

ความต้องการ
ครั้งสุดท้ายของ
ชีวิต (Living Will)

กับ

การดูแล
แบบประคับประคอง
(Palliative Care)



ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)

กับ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2560

จำนวน 500 เล่ม

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส

คณะบรรณาธิการ

บรรณาธิการ : นิรชา อัครธีรากล

กองบรรณาธิการ : พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน

พรเพ็ญ สว่างตระกูล

ผู้จัดพิมพ์



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

ศิลปินรสบ

โมนโนกราฟิก

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เดือนตุลา

โทร. 02-996-7392-4 โทรสาร 02-996-7395

E-mail : octoberprint50@hotmail.com



“

สतिในดวงใจตราบนิจนิรันดร์
น้อมศึระกราณ กราบแทบพระยุคลบาท
ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้นอันหาที่สุดมิได้

”

ข้าพระพุทธเจ้า... ศุูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

กำหนดการพิธีเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
วันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2560



- 08.30 – 09.30 น. พิธีสงฆ์ (ถวายเป็นพระราชกุศลแด่
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคตครบรอบ 1 ปี)
- 09.30 – 09.45 น. เปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
โดย อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
(ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์)
- 09.45 – 10.00 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.00 – 10.45 น. การบรรยายเรื่อง "การสร้างสุขสุดท้ายที่ปลายทาง"
โดย พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล
- 10.45 – 11.00 น. ฉายวิดิทัศน์ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
- 11.00 – 12.15 น. การอภิปราย เรื่อง "ดูแลผู้ป่วยอย่างไรในศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์"
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส
ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
- รศ.สุดา วิศรุตพิชญ์
รองผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
- รศ.พญ.นงลักษณ์ คณิตทรัพย์
รองผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
- ผศ.ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์
รองผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
- ผศ.ดร.จรงค์ษ์ ศุภกิจเจริญ
กรรมการศูนย์ธรรมรักษ์ และพยาบาลจิตอาสา
- 12.15 – 13.15 น. รับประทานอาหารร่วมกัน
ภาคบ่าย ชมนิทรรศการ ชมสถานที่และร่วมกันปลูกต้นไม้เพิ่มเติม



หมายเหตุ

จะเปิดรับผู้ป่วยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2561

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นศิลปะแห่งการเยียวยาร่างกาย และจิตใจของมนุษย์ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการแพทย์มาประกอบกับความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตตามสภาพร่างกายและการดำเนินของโรคจนกระทั่งสิ้นสุดชีวิต อีกทั้งยังรวมถึงการดูแลญาติพี่น้องของผู้ป่วยให้บรรเทาความเศร้าโศกเสียใจต่อการสูญเสียครั้งสำคัญ

การดูแลแบบประคับประคองแสดงถึงความกรุณาปราณีที่มีอยู่ในจิตใจมนุษย์ ซึ่งอยู่คู่กับสังคมไทยมาแต่ช้านาน ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ใช่เรื่องใหม่ของสังคมไทยแต่อย่างใด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยซึ่งหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

สช. ขอแสดงความชื่นชม และแสดงความยินดีอย่างยิ่งกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่มีวิสัยทัศน์เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ เพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาด้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้เกิดระบบรองรับภายใต้สหสาขาวิชาชีพที่คำนึงถึงการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในครั้งนี้



หนังสือความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living will) กับ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นหนังสือที่รวบรวมประวัติศาสตร์ความเป็นมาของการก่อตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ และองค์ความรู้สำคัญเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง นับเป็นหนังสือที่มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของหน้าประวัติศาสตร์การบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



| | | หน้า |
|---|---|------|
| 1 | คำอโนมทนาการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ : นิมิตใหม่แห่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย <i>พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล</i> | 11 |
| 2 | ค่านิยมการเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ : “ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์” แนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย <i>ศ.เกียรติคุณ นพ.เกษม วัฒนชัย</i> | 17 |
| 3 | ความจำเป็นในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย <i>ศ.ดร.พนัส ลิ้มะเสถียร</i> | 21 |
| 4 | ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ : สถานที่สร้างสุขสุดท้ายแก่ผู้ป่วย <i>รศ.พญ.คุณหญิงอัมพร สุขคนธมาน</i> | 25 |
| 5 | หลักการและเหตุผลในการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ <i>ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์</i> | 29 |
| 6 | การใช้กระท่อม และกัญชา เป็นพืชยาในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง <i>ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์</i> | 33 |
| 7 | การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในแนวนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข <i>ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร</i> | 43 |





หน้า

- | | | |
|----|--|----|
| 8 | ความจำเป็นระดับประเทศในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อเตรียมความพร้อมในเวชปฏิบัติ <i>ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร</i> | 49 |
| 9 | มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง <i>นพ.พลเดช ปิ่นประทีป</i> | 57 |
| 10 | การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กับศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ <i>รศ.นพ.จิตตินันต์ ทะวานนท์ และ รศ.นพ.พฤษ์ ต่ออุดม</i> | 65 |
| 11 | สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกับการส่งเสริมให้เกิด การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต <i>นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล</i> | 69 |
| 12 | โครงการบัตรทองกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย <i>นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา</i> | 77 |
| 13 | การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเวชปฏิบัติ <i>พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์</i> | 83 |





| | หน้า |
|--|------|
| 14 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ <i>รศ.พญ. นงลักษณ์ คณิตทรัพย์</i> | 101 |
| 15 ถอดบทเรียนการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย <i>ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์</i> | 111 |



1.

