนยันคำเดิมให้ใส่ท่อ แพทย์จึงดำเนินการตามที่ผู้ป่วยร้องขอ

ในกรณีของแก้ว ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถดำเนินการตามความต้องการเดิมในหนังสือแสดงเจตนาได้ แต่ทีมผู้ดูแลรักษายังคงใส่ใจในสิ่งที่แก้วตั้งใจไว้ เมื่ออาการของแก้วดีขึ้นจนกระทั่งสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงค้นหาคำความต้องการที่แท้จริง ณ ปัจจุบัน โดยก่อนการเริ่มประชุมครอบครัวครั้งที่สองนี้ นักสังคมสงเคราะห์ได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการใช้กระบวนการปรึกษาทำให้ทราบสิ่งที่ค้างคาใจที่ยังไม่ได้รับการปลดปล่อยของผู้ป่วย (Unfinished Business)



ในครั้งนี้จึงเชิญบิดามารดามาร่วมพูดคุยด้วย

ระหว่างการพูดคุยเพื่อหาข้อสรุปความต้องการการดูแลรักษาในช่วงท้ายของชีวิต พ่อยังคงยืนยันคำเดิม“แก้วเป็นนักสู้เหมือนพ่อ” เมื่อแพทย์แจ้งว่าอาการขณะนี้ไม่สามารถให้ยาได้อีกแล้ว สิ่งที่ทีมทำคือการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น เน้นเพื่อความสุขสบายของแก้ว แพทย์อ้างถึงสิ่งที่แก้วได้พูดไว้ในการประชุมครั้งก่อนว่าไม่ต้องการให้ใส่ท่อ ไม่เจาะคอ หรือปั๊มหัวใจ แต่มาโรงพยาบาลครั้งนี้แก้วเลือกที่จะใส่ท่อ และโชคดีที่สามารถเอาออกได้ จึงอยากจะถามความเห็นแก้วว่า หากมีอาการเหนื่อยหอบเหมือนเดิมยังอยากให้หมอทำอย่างครั้งนี้คือใส่ท่อ หรือไม่ใส่ตามที่เราดตกลงกันไว้แต่แรก พ่อรีบบอก “ใส่เถอะ เพราะใส่แล้วเค้าก็ดีขึ้น เดียวก็หาย ลูกสู้อยู่แล้ว” แก้วจำเป็นต้องพยักหน้าว่าใส่ทั้งที่น้ำตาคลอ

สิ่งที่พ่อแสดงออกเป็นความรักแต่ยังอยู่บนฐานที่ยังไม่เข้าใจหรือเห็นภาพของการทุกข์ทรมานในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการกระตุ้นให้แก้วบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึก เมื่อต้องใช้อุปกรณ์นี้ คำตอบของแก้วคือ “เจ็บ ทรมาน พูดไม่ได้ แต่เพื่อพ่อให้ใส่อกก็ได้” สิ่งที่น่าทึ่งคือสงเคราะห์ทำ คือการสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจมากยิ่งขึ้น “ทุกคนคงเห็นตลอดเวลาสิบปี แก้วสู้อาตลอดไซ้ใหม่คะ เห็นความแข็งแรงของแก้วไซ้ใหม่ แก้วไม่เคยขาดการรักษา สามารถดูแลตัวเองได้ดี จนมีช่วงที่โรคสงบยาวนาน เมื่อโรคกลับมาแก้วก็ยังสู้อยู่ แม้ผลข้างเคียงจะทำให้เจ็บก็ตาม พี่สาวคงตอบได้ดีเพราะดูแลกันมาตลอด แก้วสู้อเพื่อตัวเองและทุกคนอย่างเต็มที่แล้ว” “ที่แก้วยอมใส่ท่อในครั้งนี้ก็เพราะอยากจะทำบอกทุกคนว่าแก้วสู้อ แม้ว่าจะเจ็บแต่ในครั้งต่อไปในสภาพร่างกายที่ทุกคนเห็น ยังอยากให้แก้วสู้อ ให้ปั๊มหรือใส่ท่ออีกก็เปล่า”

“แต่ถ้ามันเหนื่อยมากเจ็บมาก จะปล่อยมันก็ได้นะลูก...พ่อยอม”

ในปัจจุบัน ได้มีการพยายามรณรงค์ให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เห็นเป็นรูปธรรมและสามารถ



สื่อให้ประชาชนเข้าใจ ทั้งในส่วนของตัวอย่างการทำหนังสือแสดงเจตนาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกิจกรรมของภาคีเครือข่าย เช่น พุทธิกา เมื่อผู้อ่านได้ทำตามขั้นตอนต่างๆ ตามที่ได้แนะนำไว้ในแบบฟอร์ม และแนวทางต่างๆ ในหนังสือ ผู้เขียนเชื่อว่าส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแน่นอน

สื่อสารความจริง หัวใจของ Living Will

“การบอกไม่เท่ากับการรู้ และการรู้อาจไม่ใช่ความเข้าใจนะ รู้ทุกอย่างยังไม่อาจแน่ใจได้ว่าเข้าใจทุกอย่างหรือเปล่า แล้วเข้าใจทุกอย่าง ไม่ได้แปลว่าปล่อยวางได้ทุกอย่าง กระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วยนั้นมีขั้นตอนอยู่ มีความลึกของแต่ละขั้นตอน”

- นพ. ลัญจน์ศักดิ์ อรรถมยากร -
จิตแพทย์ ศูนย์ชีวภคิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หนังสือแสดงเจตนา

คือเครื่องมือสื่อสารสำคัญของผู้ป่วยระยะท้าย

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อจุดประสงค์สำคัญคือการดูแลคุณภาพชีวิตในระยะท้ายให้ดีที่สุดนั้น การที่ผู้ป่วยจะเขียนหนังสือแสดงเจตนาหรือ Living Will ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่นั้น ไม่สำคัญเท่ากับกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย กับตัวผู้ป่วยและญาติ เพราะความสำคัญที่แท้จริงของเอกสารการทำหนังสือแสดงเจตนา จะได้ใช้ประโยชน์ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับ Terminal Discharge คือการจำหน่ายครั้งสุดท้ายออกนอกโรงพยาบาล

หนังสือแสดงเจตนาจะเป็นเครื่องมือในการปกป้องผู้ป่วย ไม่ให้ทุกข์ทรมานในช่วงท้ายจากพันธนาการทางการแพทย์ หรือใครก็ตามที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่แผนกฉุกเฉินอีกครั้ง เพราะฉะนั้นหนังสือแสดงเจตนาจึงเท่ากับเป็นตัวแทนคนไข้ยามป่วยหนัก และไม่สามารถสื่อสารความต้องการที่แท้จริงได้ ทั้งนี้หนังสือเจตนาที่ทำขึ้นแล้วนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงโดยเจ้าของชีวิตได้ เช่น



ในบางกรณี ถึงแม้อยากใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็ตาม แต่อาการหนักมาก ต้องการกลับเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อดูแลอาการแบบประคับประคอง แต่ไม่ได้ทำการรักษา ดังนั้น Living Will ยังคงใช้ได้อยู่ เพราะเป็นเจตจำนงเดิม ความหมายของ Living Will คือใช้ตอนที่ยังมีชีวิตอยู่ เพียงแต่เจ้าของชีวิตอาจจะสื่อสารไม่ได้ และไม่จำเป็นต้องว่าต้องเขียน Living Will ไปในทำนองเดียวกันทุกคน สามารถเขียนว่าไม่ต้องการลิ่งนั้นลิ่งนี้ ในขณะที่เดียวกันอาจจะเขียนว่าต้องการลิ่งนั้นลิ่งนี้ด้วย

แต่การจะได้มาซึ่งหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่นั้น สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ เรื่องของการสื่อสาร ซึ่งถือได้ว่าเป็นงานหลักของการ Palliative Care เพราะการสื่อสารจะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาท้ายของชีวิต จากช่วงรักษาแบบประคับประคองไปจนกระทั่งเสียชีวิตเป็นไปอย่างมีคุณภาพ หมายรวมถึงขั้นตอนของการดูแลครอบครัวระยะหลังสูญเสีย Bereavement คือครอบครัวและญาติ ต้องอยู่อย่างมีสติต่อไป ไม่เกิดความฝังใจ โทษตัวเอง รวมทั้งไม่กลัวจนเกินไป สิ่งเหล่านี้ทีมรักษาแบบประคับประคองต้องดูแลทั้งครอบครัวแบบองค์รวม ให้ทั้งกระบวนการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสื่อสารมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน หากกระบวนการสื่อสารกับครอบครัวและทีมแพทย์เจ้าของไข้ทำได้อย่างครบถ้วน จะทำได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางและเป้าหมายร่วมกัน ลดความขัดแย้ง รวมทั้งมีการการยอมรับซึ่งกันและกันได้ โดยหลักการสื่อสารทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร แต่โดยทั่วไปมักยึดหลักการดังต่อไปนี้

- การสื่อสารความจริงให้ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบ
- การรับฟังความทุกข์ของทุกฝ่าย เพื่อสร้างความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน
- การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในทีม ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง

คำว่า “ทีม” ในที่นี้ หมายรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดซึ่งเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักสังคมศาสตร์



การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แล้วแต่ว่าในกระบวนการนั้นจะมีทีมงานมากน้อยเพียงใดในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมีแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของโรคนั้นๆ และอาจจะมีทีมย่อยที่เข้ามาช่วยดูแลอย่างเช่น “ศูนย์ชีวาภิบาล” รพ. จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งทำหน้าที่เป็น Facilitator ให้ เป็นตัวที่จะเชื่อมประสานให้ครอบครัวนั้นได้คุยกันอย่างลงตัว และทำให้การทำ Family Conference ครั้งนั้นจบอย่างคุ้มค่า คุ้มค่า หากที่ทีมงานสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ภายในเวลาครึ่งถึงหนึ่ง ชั่วโมงเราจะได้ข้อสรุปและมุมมองเดียวกัน รวมทั้งแชร์ประสบการณ์ ได้อย่างเข้าใจซึ่งกันและกัน

