

ปีที่ ๑๓ | ๑๖๔ | มิถุนายน ๒๕๖๗

# สำเนียง

สำเนียงปัญญา สร้างสรรค์ นโยบายสาธารณะ

# Ecosystem

สร้างเสริม  
สุขภาวะ  
ระยะสุดท้ายของ

# ชีวิต



[WWW.NATIONALHEALTH.OR.TH](http://WWW.NATIONALHEALTH.OR.TH)

๔ **คุยกับเลขา**  
สุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต  
: ชีวิตที่ดีต้องมีแผน

๖ **เรื่องจากปก**  
**Ecosystem**  
สร้างเสริมสุขภาวะ  
'ระยะสุดท้ายของชีวิต'

๑๘ **Right to Health**  
e-Living Will:  
กฎหมายสำคัญ  
สู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

๒๒ **แกะรอยโลก**  
ส่องการพัฒนา  
'ที่พึ่งสุดท้ายของชีวิต'  
ในระดับโลก

๒๕ **สัมภาษณ์พิเศษ**  
สร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต  
ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น  
สะท้อนถึงความเป็น 'สังคมอารยะ'

๓๐ **เรื่องเล่าจากพื้นที่**  
ชุมชนกรุณา  
ห้วยยอดโมเดล

๓๔ **ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง**  
รายงานสถานการณ์  
ระบบสุขภาพไทย  
สู่ 'ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม'

๓๖ **นโยบายสร้างได้**  
กฎชีวาภิบาล: จากพุทธโอวาท  
สู่การอุปถุฏฐากระยะท้าย

๓๘ **เล่าให้ลึก**  
คำอธิบาย  
ปรัชญาปารมิตาเหตุยสูตร  
โดย ทะโล ลามะ (จบ)

๔๒ **สื่อขอแม้รัก**  
Live and Learn

๔๕ **คลิปดีที่ต้องดู**  
การสร้างสุขภาวะ  
ในระยะสุดท้ายของชีวิต  
และการตายดี





# สุขภาวะ ในระยะสุดท้ายของชีวิต : ชีวิตที่ดีต้องมีแผน

ทุกคนทราบดีว่าเมื่อเกิดมาแล้วก็ต้องตาย เปรียบกับผลไม้สุกก็หล่น แก่ก็หล่น อ่อนก็หล่น แม้คนเราจะถึงเวลาที่เป็นผลไม้สุกงอมแล้ว แต่กลับเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยได้เตรียม

เทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น สามารถยืดระยะเวลาตายออกไปได้ แต่การรักษาบางอย่างไม่ได้เกิดประโยชน์ที่แท้จริงกับผู้ป่วย หากเพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้นยาวนานขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิต

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ หมวดที่ ๑ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในระยะสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่จะปฏิเสธการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยยืดการตายออกไป แต่ไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ การให้สารอาหารทางสายยาง การปั๊มหัวใจหัวใจหยุดเต้น ฯลฯ โดยทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไว้

“  
พระพุทธรองค์ได้กล่าว  
ปัจฉิมโอวาท เป็นคำ  
สอนครั้งสุดท้ายก่อนจะ  
ปรินิพพานว่า  
“วชิระมา สงขารา  
อปุปมาเทน สมปาเทถ”  
แปลว่า  
“สังขารทั้งหลาย  
มีความเสื่อมสลายไป  
เป็นธรรมดา  
ท่านทั้งหลายจง  
ยังประโยชน์ตนและ  
ประโยชน์ผู้อื่น  
ให้ถึงพร้อม ด้วยความ  
ไม่ประมาทเกิด”  
”

ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ยังได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และญาติ เพื่อให้ได้รับความสบาย จนเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ

ร่วมกันวางแผนเตรียมการตายดี จากไปอย่างสงบ สมปรารถนา ทางเลือกสร้างสุขในบั้นปลาย สุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วยการทำพินัยกรรมหนังสือแสดงเจตนาฯ และขณะนี้ได้พัฒนาร่วมกับ ThaiID เป็น e-Living Will เพื่อความสะดวกอีกทางหนึ่งด้วย ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th/>

พระพุทธรองค์ได้กล่าวปัจฉิมโอวาท เป็นคำสอนครั้งสุดท้ายก่อนจะปรินิพพานว่า “วชิระมา สงขารา อปุปมาเทน สมปาเทถ” แปลว่า “สังขารทั้งหลาย มีความเสื่อมสลายไปเป็นธรรมดา ท่านทั้งหลายจง ยังประโยชน์ตนและประโยชน์ผู้อื่น ให้ถึงพร้อม ด้วยความไม่ประมาทเกิด”

ชีวิตที่ดีต้องมีแผน เตรียมพินัยกรรมชีวิตทำหนังสือแสดงเจตนาฯ กันไว้เนะครับ 🙏



# ECOSYSTEM

สร้างเสริมสุขภาพ  
'ระยะสุดท้ายของชีวิต'

ก่อนถึงปลายทาง ก่อนที่วาระสุดท้ายของชีวิตจะมาถึง ก่อนที่ร่างกายของทุกชีวิตจะแสดง 'ไตรลักษณ์' จนประจักษ์แก่ดวงจิต

ใช่หรือไม่ว่า เราจำนวนไม่น้อยหลงลืมไปว่า เราจะต้องตายเป็นแน่แท้ ไม่วันใดก็วันหนึ่ง

ตลอดประวัติศาสตร์ของมวลมนุษยชาติ เราพึ่งพิงองค์ความรู้และส่งต่อประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น เราคิดค้นเทคโนโลยี พัฒนาวិทยาการ ก่อกำเนิดเป็นวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมทางการแพทย์ที่รุดหน้า ช่วยประวิงเวลาและลดความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายได้มากขึ้น





ทว่ากฎแห่งธรรมชาติก็ยังคงสมบูรณ์อยู่เช่นนั้น ไม่มีสิ่งใด  
หลบเลี่ยงความจริงอันเป็นสัจจะไปได้ เมื่อมีภัยย่อมมีดับ ไม่ว่าใคร  
ก็มีอาจอยู่เหนือ ‘ความตาย’ ไปได้

ในสมัยพุทธกาล วันหนึ่งพระพุทธเจ้าตรัสถามพระอานนท์ว่า  
“เธอรำลึกและพิจารณาถึงความตายมากเท่าใด?”

พระอานนท์กราบทูลตอบว่า “ข้าพเจ้ารำลึกถึงความตายวัน  
ละเจ็ดหน พระเจ้าข้า”

พระพุทธเจ้าตรัสว่า “ไม่พอหรอก” พระองค์ตรัสต่อว่า  
“ตถาคตนึกถึงความตายทุกลมหายใจเข้าออก”

ใช่หรือไม่? แม้ ‘ความตาย’ จะเป็นสัจจะของชีวิต แต่น้อย  
เหลือเกินที่จะมีใครหวนระลึกถึงความตาย และยิ่งน้อยกว่านั้น คือ  
การ ‘เตรียมความพร้อม’ ก่อนที่จะตาย

ทุกวันนี้ กฎหมายของประเทศไทย นั่นคือ พ.ร.บ. สุขภาพ  
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้สิทธิกับคนไทยสามารถ ‘ออกแบบ’ ชีวิต  
และ ‘เตรียมความพร้อม’ ในระยะท้ายของตัวเองได้อย่างสมศักดิ์ศรี  
ความเป็นมนุษย์ ได้แล้ว ซึ่งนอกเหนือจากมาตรา ๑๒ ที่ให้สิทธิทำ  
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป  
เพียงเพื่อยืดการตายในระยะสุดท้ายของชีวิตตน (Living Will)

ประเทศไทยยังมีสิ่งที่เรียกว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า  
(Advance Care Planning : ACP) ซึ่งเป็นการเตรียมความ  
พร้อม ที่จะนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative  
Care) อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับนโยบายแห่งรัฐที่เกื้อหนุน  
และโครงสร้างขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะ เป็นสถานชิวภิบาล หน่วยบริการ  
ทุกระดับ กำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ฯลฯ

สามารถพูดได้ว่า ระบบนิเวศ (Ecosystem) ของการสร้าง  
เสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทย มีความครบ  
ถ้วน นี่เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรรู้ จำเป็นต้องทำความเข้าใจ และ  
หยิบฉวยไปใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนออกเดินทางไกล ไปใน  
สังสารวัฏที่ยังมองไม่เห็นจุดสิ้นสุด 🌀



# กฎหมายใน 'สิทธิ-อำนาจ' ในการตัดสินใจ

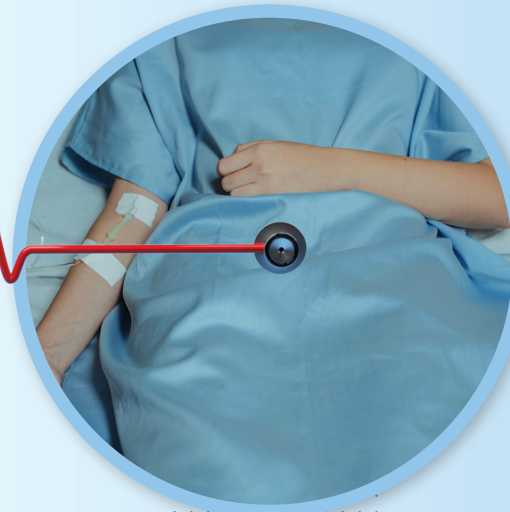
ในช่วง 'วาระสุดท้ายของชีวิต' ร่างกายมนุษย์ย่อมเสื่อมถอยลงทั้งทางกายภาพ และ ความนึกคิด เมื่อเข้าสู่การรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย อำนาจการตัดสินใจต่อ 'ร่างกาย-ชีวิต' ของผู้ป่วยในช่วงสุดท้าย จึงมักตกอยู่กับคนใกล้ตัว ครอบครัว-ญาติ