นิมิตใหม่แห่งการดูแล
ผู้ป่วยระยะท้าย



นิมิตใหม่

แห่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

พระไพศาล วิสาโล

ชีวิตกับความตายเป็นของคู่กัน เมื่อยังมีชีวิต เราควรอยู่อย่างมีคุณภาพ นั่นคือใช้ชีวิตให้มีคุณค่า ทำคุณงามความดี เข้าถึงความสุขที่ประเสริฐ และยังประโยชน์แก่ส่วนรวม มีใจอยู่อย่างว่างเปล่า อมทุกข์ เศร้าซึม หรือเบียดเบียนผู้อื่น เมื่อถึงคราวจะตาย ก็ควรตายอย่างมีคุณภาพ นั่นคือ ตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน หรือทรมานตาย อีกทั้งไม่สร้างภาระแก่ผู้อื่น สามารถเป็นบทเรียนให้แก่คนรอบข้างในการอยู่ดีและตายดี

แต่ดูเหมือนว่าผู้คนทุกวันนี้สนใจเพียงแค่การมีชีวิต ลืมคิดว่าสักวันหนึ่งตนจะต้องตาย ทุกคนต่างดิ้นรนชวนขวายไปให้ถึงจุดหมายชีวิตที่วางไว้ แต่ส่วนใหญ่ลืมนึกถึงปลายทางชีวิต จุดหมายชีวิตนั้นไม่แน่นอนว่าเราจะบรรลุได้หรือไม่ แต่ปลายทางชีวิตนั้นต้องมาถึงอย่างแน่นอนไม่ช้าก็เร็ว

เป็นเพราะไม่ได้ตระหนักอย่างจริงจังว่าสักวันหนึ่งเราต้องตาย ผู้คนจึงใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท นึกถึงแต่การทำมาหาเงิน สะสมทรัพย์สมบัติ แสวงหาอำนาจและชื่อเสียง อีกทั้งหมกมุ่นเพลิดเพลินกับความสุขเฉพาะหน้า ไม่คิดเตรียมตัวเตรียมใจรับมือกับความตายที่จะต้องเกิดกับตน ดังนั้นเมื่อวันนั้นมาถึง จึงตื่นตระหนก หวาดกลัว พยายามทำทุกอย่างเพื่อยื้อชีวิตและผลักไสความตายไปให้ไกลที่สุด แต่ยิ่งต่อสู้ขัดขืนความตายมากเท่าใด ก็ยิ่งทรมานทรมานมากเท่านั้น ผลสุดท้ายก็คือตายอย่างทุกข์ทรมาน

นี่คือชะตากรรมที่เกิดกับผู้คนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งเน้นการแสวงหาความสุขสนุกสนานจากวัตถุสิ่งเสพ และรังเกียจความตาย ปรากฏการณ์ดังกล่าวนับวันจะเห็นได้ชัดขึ้นและมากขึ้นทุกทีในโรงพยาบาล เพราะเป็นสถานที่ที่ผู้คนคาดหวังว่าเมื่อล้มป่วยแล้วจะได้รับการยืดชีวิตให้ยืนยาวที่สุด ยังมีเทคโนโลยีก้าวหน้าราคาแพงมากเท่าไร ก็ยิ่งคาดหวังฝังใจว่าจะรอดพ้นจากความตายมากเท่านั้น แต่การณ์กลับกลายเป็นว่าคนแล้วคนเล่านอกจากจะไม่รอดแล้ว ยังประสบความทุกข์ทรมานอย่างมากก่อนตายด้วยซ้ำ

คนทุกวันนี้มีชีวิตที่สะดวกสบายมากขึ้นก็จริง แต่เมื่อถึงคราวต้องตายกลับมีแนวโน้มว่าจะตายลำบากยิ่งกว่าเดิม ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัจจุบันผู้คนถึง 2 ใน 3 นอกจากตายในโรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชราแล้ว ยังเจอการรักษาที่ไร้ประโยชน์และก้าวร้าวรุนแรง หลายคนตายคนเดียว ด้วยความสับสนและเจ็บปวด จำเพาะประเทศอเมริกา มีการวิจัยพบว่า ระหว่างปี 2541 ถึง 2553 คนอเมริกันที่มีความสับสน เป็นโรคซึมเศร้า และเจ็บปวดในปีท้ายๆ ของชีวิตมีสัดส่วนมากขึ้น

ประเทศร่ำรวยเหล่านี้ แม้มี่เทคโนโลยีล้ำหน้ามากมาย แต่บ่อยครั้งกระบวนการรักษาที่กระทำแก่ผู้ป่วยระยะท้ายนั้น นอกจากไม่ช่วยให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นเลย ยังก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมากมาย ปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแม้กระทั่งในช่วงท้ายของชีวิต ประมาณ 1 ใน 8 ของชาวอเมริกันที่ป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับเคมีบำบัดกระทั่ง 2 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต ทั้งๆ ที่วิธีดังกล่าวไม่เกิดประโยชน์อันใดสำหรับผู้ป่วยระยะนี้เลย ยิ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยแล้ว เกือบ 1 ใน 3 ได้รับการผ่าตัดในช่วงปีสุดท้าย ร้อยละ 8 ถูกผ่าตัดกระทั่งสัปดาห์สุดท้าย ตัวเลขดังกล่าวชวนให้คิดว่า เทคโนโลยีดังกล่าวนอกจากไม่ช่วยยืดชีวิตแล้ว กลับจะทำให้ตายเร็วขึ้นด้วยซ้ำ