สื่อสารเรื่อง Living Will อย่างเข้าใจและได้ผล

จากประสบการณ์ในการทำงานเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งหมายรวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาของคนไข้ พบว่าการสื่อสารในกระบวนการนี้ ความสำคัญอยู่ที่การสื่อสารทั้งกับตัวคนไข้ และครอบครัว เพราะเมื่อเกิดความทุกข์ขึ้นในครอบครัว ขณะที่ต้องเผชิญสถานการณ์ความทุกข์อยู่ที่โรงพยาบาล อาจจะทำให้ญาติไม่กล้าบอกความจริงกับผู้ป่วย หรืออาจจะสื่อสารกันไม่ได้ สาเหตุมีได้หลายปัจจัย เช่น โรคที่เป็นทรุดเร็วไปจนไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อน รู้สึกอึดอัดคับข้อง ในสถานการณ์ลักษณะนี้ คุณหมอเจ้าของไข้หรือพยาบาลเองจึงรู้สึกว่าจะต้องมีคนมาช่วยให้คำปรึกษาในเรื่องการสื่อสาร ซึ่งกระบวนการทำงานสนับสนุนของทีมชีวาภิบาลจะเริ่มจากขั้นตอนนี้

ทีมแพทย์ผู้ดูแลคนไข้จะขอความสนับสนุนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มาที่ศูนย์ฯ ว่าต้องการให้ช่วยในประเด็นไหน ขั้นตอนที่เข้ามาให้คำปรึกษาเรื่องการสื่อสารจะมีดังนี้

- เริ่มต้นสำรวจข้อมูลด้วยการคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้รู้สภาพการณ์เบื้องต้นของคนไข้ว่าเป็นอย่างไร มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ คนไข้รับรู้การสื่อสารต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด ตอบโต้ได้หรือไม่ เพราะคนไข้บางคนอาจจะใส่ท่ออยู่

แม้เราจะสดีดี แต่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ต้องสืบถามจากทีมแพทย์ให้ชัดเจน

- สังเกตความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปหากมีญาติมาเฝ้าไข้ ให้สอบถามกับหมอเจ้าของไข้ว่าสังเกตเห็นอะไรใน family dynamics เช่น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันหรือไม่ ญาติที่มาเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจเรื่องสำคัญ ได้มากเพียงใด เป็นต้น
- สอบถามแพทย์เจ้าของไข้ว่าเจ้าตัวรับรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของตนมากเพียงใด แม้แพทย์อาจจะตอบว่าคนไข้รู้ความจริงแล้ว แต่ต้องเช็ครายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ความจริงนั้นให้ดี เพราะการบอกไม่เท่ากับการรู้ การรู้ อาจไม่ใช่ความเข้าใจ รู้ทุกอย่างยังไม่อาจแน่ใจได้ว่าเข้าใจทุกอย่างหรือเปล่า แล้วเข้าใจทุกอย่าง ไม่ได้แปลว่าปล่อยวางได้ทุกอย่าง กระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วยนั้นมีความลึกของแต่ละขั้นตอน ฉะนั้นต้องสอบถามแพทย์ว่าคนไข้รู้พอประมาณหรือไม่ ให้ทีมแพทย์ช่วยวิเคราะห์
- ในกรณีที่แพทย์ให้ข้อมูลว่าบอกความจริงแล้วแต่คิดว่าคนไข้ยังไม่เข้าใจ สอบถามว่าต้องทำ Family Conference ใหม่ หรือแพทย์ท่านนั้นๆ จะสามารถจะสื่อสารได้กับตัวคนไข้โดยตรง ข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต่อการวางแผนการสื่อสารในลำดับต่อไป
- สังเกตอุปนิสัยของคนไข้ร่วมด้วย บางคนมีความเป็นตัวของตัวเองสูง (individual) หรือมีอัตตา ซึ่งเป็นลักษณะเป็นตะวันตก (Western Style) มีการศึกษาสูง ส่วนใหญ่แล้วคนลักษณะนี้จะสามารถตัดสินใจเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะแบบตะวันออก (Eastern Style) ที่มีลักษณะพึ่งพาเครือญาติ อาจจะตัดสินใจไม่ค่อยได้ นอกจากนี้ ญาติยังมักจะปิดบังความจริง เพราะกลัวผู้ป่วยจะทุกข์ใจ
- ในกรณีที่คนไข้มีลักษณะแบบพึ่งพาเครือญาติและไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จะทำให้การสื่อสารค่อนข้างยาก แพทย์มีความ



ลำบากในการบอกความจริงหรือให้ข้อมูลอื่นๆ กับคนไข้

- ทีมชีวภบาลเข้าไปสนับสุนนแพทย์และครอบครัวในเรื่องการสื่อสารตามลำดับขั้นตอนต่างๆ ทั้งในส่วนของเนื้อหาและรูปแบบในการสื่อสาร โดยประเมินจากข้อมูลที่ได้รับมา โดยพยายามชี้ให้ทุกฝ่ายเห็นแง่บวกของการสื่อสารที่ดี เช่น “คุณหมอใช้เวลาเพียงครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงสื่อสารกับคนไข้ ถ้าเขาเข้าใจข้อเท็จจริงต่างๆ จะทำให้ปัญหาลดลง พยาบาลทำงานง่ายขึ้น และในทีมมีการรักษาในแนวทางเดียวกันไปจนตลอดทาง การสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่คุ้มค่า”

Family Conference

คือจุดเริ่มต้นที่ดีในการทำ Living Will

จุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่ดีตลอดเส้นทางของการดูแลแบบประคับประคอง มาจากองค์ประกอบหลักคือการสื่อสารกับคนไข้และคนในครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจและวางแผนในการดูแลคนไข้ล่วงหน้า เช่น คนไข้ที่มีลักษณะแบบตะวันออก ต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่สามารถตัดสินใจได้เอง แม้มีความประสงค์อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่สามารถตัดสินใจออกจากโรงพยาบาลได้ หรือมีความเป็นห่วงกังวลต่างๆ ซึ่งท้ายที่สุดจะเป็นความทุกข์และทำให้มีอาการทรุดลง เพราะรู้สึกผิดหวังกับตัวเอง ไม่สามารถยืนบนลำแข้งของตัวเองได้

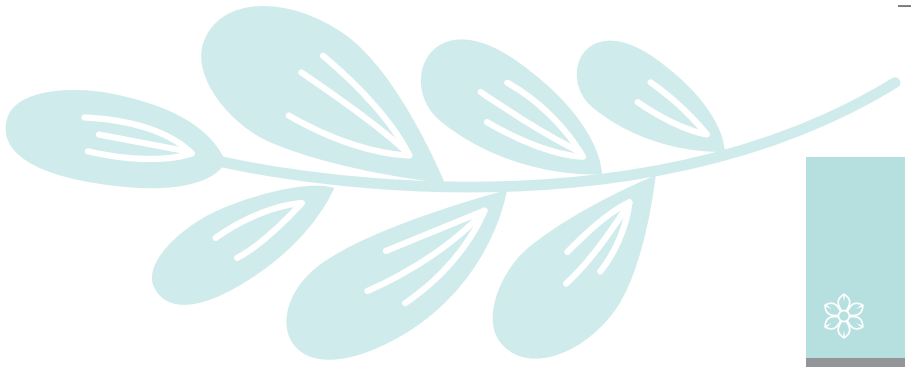
ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในลักษณะนี้ จำเป็นต้องเริ่มต้นทำความเข้าใจกับคนไข้และสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ต้น เพราะจะเป็นการก่อให้เกิดการสื่อสารที่ลึกมากพอในการคลี่คลายปัญหาของคนไข้และครอบครัว การให้ข้อมูลและสื่อสารกันจนคนไข้ มีบทบาทสำคัญกว่าเอกสารต่างๆ แต่ในความเป็นจริง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ มักจะสื่อสารกับญาติคนไข้ และเป็นการสื่อสารเพียงการเดินไปให้เซ็นเอกสารว่าจะไม่ให้ปั๊มหัวใจ ไม่สอดท่อ ตัวอย่างของเรื่องนี้ ถือเป็น การสื่อสารที่ผิดเป้าหมาย คือในขณะที่



เจ้าของชีวิตยังมีสติครบถ้วน เราควรสื่อสารกับเขาเป็นหลัก แล้วลำดับต่อไป จึงค่อยสื่อสารกับญาติ

มีกรณีตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่า การวางแผนการรักษาล่วงหน้ามีผลต่อ คุณภาพชีวิตของคนไข้ในระยะท้ายอย่างยิ่ง เคสนี้เป็นผู้ป่วยชายอายุ 50 กว่า เป็นผู้นำครอบครัว อยู่กับภรรยาที่เป็นแม่บ้าน ลูกชายเพิ่งจะสอบเข้า มหาวิทยาลัยได้ ส่วนลูกสาวกำลังจะแต่งงาน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นคือผู้เป็นพ่อป่วยเป็นโรคหัวใจระยะท้าย ทำให้เหนื่อยและทำอาชีพค้าขายที่เคยทำอยู่ไม่ได้เท่าเดิม จนกระทั่งวันหนึ่งเกิดหมดสติ หัวใจหยุดเต้น ทีมกู้ชีวิตช่วยไว้แล้ว นำส่งโรงพยาบาล แพทย์ได้ช่วยปั๊มหัวใจขึ้นมาได้ แต่ลึกพักอาการกลับทรุดลง ไปอีก ผ่านไปสามวันลงด้วยความพยายามช่วยเหลือที่ขึ้นๆ ลงๆ อยู่เช่นนี้ ทีมแพทย์พิจารณาเรื่องการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด แต่วิเคราะห์แล้วว่ากล้ามเนื้อหัวใจของคนไข้ไม่อยู่ในสภาพที่จะผ่าตัดได้ ส่วนเรื่องการบริจาคยังไม่มีคิวในขณะนั้น

ส่วนสภาพของคนไข้ในขณะนั้นยังมีสติ ถามอะไรรู้หมด และได้ขอให้ หมอช่วยอย่างเต็มที่ การรักษาดำเนินไปในลักษณะนั้นอยู่สามวัน ปั๊มหัวใจไปทั้งหมด 5 ครั้ง ในที่สุดต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้สื่อสารด้วยการพูดไม่ได้ ร่างกายอ่อนเปลี้ยไปหมด คิวขมวดอยู่ตลอดเวลา แพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลว่า ปั๊มหัวใจหลายรอบแล้ว ทรมานแทนคนไข้เหลือเกิน โดยได้หารือกับทีม ชีววิทยาลว่า “แต่ว่าเค้าก็ร้องขอให้ผมสู้เต็มที่ ทำยังไงดีครับ” ตามหลักการ ดูแลแบบประคับประคองแล้ว หากคนไข้อยู่ในช่วงระยะท้ายของโรค จะเป็นการดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีเท่านั้น ไม่ใช่การยืดความตาย แต่ในกรณีที่เจ้าของชีวิตยังขอให้ช่วยเช่นนี้ ทีมแพทย์เจ้าของไข้จึงต้องการคำแนะนำและการสนับสนุนจากทีมชีววิทยาล