แน่นอนว่า ในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งๆ ย่อมมีเหตุผลเบื้องหลังการกระทำอยู่ไม่น้อย การชี้ชะตาผู้ป่วย อาจอยู่บนเงื่อนไขของทั้งความรัก ความกตัญญู ไปจนถึงข้อกฎหมาย ผลประโยชน์ ทรัพย์สินเงินทอง มรดก ฯลฯ

ขณะเดียวกัน ในฟากฝั่งของแพทย์ผู้รักษา ย่อมต้องทำอย่างดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือรอดชีวิต การเจาะคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ฯลฯ จึงถูกนำมาใช้อย่างเต็มอัตรา ถึงแม้ว่าจะมีหลายครั้งที่เทคโนโลยีเหล่านั้นเป็นไปเพียงเพื่อยื้อความตาย ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (Medical Futility) เลยก็ตาม

แต่ถึงอย่างไร เมื่อมีการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นแล้ว ย่อมมี 'ราคาที่ต้องจ่าย' ตามมา โดยเฉพาะการรักษาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่สิ้นราคาแพงมาก เมื่อเทียบกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ อย่างมีสุขภาวะที่ดี

ในฟากฝั่งของแพทย์ผู้รักษา ย่อมต้องทำอย่างดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือรอดชีวิต การเจาะคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ฯลฯ จึงถูกนำมาใช้ได้อย่างเต็มอัตรา *ถึงแม้ว่าจะมันลยครั้งที่เทคโนโลยีเหล่านั้นเป็นไปเพื่อยื้อความตาย ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (Medical Futility) เลยก็ตาม*



ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย (TDR) ในปี ๒๕๕๙ พบว่า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เฉลี่ยอยู่ที่ราว ๔๕,๐๐๐-๓.๔ แสนบาท แต่หากเป็นการดูแลในเดือนสุดท้ายที่บ้านอย่างมีมาตรฐานที่ผู้ป่วยมั่นใจได้ ทั้งเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น วัสดุสิ้นเปลือง ค่าตอบแทนและการเดินทางของบุคลากรและผู้ดูแล จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ราว ๒๗,๐๐๐ บาทเท่านั้น

การรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยแล้ว ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ตามมายังกลายเป็นภาระให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนประเทศไทยในภาพรวมอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้มีการรับรองสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขเอาไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดย "มาตรา ๘" ได้รับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หรือ Informed consent ที่บุคคลมีสิทธิยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลภายใต้คำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และ "มาตรา ๑๒" ได้รับความยินยอมของประชาชนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ถือเป็นการให้อำนาจผู้ป่วย 'ตัดสินใจ' ตั้งแต่ยังมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งจะนำไปสู่การ 'เตรียมความพร้อม' ต่อไปด้วย ๘



# ACP

## เพื่อความเข้าใจที่ระบว่ากัน

องค์ประกอบสำคัญของระบบการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ที่สอดคล้องกับกฎหมายในประเทศไทย มีทั้ง Living Will, Palliative Care, และ Advance Care Planning ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบนี้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นแกนหลักในการประสานงานและหนุนเสริมให้เกิดขึ้น

เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาใน Living Will แล้ว ก็จะเบนเข็มเข้าสู่การดูแลแบบ Palliative Care ซึ่งการดูแลประคับประคองนั้นมีหลักการสำคัญคือ ต้องมี 'การดูแล' คือไม่ใช่ว่าไม่ทำอะไรเลย แต่ต้องดูแลโดยมุ่งไปที่การประคับประคองไม่ใช่มุ่งไปที่จะรักษาโรคให้หาย โดยเน้นการมีชีวิตอยู่ในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ ไม่ทำการเร่งหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าธรรมชาติของโรค

อย่างไรก็ดี ที่สำคัญคือต้องมี Advance Care Planning ถือเป็น การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน เพราะ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือ ACP เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และฝ่ายผู้ให้การรักษา ได้มีความเข้าใจตรงกันในความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือความต้องการอื่นๆ ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต



## การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

## วัตถุประสงค์

- ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลมิติต่างๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม ปัญญา
- ทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่า
- ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ
- ทราบข้อมูลสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย
- ทราบว่าผู้ป่วยมอบหมายให้ใครเป็นผู้แสดงเจตนาแทนตนเอง



ซักชวนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงสิ่งที่ให้ความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับตัวผู้ป่วย (สภาวะ/ขอบเขตการรักษา ที่ผู้ป่วยยอมรับได้/ไม่ได้, บริบทใดบ้างที่ประสงค์จะให้เกิด/ไม่ให้เกิดขึ้นเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง)

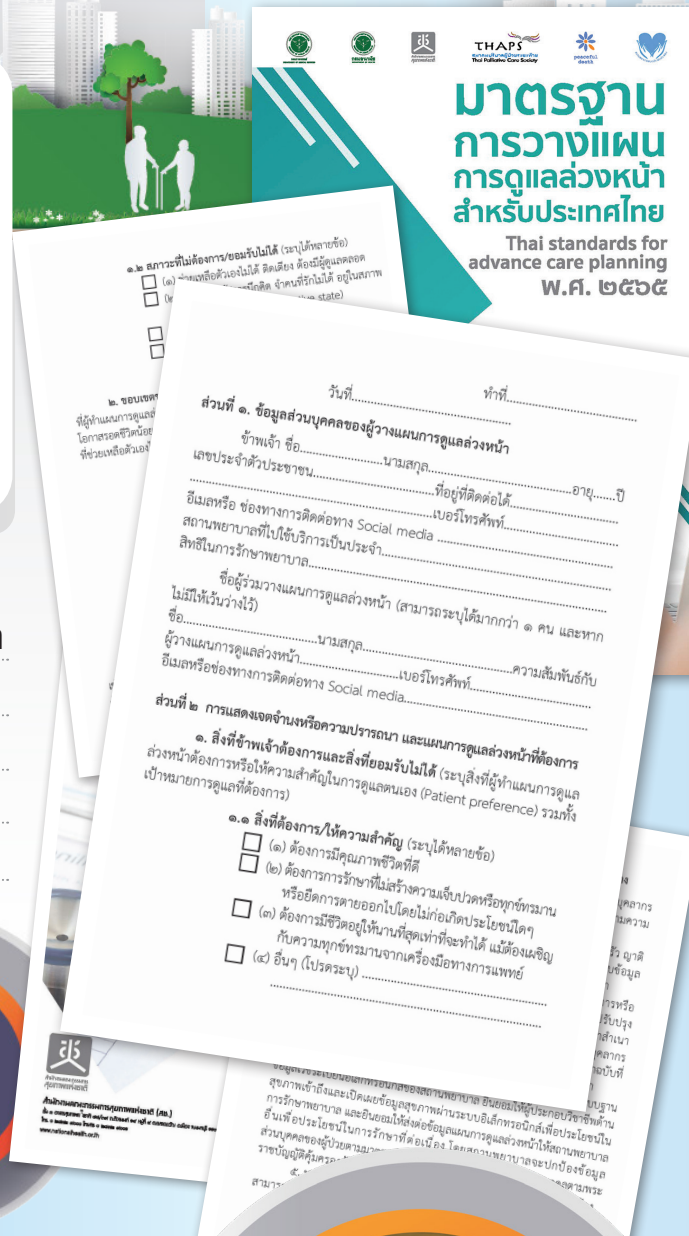
## ขั้นตอน



เลือกผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเข้าใจความต้องการมากที่สุด เพื่อในกรณีที่ต้องตัดสินใจเรื่อง que ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดไว้



แพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการ



ที่ผ่านมาประเทศไทยมีสถานพยาบาล หรือสถานที่ดูแลหลายแห่งที่มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินการ ACP เข้าไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพตามบริบทของแต่ละแห่ง

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิด 'มาตรฐานกลาง' ที่ได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในวันที่ ๒๔ ม.ค. ๒๕๖๕ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จึงได้ประกาศใช้ **มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕** ซึ่งเป็นฉบับแรกของประเทศไทย เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพและสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน นำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วย ตามบริบทและอำนาจหน้าที่ของตนเองต่อไป

ภายใต้มาตรฐานฯ ฉบับดังกล่าว ได้มีการระบุตั้งแต่แนวทางปฏิบัติ ไปจนถึงแนวทางการขับเคลื่อน โดยมีรายละเอียดเช่น ความหมาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน รวมไปถึงตัวอย่างของแบบฟอร์มการทำ ACP พร้อมกันนั้นยังได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ (Steering committee) เพื่อขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลภายใต้มาตรฐานฯ ฉบับนี้อีกด้วย

แน่นอนว่า การขับเคลื่อนในเรื่องนี้ยังคงมีความท้าทายภายใต้อุปสรรคข้อจำกัดทั้งในเชิงของการรับรู้ ความเข้าใจ รวมถึงทัศนคติของประชาชน ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

ผลสำรวจการรับรู้ต่อ ACP ของ สช. ในเดือน ส.ค. ๒๕๖๕ พบว่าแม้จะมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์กว่า ๗๑% ที่ทราบถึงกฎหมายมาตรา ๑๒ และมี ๔๙% ที่ทราบว่าประเทศไทยมีการกำหนดมาตรฐาน ACP และมีเพียง ๓๐% ที่เคยเห็นแบบฟอร์ม ACP

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงความเห็นด้วยว่าประชาชนควรมีสติหรือทำหนังสือแสดงเจตนา หรือไม่ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ ๔.๔ (เต็ม ๕.๐) ขณะที่ฝั่งนักศึกษาแพทย์มีการให้คะแนนเฉลี่ยถึง ๔.๗ <sup>๕</sup>