ในปี 2551 มีการวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถูกช็อกด้วยไฟฟ้า หรือถูกกดหน้าอก หรือเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูขณะใกล้เสียชีวิต มีคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายแย่งกว่าคนที่ไม่ได้



รับการรักษาเสียอีก ยิ่งกว่านั้นญาติมิตรที่ช่วยดูแลเขา ก็มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 3 เท่าหลังจากพวกเขาเสียชีวิตไปแล้ว 6 เดือน ประการหลังนั้นนอกจากเป็นเพราะว่าผู้ดูแลไม่ได้เตรียมใจล่วงหน้าว่าคนรักของตนจะตายแล้วยังเกิดจากการที่ได้เห็นคนรักของตนมีคุณภาพชีวิตที่แย่มากหรือประสบความทุกข์ทรมานก่อนตาย เคยมีการสอบถามญาติมิตรของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในประเทศที่พัฒนาแล้ว เกือบร้อยละ 40 ระบุว่าเพื่อนหรือญาติของตนได้รับความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น เมื่อถามถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่ให้คะแนน “ปานกลาง” หรือ “แย่มาก”

สภาพดังกล่าวกำลังเกิดขึ้นในเมืองไทยมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกับคนในเมือง อย่างไรก็ตามคนเราไม่จำเป็นต้องตายอย่างทุกข์ทรมานก็ได้ แม้ก่อนตายร่างกายจะเจ็บป่วย แต่หากมีการเตรียมที่ดีพอ ก็สามารถตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทุกข์ได้ ประการแรกได้แก่การเตรียมด้านจิตใจ ซึ่งควรทำแต่เนิ่นๆ ขณะที่มีความสุขที่ดี เช่น หมั่นทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำหน้าที่ที่รับผิดชอบด้วยความใส่ใจ ไม่ให้ค้างค้ำ โดยเฉพาะกับคนรักหรือคนรอบข้าง รวมทั้งหมั่นฝึกจิตให้มีสติ สมาธิ และรู้จักปล่อยวาง โดยระลึกถึงความตายอยู่เสมอว่าจะต้องเกิดขึ้นกับตนไม่ช้าก็เร็ว การกระทำดังกล่าวจะช่วยทำให้ไม่หวาดหวั่นเมื่อความตายมาถึง เพราะมั่นใจในความดีที่ได้ทำ ภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมา ไม่กลัวว่าตายแล้วจะไปอบาย อีกทั้งไม่มีความห่วงหาอาลัยคนรัก เพราะปล่อยวางได้ ไม่รู้สึกผิดเพราะทำดีกับทุกคน ไม่มีอะไรค้างคาใจเพราะจัดการทุกอย่างจนแล้วเสร็จ

ประการต่อมาคือการเตรียมด้านการดูแลร่างกายในยามเจ็บป่วย เช่น เมื่อเจ็บป่วยจนถึงระยะท้ายของชีวิต กล่าวคือ ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และอยู่ในระยะท้ายของโรคนั้น อีกทั้งร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก็ควรพิจารณาว่า การรักษาเยี่ยงวายเป็นไถ่ที่อนุญาตให้ทำได้ อย่างไรก็ดีไม่อนุญาตให้ทำ ทั้งนี้เพื่อไม่เพิ่มทุกข์เขวทนา หรือสร้างความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น ไม่ก่อภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป อีกทั้งยังเอื้อให้ตนเองได้ทำสิ่งที่มีความหมายหรือมีความหมายต่อชีวิตก่อนสิ้นลม

อันที่จริงการเตรียมตัวล่วงหน้าว่าควรทำอะไรที่ยังมีสุขภาพดีไม่ควรรอทำเมื่อล้มป่วย เพราะชีวิตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน อาจล้มป่วยกะทันหันจนสื่อสารกับใครไม่ได้เลยก็ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเตรียมหรือตกลงปลงใจแล้ว ก็ควรแจ้งให้ลูกหลานคนรับได้รับรู้ เพื่อทำทุกอย่างที่ตนได้ระบุไว้ในยามที่ป่วยหนักจนไม่อาจสื่อสารหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ดังได้กล่าวแล้วว่า การเยียวยารักษาในปัจจุบันบ่อยครั้งสร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น อันเป็นเหตุให้ตายด้วยความทุกข์ทรมาน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่มีทางเลือกอื่น ทางเลือกนั้นมีอยู่ นั่นคือ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่มุ่งยืดชีวิต แต่พยายามลดความเจ็บปวดหรือ ความทุกข์ทรมาน และช่วยให้สุขสบายมากที่สุด กระบวนการใดๆ ที่ยืดชีวิต แต่เพิ่มความเจ็บปวด และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ก็จะไม่ทำ ขณะเดียวกันก็คำนึงถึงความต้องการของคนไข้ โดยเฉพาะสิ่งที่ยากทำในวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองนั้นเป็นการดูแลทั้งกายและใจ ไม่เพียงลดความเจ็บปวดทางกายที่เกิดกับคนไข้ หากยังให้ความสำคัญกับจิตใจของคนไข้นอกจากช่วยให้คนไข้นอนนิ่งถึงสิ่งดีงาม ภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมา การช่วยให้คนไข้ได้ทำสิ่งสำคัญสุดท้ายของชีวิตก็สำคัญไม่น้อย การสนองความต้องการดังกล่าวช่วยให้คนไข้ยอมรับความตายได้มากขึ้น ไม่ต่อสู้ขัดขืนกับความตาย อันจะทำให้เกิดความทรมานทรมานก่อนตาย

การดูแลแบบประคับประคองไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนและราคาแพง จึงสามารถทำได้แม้กระทั่งในบ้าน ปัจจุบันมีสถานดูแลผู้ป่วยชนิดหนึ่งที่ทำทางด้านนี้โดยตรง นั่นคือ สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือ hospice ซึ่งจัดว่าอยู่กึ่งกลางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน มีการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันว่าผู้ป่วยใน hospice มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ถูกยืดชีวิตด้วยการอยู่ในห้องไอซียูตามโรงพยาบาลต่างๆ เช่น เจ็บปวดน้อยกว่า ช่วยตัวเองได้มากกว่า มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีกว่าและนานกว่า



ที่น่าประหลาดใจคือแม้การดูแลแบบประคับประคองมิได้มุ่งยื้อชีวิตผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบนี้จำนวนมากกลับมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ป่วยที่ถูกยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีนานาชนิด งานวิจัยของโรงพยาบาลกลางแมสซาชูเซตเมื่อปี 2553 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ 4 ที่ได้รับการดูแลใน hospice นอกจากเจ็บปวดทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทเดียวกันที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน (เช่น ฉายแสง เคมีบำบัด) ยังมีชีวิตยืนยาวกว่าคนเหล่านั้นถึงร้อยละ 25 ขณะเดียวกัน หน่วยงานประกันสุขภาพของสหรัฐ หรือ Medicare หลังจากที่ได้ศึกษาผู้ป่วย 4,493 คนที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและโรคหัวใจ ก็พบเช่นกันว่าผู้ป่วยใน hospice มีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสียอีก

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถทำได้ในโรงพยาบาลดังปัจจุบันมีโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศให้ความสนใจกับเรื่องนี้มากขึ้น แต่การมีสถานพยาบาลที่ทำเรื่องนี้โดยตรงก็มีความสำคัญที่ควรส่งเสริมให้มีขึ้นมากๆ สถานพยาบาลที่สามารถทำงานด้านนี้ได้เป็นอย่างดีก็คือ สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ hospice ซึ่งเมืองไทยตอนนี้ยังมีอยู่น้อยมาก

น่ายินดีอย่างยิ่งที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เห็นความสำคัญของงานด้านนี้ จึงได้จัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ขึ้น นับเป็นการสร้างมิติใหม่ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในไทย ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างกว้างไกล ไม่เฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากยังส่งเสริมสัมมาทัศนะในเรื่องชีวิตและความตายให้แพร่กระจายออกไป คือความเห็นที่ว่า ความตายเป็นธรรมดาของชีวิตที่พึงยอมรับมิใช่สิ่งที่ต้องต่อสู้ขัดขืนหรือผลักไส หากมีท่าทีที่ถูกต้อง การตายอย่างสงบก็เกิดขึ้นได้

การจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ เป็นการสร้างสรรค์สิ่งดีงาม เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ที่น่าอนุโมทนาเป็นอย่างยิ่ง ขออวยพรให้ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มีความเจริญตั้งมั่น ประกอบกิจอันเป็นคุณประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์เพื่อประสพความสุขสงบในวาระท้าย อย่างยั่งยืนยาวนาน อีกทั้งเป็นแรงบันดาลใจให้กิจการดังกล่าวแผ่ขยายไปทั่วแผ่นดินไทย



2.

“ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์”
แนวทางใหม่ในการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



"ศุูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์" แนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ศ.เกียรติคุณ นพ.เกษม วัฒนชัย



ในสมัยบุรพกาลมนุษย์ยังไม่มีความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ที่จะอธิบายปรากฏการณ์ชีวิตและปรากฏการณ์ธรรมชาติ แต่ก็เฝ้าสังเกตว่ามีกลางวันและกลางคืน มีฤดูกาลที่มีรูปแบบแน่นอนและถาวร ส่วนประสบการณ์ชีวิตก็เฝ้าสังเกตการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งเป็นรูปแบบของทุกชีวิต มนุษย์จึงได้สรุปลความเชื่อว่าน่าจะมีผู้กำหนดแบบแผนธรรมชาติและแบบแผนชีวิต หากจะให้สมปรารถนามนุษย์ก็ต้องเอาใจผู้กำหนดแบบแผนนี้ด้วยการสวดอ้อนวอนและด้วยการบูชาโดยมีคนกลางเป็นผู้ติดต่อให้ จึงได้เกิดหมอผีหรือหมอฟ้าในอารยธรรมต่างๆ

ต่อมาการคิดรู้ง้างได้ตกผลึกเป็นศาสนาต่างๆ สามารถอธิบายถึงปรากฏการณ์ชีวิตเกิด แก่ เจ็บ ตายเหล่านี้ พิธีกรรมที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งหลายดังกล่าวจึงได้กำหนดขึ้นตามความเชื่อ ความศรัทธาตามศาสนา

ต่อมาด้วยความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ถึงแม้จะอธิบายปรากฏการณ์ที่อธิบายด้วยความรู้ทางโลก แต่ก็ยังมีปัจจัยความรู้ทางธรรมที่ช่วยเสริมเติมแต่งซึ่งกันและกัน ทำให้มนุษย์สามารถจัดการกับปรากฏการณ์ชีวิตได้ลงตัวและสมบูรณ์มากขึ้น

ศุูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์เป็นศุูนย์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยความร่วมมือของคณะนิติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รวมทั้งความพยายามของนักวิชาการหลายสาขาร่วมกันจัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างองค์ความรู้และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บัดนี้ ศูนย์ฯ ได้กำหนดพิธีเปิดในวันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ เนื่องในโอกาสคล้ายวันสวรรคต

หวังว่าศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จะเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่รวบรวมความรู้และประสบการณ์ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป





3.