เมื่อแพทย์เจ้าของไข้หารือกับทีมดูแลแบบประคับประคอง จึงได้เข้าไปเริ่มต้นสื่อสารกับคนไข้โดยการเขียนตอบ “คุณน้ำครับ เจ็บมากไหม” เขายังมีสติดี จึงพยักหน้า แสดงให้รู้ว่าปวดเจ็บทรมาน เมื่อมีสัญญาณที่ดีว่าคนไข้สื่อสารกลับ และพิจารณาจากข้อมูลและลักษณะที่เป็นผู้นำครอบครัว มีจิตใจแข็งแกร่ง จึงถามตรงๆ ว่า “คุณน้ำกลัวตายไหม” คนไข้ตอบกลับว่าไม่กลัว เคยเป็นทหารมาก่อน เมื่อทราบข้อมูลดังนั้น จึงนำเข้าสู่อุบัติเหตุ “คุณน้ำต้องการให้หมอช่วยต่อไหม คุณน้ำไม่กลัวตาย คุณน้ำเจ็บปวดทรมาน ถ้าเกิดหัวใจหยุดเต้นไปอีก ยังต้องการให้หมอช่วยต่ออีกหรือไม่” แม้จะพูดคุยไปในทิศทางที่คนไข้เข้าใจสถานการณ์ แต่เขากลับตอบว่า “ยอม” ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ตรงกันข้าม ว่าเพราะเหตุใดทั้งๆ ที่ไม่ได้หวาดกลัววาระสุดท้าย แต่กลับต้องการที่จะยืดความตายต่อไป

ความสงสัยต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงได้หันไปพิจารณาสภาพการณ์รอบด้าน โดยเฉพาะปฏิกิริยาของครอบครัว สังเกตเห็นภรรยาและลูกสาวยืนร้องไห้ อยู่ปลายเตียง จึงพอจะประมวลคำตอบได้ว่า สาเหตุที่แท้จริงในการที่คนไข้ยังต้องการจะให้ช่วยชีวิตต่อไป และไม่พร้อมที่จะจากไป ทั้งๆ ที่เขาไม่ได้กลัวความตาย คือการที่ยังเห็นสมาชิกในครอบครัวยังเป็นทุกข์ และไม่พร้อมรับมือกับวาระสุดท้ายของหัวหน้าครอบครัว



รู้ เข้าใจ สุดท้ายจึงปล่อยวาง

เมื่อทีมดูแลแบบประคับประคองสังเกตเห็นความสัมพันธ์ในครอบครัวแล้ว เราจึงไปคุยกับสมาชิกในครอบครัวตามตรง ลูกชายคนเล็กค่อนข้างเจ็บใจไม่ค่อยพูด แต่ไม่มีปฏิกิริยาชัดเจนว่าต้องการยื้อพ่อไว้ ส่วนลูกสาวอ้างว่าหนูกำลังจะแต่งงาน ป้าต้องสู้ละ ในขณะที่แม่มีความเห็นกลางๆ ความสัมพันธ์ของพ่อกับลูกๆ คือ พ่อรักลูกทั้งสองคน แต่ผูกพันกับลูกสาวค่อนข้างมากเพราะเป็นคนโต ลูกชายตั้งใจจะไปบวช เมื่อจะมีธนาคารบุญมาช่วยพ่อบ้าง ในที่สุดทางทีมชีวจิตบาลจึงต้องวางแผนการสื่อสารกับครอบครัวในขั้นลึก โดยเลือกหัวข้อเรื่อง “ความรักที่แท้จริง” ในการพูดคุย เริ่มต้นด้วยการชวนคุยในสิ่งที่เกิดขึ้น ชวนคุยธรรมชาติ เน้นการสื่อสารในทางบวกว่าทุกคนมีเจตนาที่ดีต่อคุณพ่อ รวมทั้งคุณพ่อเองเป็นคนใจนักรบ อดทนต่อความเจ็บปวดมาได้ถึงขนาดนี้

“คุณพ่อกำลังคิดว่าคุณทุกชีใหม่ ท่านอยากอยู่ใหม่ แน่แน่นอนว่าอยากอยู่ ไม่มีใครอยากตาย แต่สังขารท่านไม่ไหวแล้ว ลองคิดว่าท่านยอมทนเพื่อใคร คนที่เจ็บหนักคือคุณพ่อ” เมื่อสื่อสารกับลูกสาวซึ่งเป็นคนที่ยังสื่อสารความจริงได้ยากที่สุด ยิ่งเข้าใจว่าเหตุใดคนไข้จึงยังไม่พร้อมจากไป “หนูรักป้าอยากให้อาอยู่นานๆ หนูผิดด้วยหรือ” ในที่สุดจึงพยายามสื่อสารจนลูกสาวเข้าใจว่าควรจะรักพ่ออย่างไร พูดให้เข้าใจกฎของธรรมชาติที่มนุษย์ควรยอมรับ เพราะถ้าเขาไปฝันไว้ เท่ากับว่าเขารักแต่ตัวเอง เมื่อทำความเข้าใจในเรื่องความรักที่แท้จริงแล้ว ในที่สุดลูกสาวจึงไปขอโทษพ่อ สัญญาว่าจะเป็นลูกที่ดีและบอกรักพ่อ

จากนั้นจึงเป็นขั้นตอนของการพูดคุยกับลูกชายคนเล็ก โดยสังเกตว่าเขามีการยอมรับการตายของพ่อในระดับไหน คำตอบที่ได้รับคือสามารถยอมรับได้ไม่ว่าพ่อจะอยู่หรือจากไป เขามีความเห็นกลางๆ และไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นเป็นเพราะลูกชายเห็นพี่สาวร้องไห้เพราะกังวลเรื่องของพ่อ ครั้นถ้าพูดไปว่ารับได้ที่จะปล่อยให้พ่อจากไป เขาก็คิดว่าอาจจะเป็นการเห็นแก่ตัวเกินไป ส่วนแม่แม้จะมีความเห็นค่อนข้างไปทางกลางๆ เหมือนกัน แต่ยังคงหวังไว้ทำงานอย่างปล่อย



ให้สามีไปก็ได้ แต่หากเขาไม่อยู่ฉันคงเหงา คือสมาชิกในครอบครัวมีความเห็นเป็น 3 ระดับเลย สำหรับพ่อซึ่งเป็นเจ้าของชีวิตแสดงออกว่า “ฉันตายหรือไม่ตายก็ได้ แต่ถ้าฉันอยู่ก็ดี เพราะว่าคุณรักของฉันคือแววตาที่เป็นสุขของคุณ”

ในที่สุดเมื่อผ่านการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความหมายของความรัก และตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับชีวิตในระยะท้ายของพ่อ จึงเปิดทางให้ลูกชายที่เป็นเพศเดียวกับพ่อได้ขึ้นมาเป็นหลักยึดให้ครอบครัวในแง่ของความรู้สึก ทำให้แม่และพี่สาวเกิดความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกต่างๆ จึงค่อยๆ ผ่อนคลาย นำไปสู่การปล่อยวางได้ในที่สุด หัวใจสำคัญในการสื่อสารเรื่องนี้คือพยายามให้เกิดพลวัตที่ดีในการคุยกับสมาชิกใน ส่วนพ่อนั้นมีความเด็ดเดี่ยวอยู่แล้ว ยอมรับความเป็นจริงได้ และสมาชิกทุกคนเป็นพยาน ซึ่งถือว่าเป็นเจตนาของผู้เป็นเจ้าของชีวิต จากตัวอย่างเหตุการณ์ในเรื่องนี้ จะเห็นได้ว่าการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวสำคัญกว่าการมีหนังสือแสดงเจตนาเสียอีก เพราะถ้าคนไข้เขียนหนังสือแสดงเจตนาด้วยจิตในที่ไม่เป็นปกติ ไม่ยอมรับธรรมชาติ เจตนา นั้นจะไม่ใช่เจตนาที่แท้จริง

แม้ว่าจะเคยมีความพยายามสร้างขั้นตอนของการสื่อสารความจริง แต่เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กลับไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ถึงที่สุดแล้วการสื่อสารเป็นเรื่องของทักษะ ขึ้นอยู่กับว่าบุคลากรทางการแพทย์แต่ละท่านมีคุณลักษณะอันดีเพียงใด นั่นคือคุณภาพในจิตใจของคนที่จะสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญมาก ซึ่งอาจจะพูดว่าเป็นหลักธรรมในพุทธศาสนาก็ว่าได้ เพื่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจในตัวคนไข้ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่หลักในการสื่อสาร ต้องฝึกจิตตนเอง ดังต่อไปนี้

- มีสติสัมปชัญญะ และจับใจในการจับสังเกตปฏิกิริยาต่างๆ ของคนไข้และสมาชิกในครอบครัว เมื่อได้ยินเนื้อหาต่างๆ ในการสื่อสาร สามารถเข้าใจความรู้สึกของคู่สื่อสารได้ และมีการตอบกลับที่เหมาะสม



- มีอุเบกขา หมายถึงผู้ทำหน้าที่สื่อสารต้องมีจิตใจที่เป็นกลาง ไม่ตอบโต้หรือสรุปเรื่องราวต่างๆ เร็วเกินไป ไม่โอนเอียงด้วยอคติ หรือใช้อารมณ์ เช่น เมื่อคนไข้หรือญาติคนไข้ซักสีหน้า ผู้สื่อสาร จะต้องนั่งสงบ ไม่โกรธตอบ