ขณะที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จะร่วมกับภาคประชาสังคม และภาคเอกชน สนับสนุนให้มียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมให้หน่วยงานในพื้นที่ร่วมจัดระบบบริการดูแลระยะสุดท้ายกับหน่วยงานในภาคสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล หรือการจัดบริการดูแลแบบเบ็ดเสร็จที่บ้าน หรือเป็นหน่วย Hospice Centre ในชุมชนที่เป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

พร้อมกันนั้นยังจะให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ โดยเฉพาะระบบสารสนเทศการบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) ที่ สช. พัฒนาขึ้น มาเชิญชวนให้สถานพยาบาลเข้าร่วมขึ้นทะเบียนใช้งานระบบฯ เพื่อเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และให้การดูแลรักษาได้ตรงตามเจตนาของผู้จัดทำหนังสือแสดงเจตนา

แนวทางทั้งหมดนี้ยังนับว่าสอดคล้องได้ดีกับการสนับสนุนนโยบายรัฐบาลด้านการสร้างคุณภาพชีวิต ยกกระดับ “นโยบาย ๓๐ รักษาทุกคน” ที่กำหนดให้มีสถานเชี่ยวชาญประจำท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการปฏิบัติตามสิทธิ เข้าถึงระบบบริการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิต มี “คุณภาพชีวิตที่ดี” และมี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ❁

# คสช.หนุนสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้าย

ในส่วนของนโยบายระดับประเทศ การดำเนินงานล่าสุดจากการประชุม คสช. ในวันที่ ๗ มิ.ย. ๒๕๖๗ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางการร่วมมือในการขับเคลื่อน “การสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต” ตามมาตรา ๑๒ ซึ่งจะมีทิศทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community Based) ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ อย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้งมิติระบบบริการการแพทย์ ระบบทางสังคม และระบบการบริหารจัดการ

แนวทางดังกล่าว สช. จะเป็นแกนหลักในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานทุกภาคี อาทิ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) สนับสนุนให้มียุทธศาสตร์จัดทำแผนงานโครงการ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องดูแลระยะสุดท้ายในชุมชน ขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และบูรณาการในแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะสุดท้ายที่สามารถเข้าถึงบริการทางเลือกที่หลากหลายและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

# e-Living Will

## กุญแจสำคัญ สู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นหลักการสำคัญในการส่งเสริมสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทยมาอย่างยาวนาน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนหรือบุคคลหรือมนุษยทุกคนได้แสดงถึงสิทธิในการแสดงเจตนาการไม่รับบริการที่ไม่ต้องการในระยะท้ายของชีวิต ทั้งการใส่ท่อ การเจาะคอ การยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยสารอาหาร ยา ยามุ่งเป้า นานับชนิด ด้วยการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบองค์รวมแบบเจาะจงต่อโรค โดยอาจจะลืมถามความต้องการของคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งอาจได้รับความทรมานจากการรักษาหรือการบริการเหล่านั้น

ในขณะที่เทคโนโลยีต่างๆ พัฒนาอย่างก้าวกระโดด ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีด้านข้อมูลก็พัฒนาไปพร้อมๆ กันด้วย **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** หน่วยงานของ รัฐในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีภารกิจตามมาตรา ๑๒ ในการส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ถึงสิทธิและการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิตตนได้

สช. ได้จัดทำเป็นตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาฯ และส่งเสริมให้ประชาชนได้แสดงความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) ในรูปแบบเอกสารมาตั้งแต่มี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในขณะที่เดียวกันก็ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำ คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุขกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามประกาศกฎกระทรวงสำหรับสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งประกาศดังกล่าวและหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่ประชาชนได้จัดทำสามารถใช้ร่วมกันได้แล้วในยุคสมัยที่เทคโนโลยีดิจิทัลถึงพร้อมแล้ว รวมถึงความมั่นคงปลอดภัยของระบบไซเบอร์ (พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒) การดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพตามมาตรา ๘ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และ มาตรา ๒๖ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

## มีหนังสือแสดงเจตนาฯ ว่าดีแล้ว

### จะดีกว่าอีก...ถ้าทำ Living Will ในระบบ e - Living Will ด้วย

ข้อดีที่แตกต่างของหนังสือแสดงเจตนาฯ และ หนังสือแสดงเจตนาฯ แบบอิเล็กทรอนิกส์

ข้อดีของ Living Will

ข้อดีของ e - Living Will

๑

ผู้ป่วยสามารถแสดงประจักษ์หรือความต้องการไวล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนปรารถนาหรือไม่ปรารถนา ในเวลาที่ตนไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้รวมทั้งความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน หรือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ญาติมิตร คนใกล้ชิด

๒

ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์พยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ช่วยบรรเทาความทรมานทางกายที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยต่างๆ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

๓

ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือการปั๊มหัวใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายอ่อนแอ หรือเป็นผู้สูงอายุแล้ว



๑

ผู้ป่วยสามารถแสดงประจักษ์หรือความต้องการไวล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนปรารถนาหรือไม่ปรารถนาเหมือน LW ปกติ แต่สามารถแก้ไข จัดเก็บ เรียกดูข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลาจากระบบ โดยที่ผู้ตัดสินใจแทนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอมพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับระบบสามารถเรียกดูเอกสารดังกล่าวได้ทันทีเช่นกัน

๒

ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล จาก ศูนย์ชีวภบาลหรือศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงตามเจตนาของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้ และแสดงถึงการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนไข้และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรม

๓

ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือการปั๊มหัวใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพร่างกายอ่อนแอ หรือเป็นผู้สูงอายุแล้ว และได้รับการดูแลพร้อมตายดีที่บ้านได้ถ้าระบุถึงความต้องการในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในหลายเคส ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน สามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานกว่า ผู้ป่วยที่เจาะคอที่ต้องนอนรักษาตัวใน รพ.หรือห้อง ICU เท่านั้น

๔

ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติ เกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย เพราะผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถแต่งตั้งบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้แสดงเจตนาแทนหรือตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

๕

ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ ไม่ต้องห่วงว่าการรักษาจะไม่ได้ผลหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย

๖

ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมที่ยังมีผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมาก



๔

ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติ เกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย เพราะผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ต้องแต่งตั้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทน โดยจะถูกระบุในระบบ e-Living Will ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนต้องมีบัญชีหรือสมัครเป็นผู้ใช้ระบบ จึงจะมีสิทธิเรียกดูหนังสือดังกล่าวได้ และ/หรือได้รับอีเมลเอกสารดังกล่าวได้จากผู้จัดทำหนังสือแสดงเจตนา

๕

ลดความกังวลของแพทย์ พยาบาลในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย การให้การรักษาที่ตรงตามเจตนาของผู้ป่วย ถือว่าเป็นการเคารพสิทธิ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากกว่าความต้องการรักษาชีวิตของหมอหรือญาติ

๖

ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมที่เน้นและให้ความสำคัญกับการบริการที่ตรงตามเจตนาของผู้ป่วยและการเคารพศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น

๗

สามารถแจ้งความประสงค์ด้านอื่นๆ ได้เพิ่มเติม เช่น ด้านการแพทย์ การบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ด้านสังคม สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต

### ระบบ e – Living Will สะดวกกว่าหนังสือแสดงเจตนาแบบเอกสารเดิมอย่างไร

- สามารถสร้างหนังสือแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่เก็บไว้ในระบบ e - Living Will ที่ สามารถเรียกดู แก้ไขให้เป็นปัจจุบัน ส่งต่อได้ด้วยตนเองตลอดเวลา และทุกที่ที่มีอินเทอร์เน็ต โดยไม่ต้องพกพาไว้ในกระเป๋าตังค์หรือจัดเก็บเป็นเอกสารไว้ที่บ้าน หรือต้องพกพาไปโรงพยาบาลเมื่อต้องไปหาหมอ หรือค้นหาสำเนาเอกสาร Living will ในเวชระเบียนที่ฝากไว้กับสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์ชีวภิบาล
- มีระบบแนบไฟล์เอกสาร (ไฟล์นามสกุล .pdf .png .tif .jpg) ถ้ามีหนังสือแสดงเจตนาเดิมอยู่สามารถแนบไฟล์ได้เลยโดยไม่ต้องทำใหม่ ซึ่งสามารถถ่ายรูปรูปสมุดเบาใจ หรือเอกสารพินัยกรรมชีวิตที่ได้เขียนไว้เก็บเข้าระบบได้
- ระบบมีความปลอดภัย และเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับระบบหมอมหาวิทยาลัยและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับสิทธิและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย สามารถเรียกดูหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วยได้ทันทีเพื่อให้การ

- รักษาอย่างทันการณ์และตรงตามเจตนา
- ระบบเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม วิชาชีพเพื่อสังคม องค์กรทางศาสนา เช่น เยือนเย็น ชีวามิตร ชุมชนกรุณา มูลนิธิพุทธวิธีฯ (วัดป่าโนนสะอาด) ด้วย ประชาชนสามารถได้รับคำแนะนำและจัดทำ e - Living Will ร่วมกันได้
- ระบบใช้การยืนยันตัวตนผ่าน ThaiID ของกรมการปกครอง สามารถดึงข้อมูลส่วนบุคคลมาใช้ในระบบได้โดยอัตโนมัติ
- เนื้อหาสาระของความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้จัดทำหนังสือแสดงเจตนา เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence base) สามารถนำมากำหนดทิศทาง วางแผนการทำงาน และการกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ได้ทั้งระดับประเทศ ระดับเขตบริการสุขภาพ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาตัวในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะช่วยทุเลาความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดทรมานทางกาย ลดความไม่สบายใจความหงุดหงิดดิ้นรนทรมานทรมานจากพันธนาการทั้งปวงทางใจและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างญาติ พี่น้อง ครอบครัวแล้ว ยังเป็นการเตรียมตัว เตรียมความพร้อมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ถือเป็นภาระกิจที่ควรทำในอีกรูปแบบหนึ่งขณะที่มีสติและสติจดจ่ออยู่กับการตัดสินใจเลือกการให้บริการทางการแพทย์แบบที่เหมาะสมกับตัวเอง และถือเป็นการเจริญปัญญาในมิติสุขภาวะทางปัญญาว่าด้วยความไม่ประมาทในความตายหรือมรณานุสติด้วย