ความจำเป็นในการจัดสรร
งบประมาณเพื่อการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ความจำเป็นในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ศ.ดร.พนัส สิมะเสถียร

ที่ปรึกษาคณะกรรมการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์



เมื่อวันศุกร์ ผมรู้สึกไม่ค่อยสบาย มีอาการน้ำมูกไหล ไอ และจามอย่างละเล็กน้อย แต่ยังไปทำงานและประชุมได้เหมือนวันก่อนๆ ไม่ถึงกับต้องเป็นทุกข์ทรมาน เพียงแต่นำรำคาญที่ไม่ค่อยคล่องตัวเหมือนเช่นเคย วันเสาร์ อาทิตย์ เลยหยุดพักผ่อน นอนเต็มที่ งดเล่นกอล์ฟไปหนึ่งวัน วันจันทร์ก็หายดีเป็นปกติ เมื่อมีเวลาร่างผมจึงได้มานั่งคิดทบทวนคิดว่าตัวเองยังโชคดีที่คงเจ็บป่วยเป็นเพียงโรคประเภทที่ 1 ในบรรดาโรคที่เคยมีผู้จำแนกไว้ 3 ประเภท คือ

1. โรคที่รักษาก็หาย ไม่รักษาก็หาย
2. โรคที่รักษาก็หาย ไม่รักษาก็ตาย
3. โรคที่รักษาก็ตาย ไม่รักษาก็ตาย

คนที่เจ็บป่วยเป็นโรคประเภทที่ 1 อาจไม่ถึงกับต้องทนทุกข์ทรมาน เพราะในไม่ช้าก็หายป่วย ไม่ว่าจะไปหาหมอหรือไม่

คนที่เจ็บป่วยเป็นโรคประเภทที่ 2 ถ้าไปหาหมอเพื่อรับการรักษาพยาบาลเสียแต่เนิ่นๆ ก็คงไม่ต้องทนทุกข์ทรมานแต่อย่างใด แต่ถ้าไม่ไปหาหมอก็ต้องรับผิดชอบตัวเอง จนกว่าจะถึงวันสุดท้ายของชีวิต

คนที่เจ็บป่วยเป็นโรคประเภทที่ 3 ถ้าไม่ไปหาหมอก็ต้องรับผิดชอบตัวเองเหมือนคนเจ็บป่วยเป็นโรคประเภทที่ 2 แต่ถ้าไปหาหมอเพื่อรับการรักษาพยาบาลโดยจรรยาบรรณแพทย์ หมอจะต้องให้การรักษายาบาลอย่างเต็มความสามารถ ไข้ยา และเครื่องมืออุปกรณ์ทุกอย่างที่มีเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุด ดังนั้น เราจึงมีโอกาสเห็นผู้ป่วยประเภทนี้ในห้อง ไอ ซี ยู มีสายยางให้ออกซิเจน อาหาร ยา เลือด น้ำเกลือ ฯลฯ เป็นเสมือนเครื่องพันธนาการเต็มไปหมด สร้างความทุกข์ทรมานทางกายให้กับผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานทางใจให้กับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวและญาติของผู้ป่วยด้วย จนกว่าจะถึงวันสุดท้ายของชีวิต

อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีกฎหมาย (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12) รับรองสิทธิของบุคคลที่จะปฏิเสธไม่รับการรักษายาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยการแสดงเจตนาเป็นหนังสือได้ แต่ทั้งนี้เมื่อบุคคลนั้นไปหาหมอเพราะเจ็บป่วยเป็นโรคประเภทที่ 3 และอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เขาก็ยังมีสิทธิได้รับการรักษายาบาลในรูปแบบที่เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามอาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากที่สุด มีอาการเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุด และใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออย่างมีคุณภาพท่ามกลางครอบครัว และญาติมิตรก่อนจากไปอย่างสงบในที่สุด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนี้อาจจัดให้มีขึ้นในสถานที่ที่แยกเป็นสัดส่วนต่างหากจากสถานที่ที่ให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอื่น ในสถานพยาบาล หรือที่บ้าน หรือในสถานที่รักษายาบาลแบบกึ่งบ้านกึ่งสถานพยาบาล ที่มีความสงบเป็นธรรมชาติมากกว่าสถานพยาบาลตามปกติ เช่น ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ก็ได้



ผมเชื่อว่า เมื่อคนไทยได้ตระหนักรู้ และใช้สิทธิการปฏิเสธไม่รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตามกฎหมายมากขึ้น ความต้องการบริการการดูแลแบบประคับประคองก็จะมีเพิ่มมากขึ้นด้วย จึงเป็นหน้าที่ของภาครัฐที่จะต้องตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้น โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และในด้านสถานที่ที่จะให้บริการได้เพียงพอกับความต้องการ อันจะเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้ครบวงจร ตั้งแต่เกิดจนถึงวันสุดท้ายของชีวิตด้วย



4.

ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์:
สถานที่สร้างสุขสุดท้าย
แก่ผู้ป่วย



ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์: สถานที่สร้างสุขสุดท้ายแก่ผู้ป่วย

รศ.พญ.คุณหญิงอัมพร สุขคนธมาน
ที่ปรึกษาคณะกรรมการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

หลายสิบปีที่แล้วมา อาจารย์ที่โรงพยาบาลเด็กในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษพาข้าพเจ้าไปดูงานและชมสถานที่ชื่อ St Christopher's Hospice ตำบล Sydenham ชานกรุงลอนดอน ซึ่งรับรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่หมดหวังแล้ว มีเพียงแต่บำบัดด้วยยาแก้ปวดประทั่งไปเรื่อยๆ มีผู้ดูแลเป็นแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางและอาสาสมัคร

สถานที่ที่เป็น Hospice แห่งนี้ไม่ใหญ่โต เป็นคฤหาสน์หลังเล็ก เหมือนบ้านคนมีฐานะ มีสระน้ำ สนาม สวนดอกไม้ประดับแต่งสวยงาม บรรยากาศร่มรื่น น่าอยู่ อาจารย์อธิบายว่า Hospice หมายถึงที่พักชั่วคราวของคนเดินทางก็ได้ ที่พักของคนชรา ผู้ไร้สมรรถภาพ หรือแม้แต่ของนักเรียนก็ได้ ณ ที่นี้จัดเป็นสถานที่รับผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานนัก ก็ยังอธิบายว่า Hospice ต่างกับ Nursing Home ที่รับผู้ป่วยโรคอะไรก็ได้ ทั้งสูติกรรม ศัลยกรรม และอื่นๆ เจ้าของคือรัฐบาลหรือเอกชน ส่วน Hospice มักเป็นของมูลนิธิหรือมีบางศาสนาอุปถัมภ์ในการดำเนินงาน ชมแล้วประทับใจเพราะไม่เคยเห็นมาก่อน

อีกหลายปีต่อมาข้าพเจ้าได้ไปฝึกงานที่สหรัฐอเมริกาและดูงานที่แคนาดา มีผู้กล่าวถึง Palliative Care Center หรือ Palliative Care Organization อีก ซึ่งหลักการเดียวกันกับ Hospice ของทางยุโรป แต่ไม่ได้แยกเป็นสถานที่รับ

คนไข้ต่างหาก คนไข้จะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จัดแยกเป็นหน่วย อยู่ในสังกัดของภาควิชาอายุรศาสตร์หรือศัลยศาสตร์เท่านั้น เช่นเดียวกับในประเทศไทยก็แยกผู้ป่วยหนักมากไว้ต่างหาก แต่การรักษายังใช้เครื่องมือช่วยประทั้งชีวิตบ้าง

เมื่อเวลาผ่านไปวงการแพทย์ไทยรวมทั้งเอกชนที่สนใจทราบเรื่อง Palliative Care หรือ Hospice เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่างก็จัดหาสถานที่และบุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยให้สมบูรณ์แบบที่สอดคล้องตามอย่างต้นแบบทางยุโรป อเมริกา หรือแคนาดา หรือแม้แต่เอเชีย เช่น ที่ไต้หวัน เป็นต้น

โชคคืออย่างมหาศาลของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส อธิการบดีฝ่ายบริหารคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่มีประสบการณ์ส่วนตัวดูแลญาติผู้ป่วยของตนเองจนถึงวาระสุดท้าย โดยที่ไม่ต้องการการเยียวยาใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อประทั้งชีวิตให้อยู่ต่อไปด้วยความทรมาณ ประกอบกับท่านมีความรอบรู้ด้านกฎหมาย ท่านได้เดินทางทั่วประเทศให้ความรู้แก่บุคลากรทั้งทางการแพทย์และบุคคลทั่วไปด้วยความมานะอดทน จนทำให้เรื่องของ Hospice และ Living Will ซึ่งผู้ป่วยทำไว้ล่วงหน้า โดยระบุถึงการปฏิเสธการใช้เครื่องมือต่างๆ โดยไม่จำเป็นให้แพร่หลายเป็นที่ทราบเพิ่มขึ้น

ยิ่งกว่านั้น มีท่านผู้ใจบุญซึ่งรู้จักกับ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส เป็นส่วนตัวเห็นคุณงามความดีของ ศ.แสวง จึงได้มอบที่ดินถึง 44 ไร่ ให้สร้างที่พักผู้ป่วยแบบ Hospice ดังนั้น ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จึงบังเกิดขึ้นด้วยความเห็นชอบของผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัย ซึ่งเล็งเห็นประโยชน์เบื้องต้นที่จะเกิดกับประชาชน มีการวางแผนการก่อสร้าง จัดหาบุคลากรเพื่อบริหารการดำเนินงานของศูนย์ กับทั้งมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติรับผิดชอบร่วมกันเสมือนเป็นหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาล ทุกๆ อย่างจึงสำเร็จด้วยความร่วมมืออย่างดีของทุกๆ ฝ่าย



ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ (Thammasat Thammarak Hospice)

จึงเป็นศูนย์ Hospice แห่งแรกในประเทศไทยที่สร้างและออกแบบอย่างเหมาะสม ตลอดจนวางแผนจัดการบริหารให้สมบูรณ์ที่สุด มีสถานที่พักให้แก่ญาติผู้ป่วย รวมทั้งมีศาสนสถานให้ได้เคารพสักการะอีกด้วย

หลักการของศูนย์นี้ มุ่งมั่นที่จะรับดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของ Hospice หรือ Palliative Care ที่แท้จริง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ หลากๆ ท่านมีโอกาสศึกษาดูงานจากสถานที่ต่างๆ ที่มีชื่อเสียงในต่างประเทศมาแล้ว ผู้ป่วยที่จะพำนักในสถานที่นี้ต้องให้ความยินยอม และสมัครใจล่วงหน้าไว้แล้ว หรือไม่เช่นนั้น ญาติสนิทจะเป็นผู้ยินยอมรับรองการให้ทำการรักษา ตามกติกาของ Hospice หรือ Palliative Care อย่างเต็มใจ สุขใจร่วมกัน

ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จึงจะเป็นสถานที่สร้างสุขสุดท้ายให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เต็มใจมาพำนักสมกับคำขวัญของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ที่ว่า **“สุขสงบ สมศักดิ์ศรี ที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์”**

5.