โดยทั่วไปแล้ว จะส่งเสริมให้คนที่อยู่ใกล้ชิดเป็นผู้สื่อสารก่อน ทั้งการพูด (Verbal) และอากัปกริยาต่างๆ (Non - Verbal) ซึ่งอาจเป็นผู้ที่คนไข้เชื่อใจ และสามารถสื่อสารทำให้เขาเข้าใจได้ ผู้สื่อสารนั้นต้องใจนิ่งเพียงพอ และต้องรู้ความจริงด้วยพอประมาณ เพราะฉะนั้นหากช่วยกันเป็นทีม ทั้งญาติและทีม บุคลากรทางการแพทย์ จึงเท่ากับเป็นการช่วยเสริมซึ่งกันและกันให้ชัดเจนยิ่งขึ้น คล้ายเป็นการต่อจิ๊กซอว์ว่าคนไหนจะช่วยในประเด็นใด เช่น แพทย์ช่วยให้ข้อมูลในเรื่องการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค เพื่อจะคาดการณ์ช่วงเวลาในระยะท้ายได้ตามสมควร ในส่วนของญาติและตัวคนไข้มีสติ ยอมรับความจริง อาจตั้งใจที่จะใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายนอกโรงพยาบาล

ด้านพยาบาลเมื่อได้ข้อสรุปต่างๆ แล้วจะเป็นผู้รับช่วงต่อ บันทึกข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียด ทำหน้าที่สื่อสารกับญาติในรายละเอียดต่างๆ ที่สำคัญ เช่น การให้ยาต่างๆ ตามที่หมอสั่ง จัดคิวเรื่องการนัดหมายให้ เมื่อคนไข้สิ้นใจ จะแจ้งหน่วยงานใด ข้อมูลเหล่านี้ทำให้ญาติอุ่นใจว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์ จะดูแลอยู่เสมอ คือแพทย์ให้ความเชื่อมั่น พยาบาลให้ความอุ่นใจ สังคมสงเคราะห์ให้เครือข่ายที่กว้างขวาง เป็นทีมดูแลแบบประคับประคอง ที่ทำให้คนไข้วางใจได้อย่างแท้จริง

มอร์ฟีนน่ากลัวจริงหรือ

“การใช้ยามอร์ฟีนในขนาดที่ถูกต้อง ด้วยความเหมาะสม เป็นการบริหารยาที่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจ ในหลักการของการใช้ยามอร์ฟีน เป็นเรื่องปลอดภัย”

- พญ.ลักษมี ชาญเวชช์ -

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

ประโยชน์และผลข้างเคียงของมอร์ฟีน

ยาแก้ปวดชนิดแรง ซึ่งเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ที่ใช้บรรเทาอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีหลายชนิด เช่น เฟนทานิล (Fentanyl) อ็อกซิคอนติน (OxyContin) หรือเมทาโดน (Methadone) แต่เรามักนึกถึงมอร์ฟีน¹ (Morphine) เป็นอันดับแรก เพราะประสิทธิผลที่ดีของมอร์ฟีนที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง เช่น ช่วงหลังผ่าตัดที่ใช้ในระยะสั้นๆ แล้วหยุดไป นอกจากนั้นมักใช้เป็นยาปวดบรรเทาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งความปวดจากมะเร็งมีได้หลายประเภท แต่กลุ่มที่จำเป็นต้องได้ยาแก้ปวดชนิดแรงคือกลุ่มของผู้ป่วยในระยะท้ายๆ ที่มีความปวดรุนแรง หรือโรคลุกลามไปมาก แต่ยังไม่ถึงระยะท้าย นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดธรรมดาแล้วไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องได้มอร์ฟีนควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย Palliative Care ทั้งที่เป็นมะเร็งและกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการปวดและจำเป็นต้องได้ยากลุ่มนี้

ในบทความนี้ จะเน้นเฉพาะผู้ป่วยที่ Palliative Care ในระยะสุดท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีระยะเวลาเหลืออยู่อย่างจำกัด ตัวโรคลุกลามไปมากแล้ว ราว 70-80% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะมีอาการปวดรุนแรงซึ่งต้องใช้มอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการ ข้อดีของการใช้ยามอร์ฟีนคือ หากใช้ในขนาดที่ถูกต้อง

¹ มอร์ฟีน (Morphine) คือสารประกอบอัลคาลอยด์ (Alkaloids) หนึ่งใน 25 ชนิด ของฝิ่น ซึ่งเป็นสารประกอบที่นำมาใช้เพื่อบำบัดรักษาอาการปวด เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ซึ่งจัดเป็นยาระงับปวดที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ในการใช้บำบัดรักษากลุ่มอาการปวดรุนแรงต่างๆ





ด้วยความเหมาะสม เป็นการบริหารยาที่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการของการใช้ยามอร์ฟิน เป็นเรื่องปลอดภัย แต่เราต้องพูดทั้งด้านดีและข้อควรระวัง เพราะยาทุกชนิด ไม่ว่าจะ เป็นมอร์ฟิน หรือแม้แต่ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อที่เรากินกันเวลาเป็นหวัด ล้วนมีข้อเสียทั้งสิ้น

ข้อเสียของยาแก้ปวดชนิดอื่นๆ ในบางแง่มุมอาจมีอันตรายมากกว่ามอร์ฟิน ยกตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวดในกลุ่มเอ็นเสด (NSAID) หรือกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งดูเหมือนน่าจะเป็นยาที่มีความปลอดภัยสูง แต่ถ้าใช้ในระยะเวลาอันยาวนานอาจทำให้ไตวายได้ หรือแม้แต่การให้ยาในขนาดสูง หรือให้ยาผิดขนาด อาจจะทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ หรือทะลุ เพราะฉะนั้นในการพิจารณาให้ยากลุ่มเอ็นเสด จึงมีข้อควรคำนึงว่า แม้อาจจะดีกว่าในแง่ของการไม่ติดยา แต่หากใช้ไม่ระวังอาจทำให้มีปัญหาในเรื่องของไตได้

สำหรับการให้มอร์ฟินนั้น แม้ว่าจะไม่ได้มีผลกับไตหรือตับโดยตรง แต่มีผลกระทบกับเรื่องอื่นๆ เช่นกัน ตัวอย่างเช่น เมื่อรับยาไปนานๆ ถ้าได้จะบิบบ้วนน้อย อาจจะทำให้ท้องผูกได้ และถึงแม้จะให้ยาไปเนิ่นนานเท่าใด จะไม่เกิดการทนต่อยา เพราะฉะนั้นเมื่อรับยามอร์ฟิน จำเป็นต้องกินยาระบายควบคู่กันไป ส่วนผลข้างเคียงอื่นๆ ของมอร์ฟินที่คนทั่วไปมักมีข้อกังวลในการใช้คือผลข้างเคียงเรื่องการกดการหายใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อให้ยาผิดขนาดอย่างยิ่ง ยกตัวอย่างสมมติเช่น ต้องการให้ 20 แต่ให้ผิดขนาดเป็น 200 คือมีความเกินขนาดไปอย่างมาก จึงจะเกิดปัญหา แต่ถ้าให้เพิ่มจากเดิมแค่ 10% หรือ 25% ยังอยู่ในระดับที่สามารถปรับเพิ่มได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่การให้ยาในระดับเดิมยังระงับปวดได้ไม่ดี

สำหรับการปรับเพิ่มมอร์ฟิน จะปรับครั้งละ 25% เท่านั้น เพราะจัดเป็นระดับที่มีความปลอดภัยอยู่ และสามารถจัดการผลข้างเคียงได้ โดยผลข้างเคียงที่ควรระวังว่าอาจเป็นสัญญาณในการเกิดปัญหาได้ในอนาคตคือภาวะง่วงซึม ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าจะนำไปสู่ภาวะกดการหายใจ แต่ภาวะง่วงซึมไม่สามารถสรุป 100% ได้ว่าจะเป็นการเตือนสู่ภาวะกดการหายใจ เพราะ



ในบางกรณี อาจเกิดจากยาตัวอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะง่วงร่วมด้วย แพทย์จึงต้องวินิจฉัยและสังเกตอย่างรอบด้าน

ยากลุ่มอื่นที่ใช้ร่วมกับมอร์ฟินนี้เรียกว่ายากลุ่มเสริม เรียกว่ายากลุ่มแอดจูแวนท์ (Adjuvant) ยาในกลุ่มเสริม เป็นยาในกลุ่มที่ไปเพิ่มสารสื่อประสาททสมอง ช่วยลดอาการปวดได้ การใช้ยากลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นยากลุ่มเสริม และทำให้สามารถลดขนาดยาแก้ปวดลง โดยพบว่ายาในกลุ่มแอดจูแวนท์บางตัวที่ใช้ปรับเสริมขึ้นกับยามอร์ฟิน ทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม จึงสังเกตค่อนข้างยากกว่าภาวะง่วงซึมนั้นเกิดจากมอร์ฟินหรือเป็นเพราะยาแอดจูแวนท์อย่างไรก็ตาม หลักการที่ถูกต้องในการให้ยาเสริมคือ ให้ในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อลดขนาดยาแก้ปวด

เลือกใช้ให้ถูกที่ มอร์ฟินมีดีกว่าที่คิด

สำหรับความเหมาะสมในการให้ยากลุ่มแอดจูแวนท์ พิจารณาได้จากข้อบ่งชี้ของยาที่สามารถระงับปวดตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความปวดจากพยาธิสภาพประสาท² หรือ Neuropathic Pain พิจารณาให้กลุ่มแอดจูแวนท์ที่รักษาอาการปวดจากระบบประสาท เช่น กาบ้าเพนติน (Gabapentin) หรือพรีกาบาลิน (Pregabalin) ซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจากพยาธิสภาพประสาท จำเป็นต้องให้ยาแอดจูแวนท์ร่วมด้วยจากประสบการณ์พบว่า หากให้ยากาบ้าเพนตินได้อย่างถูกต้องกับผู้ป่วยที่มีความปวดจากพยาธิสภาพประสาท จะสามารถลดขนาดยามอร์ฟินลงได้ เป็นผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในระดับสูงขึ้น

เพราะฉะนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรระวังทุกครั้งเมื่อต้องพิจารณาให้ยาแก้ปวด เบื้องต้นควรแยกชนิดความปวดให้ได้ก่อน เพื่อป้องกันผลในทางลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยกตัวอย่างในกรณีของผู้ป่วยที่มีความปวดจากพยาธิสภาพประสาท เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน ประมาณ 15 - 20 ปี

² เป็นอาการปวดอันเนื่องมาจากการเกิดจากความเสียหายของระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการปวดได้หลายลักษณะ เช่น ปวดเสียวแปลบ ปวดแสบร้อน รู้สึกยิบๆ ซาๆ คัน หรือชา