เมื่อมีสติและถึงพร้อมซึ่งความไม่ประมาทแล้วทุกท่านสามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่ : <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th/> หรือ QR Code นี้ได้เลยนะคะ

SCAN เข้าระบบ



## ส่องการพัฒนา

# ‘ที่พึ่งรอดตายของชีวิต’ ในระดับโลก

### ทั่วโลก “เข้าถึงการตายดี” แล้วหรือยัง

หากพูดถึงการตายดีย่อมหนีไม่พ้นระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นที่พึ่งสุดท้ายของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบบนฐานความปรารถนาของตนเอง ทั้งนี้จากผลการสำรวจในด้านของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) กับการดูแลแบบประคับประคองของ องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ใน ๑๙๔ ประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ๖๘% ของประเทศที่สำรวจมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง และมีเพียง ๔๐% ของประเทศที่สำรวจ ที่ผู้ป่วยอย่างน้อยครึ่งหนึ่งเข้าถึงบริการดังกล่าว

นอกจากนี้ ข้อมูลของ European Association for Palliative Care (EAPC) พบว่าในแต่ละปี ผู้คนประมาณ ๔.๔ ล้านคนในภูมิภาคยุโรปของ WHO รวมถึงเด็ก ๑.๔ แสนคน ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสน้อยที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ WHO ระบุว่า ๓ อุปสรรคสำคัญที่มีต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองคือ ๑. ผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรด้านสุขภาพขาดความตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองที่มีต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ๒. อุปสรรคด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะ

ความเชื่อเรื่องการตาย ๓. ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต และการเข้าถึงยาแก้ปวดฝิ่นที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดที่มากขึ้น<sup>๑</sup>

### ลัดเลาะความพร้อมนานาประเทศ

ผลการสำรวจราว พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ ใน ๘๐ ประเทศทั่วโลก พบว่า ‘สหราชอาณาจักร’ (United Kingdom) ครองอันดับ ๑ ของโลกในการเป็นประเทศที่มีคุณภาพและความพร้อมในการให้บริการในระยะท้ายของชีวิตที่ดีที่สุดในโลก ตามมาด้วย ‘ออสเตรเลีย’ และ ‘นิวซีแลนด์’ นอกจากนี้จากรายงานของ Economist Intelligence Unit ได้ยกย่องความพยายามของประเทศผู้มีรายได้น้อยบางประเทศ เช่น ‘มองโกเลีย’ มีการลงทุนในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่ ‘ยูกันดา’ จัดการปรับปรุงการเข้าถึงการควบคุมความเจ็บปวดผ่านความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน<sup>๒</sup>

ในขณะที่ผลการศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่องการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มประเทศเอเชีย พบสถานการณ์การพัฒนาระบบดูแลประคับประคองที่สำคัญ เช่น ‘จีน’ ยังมีความขัดแย้งกับค่านิยมดั้งเดิม ความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ แต่การสนับสนุนจากภาครัฐเพิ่มมากขึ้น



‘เกาหลี’ มีการพัฒนาอย่างมากในเรื่องของการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและบริการที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับ ‘สิงคโปร์’ ที่มีการพัฒนาเรื่องนี้อย่างมาก ‘ญี่ปุ่น’ มีความสนใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างกว้างขวางและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมบริการการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง ใน ‘อินเดีย’ พบว่ามีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมากในโครงการด้านการแพทย์แบบประคับประคอง<sup>๓</sup>

### ประเทศไทย เป็นอย่างไร

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ประกาศนโยบายเร่งด่วนให้มี “สถานชีวนาล” เพื่อรองรับผู้ป่วยระยะท้ายและตั้งเป้าหมายให้มีในทุกเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต เพื่อลดความหนาแน่นในโรงพยาบาลและรองรับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. ๒๕๗๓ จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงกว่า ๑๗ ล้านคน และเป็นผู้สูงอายุแบบพึ่งพิงกว่า ๓.๔ ล้านคน<sup>๔</sup> และข้อมูลจากกองบริการ

สาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่าปัจจุบันระบบ “ชีวนาล” ประกอบไปด้วย ๓ หน่วยสำคัญคือ ๑. ศูนย์ชีวนาลในโรงพยาบาล ๒. สถานชีวนาลในองค์กรพระพุทธศาสนา ๓. สถานชีวนาลในระดับชุมชน<sup>๕</sup>

ทั้งนี้เป้าหมายของสถานชีวนาลคือการดูแลชีวิตช่วงท้ายของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ไม่ใส่ท่อไม่เจาะคอ เพียงแต่บรรเทาอาการไม่ให้เจ็บปวดและจากไปอย่างสงบ หรือที่เรียกว่า “ตายดี” ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ระบุว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ หรือที่เรียกว่า Living Will ทั้งนี้ได้มีสถานชีวนาลในองค์กรพระพุทธศาสนา หรือกุฏิชีวนาลบางแห่งในวัด ได้เริ่มให้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาจัดทำ Living Will ก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อให้เกิดการรักษาในระยะท้ายที่ตรงตามปรารถนา และเคารพสิทธิผู้ป่วยได้ <sup>๖</sup>

<sup>๑</sup><https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

<sup>๒</sup><https://www.bbc.com/news/health-34415362> และ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27287622/>

<sup>๓</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10824851/>

<sup>๔</sup><https://theactive.net/read/public-health-20231228/>

<sup>๕</sup>[https://phdb.moph.go.th/main/upload/web\\_news\\_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf](https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf)

## สร้างเสริมสุขภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ช่วยเหลือนักสู้กันมากขึ้น

# สะท้อนถึงความเป็ 'สังคมอารยะ'

นับตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ที่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ และก่อกำเนิดองค์กรสานพลังอย่าง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้นมา จนถึงวันนี้เป็นเวลามากกว่า ๑๗ ปี ที่มีการขับเคลื่อนเรื่อง 'สิทธิตายดี' และสุขภาวะในระยะท้าย ตามมาตรา ๑๒ มาอย่างต่อเนื่องอย่างเข้มข้น

มาจนถึงวันนี้ ดอกผลได้ผลออก-เบ่งบาน ประเทศไทยและคนจำนวนมากคุ้นชินกับคำว่า 'การดูแลแบบประคับประคอง' (Palliative Care) ในความหมายที่กว้างขึ้น ครอบคลุมถูกต้องและเป็นมิตร มีทัศนคติเชิงบวกกับชีวิตระยะสุดท้าย รวมทั้งเรื่อง 'การตาย'

ผู้ที่ขับเคลื่อนในเรื่องนี้จึงได้รับมากกว่า 'บุญ' คือถึงขั้นเป็น 'กุศล' จากการได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการคลี่คลายความทุกข์ทรมานทางกาย อันจะนำไปสู่การปลดปล่อยความขุ่นหมองจิตใจ และจิตสงบ ปล่อยวาง จนถึงวินาทีที่จิตสุดท้ายดับ

ในสังสารวัฏอันยาวนานที่ไม่รู้จุดเริ่มต้นและมองไม่เห็นจุดสิ้นสุด นี่จึงถือเป็นภารกิจที่ยิ่งใหญ่ชนเแก่เพื่อนมนุษย์ ซึ่งหนึ่งในผู้ที่เป็นแกนประสานหนุนเสริมการทำงานสำคัญ คือ **สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล** รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

นิตยสารสานพลังฉบับนี้ จึงขอชักชวนทุกท่านพูดคุยกับ 'สุทธิพงษ์' ถึงระบบนิเวศน์ของมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ทั้ง การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) หนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ตลอดจนก้าวต่อไปหลังจากนี้



สุทธิพงษ์ เริ่มการสนทนาว่า โดยธรรมชาติแล้วประชาชนทุกคนล้วนมีสิทธิในการจัดการกับชีวิต มีสิทธิในการออกแบบการดูแลสุขภาพของตนเองได้อยู่แล้ว แต่กฎหมายมาตรา ๑๒ ได้เขียนขึ้นมาเพื่อ 'รับรองสิทธิ' ให้กับประชาชนสามารถแสดงเจตนา "ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้"

เมื่อถึงเวลาต้องจากไป ก็จะทำให้จากไปตามภาวะที่เป็น

### ทวงถาม ที่ซ่อนกันอยู่

เมื่อบุคคลมีสิทธิโดยธรรมชาติและมีกฎหมายรับรองแล้ว ถัดมาจึงเป็นระบบการบริหารจัดการ หรือ 'กระบวนการดูแลในระยะท้ายของชีวิต' ซึ่ง สุทธิพงษ์ อธิบายเป็นภาพของวงกลม ๓ วงที่ซ่อนกันอยู่

วงรอบนอกที่ครอบคลุมหลายเรื่องทั้งหมดคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อันว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ (ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวร่วมด้วยเสมอ อีกทั้ง เป็นการดูแลควบคู่ไปกับการรักษาการเจ็บป่วยที่ดำเนินอยู่ด้วย

วงกลมถัดลงมาคือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการวางแผน / ออกแบบการดูแลเอาไว้ล่วงหน้าในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ เพื่อเตรียมความพร้อมหากชีวิตก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ไม่



**การดูแลแบบประคับประคอง**  
คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ

**การวางแผนการดูแลล่วงหน้า**  
เป็นกระบวนการวางแผน / ออกแบบการดูแลเอา  
ใจล่วงหน้าในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ เพื่อ  
เตรียมความพร้อมหากชีวิตก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้าย