หลักการณ์และเหตุผลการจัดตั้ง
ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์



หลักการและเหตุผลการจัดตั้ง ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์
อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



จากเดิมที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มีเพียงคณะทางด้านสังคมศาสตร์ ซึ่งตั้งอยู่ที่ท่าพระจันทร์ ต่อมาได้พัฒนาโดยขยายการเปิดศูนย์ที่ธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต และเปิดคณะต่างๆ ทางวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปิดคณะ แพทยศาสตร์และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อให้บริการ ประชาชนผู้เจ็บป่วย ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาไปอย่างกว้างขวาง และได้รับการ รับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

อนึ่งนอกจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรคร้ายที่เป็นอยู่แล้ว มหาวิทยาลัยยังเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม ไม่ใช่การเสียชีวิตในห้อง I.C.U. ที่ใช้เครื่องมือต่างๆ จาก เทคโนโลยีสมัยใหม่มายืดความตายให้ถึงที่สุด โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องจากไป พร้อมกับเครื่องมือที่พันนาการร่างไว้และ ต้องจากไปอย่างโดดเดี่ยวโดยญาติไม่สามารถอยู่เฝ้าได้

ด้วยความตระหนักในปัญหาดังกล่าว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยความริเริ่มของ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส และโดยความร่วมมือของคณะ นิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จึงได้ร่วมกันจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ (TU Hospice and Palliative Care Center) ขึ้น โดยมีหลักการและเหตุผล ตามคำสั่งการ ตั้งศูนย์ฯ ดังนี้

1. เพื่อเป็นศูนย์ให้การบำบัดที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน
2. เพื่อเป็นศูนย์การรักษาและให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิตและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
3. เพื่อเป็นศูนย์บำบัดในลักษณะที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน อีกทั้งเป็นศูนย์กลางของการบำบัดโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการบำบัด
4. เพื่อเป็นศูนย์ให้คำปรึกษาด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในระยะสุดท้าย

สำหรับที่ดินอันเป็นที่ตั้งของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ตั้งอยู่ที่ซอย คลองหลวง 25 ถนนพหลโยธิน ไม่ห่างจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ที่ดินที่ตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ (ประมาณ 44 ไร่) ได้มาจาก การบริจาคของผู้ที่มีจิตอันเป็นกุศล แต่ไม่ประสงค์จะออกนาม

ในส่วนที่เกี่ยวกับงบประมาณการก่อสร้าง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้ จัดทำคำของบประมาณแผ่นดิน และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้อนุมัติงบประมาณ ก่อสร้างอาคารธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มธ.ศูนย์รังสิต จำนวนงบประมาณทั้งสิ้น 245,750,000 บาท ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 และผูกพันงบประมาณ ปี 2560 และ 2561

ในการนี้ต้องขอขอบคุณ ท่านที่ปรึกษาศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ หลายๆ ท่าน โดยเฉพาะ ศ.ดร.พนัส สิมะเสถียร เป็นอย่างมากที่ได้ช่วย ให้คำแนะนำ และช่วยชี้แจงต่อสำนักงบประมาณ ถึงวัตถุประสงค์ของศูนย์ ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จนงบประมาณดังกล่าวผ่านการพิจารณาไปด้วยดี

จากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ทางมหาวิทยาลัยได้ ดำเนินการออกแบบและคัดเลือกบริษัทที่จะทำการก่อสร้าง โดยคาดว่าจะการก่อสร้าง จะสร้างเสร็จ ในปี พ.ศ. 2560 และได้กำหนดวันทำพิธีเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ไว้แล้วคือ วันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เพื่อน้อมเกล้าฯน้อมกระหม่อม



ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ในวโรกาสครบรอบปีแห่งการสวรรคต ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณอย่างหาที่สุดมิได้

สำหรับการรับผู้ป่วยมาดูแลที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์นั้น โดยวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์ฯ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ โดยจะรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความประสงค์จะขอรับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยไม่ประสงค์จะให้ยื้อความตายด้วยเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่แบบที่เป็นอยู่ในห้อง I.C.U. ส่วนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นที่จะมารับการดูแลยังศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จะใช้วิธีส่งต่อมายังแพทย์ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเพื่อวินิจฉัยและดำเนินการต่อไป

การดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์นี้ นอกจากจะมีห้องผู้ป่วยแล้วจะมีห้องพักสำหรับญาติด้วย เพื่อให้ญาติได้ช่วยกันดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะไปดูแลต่อหรือไปเสียชีวิตที่บ้าน ทางศูนย์ฯ จะช่วยเตรียมความพร้อมให้ญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

การจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ นับเป็นอีกโครงการหนึ่งของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่มีความมุ่งมั่นจะทำประโยชน์ให้แก่สังคมโดยส่วนรวม เป้าหมายของศูนย์ดังกล่าวนอกจากจะเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ศูนย์ฯ นี้ยังเป็นสถานที่ที่จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อสร้างบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการเตรียมความพร้อมระดับประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไปด้วย

ทางมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต้องขอขอบคุณผู้บริจาคที่ดิน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินการและช่วยเหลือให้การจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

6.