บริเวณปลายเท้ามีอาการปวดชา ปวดยุบๆ ยิบๆ ในลักษณะนี้ สามารถให้ยาก
กลุ่มแอดจูแวนท์ตัวเดียว โดยไม่ต้องให้มอร์ฟินเลย เพราะโดยทั่วไปแล้ว
หากมีความปวดจากพยาธิสภาพประสาท แพทย์จะพิจารณาให้ยาที่มีข้อบ่งชี้
ความปวดจากพยาธิสภาพประสาทโดยตรง เช่น นิวรอนติน (Neurontin)
หรือกาบ้าเพนติน ซึ่งเป็นยาที่ไม่มีผลข้างเคียงเรื่องกดการหายใจ เพราะไม่ใช่
ยากลุ่มมอร์ฟิน จะมีแต่ผลข้างเคียงคืออาการง่วงนอน โดยเป็นผลข้างเคียงใน
ช่วงอาทิตย์แรกเท่านั้น ในขณะที่สามารถลดความปวดลงได้มาก โดยที่ไม่ต้อง
ใช้มอร์ฟิน

ดังนั้นในการวินิจฉัยของแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่มี
ความปวดจากพยาธิสภาพประสาทอย่างเดียว สามารถให้การดูแลโดยไม่ต้อง
ต้องใช้มอร์ฟิน แต่ในทางตรงข้าม หากมีความปวดจากมะเร็ง ร่วมกับความ
ปวดจากพยาธิสภาพประสาทร่วมด้วย สามารถให้ยาได้ทั้งสองกลุ่ม ซึ่งทำให้
ลดขนาดยามอร์ฟินลงได้ ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง และ
มีความปวดอย่างมาก ต้องประเมินความปวดนั้นๆ ก่อนว่า เป็นความปวดชนิดใด
เป็นความปวดจากมะเร็งที่มีปัญหาเรื่องระบบประสาทร่วมด้วยหรือไม่
อันจะนำไปสู่การให้ยาแอดจูแวนท์ร่วมด้วยอย่างเหมาะสม

อาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพประสาทร่วมกับปวดเพราะตัวมะเร็งเอง
ทางการแพทย์เรียกว่ามิกซ์เพน (Mixed Pain) ซึ่งความปวดโดยตรงจากมะเร็ง
จะมีความปวดรุนแรง เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่ตับอ่อน จะมีความปวดจาก
อวัยวะภายใน (Visceral Pain) แพทย์มักให้ยาในกลุ่มมอร์ฟิน หรือกลุ่ม Opioid
เพื่อลดอาการปวด โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดลักษณะนี้ โดยที่ไม่ได้มีความปวด
จากพยาธิสภาพประสาท สามารถให้มอร์ฟินเพื่อลดอาการปวดโดยไม่ต้อง
ต้องให้ยาที่รักษาความปวดจากพยาธิสภาพประสาท

ส่วนประเด็นเกี่ยวกับความกังวลในการใช้มอร์ฟิน สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยน
คือเรื่องของทัศนคติ ไม่ว่าจะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์หรือตัวผู้ป่วย
และญาติ โดยใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อหาสาเหตุที่กลัวการใช้มอร์ฟิน
ค้นหาว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ในอดีตที่เป็นต้นเหตุของความกลัวหรือไม่



เมื่อทราบสาเหตุต่างๆ แล้ว จึงหาทางแก้ไขทัศนคติเท่าที่จะทำได้ ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยต้องการยาเพื่อลดอาการปวด แต่มีความกลัวผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ในการสื่อสารต้องเน้นในเรื่องของเภสัชวิทยา เน้นเป้าหมายเรื่องของการดูแลเป็นหลัก ว่าความปวดเป็นสิ่งที่ทำให้คุณไม่สุขสบาย ทำให้คุณใช้ชีวิตอย่าง เป็นทุกข์ตลอดเวลา และอธิบายให้เข้าใจว่ายาแก้ปวด หมายถึงรวมถึง มอร์ฟีน เป็นยาที่ช่วยลดอาการปวดทางกาย เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ อาจช่วยแนะนำเกี่ยวกับเรื่องผลเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่าง รอบด้าน เท่ากับเป็นการ กระตุ้นให้เขาสามารถคิดได้ด้วยตัวเอง (Empower) ว่า เมื่อลดความปวดลงได้ ไม่ทรมาน ความทุกข์ลดลง ย่อมมีสติที่จะคิดไปถึง ครอบครัวยุ และสิ่งต่างๆ ในทางที่ดีขึ้นได้

การวินิจฉัยอาการพื้นฐานคือหลักการสำคัญ

โดยทั่วไปแล้วแนวทางในการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะความปวดในรูปแบบต่างๆ ทาง สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) เกี่ยวกับความปวดทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นความปวดจากมะเร็ง หรือความปวดจากพยาธิสภาพประสาท ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ ผ่านเว็บไซต์ของสมาคมฯ สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องแยก วินิจฉัยให้ได้ก่อนว่าเป็นอาการปวดชนิดใด เพื่อเป็นแนวทางในการให้ยา

ยกตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยความปวดบริเวณกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นและ ข้อต่อ (Somatic Pain) หรือปวดจาก (Solid Organ) เช่น คนไข้ปวดจากการมี ก้อนมะเร็งบริเวณกราม มีก้อนใหญ่มาก คนไข้สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่า ปวดบริเวณไหน เรียกว่าเฉพาะจุดนั้น (Localize) เมื่อทราบดังนั้นแล้ว แพทย์ สามารถถามผู้ป่วยถึงระดับความรุนแรงของอาการปวดได้ว่ามากน้อยเพียงใด ถ้าความรุนแรง 7 - 10 แสดงว่ากลุ่มนี้ควรให้ยามอร์ฟีน แต่ในทางตรงข้าม ยกตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมะเร็งบางราย พบมะเร็งตรงต่อมน้ำเหลือง บริเวณคอ ซึ่งก้อนโตมาก และแจ้งกับแพทย์ว่าแขนด้านเดียวกับต่อมน้ำเหลือง โตมีอาการปวดแปล็บๆ แสบร้อนไปหมด จำเป็นต้องใช้การตรวจวินิจฉัย



ซึ่งพบมาก่อนมะเร็งไปกดตรงบริเวณกลุ่มข่ายประสาทที่ไปเลี้ยงแขน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกลุ่มข่ายประสาทโดนกด (Plexopathy) หากพบอาการในลักษณะนี้ ควรให้ยาแอดจูแวนท์เพื่อลดอาการปวดที่เกิดขึ้นที่แขน ส่วนความปวดของมะเร็งบริเวณคอ สอบถามผู้ปวดว่าปวดเพียงใด ซึ่งความปวดจะต่างกัน เพื่อพิจารณาวางแผนในการให้ยาที่เหมาะสม

เหนือสิ่งอื่นใด แพทย์ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจในประเด็นการรักษาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วย ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายหลังจากการวินิจฉัยโรคเพื่อวางแผนการรักษาแล้ว ควรสื่อสารกับผู้ป่วยให้กระจ่างว่า ณ ขณะนี้สภาพการณ์ของโรคเป็นอย่างไร มีวิธีการรักษาแบบไหน จะมีการรักษาตามขั้นตอนอย่างไรบ้าง หมายรวมถึงการจ่ายค่ารักษาต่างๆ ต้องคุยกระบวนการทั้งหมดก่อน เมื่อผู้ป่วยเข้าใจประเด็น แล้วจึงค่อยสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวต่อไป รวมทั้งแลกเปลี่ยนความเห็นกันในทีมแพทย์ที่จะเข้ามาดูแล ก่อนที่จะเริ่มทำการรักษา

การสื่อสารเรื่อง Living Will

ในส่วนของ การให้ข้อมูลเรื่อง Living Will หากเป็นไปได้ควรทำการสื่อสารตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติ เพื่อที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงต่างๆ นั่นคือเป้าประสงค์ของการรักษา ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะสู้แค่ไหน ต้องการลดความปวด ลดความไม่สุขสบายต่างๆ แต่ถ้าความปวดนั้นสุดทางแล้ว คุณยังมีเจตจำนงในการยืดชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจหรือไม่ โดยที่ในสภาพการณ์นั้นคุณไม่ได้รับรู้อะไรแล้ว ตัวโรคที่คุณเป็นอยู่นั้นรักษาไม่หายขาด และสุดหนทางที่จะเยียวยา ซึ่งประเด็นสำคัญเหล่านี้ต้องคุยกัน และพิจารณาด้วยว่าใครที่จะตัดสินใจแทนคุณ ในขณะที่คุณไม่มีสติ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ ต้องคุยกับผู้ป่วยเป็นหลัก แล้วเซ็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษร



อย่างไรก็ตาม สังคมปัจจุบันคนบางกลุ่มอาจจะยังไม่ยอมรับในการพูดกันเกี่ยวกับความตาย วิธีการสื่อสารอาจจะต้องค่อยเป็นค่อยไป พูดวันละนิด ค่อยๆ เปิดประเด็นทีละน้อย เพราะการดูแลแบบ Palliative Care ต้องใช้ความต่อเนื่อง นั่นคือสาเหตุที่ว่าทำไมเราต้องหมั่นสื่อสารกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก เพราะสายสัมพันธ์ระหว่างการดูแลกันมา จะทำให้เห็นกันถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างไร ความคิดความอ่านเป็นอย่างไร รวมไปถึงการปรับตัวเพื่อจัดการกับโรคภัยเป็นไปในแนวทางไหน

หากสังเกตเห็นมาตลอดว่าผู้ป่วยสู้จนถึงที่สุด มีแนวคิดว่าจะยอมแพ้ไม่ได้ อาจต้องหาหนทางว่า จะสื่อสารอย่างไรให้คนไข้เข้าใจ หรือโน้มน้าวญาติให้ช่วยคุย การดูแลทั้งครอบครัวมาตั้งแต่ต้น ดีกว่าการมาทำ Palliative Care ช่วงท้ายๆ ที่ผู้ป่วยเหลือเวลาอีกไม่กี่สัปดาห์ คนไข้ไม่มีข้อมูลเลยว่าอาการระยะแรกกับระยะท้ายจะเป็นอย่างไร ซึ่งทำให้ทั้งตัวแพทย์และผู้ป่วย สูญเสียโอกาสดีๆ สำหรับการสร้างคุณภาพชีวิตในระยะท้ายไปอย่างน่าเสียดาย