**หนังสือแสดงเจตนา**  
เป็นการเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่แสดง  
ถึงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข  
ในวาระสุดท้าย

**Palliative  
Care**

**Advance Care  
Planning  
: ACP**

**Living Will**

**กระบวนการดูแล  
ในระยะท้ายของชีวิต**

สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง บุคคลรอบข้างก็จะสามารถจัดการดูแลให้ได้ตามเจตนาที่แสดงเอาไว้ ซึ่งจะมีรายละเอียด เช่น จุดประสงค์ ความต้องการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย บุคคลที่มอบให้เป็นตัวแทนในการตัดสินใจ ฯลฯ

ขณะที่วงกลมในสุดคือ **หนังสือแสดงเจตนา (Living Will)** ซึ่งจะเป็นการเขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่แสดงถึงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้าย เช่น ปฏิเสธการเจาะคอ การใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ โดยเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาที่แนบแล้ว จะพ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง ขณะเดียวกันยังใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเจตนาไว้ให้ครอบครัวและญาติพี่น้องได้รับรู้ด้วย

สุทธิพงษ์ สรุปว่า ทั้งหมดนี้จะไม่ส่งผลกับเพียง ‘คนไข้’ เท่านั้นที่จะได้รับการดูแลตามสิทธิและความประสงค์ที่ต้องการ แต่ยังส่งผลไปถึงการดำเนินชีวิตของครอบครัว ญาติพี่น้อง สังคม ไปจนถึงภาพใหญ่ในระดับ ‘ประเทศ’ ที่จะสามารถลดจำนวนทรัพยากรและงบประมาณที่ถูกใช้ไปกับการ ‘ยื้อชีวิต’ ในระยะสุดท้ายที่อาจไม่เป็นผลที่ดีขึ้นได้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสังคมไทยที่กำลังเผชิญกับปัญหา **“โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)”** เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับ ๑ และยังมีผู้ป่วยเป็นโรคในกลุ่มนี้มากขึ้นเรื่อยๆ

ขณะเดียวกันประเทศไทยก็เดินหน้าเข้าสู่ **“สังคมสูงวัย”** ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ ๒๐ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ด้วย ทว่าในอีกด้านหนึ่ง วิทยาการความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลับยิ่งเพิ่มความสามารถให้การยื้อชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น

สิ่งเหล่านี้ยังตามมาด้วยค่าใช้จ่ายมากมาย ซึ่งสถานการณ์ทั้งหมดนี้คือความสำคัญจำเป็นที่สิทธิตามมาตรา ๑๒ และ **“ACP”** จะเข้ามาช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้

## สช.กับการสร้างสุขภาวะดีระยะท้ายเพื่อคนไทย

สำหรับ สช. หนึ่งในบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต คือการจัดให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงกับทุกมิติสุขภาพและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างเช่น ที่ได้มีการหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันให้ ACP มีมาตรฐานหรือแนวทางกลางร่วมกันจนกระทั่งเกิดเป็น **มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕** ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้มีการนำไปปรับใช้กับหน่วยงานของตนเองผ่านเครือข่ายระบบบริการต่างๆ มากขึ้น

ไม่เพียงเท่านั้น ล่าสุด สช. ยังมีบทบาทเป็นกลไกกลางเชื่อมร้อยหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ ThaiID

(ไทยดี) เพื่อพัฒนาต่อยอด Living Will กลายมาเป็นหนังสือแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์ หรือ “e-Living Will” ที่ทำให้ข้อมูลความประสงค์ของผู้ป่วยได้เข้าไปสู่ระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงและนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น

ในมิติการพัฒนาองค์ความรู้ สุข. สร้างความเข้าใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการทำงานร่วมกับเครือข่ายสถาบันวิชาการ สถานบริการสุขภาพ โรงเรียนแพทย์ เครือข่ายประชาสังคม และเอกชน เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลระยะท้ายให้เกิดเป็นทางเลือกที่หลากหลาย ตลอดจนส่วนสำคัญสุดท้าย บทบาทการสื่อสารสร้างการรับรู้ ให้เกิดความเข้าใจสู่สังคมในวงกว้าง

“หัวใจสำคัญที่เราอยากสื่อสารให้สังคมเข้าใจคือ การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายไม่ได้หมายถึงการไม่ดูแลรักษา แต่เป็นการดูแลตามมาตรฐานการรักษาทุกอย่าง เพื่อให้ชีวิตในระยะท้ายไม่ทุกข์ทรมาน ไม่เป็นภาระของญาติพี่น้อง รวมทั้งให้เกิดความรับรู้เข้าใจ และยอมรับกันมากขึ้น เพราะสังคมเรายังมีมายาคติ ความเชื่อบางอย่าง ที่ยังต้องการสื่อสารสร้างความเข้าใจและการยอมรับอีกมากและต่อเนื่อง” สุทธิพงษ์ สะท้อนถึงภารกิจ

## เปิด ‘จุดคานงัด’ และ กลไกขับเคลื่อน

เมื่อมองไปต่อถึง ‘จุดคานงัด’ หรือกลไกหลักที่จะทำให้เรื่องนี้ถูกผลักดันไปได้มากขึ้น สุทธิพงษ์ มองว่าอันดับแรกคือการผลักดันทางนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยกลไกของ **คสช.** ซึ่งมีองค์ประกอบของภาครัฐ กระทรวงต่างๆ รวมถึงภาคส่วน ทั้งภาควิชาการ วิชาชีพ และประชาสังคม ที่จะมีการนำเสนอประเด็นเหล่านี้เข้าไปสู่การพิจารณาในที่ประชุมอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดการผลักดันการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติในมิติต่างๆ รวมทั้งผ่านกลไกของหน่วยงาน องค์กรที่มีร่วมกัน

ขณะเดียวกันยังมีกลไกอื่นๆ เช่น **คณะกรรมการกำกับทิศ (Steering Committee)** เพื่อขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล ทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ถูกแต่งตั้งขึ้นเพื่อคอยติดตามการประยุกต์ใช้มาตรฐาน ACP รวมถึงกลไกการผลักดันการดูแลสุขภาพระยะท้ายผ่าน **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** ของ สธ. และการขับเคลื่อนของเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ด้วย

พร้อมกันนั้น ยังเป็นการสนับสนุนการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนอำเภอและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยการมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้บริบาล Caregiver พระ ไปจนถึงผู้คนในชุมชน เพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิต ดูแลผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะรักษาระยะท้ายที่บ้านหรือในชุมชน ซึ่ง ‘สุทธิพงษ์’ มองว่ามีมติเหล่านี้จะช่วยยกระดับให้เราเป็นสังคมอารยะที่ไม่ทอดทิ้งกัน ทุกฝ่ายได้มีการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น



หัวใจสำคัญที่เรา  
อยากสื่อสารให้สังคม  
เข้าใจคือ การดูแล  
แบบประคับประคอง  
ในระยะท้ายไม่ได้  
หมายถึงการไม่ดูแล  
รักษา แต่เป็นการดูแล  
ตามมาตรฐานการ  
รักษาทุกอย่าง

เพื่อในชีวิต  
ในระยะท้าย  
ไม่ทุกข์ทรมาน...

ขณะที่จุดคานงัดสุดท้ายคือ **การสื่อสารสังคม** ผ่านทั้งเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ หรือบุคคลได้รับการยอมรับและมีอิทธิพลในการผลักดันทางสังคม (Influencer) ในปัจจุบัน เพื่อสร้างความรับรู้ให้ประชาชนเข้าใจและยอมรับมากขึ้น เพราะเรื่องนี้นับว่ายังเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน และยังมีมุมมองทัศนคติความเชื่อที่แตกต่างกันของผู้คนในสังคม

“ท่ามกลางสถานการณ์ปัญหา แต่ปัจจุบันเราก็ยังมีโอกาสต่างๆ ทั้งด้านนโยบายของรัฐ สิทธิสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์ที่เข้ามาหนุนเสริมการแสดงเจตนาในระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ ในเรื่องนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ชุมชนท้องถิ่นตระหนักและมีบทบาทร่วมด้วย เช่น การพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนท้องถิ่น หรือกฎชีวาภิบาลที่วัด เพื่อรองรับการดูแลระยะสุดท้าย ตลอดจนมีการสื่อสารพูดคุยในเรื่องนี้กันมากขึ้น และสังคมลุกขึ้นมา มีบทบาทร่วมกันในการพัฒนากันมากขึ้นด้วย ก็เชื่อว่าจะช่วยตอบโจทย์สิ่งที่เรากำลังจะเผชิญต่อไปในอนาคตได้เป็นอย่างดี” เขาสรุปทิ้งท้าย 🌟

## เรื่องเล่าจากพื้นที่

เรื่อง : พุทธา สิ้นลือนาม

(ผู้ให้ข้อมูล: พระสมุห์กฤษดา ขนติกโร)

# ชมชนกรณา ช่วยขอดไม่เดา



“...ตอนนี้ทุกคนในห้วยยอดไม่ว่าคนที่มีเชื้อสายจีน พุทธ คริสต์ อิสลาม ทุกคนมาเรียนรู้เรื่องเดียวกัน คือเรื่องความป่วยไข้ ว่าเรื่องความป่วยไข้ไม่ได้แบ่งแยกศาสนาเราในฐานะที่เป็นภิกษุในพุทธศาสนา เราก็คิดว่าจะทำให้เขาไปสู่ทางพ้นทุกข์ ให้ทุกศาสนา ให้ทุกภาคส่วนมาทำงานร่วมกันเรื่องเดียวกันคือ เรื่องการจัดการความทุกข์ของผู้อื่น เรียกว่าง่ายก็คือชมชนกรณา...”

(พระสมุห์กฤษดา ขนติกโร เจ้าอาวาสวัดห้วยยอด ผู้ก่อตั้งชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย ประธานดำเนินงาน สังฆะศาลา ศูนย์พักฟื้นสงฆ์อาหาร วัดห้วยยอด จังหวัดตรัง)

วิถีชีวิตของคนไทย และพุทธศาสนิกชนมีความเกี่ยวข้องกับ “วัด” ตั้งแต่แรกเกิดกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต วัดจึงเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชุมชนและสังคม

“วัดห้วยยอด” ตำบลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เป็นอีกหนึ่งวัดที่ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะ และนำธรรมานุญาสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ไปขับเคลื่อน เริ่มจากคนในชุมชนเข้าวัดน้อยลง เมื่อสืบหาต้นตอของปัญหาจึงพบว่าผู้คนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ บางส่วนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง **พระสมุห์กฤษดา ขนติกโร** เจ้าอาวาสวัดห้วยยอด จึงได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลห้วยยอด เทศบาลตำบลห้วยยอด และคนในชุมชนผู้มีจิตอาสาร่วมวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดูแลจิตใจ สนับสนุนการพูดคุยให้คำปรึกษาในวาระสุดท้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยกิจกรรมที่วัดห้วยยอดเริ่มทำครั้งแรกคือ การบิณฑบาตยาและอาหารทางการแพทย์ เพื่อนำผ้าอ้อมสำเร็จรูป (pampers) อาหารทางการแพทย์ ไปช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุในพื้นที่



นอกจากนี้แล้ววัดห้วยยอดยังเป็นศูนย์การเรียนรู้และเยียวยาชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย

(๑) สังฆะศาลา ศูนย์พักฟื้นสงฆ์อาหาร วัดห้วยยอด โดยความร่วมมือของชุมชน ขับเคลื่อนผ่านชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วย ระยะทำย วัดห้วยยอด และโรงพยาบาลห้วยยอด ทั้งนี้พระภิกษุที่จะมาพักฟื้นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีภาวะฉุกเฉิน

(๒) สำนักงานกองทุนพุทธรักษาเพื่อพระภิกษุอาพาธ สนับสนุนการทำงานของสังฆะศาลา เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการทำงาน ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภิกษุอาพาธ และพัฒนาระบบอุปฐากภิกษุอาพาธให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและยุคสมัย รวมถึงเผยแผ่หลักธรรมเกี่ยวกับชีวิตและความตายในวิถีพุทธสู่สังคม

(๓) สำนักงานพระคิลานุปัฏฐาก วัดห้วยยอด มีการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด: อสว.) ส่งเสริมให้พระสงฆ์มีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชน สังคม และส่งเสริมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน

(๔) สำนักงานชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะทำย วัดห้วยยอด ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะทำยในชุมชน ทำงานกับภิกษุอาพาธ และทำงานร่วมกับเยาวชน โดยจิตอาสาสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดูแลจิตใจ สนับสนุนการพูดคุยให้คำปรึกษา



(๕) ศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ชุมชนให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อผู้ป่วยติดเตียง เช่น เตียง ถังออกซิเจน แก้วผู้ป่วยที่ต้องการ

(๖) ศูนย์สร้างเสริมศักยภาพเยาวชนในชุมชนห้วยยอด เพื่อพัฒนา ส่งเสริมเยาวชนให้มีส่วนร่วมต่อการดูแลคนในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อมดูแลคนภายในครอบครัว

การดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดคุณค่าทั้งด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การตระหนักถึงความเจ็บป่วยซึ่งผู้คนทุกช่วงวัย วัด โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกภาคส่วนในชุมชนต่างมีความกรุณาที่จะรับผิดชอบและดูแลซึ่งกันและกัน เหล่านี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึง “ชุมชนกรุณา ห้วยยอดโมเดล” 🌟

# รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย สู่ ‘ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม’

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย เป็นการดำเนินงานภายใต้มาตรา ๒๕ (๕) และ ๒๗ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

ในกระบวนการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่หลากหลาย เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบสุขภาพไทย ให้เกิดการปรับเปลี่ยนและมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ตามที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

ปัจจุบัน คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย โดยมี นพ.วิรัช โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการฯ มีองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ มาจากทุกภาคส่วน เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทางในการจัดทำ สนับสนุน ติดตาม และประเมินผลการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ให้ข้อเสนอแนะในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง



พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย และให้ข้อเสนอแนะต่อ คสช. คณะรัฐมนตรี (ครม.) และหน่วยงาน องค์การที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่อสาธารณะ ซึ่งคณะกรรมการฯ ชุดนี้ให้ความสำคัญกับการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางของระบบสุขภาพไทยมาใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ดังกล่าว

การทำงานเรื่องรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยนี้ ในเบื้องต้นได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ใน ๔ เรื่อง ได้แก่ ๑. สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๒. สถานการณ์ด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ๓. สถานการณ์ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ และ ๔. สถานการณ์ด้านระบบสุขภาพชุมชนเมือง โดยมีนักวิชาการจากมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามลำดับ เป็นผู้ดำเนินการ

ศช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เราจะสามารถทราบสถานการณ์และทิศทางทั้ง ๔ เรื่อง ได้ว่า “ผู้บริโภคจะได้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยเสมอภาคและไม่มีการเลือกปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร” “การกระจายบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศได้หรือไม่ อย่างไร” “การบูรณาการกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบการเงินการคลังให้แรงงานข้ามชาติและผู้ไม่มีเลขประจำตัวจะเป็นจริงได้หรือไม่ อย่างไร” และ “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ระบบบริการสุขภาพ การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย และเอื้อต่อการดำรงชีวิตในเขตเมืองนั้น มีอะไรที่ต้องแก้ไขหรือไม่ และควรมีทิศทางอย่างไร”

เราลองมาติดตามดูกันนะคะว่า รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยหรือสถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาตินี้ จะให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอเชิงนโยบายดีๆ อะไรบ้าง เพื่อนำไปสู่นโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และระบบสุขภาพไทยจะถูกพัฒนาสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมอย่างที่พวกเรามุ่งหวังได้อย่างไร 🌟

# ฤทธิชีวภิบาล: จากพุทธโอวาทสู่การอุปฐากระยะท้าย



ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่มีความศรัทธาและนับถือในพระพุทธศาสนา ระบบสังคม วัฒนธรรม และประเพณีของไทยมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา มีการปลูกฝังส่งเสริมให้กุลบุตรในครอบครัวมีโอกาสอุปสมบทเป็นพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนา ตลอดจนมีการสร้างวัดวาอารามเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้ สังคมไทยยังให้ความสำคัญกับพระสงฆ์ในฐานะการเป็นผู้นำของชุมชน และสังคมมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน แม้ในปัจจุบันวัดหรือสำนักสงฆ์ยังคงเป็นศูนย์กลางทางสังคมของผู้คนในละแวกใกล้เคียง

ประเด็นหนึ่งที่สังคมให้ความสนใจมากขึ้น

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา คือ ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs ที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) พบว่าพระสงฆ์และสามเณรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง ๒๒,๖๙๘ รูป และเบาหวาน ๒๒,๕๒๗ รูป ในขณะที่กลุ่มพระสงฆ์อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ป่วยด้วยอาการความดันโลหิตสูงมีจำนวนถึง ร้อยละ ๖๑.๗๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗)

จากการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการถวายเป็นอุปัฏฐากพระสงฆ์จากประชาชน และหน่วยงานองค์กรในทุกภาคส่วนมาอย่างต่อเนื่อง แม้คณะสงฆ์

และพระสงฆ์เองก็มีการส่งเสริมการปฏิบัติศาสนกิจด้วยการนำหลักพุทธธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้ามาสู่การปฏิบัติทั้งในส่วนขององค์กรคณะสงฆ์เอง และการเกื้อกูลต่อพุทธศาสนิกชนและประชาชนทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด

พระตถาคต ทรงตรัสว่า “**ยถาภูตญาณทัสสนะ**” คือ การเห็นทุกสิ่งทุกอย่างของโลกตามความเป็นจริง แม้จะเป็นคำที่เรียบง่าย แต่สะท้อนหลักความเป็นจริงในการยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงสุขภาพร่างกายที่ย่อมมีการเสื่อมไปตามกาลเวลา ซึ่งที่ผ่านมาเราพบเห็นพระสงฆ์ได้ทำหน้าที่การนำหลักพุทธธรรมมาเผยแผ่แก่พุทธศาสนิกชน โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายและญาติที่ต้องการกำลังใจเพื่อที่จะจากไปอย่างสงบ

ตัวอย่างหนึ่งที่ได้เห็นได้อย่างชัดเจน คือ เครือข่ายพระคิลานธรรม ที่เป็นคณะสงฆ์ที่รวมกลุ่มกันเพื่อปฏิบัติศาสนกิจการเผยแผ่พระพุทธศาสนาด้วยพุทธธรรมให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ โดยมีเครือข่ายทั่วประเทศ นอกจากนี้ พระสงฆ์หลายรูปได้ปรับอารามบางส่วนที่เป็นสังฆาวาส ให้เป็นฤทธิสงฆ์หรือฤทธิชีวภิบาล เพื่อช่วยอุปัฏฐากครูบาอาจารย์ผู้ป่วยระยะท้ายให้สามารถดำรงสมณเพศจวบจนมรณภาพ นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย ที่มีการปฏิบัติศาสนกิจดูแลพระสงฆ์อาพาธรวมถึงพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายในฤทธิชีวภิบาลด้วย

ฤทธิชีวภิบาลซึ่งคณะสงฆ์ได้ดำเนินการนี้ ปัจจุบันมีการดำเนินงานโดยพระสงฆ์ และมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยบริการ เพื่อรองรับพระสงฆ์อาพาธระยะท้ายที่มีการกระจายทั่วประเทศกว่า ๕๐ แห่ง เกิดจากความร่วมมือของฝ่ายคณะสงฆ์ในพื้นที่ต่างๆ และหน่วยงานต่างๆ เช่น สธ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลสงฆ์ และหน่วยบริการในทุกระดับ รวมถึงเป็นงาน

สำคัญในการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งมหาเถรสมาคมได้มีมติรับทราบ และเห็นชอบให้มีการขับเคลื่อนนับตั้งแต่ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

รูปธรรมการขับเคลื่อนที่สำคัญ เช่น สถานชีวภิบาลพระภิกษุอาพาธวัดทับคล้อ (สวนโพธิ์สัตว์) จังหวัดพิจิตร ที่มีการดำเนินงานดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธ และอาพาธระยะท้ายในพื้นที่จังหวัดพิจิตร โดยร่วมกับคณะสงฆ์จังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และหน่วยบริการในพื้นที่ ผ่านเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก มี**พระอาจารย์บุญยกร ปสาโท** เป็นประธานสถานชีวภิบาลฝ่ายบรรพชิต

ฤทธิชีวบาลวัดท่าประชุม จังหวัดขอนแก่น หรือท่าประชุมโมเดล เป็นอีกหนึ่งรูปธรรมที่เกิดจากความอุทิศตนของ**พระอาจารย์ภู่วัด ภูริวัฑฒโน** โดยมุ่งเน้นในการใช้วัดเป็นศูนย์กลาง ในการเป็นที่พำนักดูแลเยียวยาคุณภาพชีวิตพระสงฆ์อาพาธแบบประคับประคอง โดยขับเคลื่อนให้เกิดฤทธิสงฆ์อาพาธหรือฤทธิชีวบาลสำหรับดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care, PC) เพื่อให้ภิกษุผู้ป่วยใช้ระยะท้ายมีทางเลือกที่จะได้รับการบริบาล ณ วัดต้นสังกัดที่คุ้นเคยอย่างถูกหลักพระธรรมวินัย

การสร้างสภาพแวดล้อมให้พระสงฆ์อาพาธระยะท้ายได้สามารถดำรงธาตุขันธ์อยู่ภายในวัด และการปฏิบัติภายใต้พระธรรมวินัย นับเป็นการปฏิบัติตามพระพุทธโอวาทขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่ทรงมีเมตตาและเห็นการณ์ไกล ในวันนี้ที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งพระสงฆ์ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงวัยที่ไม่ได้ครองคุณุหัส การมีฤทธิชีวภิบาลจึงไม่ได้เป็นเพียงอารามสิ่งปลูกสร้างที่อำนวยความสะดวกเท่านั้น แต่เป็นการสร้างคุณภาพชีวิตให้กับพระสงฆ์ผู้ป่วยระยะท้าย

เล่าให้ลึก

เรื่อง นายแพทย์วิชัย ไชควิวัฒน์

ฟังระลึกอยู่ว่า  
มนต์แห่ง  
ปรัชญาปารมิตา  
เป็นมนต์แห่งวิทยา  
อันประเสริฐ  
เป็นเลิศ ไร้สิ่งเสมอเหมือน  
เป็นมนต์ซึ่งขจัดทุกข์โศก  
ทั้งปวง

มนต์อันคือสิ่งธรรม  
เพราะไร้ซึ่งความกลัว

# คำอธิบาย ปรัชญา ปารมิตาหฤทัยสูตร โดย ทะโล ลามะ (จบ)

หฤทัยสูตร กล่าวถึงเรื่องความว่างต่อไป ดังนี้

ตั้งนี้แล สารีบุตร ในความว่างจึงไม่มีรูป เวทนา สัมผัส สังขาร และวิชฌาน  
ไม่มีตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ไม่มีรูป เสียง กลิ่น รส โภกฐ์พพะ ธรรมารมณ์  
ไม่มีจักขุธาตุไปจนถึงมนธาตุหรือวิชฌานธาตุใด

ประโยคแรกข้างต้นเป็นการยืนยันว่าขั้นที่ ๕ ว่างเปล่า ในขณะที่ประโยคต่อไปกล่าวว่าความว่างครอบคลุมไปถึงอายตนะภายในทั้ง ๖ ที่เป็นผัสสะทางกาย ๕ ทาง และผัสสะทางใจ ๑ ทาง ประโยคถัดมากล่าวว่าความว่างยังครอบคลุมไปถึงสิ่งภายนอก อันได้แก่ อายตนะภายนอก คือ รูป เสียง กลิ่น รส โภกฐ์พพะ และธรรมารมณ์ ประโยคสุดท้ายขยายความต่อไปว่าความว่างครอบคลุมธาตุทั้ง ๑๘ ตั้งแต่จักขุธาตุไปจนถึงจุดที่ “ไม่มีมโนธาตุ หรือวิญญาณธาตุ” เหตุการณ์และสรรพสิ่งทั้งปวง รวมทั้งอสังขตธรรม เช่น เทศะ ก็รวมอยู่ด้วย เช่นนี้เอง ปราภฏการณ์ทั้งปวงจึงไร้ซึ่งสภาวะ พระสูตรกล่าวต่อไปว่า

ไม่มีวิชา ไม่มีความสิ้นไปแห่งวิชา และอื่น ๆ จนถึงไม่มีชราและมรณะ

ไม่มีความสิ้นไปแห่งชราและมรณะ

ท่านทะไลลามะอธิบายว่า  
ที่ผ่านมาจนถึงจุดนี้อาจกล่าวได้ว่า **หฤทัยสูตร** อธิบายความ  
ว่างให้แก่ผู้ปฏิบัติที่มีปัญญาระดับปกติ แต่จากจุดนี้ไป จะเป็นการ  
สอนเรื่องความว่างอย่างกระชับในรูปของมนต์ ทั้งนี้เพื่อสอนผู้ปฏิบัติ  
ซึ่งมีปัญญาเป็นเลิศ อันมีใจความว่า

ฉะนี้ **เพ็งระลึกอยู่ว่ามนต์แห่งปรัชญาปารมิตา**นี้เป็นมนต์แห่งวิชาอันประเสริฐ

เป็นเลิศ ไร้สิ่งเสมอเหมือน เป็นมนต์ซึ่งขจัดทุกข์โศกทั้งปวง

มนต์นี้คือสังกรรม เพราะไร้ซึ่งความลวง

มนต์แห่งปรัชญาปารมิตา มีดังนี้

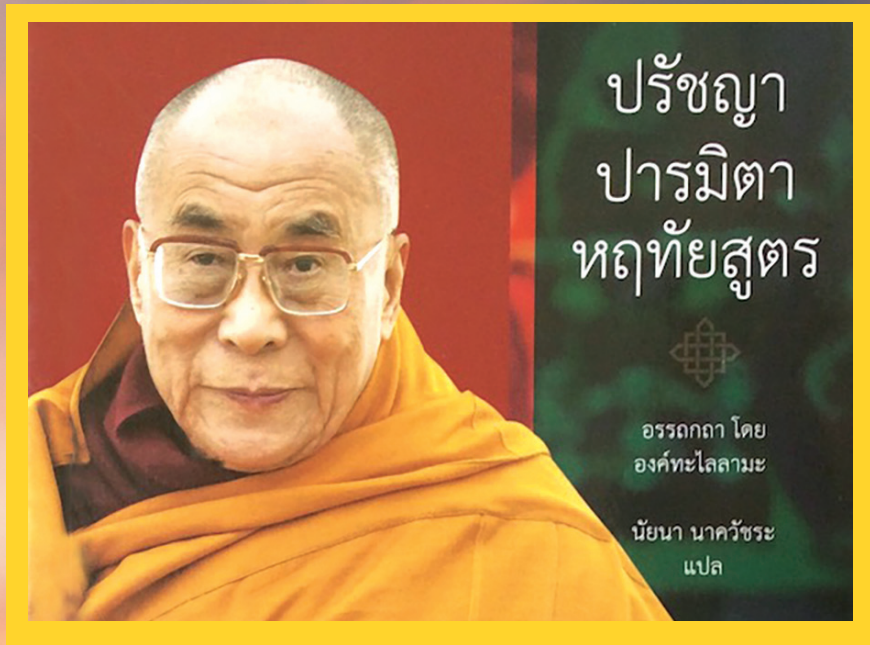
ตถยกา คเต คเต ปรคเต ปรสังคเต โฟธิ สวาหะ

เช่นนี้แล สาริบุตร พระโพธิสัตว์ผู้ประเสริฐเพ็งเจริญ

จริยาในปรัชญาปารมิตาตามครรลองนี้

ในภาษาสันสกฤต คำว่า ตถยกา แปลว่า “(โดยประการ) ฉะนี้”  
อันเป็นการเตรียมลู่ทางให้กับคำที่จะตามมาว่า คเต คเต

ซึ่งแปลว่า “ไปเกิด ไปเกิด” ปรคเต หมายความว่า “ล่องไป”  
ปรสังคเต แปลว่า “ล่องไปให้หมดจด” ส่วนคำว่า โฟธิ สวาหะ อาจแปล  
ได้ว่า “หยั่งลงในความรู้แจ้ง” ด้วยเหตุนี้ มนต์นี้จึงแปลว่า “ไปเกิด ไป  
เกิด จงล่องไปเกิด ล่องไปให้หมดจด จนรู้แจ้งจบสิ้น เทอญ” เราอาจ  
ตีความมนต์นี้ในเชิงเปรียบว่า “จงล่องไปให้ถึงฝั่งโน้น” ซึ่งหมายความว่า  
ให้ละทิ้งสังสารวัฏนี้ซึ่งเต็มไปด้วยอวิชชา และเป็นที่พำนักของ  
เรามาชั่วกัปชั่วกัลป์ แล้วข้ามฝากไปยังอีกฝั่งฝากหนึ่ง อันเป็นที่สุด  
แห่งพระนิพพานและเข้าถึงความหลุดพ้นโดยสมบูรณ์