บทที่

04

จริยธรรมในการดูแล
แบบประคับประคอง



- รศ.ดร. ทศนีย์ ทองประทีป -
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี



ปัจจุบันรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) นับว่าเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในที่มีสุขภาพสุขภาพและประชาชน รูปแบบการดูแลนี้เป็นประโยชน์มากในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินอยู่ในระยะสุดท้าย ไม่มีทางจะรักษาให้หายขาดจากโรคได้ อาการต่างๆ มีแต่จะทรงตัวหรือทรุดลงเมื่อเวลาผ่านไป เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็งและโรคทางสมอง รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจะเน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากในระยะท้ายของชีวิตอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการทำงานผิดปกติ ก่อเกิดปัญหาซับซ้อนยากที่จะควบคุม ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น โดยธรรมชาติแล้วทุกคนรักชีวิตและอยากมีโอกาสตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตน แม้ว่าจะเป็นเวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน

ด้วยวิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้ามาก เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาเป็นอย่างยิ่ง แต่ก็ต้องยอมรับถึงกฎธรรมชาติ การเจ็บป่วย การแก่ชราและการตายเป็นธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ และการตายดี เป็นยอดปรารถนาของมนุษย์ทุกคน คือ ตายด้วยอาการสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะบอกกล่าวบุคคลที่ตนรัก ญาติผู้ป่วยก็ปรารถนาจะได้ดูแลกันอย่างใกล้ชิด ควรมีโอกาสได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาหรือวัฒนธรรมที่ครอบครัวยึดถือ ปฏิบัติที่ผู้ป่วยและญาติมีต่อความตายและการพลัดพรากนั้นไม่เหมือนกัน ความขัดแย้งในเรื่องคุณค่าและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและความตายอาจพบได้ ที่มีสุขภาพควรคำนึงถึงสิทธิและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยโรคทางสมองหรือด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม สิทธิผู้ป่วยพื้นฐาน 3 ประการที่ทีมผู้ดูแลจะต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเพียงพอ (Right to Be Informed) สิทธิที่จะปฏิเสธ



การรักษา (Right to Refuse Treatment) และสิทธิความเป็นส่วนตัว (Right of Privacy) ซึ่งเป็นที่มาของหลักจริยธรรมสำคัญคือ การเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (Autonomy)

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและไวต่อความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพราะสภาพจิตใจและอารมณ์ที่อ่อนแอ ต้องการกำลังใจและคำปรึกษา เพื่อการตัดสินใจที่ดีและเป็นประโยชน์บุคคลทั่วไปมักถือว่าเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้บุคคลที่ตนรัก/ญาติมิตร การรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายที่ให้การดูแลรักษา รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ จะเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันประเด็นขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยแม้ว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะระบุว่าทุกกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นได้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วก็ตาม ทีมสุขภาพควรใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Moral Reasoning) เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นประโยชน์หรือเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยมากที่สุด (Best Interest) ในการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องมีหลักจริยธรรม (Ethical Principles) เพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพพิจารณาเหตุผลต่างๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม หลักจริยธรรมที่มักใช้กันทั่วไปในคลินิกได้แก่

- 1) การเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (Autonomy)
- 2) ความยุติธรรม (Justice) ให้บริการอย่างทั่วถึงตามความเร่งด่วนและตามความจำเป็น
- 3) การกระทำแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์ (Beneficence) ไม่กระทำความชั่วร้าย (หรือเป็นอันตรายน้อยที่สุด) (Non-Maleficence)
- 4) ความซื่อสัตย์ ในการให้บริการ (Fidelity) โดยปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเต็มความสามารถ

ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม อาจเกิดขึ้นเพราะการให้คุณค่าของทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและญาติต่างกัน หรือความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด



ต้องการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หลักจริยธรรมที่ควรนำมาประกอบการตัดสินใจ คือ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy) ในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตนเอง แต่แพทย์และพยาบาลอาจคิดว่าการแพทย์ทางเลือกอาจไม่เกิดผลดีเท่ากับการผ่าตัด จะทำให้กระบวนการรักษาล่าช้าออกไป อาจจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย เต็มใจอาจจะไม่ว่าง เมื่อเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาอีกครั้ง ซึ่งเป็นการพิจารณาโดยใช้หลักการคำนึงถึงผลดี (Beneficence) ซึ่งต่างฝ่ายต่างมีเหตุผล ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจจะหวังผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย จะช่วยให้ความขัดแย้ง ในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้มาก

ในที่นี่จะกล่าวถึงเพียงประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมที่อาจพบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้ คือ

- 1) จริยธรรมและการสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication and Ethics)
- 2) การตัดสินใจกู้ชีพฟื้นคืนชีพ (Resuscitation Decisions)
- 3) การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futility) ได้แก่การไม่ให้การรักษา หรือการยุติการรักษา (Withholding or Withdrawal of Treatment)
- 4) การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษา (Advanced Directive or Living Will)
- 5) การปันส่วนอุปกรณ์การแพทย์ที่มีอย่างจำกัด (Rationing)
- 6) การให้ยาสงบระงับในระยะสุดท้าย (Palliative Sedation)
- 7) การวิจัยในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Research)



1 จริยธรรมและการสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication and Ethics)

คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยจะดีหรือไม่นั้น ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ คุณภาพของการสื่อสาร คือ เนื้อหา / ข้อมูลและวิธีการสื่อสาร ตลอดระยะเวลาที่ได้ดูแลรักษา ควรเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติ เริ่มต้นด้วยการสื่อสารที่แสดงออกถึงการรับรู้และเข้าใจถึงความยากลำบากที่กำลังเผชิญอยู่ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นก่อน แล้วจึงพูดถึงความจริงที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัว การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรคที่เป็นข่าวร้ายในเวลาที่เหมาะสมนั้น ควรประเมินการรับรู้และสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจอื่นๆ เมื่อบอกความจริงแล้ว ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ในการรักษา ด้วย การพูดอย่างเปิดเผยและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติควรดำเนินอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษา ทีมผู้ดูแลควรถือเป็นจริยธรรมพื้นฐานที่ควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ทุกราย และรู้สึกตัวดี ควรได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค และแผนการดูแลรักษา จากผลการวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่ (84.9%) ผู้ป่วยต้องการรู้ความจริง ไม่ว่าความจริงนั้นจะร้ายหรือดีก็ตาม ดังนั้นการบอกข้อมูลหรือการสื่อสารกับผู้ป่วยจะต้องยึดหลักการเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยเสมอ (Autonomy) ยังมีหลักจริยธรรมอีกประการหนึ่งที่ต้องพิจารณา คือ การไม่ปฏิบัติสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (Non - Maleficence) โดยการไม่บอกความจริงเพราะเกรงว่าทำให้ผู้ป่วยเศร้าเสียใจจนรับไม่ได้ หลักจริยธรรมนี้อาจใช้ร่วมกับผู้ป่วยบางรายหรือในบางสังคม แต่อย่าลืมว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรารถนาจะรู้ความจริง



บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

แม้ว่าการบอกเรื่องการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคจะไม่ใช่น้ำที่ของพยาบาล ด้วยเหตุผลที่พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือดูแลและอยู่ใกล้ชิดจึงได้รับความไว้วางใจผู้ป่วยและญาติมักตั้งคำถามเรื่องการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคกับพยาบาล พยาบาลควรแนะนำหรือให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสถามคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคกับแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง เมื่อแพทย์เจ้าของไข้ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอแล้ว พยาบาลมีหน้าที่ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อข่าวร้ายนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญคือต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงที่เจ็บปวดและยอมรับได้ยากนั้นด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจอย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยสร้างความเชื่อมั่นซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลแบบประคับประคองต่อไป ส่วนการให้ข้อมูลเรื่องอาการและการดูแลเพื่อลดและบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบายต่างๆ นั้นพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติฟังเป็นรายกรณีอย่างสม่ำเสมอ



2 การตัดสินใจกู้ฟื้นคืนชีพ (Resuscitation Decisions)

การตัดสินใจเพื่อกู้ฟื้นคืนชีพ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีมักพบว่าเป็นปัญหาในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตัดสินใจกู้ฟื้นคืนชีพเกี่ยวข้องกับหลักการรักษาทางการแพทย์ จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนควรมีสิทธิที่จะวางแผนเกี่ยวกับชีวิตของตน หรือถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่ตัดสินใจได้ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยควรแสดงเจตจำนงไว้เป็นหลักฐานว่าเมื่อหัวใจและปอดทำงานล้มเหลวจะทำการกู้ฟื้นคืนชีพหรือไม่ ในทางการแพทย์จะเขียนว่า Do Not Resuscitate (DNR) การปฏิบัติเพื่อกู้ฟื้นคืนชีพมักไม่ได้ผลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามไปในอวัยวะต่างๆ การติดเชื้อเข้ากระแสเลือด หรือไตล้มเหลว ในต่างประเทศได้มีการศึกษาความ



สำเร็จของการกู้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบว่ามีน้อยกว่า 20% ส่วนการกู้ฟื้นคืนชีพที่กระทำในผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จประมาณ 5% เท่านั้น และการกู้ฟื้นคืนชีพอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะการกู้ฟื้นคืนชีพอาจทำให้เกิดเป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยี หรืออาจเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านค่ารักษาพยาบาล แม้ว่าจะสามารถยืดชีวิตออกไปได้อีกระยะหนึ่งก็ตาม การปฏิบัติกู้ฟื้นคืนชีพ เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์เชิงวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม รวมทั้งความเข้าใจชีวิตในมิติอื่นๆ ของทีมผู้ให้การรักษา การกู้ฟื้นคืนชีพไม่ใช่ Procedure ที่ต้องปฏิบัติตามแบบ Routine กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นทุกราย การดูแลให้ชีวิตดำเนินไปตามธรรมชาติอย่างสมศักดิ์ศรี ด้วยการบรรเทาอาการต่างๆ และช่วยให้มีความสุขสบาย สิ่งทีทีมผู้ดูแลการรักษาจะต้องตั้งคำถามเสมอคือการกู้ฟื้นคืนชีพนั้นทำเพื่ออะไร และใครคือผู้ที่ได้ประโยชน์สูงสุด ดังคำกล่าวของ วูลเฟ ที่ว่า “Resuscitation Measures: For Real or for Show” หากคำตอบคือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะมีโอกาสทางรอดชีวิต ก็ควรรับดำเนินการอย่างเต็มความสามารถ แต่ถ้าได้คำตอบเพียงจะพิสูจน์ว่าได้ทำให้ครบตามกระบวนการรักษาเฉพาะทางกายเท่านั้น หรือเป็นการฝึกทักษะเพื่อความชำนาญของทีมผู้ให้การดูแลรักษา ก็จะเป็นการตั้งเจตนาที่ไม่ตรง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำอำลาญาติมิตร ได้สัมผัสกันเมื่อร่างกายยังมีไออนหรือปฏิบัติตามหลักศาสนา จะมีคุณค่าสูงส่งต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ



บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ในกรณีการตัดสินใจที่ผู้ป่วยตัดสินใจแพทย์เจ้าของไข้อาจต้องการพบญาติ เพื่อขอทราบความคิดเห็นและการตัดสินใจ ถ้าญาติไม่อยู่ในเวลาที่เร่งด่วน แต่ได้บอกข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจแก่พยาบาลหรือผู้ดูแลไว้แล้ว พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลนั้น กรณีที่ทีมแพทย์ผู้รับผิดชอบตัดสินใจจะปฏิบัติการที่ผู้ป่วยตัดสินใจ การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ในการปฏิบัติการเป็นหน้าที่ของพยาบาล พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติในยามที่เผชิญกับความยากลำบากในการตัดสินใจ ซึ่งคาดหวังต่อผลของการตัดสินใจได้ยากและอาจต้องเผชิญกับการสูญเสีย



3 การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futility)

อาการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงเร็ว เป็นกลุ่มอาการที่ต้องใช้วิธีการจัดการที่หลากหลายและ / หรือใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ผลการรักษาอาจก่อให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ การรักษาด้วยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใดแล้วไม่ได้ผลดี ก็ควรยุติหรือถอนการรักษาให้ได้ หรือที่เรียกว่า การรักษาที่ไร้ประโยชน์ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาให้รอบด้านทั้งในด้านหลักวิชาการทางการแพทย์ จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และกฎหมาย เพราะเมื่อให้การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ไประยะหนึ่งแล้ว การรักษานั้นไม่ช่วยให้อาการต่างๆ ลดลงหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แต่วิธีการดังกล่าวอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานหรือเป็นภาระแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในแง่สังคมและเศรษฐกิจได้ ทีมผู้ให้การรักษาอาจพิจารณายุติการรักษาหรืองดการรักษาบางอย่างได้ แต่แพทย์ผู้ให้การรักษามักจะกลัวผลที่จะเกิดจากการยุติการรักษา หรือที่เรียกว่า False Fear อย่างไรก็ตามการพิจารณาว่าการรักษาใดที่เป็นประโยชน์หรือไร้ประโยชน์ควรให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ข้อมูลเป็นระยะๆ และมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจ



การงดการรักษา หรือการยุติการรักษา (Withholding or Withdrawal of Treatment)

ประเด็นการยุติการรักษาที่เคยให้ (Withdrawal of Treatment) และ การงดหรือไม่ให้การรักษาที่ยังไม่เคยให้มาก่อน (Withholding of Treatment) ที่มิใช่ให้การดูแลควรมุ่งถึงประโยชน์ความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก ถ้าพิจารณาในแง่จริยธรรมแล้วแนวคิดทั้งสองประการนี้ดูเหมือนจะไม่แตกต่างกัน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ผู้ที่ต้องทำหน้าที่ยุติการรักษาด้วยการปลดหรือถอดสายยางต่างๆ ที่เคยเป็นประโยชน์ในการรักษาแก่ผู้ป่วยอยู่แล้วนั้น ย่อมสร้างความหวั่นไหวได้มากกว่าการงดการรักษาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับสิ่งเหล่านั้นมาก่อน ซึ่งหลักในการพิจารณาในทั้ง 2 ประเด็นนี้คือ การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ไม่เป็นผลดี (Benefit) แก่ผู้ป่วยอีกต่อไปแล้ว หากยังดำเนินการรักษาต่อไปอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นภาระแก่ร่างกาย (Burden) ในการขจัดของเสียหรือติดเชื้อ การรักษาดังกล่าวนี้ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยาฆ่าเชื้อบางชนิด อาจมีผลต่อการทำงานของตับและไตที่มีการทำงานลดลง และการให้สารน้ำ / อาหารทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น พยาบาลคือผู้ที่ จะนำแผนการรักษาของแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ จึงมักรับรู้ว่าการรักษาใดที่เป็น ประโยชน์หรือเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและญาติในด้านใดด้านหนึ่งดังได้กล่าวแล้ว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการต่างๆ ของผู้ป่วยที่ตอบสนอง ต่อการรักษา และสื่อสารข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์แก่ทีมแพทย์ในการพิจารณา ว่าจะดำเนินการรักษาหรือจะยุติการรักษา

การยุติให้สารน้ำและอาหาร (Fluids and Nutrition)

เป็นที่ทราบกันดีว่าอาหารและน้ำเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ การดื่มน้ำได้และรับประทานอาหารอร่อยบ่งชี้ว่าอาการยังดี ชีวิตจะยังดำเนินต่อไปได้ และความใส่ใจดูแลเรื่องอาหารการกินยังแสดงถึงความรักและความห่วงใยที่มีต่อกันระหว่างญาติมิตร ในทางการแพทย์ถือว่าการให้สารน้ำ



และอาหารเป็นส่วนหนึ่งการรักษา ปัจจุบันวิทยาการก้าวหน้ามากสามารถให้สารอาหารโดยผ่านสายยางเข้าทางหลอดเลือดดำและสายยางเข้าทางจมูกหรือเข้าที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้โดยตรง ที่เรียกว่า “Artificial Nutrition” การให้สารน้ำและอาหารด้วยวิธีการนี้อาจมีความจำเป็นเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่เพราะผู้ป่วยไม่สามารถดื่มหรือกินได้ตามปกติ การให้สารน้ำและอาหารถือเป็นการรักษาเพื่อพยุงชีวิตด้วย (Life-Sustaining Treatment) ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธการให้สารอาหารที่ต่างไปจากวิถีธรรมชาติ บางรายอาจปฏิเสธการให้อาหารทางสายยางเข้าจมูก แต่ไม่ปฏิเสธการให้สารน้ำหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ ทีมแพทย์ควรพิจารณาถึงวิธีการให้ ผลดีและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ควรอธิบายถึงพยาธิสภาพและความจำเป็นต่างๆ ของผู้ป่วยเพราะญาติอาจไม่เข้าใจกลไกและความต้องการของร่างกายผู้ป่วยในระยะใกล้จะเสียชีวิตอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่กำลังใกล้ตาย (Dying Patient) ความต้องการสารอาหารจะลดลง การชั่งน้ำหนักระหว่างเป็นประโยชน์และก่อโทษต่อผู้ป่วยควรมีการสื่อสารให้ชัดเจน การงดไม่ให้สารอาหารอาจกลายเป็นประเด็นที่สร้างความเข้าใจผิดระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องได้ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ควรให้ข้อมูลและควรปรับแผนการรักษาเป็นระยะๆ เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้รับความสุขสบายที่สุด



บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ในประเด็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์นี้ คือการทำหน้าที่เป็นพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและญาติ นำเสนอข้อมูลสำคัญที่สร้างความเข้าใจและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของญาติ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ ถึงเหตุผลเมื่อมีการให้หรืองดการรักษาบางอย่างอย่างหนึ่งที่ไม่จำเป็นจากผู้ป่วย ในรายที่งดน้ำและอาหารพยาบาลควรช่วยรักษาอนามัยในช่องปากให้สะอาดและดูแลให้เยื่อช่องปากมีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ เพื่อความสุขสบาย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ แพทย์เป็นผู้ใส่ แพทย์จึงรับผิดชอบที่จะเป็นผู้ปลดหรือถอดเครื่องมือเหล่านั้น



เมื่อไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว พยาบาลมีหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการและช่วยบรรเทาอาการต่างๆ และควรอธิบายให้ญาติเข้าใจ

4 การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษา (Advanced Directive)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 มาตรา 12 ระบุว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษา

เป็นเอกสารที่เขียนโดยเจ้าตัวที่ต้องการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อตนไม่สามารถสื่อสารได้หรือตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนได้ ขอให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษา ยุติการใช้เครื่องพยุงชีวิตหรือการรักษาที่เป็นเพียงการยืดอายุออกไปโดยที่สภาพนั้นจะไม่สามารถคืนดีขึ้นมาได้ หรือผู้ป่วยอาจตั้งผู้แทนเพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนได้ ซึ่งผู้แทนนี้ควรเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอย่างไร ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคนไทยจำนวนไม่น้อยที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และไม่รู้ว่าโรคมีความรุนแรงอยู่ในระดับใด การพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร มีทางเลือกในการรักษาหรือไม่ ผลของการรักษาที่เลือกนั้นจะก่อผลดีหรือมีข้อที่พึงระวังอย่างไรบ้าง ในบางรายญาติของผู้ป่วยอาจจะทราบการพยากรณ์โรคและขอร้องให้แพทย์ปิดบังความจริงเกี่ยวกับโรค เพราะคิดว่าผู้ป่วยจะไม่ยอมรับกับความจริงนั้นไม่ได้ และจะเสียกำลังใจ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการวางแผนชีวิตในวาระสุดท้ายของตน การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษา จึงเป็นทางเลือกสำคัญที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจไว้ก่อนที่จะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ที่มีผู้ดูแลรักษาควรรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยกรณีที่ที่สามารถสื่อสารได้ กรณีที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือมีข้อจำกัดในการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัว



มักรู้ความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างใกล้ชิดที่สุดในโรงพยาบาล จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ส่วนวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการแสดงเจตนาได้มีการกำหนดไว้ในกฎหมายกระทรวง โรงพยาบาลและสถานบริการด้านสุขภาพได้พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อให้มีความเหมาะสมและง่ายต่อการปฏิบัติ



บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ควรมีการตกลงกับแพทย์เจ้าของไข้ในการให้ข้อมูลตรงกัน เสนอเอกสารหรือแบบฟอร์มการแสดงเจตนาที่หน่วยงานมีเพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ควรพูดคุยเรื่องนี้แต่เนิ่นๆ เมื่อผู้ป่วยยังมีอาการดีๆ ความทรงจำและการตัดสินใจยังดีอยู่ พยาบาลช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลชีวิต และแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาดังกล่าว พร้อมกับอำนวยความสะดวกให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เคารพและปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยเมื่อเวลาที่ต้องตัดสินใจมาถึง

5 การปันส่วนอุปกรณ์การแพทย์ที่มีอย่างจำกัด (Rationing)

เป็นที่ทราบกันดีว่าความเจริญทางการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคบางชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักทุกข์ทรมานด้วยกลุ่มอาการที่เกิดจากอวัยวะสำคัญ ทำงานลดลง การใช้เทคโนโลยีอาจช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ทางด้านร่างกายได้ระดับหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะต้องพึ่งพาเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีมักสร้างภาระหรือเป็นปัญหาในมิติอื่นๆ ของความเป็นมนุษย์ จนบางครั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน อาจหวังพึ่งพาเทคโนโลยีในการช่วยยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไป การพิจารณาใช้เทคโนโลยีจำเป็นต้องพิจารณาด้วยหลักความยุติธรรมในการให้บริการ (Justice) และผลกระทบให้รอบด้าน ทั้งในแง่ของผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระด้านการดูแลของญาติ เศรษฐกิจ



ทั้งระดับครอบครัวและสังคม รวมทั้งความพอเพียงของเทคโนโลยีและเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประชาชนบางกลุ่มอาจขาดโอกาสหรือเข้าไม่ถึงการบริการเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในระยะท้ายหรือผู้ป่วยสิ้นหวัง อาจเข้าไม่ถึงการบริการเหล่านี้ได้ กรณีนี้จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในบางช่วงเวลาเพื่อควบคุมอาการบางอย่าง การพิจารณาถึงหลักจริยธรรมเรื่องการชั่งน้ำหนักระหว่างเป็นประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดกับความยุติธรรมในการให้บริการจะต้องพิจารณาควบคู่กันเสมอ ผู้ป่วยในระยะท้ายควรได้รับสิทธิเพื่อเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ก. บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ในประเด็นนี้การมีส่วนร่วมอุปการณณ์การแพทย์ที่มีอย่างจำกัด คือการทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลช่วยติดต่อประสานงานเพื่อเยี่ยมอุปการณณ์ที่จำเป็นในต่างแผนกหรือต่างโรงพยาบาล หรือการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้ รับการดูแลรักษาด้วยเครื่องมือหรืออุปการณณ์ต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานตามความจำเป็น

6 การใช้ยาสงบระงับ (Sedation)

ในระยะสุดท้ายหรือในการดูแลแบบประคับประคอง ในต่างประเทศใช้คำว่า “Palliative Sedation” เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความอ่อนไหวมากในการปฏิบัติ เป้าหมายของการใช้ยากลุ่มนี้เพื่อลดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยหวังผลในการบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต (Intractable or Refractory Symptom) ที่ไม่สามารถใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นๆ แล้ว การใช้ยาแก้ปวดรวมกับการใช้ยาสงบระงับ เช่น กลุ่ม Benzodiazepine และ Barbiturates เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเยียวยาในระยะท้าย การปรับระดับยาให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยควรมีสติรู้ตัวพอที่จะสื่อสารกับญาติได้ แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการทุกข์ทรมานมาก



ทุกขั้รรมานในที่นี้อาจไม่ใช่ปัญหาทางด้านร่างกายอย่างเดียวและทีมแพทย์ที่รักษาพยากรณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ อาจพิจารณาใช้ยาเพื่อให้สงบหรือหลับลึกแบบต่อเนื่อง แพทย์และพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังในการปรับระดับยา การซึ่งน้ำหนักระหว่างเป็นประโยชน์หรือก่อโทษ เป็นหลักจริยธรรมสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่ต้องคอยเฝ้าระวังควบคุมระดับยาอย่างใกล้ชิดด้วยความเสื่อมในการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความไม่แน่นอนในการพยากรณ์เวลาตายว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ผู้ป่วยอาจหลับลึกและหยุดหายใจได้เพราะการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นเหตุการณ์ร่วมกัน (Coincident) การให้ยากลุ่มนี้แพทย์และพยาบาลมีเจตนาคือหวังผลในทางที่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยแต่ละคนตอบสนองต่อยาแตกต่างกัน ในทางการแพทย์ใช้คำว่า Double Effect นั่นคือยาอาจไปมีผลที่ไม่พึงประสงค์บางประการ แม้ว่าจะได้ควบคุมให้ระดับยาให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยแล้วก็ตาม ซึ่งแตกต่างจากประเด็นที่มีการกล่าวถึงในต่างประเทศ ในเรื่อง Physician-Assisted Suicide และ Euthanasia ทั้งในเรื่องเจตนาหรือความตั้งใจ และการหวังผล

บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ก่อนการตัดสินใจให้ยากลุ่มนี้ แพทย์และทีมผู้ดูแลมักพูดคุยสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติไว้ล่วงหน้าก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสตัดสินใจและแสดงเจตนาจะรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยกลุ่มนี้ แต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพราะเมื่อใช้ยานี้แล้วมีบางรายที่อาจหลับลึกและไม่สามารถตื่นหรือมีสติกลับมาสื่อสารได้ดังเดิม ควรต้องพิจารณาเรื่องการงดสารอาหารต่างๆ ด้วย ในการนำแผนการรักษาของแพทย์ไปสู่การปฏิบัติให้ได้ประโยชน์สูงสุด พยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยาและขนาดยาที่ปลอดภัยตามแผนการรักษา กรณีที่แผนการรักษาไม่ชัดเจนหรือขนาดยาต่างไปจากที่เคยปฏิบัติจะต้องปรึกษาแพทย์ให้เกิดความถูกต้องและเข้าใจตรงกัน ขณะให้ยาต้องเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยและต้องให้ข้อมูลกับญาติเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนให้ยาในกลุ่มนี้ ผู้ดูแล



ควรมีสติและระลึกไว้เสมอว่าเพื่อประโยชน์คือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นหลัก บางครั้งผลที่ตามมาเป็นเรื่องที่เหนือการควบคุม ระหว่างที่ผู้ป่วยได้ยาสงบระงับแล้วมีอาการหลับลึก ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคล ความสุขสบายต่างๆ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น แผลกดทับ และเสมหะอุดตัน เป็นต้น ญาติผู้ป่วยจะเข้าใจได้ถึงเจตนาที่ทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างดีที่สุด ทีมผู้ดูแลควรเข้าใจและให้กำลังใจในการทำงานร่วมกัน และวางใจเป็นอุเบกขาเมื่อผู้ป่วยจากไปด้วยอาการสงบ เพราะได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว

7 การวิจัยในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Research)

การวิจัยเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาศาสตร์ในแขนงต่างๆ อาจกล่าวได้ว่าการวิจัยด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นประเด็นหรือสาขาใหม่ในสังคมไทย ที่ยังต้องการองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบการบริการ การปฏิบัติการดูแลและรักษา และการพัฒนาการเรียนการสอนสำหรับสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีคำถามเกิดขึ้นได้เสมอว่า สิ่งที่ทำให้การดูแลแก่ผู้ป่วยนั้น เป็นการดูแลที่ดีที่สุดหรือไม่ ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันและให้ความมั่นใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นศิลปะแห่งวิชาชีพระหว่างกัน เพื่อการพัฒนาบริการด้านสุขอนามัยแก่ประชาชน การวิจัยเป็นประโยชน์และมีความจำเป็นในการสร้างองค์ความรู้และมาตรฐานการดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในกรณีที่ยังมีชีวิตอยู่ และดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและเป็นธรรมชาติเมื่อถึงเวลาที่จะต้องจากโลกนี้ไป



บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแล

ประเด็นเชิงจริยธรรมที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความระมัดระวัง คือ ลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายส่วนใหญ่ความสามารถในการคิดและตัดสินใจเพื่อคุ้มครองสิทธิของตนลดลง ด้วยพยาธิสภาพของโรค สภาวะทางอารมณ์ หรือผลจากยาแก้ปวดและสงบระบบบางชนิด ทีมผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การวางตนอย่างเหมาะสมระหว่างบทบาทของผู้ให้บริการและผู้วิจัย กระบวนการวิจัยต้องมีความถูกต้อง แม่นตรง และเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องคำนึงถึงประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตก่อนที่จะรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น หรือบางกรณีอาจต้องให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย การวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต้องการความพิถีพิถันในการออกแบบวิธีวิจัย โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับหรือรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดในทุกขั้นตอนของงานวิจัย



การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ทีมผู้ดูแลและพยาบาลควรมีความเข้าใจในหลักจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลด้วยความรักและเมตตาเพื่อนมนุษย์จะเกิดอย่างเป็นธรรมชาติ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย อาการของโรคทำให้ร่างกายมีแต่ทรุดโทรมและอ่อนแอลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอารมณ์อ่อนไหว และไวต่อความรู้สึก ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดความหวังและกำลังใจ และ/หรือขาดเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทีมผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดังแต่ในระยะเริ่มต้น จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและมีความเข้าใจต่อกระบวนการรักษามากขึ้น

ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรนำเอาความรู้และความชำนาญของแต่ละวิชาชีพมาร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการของศรัทธา โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด เคารพในสิทธิผู้ป่วยและ



คำนึงถึงหลักจริยธรรม พร้อมทั้งใช้เมตตาดารมที่ได้รับการปลูกฝังมาเป็นอย่างดี เพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติมากที่สุด ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมและการฟ้องร้องทางกฎหมายจะไม่เกิดขึ้นในสังคมไทย วิชาชีพแพทย์และพยาบาลจะเป็นที่พึ่งให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มีความหมายมากในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากที่สุดของชีวิต ผู้ดูแลที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเข้าใจธรรมชาติชีวิต ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยความอ่อนโยนและมีจิตเมตตา ย่อมสัมผัสได้ถึงความสุข ความปิติและการเจริญเติบโตในทักษะวิชาชีพ ซึ่งนำมาซึ่งภาคภูมิใจในตนเองในวิชาชีพ