บทสรุปของ หฤทัยสูตร มีดังนี้

เมื่อพระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสถ้อยดังกล่าวจบลงแล้ว พระสาริบุตร

พระอริยอวโลกิตศวรรโพธิสัตว์ผู้ประเสริฐพร้อมด้วยบริษัททั้งปวง อันประกอบด้วยเทพเทวา

मुख्य อสุร และคณรรพ ต่างพากันชื่นชมโสมนัสในวาระของพระผู้มีพระภาคเจ้า

ทั้งหมดนี้ เป็นเพียง “หนังตัวอย่าง” ของเรื่องทีลุ่มลึก ต้องใช้เวลา  
ศึกษายาวนานจึงจะเข้าถึงได้โดยแจ่มแจ้ง ผู้สนใจพึงเริ่มต้นโดยการหา  
หนังสือ “ปรัชญาปารมิตาหฤทัยสูตร : อรรถกถาโดย องค์ทะไลลามะ”  
มาอ่านเพื่อความเข้าใจเพิ่มขึ้นต่อไป ☸

# Live and Learn

**"เมื่อวันที่ชีวิต เดินเข้ามาถึงจุดเปลี่ยน  
จนบางครั้งคนเราต้องตระเตรียมหัวใจ"**

ฉันนั่งฟังเพลง Live and Learn ในใจก็คิดไปตามเพลง นี่คือวิถีมนุษย์ที่แท้จริง  
มีเกิดก็มีดับ มีสุขก็มีทุกข์ ขึ้นอยู่กับว่าเรามี "สติ" แค่ไหน

นี่ย้อนไปในวันที่คุณพ่อของฉันอยู่ในขั้นวิกฤต ฉันขับรถอย่างรวดเร็วมายังห้อง  
ฉุกเฉินของโรงพยาบาล คุณหมอเดินมาดูอาการท่านอย่างรวดเร็ว ฉันยื่นรถสั๊กพักใหญ่  
ก็ถูกคุณหมอเชิญให้มาดูภาพเอกซเรย์ปอดของคุณพ่อ แล้วอธิบายว่า **"ปอดของท่าน  
เป็นสีขาวหมดแล้วครับ"** ณ วินาทีนั้น...ฉันหือ้อ ตาพลา หัวใจเต้นแรง ยืนงงๆ ในใจ  
ถามว่า..ปอดสีขาวมันหมายความว่าอะไร? คุณหมอต้องการบอกอะไร?



**สิ่งที่ตัดสินใจ  
ในการไม่ย้อชีวิต  
ท่าน ทุกวันนี้ยังคง  
ติดอยู่ในใจว่า  
"ฉันทำถูกไหม  
บาปไหม"  
แต่ถ้าจะให้เห็น  
คนที่เรารักทรมาณ  
ท่ามกลางความหวัง  
ที่รับหรือ จิตใจฉันคง  
ไม่ไหวเหมือนกัน**

คำถามแรกที่คุณหมอบอกฉัน **"จะใส่เครื่อง  
ช่วยหายใจให้คุณพ่อไหมครับ"** และอธิบายเพิ่มว่า  
**"ท่านไม่สามารถหายใจได้เอง เปรียบเสมือนคน  
ที่กำลังจมน้ำ และพยายามดันตัวเองให้พ้นจาก  
น้ำเพื่อหายใจ"** ฉันฟังคุณหมอแบบคนไม่มีสติ สมอง  
เบลอน้ำตาเริ่มปริ่ม แล้วก็ถามกลับด้วยน้ำเสียงเครือๆ  
ว่า **"ก็เปอร์เซ็นต์จะถ้าจะย้อ"**

คุณหมอบอกไม่ตอบ แต่พยาบาลเดินมาหาฉันแล้ว  
บอกว่า **"เปิดเสียงพระสวดมนต์ให้ท่านฟังนะคะ"**  
เมื่อสติมาจึงถามกลับไปว่า **"ถ้าไม่让您ท่านทรมาณ  
ต้องทำอะไร?" ต้องฉีดยาอะไรเพื่อลดความ  
เจ็บปวดทุกข์ทรมานครับ"** หมอบอก ฉันตัดสินใจ  
ทันที และสุดท้ายในคืนนั้นท่านก็จากไปอย่างสงบ

สิ่งที่ตัดสินใจในการไม่ย้อชีวิตท่าน ทุกวันนี้ยัง  
คงติดอยู่ในใจว่า **"ฉันทำถูกไหม บาปไหม"** แต่ถ้าจะ  
ให้เห็นคนที่เรารักทรมาณ ท่ามกลางความหวังที่รับหรือ  
จิตใจฉันคงไม่ไหวเหมือนกัน

ในหลายๆ ครอบครัวยี่ดูแลผู้ป่วย ก็คงมีความ  
รู้สึกไม่ต่างกัน คือกลัวความสูญเสียคนที่เรารัก ไม่  
อยากให้ท่านทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แต่เมื่อ  
เราดูแลท่านเต็มที่ นำท่านมาอยู่ ในสิ่งแวดล้อมที่ท่าน  
ชอบและรู้สึกอบอุ่น วาระสุดท้ายของชีวิตก็คงมีความ  
สุขไม่น้อย ก่อนที่จะจากไปอย่างไม่มีวันกลับ

**"พินัยกรรมทรัพย์สินไม่ตายก็หาใหม่ แต่  
พินัยกรรมชีวิตต้องลิขิตด้วยตัวเอง"** ●

# การสร้างสุขภาวะ ในระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายดี

มาตรา ๑๒ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ข้อดีของการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

- การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายกรณีไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องกึ่งชีพต่างๆ เช่น การเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หรือการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยยืดการตายออกไป แต่ไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

- ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์พยาบาล เพื่อให้ได้รับความสบาย จนเสียชีวิตลงอย่างสงบตามธรรมชาติ

สถานพลังฉบับนี้ชวนทุกท่านมาทำความรู้จักมาตรา ๑๒ จากเรื่องจริงผ่านจอในคลิปที่ต้องดู : การสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตและการตายดี <https://www.youtube.com/watch?v=pTuEGJup0SU>



ติดตามรับชมคลิปได้



ติดตามบนโซเชียลมีเดียสุขภาพแห่งชาติ



# EDITORIAL TEAM

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เจ้าของ  
นพ.สุเทพ เพชรมาก ที่ปรึกษา  
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ  
ชนิษฐา แซ่เจี๋ย  
แคทรียา การาม  
บัณฑิต มั่นคง  
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์  
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์  
ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ  
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔  
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๑๓ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑  
อีเมล nhco@saraban.mail.go.th  
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th  
เฟซบุ๊ก www.facebook.com/NHCO.thai

ติดต่อกองบรรณาธิการ  
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด  
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect  
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง  
กทม. ๑๐๒๑๐  
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



JAMJAM GROUP CO.,LTD.



# ระบบ e - Living Will



## e - Living Will คืออะไร ?

e - Living Will คือ หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการและเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพตามที่ตนเองได้แสดงเจตนาไว้

## ทำที่ไหนได้บ้าง ?



ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา บนอินเทอร์เน็ต

## ทำ e - Living Will กับใครได้บ้าง ?



ประชาชนทุกคนที่มีบัตรประชาชนหรือเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำด้วยตัวเอง



สถานพยาบาลที่รับทำและขึ้นทะเบียนใช้ระบบ e - Living Will



ภาคีเครือข่าย (ภาคประชาสังคม เช่น เยือนเยือนวิสาหกิจเพื่อสังคม ชิวามิตร ชุมชนกรุณา วัดป่าโนนสะอาด ฯลฯ)

## ระบบมีความปลอดภัยแค่ไหน ?

พัฒนาโดย สช.(หน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจส่งเสริมการทำ Living Will) ใช้ระบบคลาวด์กลางภาครัฐ (GDCC) โดยการยืนยันตัวตนผ่าน ThaiID ของกรมการปกครองและเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบ

## ทำไมต้องทำ e - Living Will ?

เพื่อใช้สื่อสารกับลูกหลานญาติพี่น้อง ผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรสาธารณสุข ในกรณีที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ ถึงความต้องการที่จะรับหรือไม่รับบริการทางการแพทย์ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบเอกสาร และแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่สถานพยาบาลและภาคีเครือข่าย ผู้จัดทำและผู้ตัดสินใจแทนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย

\*\* สถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบ สามารถค้นหา เรียกดู e - Living Will ของผู้ที่จัดทำและให้การรักษาตามที่ได้จัดทำได้แสดงเจตนาไว้

## ทำอย่างไร ขึ้นตอนการทำ/วิธีการเข้าใช้งาน

1. เข้าระบบที่เว็บไซต์ <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th> หรือ แสแกน QR code นี้ >>
2. สมัครเป็นผู้ใช้ระบบ โดยการสร้างบัญชีการใช้งานด้วย ThaiID หรือเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก
3. จัดทำหนังสือแสดงเจตนาที่ต้องการ โดยท่านที่มีหนังสือเดิมอยู่แล้วสามารถเลือกทำในรูปแบบการแนบไฟล์ หรือ "ทำใหม่" ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
4. หนังสือแสดงเจตนาฯ จะถูกจัดเก็บในระบบ ท่านสามารถเรียกดู พิมพ์ ส่งต่อให้ผู้ตัดสินใจแทน ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันและยกเลิกหนังสือได้ด้วยตนเอง
5. สถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบ สามารถค้นหา เรียกดู และสถานพยาบาลให้การรักษาตามเจตนา



## ศึกษารายละเอียดเรื่อง Living Will เพิ่มเติมได้ที่ไหน ?

เข้าระบบที่เว็บไซต์ [https://www.nationalhealth.or.th/rights/Article\\_12](https://www.nationalhealth.or.th/rights/Article_12) หรือแสแกน QR CODE นี้ >>