กระท่อมและกัญชา
ไม่ควรเป็นยาเสพติดให้โทษ



กระท่อมและกัญชา ไม่ควรเป็นยาเสพติดให้โทษ

ศ.เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
กรรมการกฤษฎีกา

พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้จำแนกยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ในประเภทที่ 5 นั้น คือ ยาเสพติดให้โทษที่มีได้จัดอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 และระบุว่า เช่น กัญชา พืชกระท่อม โดยกฎหมายฉบับนี้ได้ยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พุทธศักราช 2486 จึงเป็นผลให้กัญชาและกระท่อมกลายมาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5

แต่พระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 และพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พุทธศักราช 2486 ไม่ได้ห้ามปลูก มี ข้อ ขาย จำหน่าย สูบโดยเด็ดขาด ทั้งกัญชาและกระท่อมเจ้าหน้าที่สามารถจะออกใบอนุญาตปลูกหรือมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะ^{1, 2}

อีกประการหนึ่งทั้งกระท่อมและกัญชาไม่ได้มีฤทธิ์เสพติดรุนแรง ดังที่

¹ พระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 52 หน้า 339 5 พฤษภาคม 2477 (ตัวอักษรที่ใช้ในขณะนั้น)

² พระราชบัญญัติพืชกระท่อม พุทธศักราช 2486 ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 7 เล่ม 62 กุมภาพันธ์ 2486 (ตัวอักษรที่ใช้ในขณะนั้น)

ปรากฏในนิยามคำว่า “ยาเสพติดให้โทษ” ในมาตรา 4 แห่ง พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติว่า

“ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน สูด ดม ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ผลิตยาเสพติด ให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

การนำเอากระท่อมและกัญชาเข้ามาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 จึงขัดกับบทบัญญัติแห่งกฎหมายโดยชัดแจ้ง

เมื่อสำรวจดูหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่ระบุว่าเหตุผลในการใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันใช้บังคับมานานแล้ว และมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย สมควรปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษให้เป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

เหตุผลและความจำเป็นในการตรากฎหมายดังกล่าวก็ไม่ได้สนับสนุนให้นำกัญชากับพืชกระท่อมเข้ามาเป็นยาเสพติดให้โทษได้เลย

กระท่อม³ เป็นไม้ยืนต้นที่เป็นพืชถิ่น พบในบริเวณแถบเอเชียตะวันออกเฉียง

³ ข้อมูลวิชาการเรื่องพืชกระท่อม คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (เอกสารเผยแพร่ในการประชุมวิชาการสารเสพติดระดับชาติ ครั้งที่ 8 ที่จังหวัดเชียงใหม่ 2 – 4 กันยายน 2550)



เฉียงใต้ ชอบขึ้นในป่าดิบชื้น ในประเทศไทยพบมากในภาคใต้ ภาคกลาง เช่น ปทุมธานี และอยุธยา ก็พบได้ กระท่อมมีชื่อเรียกตามภาษาถิ่นในประเทศไทยหลายชื่อ เช่น อีถ่าง ท่อม กระท่อมโคก กระท่อมพาย คอยโค่น

ชาวบ้านในภาคใต้เคี้ยวใบกระท่อมมาตั้งแต่ดั้งเดิม โดยใช้เป็นตัวกระตุ้นเพื่อช่วยในการทำงานให้คงทนมากขึ้น ใช้เป็นยารักษาโรค และใช้ในการสังสรรค์กับเพื่อนๆ กระท่อมจึงเป็นพืชที่แสดงบทบาทหน้าที่ทางสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคใต้อย่างชัดเจน

ในอดีตก่อนที่จะมีการปราบปรามการใช้พืชกระท่อม ในเขตลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลาตั้งแต่จังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง สงขลา ตามร้านน้ำชาจะมีใบกระท่อมให้กินฟรี และในตลาดจะมีใบกระท่อมสดมัดวางขายเป็นประจำ

พืชกระท่อมมีสารอัลคาลอยด์อยู่มากกว่า 25 ชนิด สารหลักได้แก่ มิตรากัยนีน ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทและ 7-Hydroxymitragynine ซึ่งออกฤทธิ์กดประสาท เมื่อใช้ในปริมาณมากจะมีฤทธิ์เหมือนฝิ่น สามารถระงับปวดได้ดีกว่ามอร์ฟิน แต่ไม่เกิดการหายใจอย่างมอร์ฟิน แต่ถ้าใช้ในปริมาณน้อยจะมีฤทธิ์คล้ายกับไบโคคา มิตรากัยนีนมีคุณสมบัติในการลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้ความอยากอาหารลดลงจึงอาจพบผลข้างเคียงหลังการใช้คือ การเบื่ออาหารและน้ำหนักลดได้ สารमितรากัยนีนออกฤทธิ์ต่อ opioid reception ด้วย จึงทำให้มีฤทธิ์แก้ปวดและฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า

ชาวบ้านใช้ใบกระท่อมรักษาอาการไอ ท้องร่วง เนื่องจากमितรากัยนีนสามารถยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้เล็ก ส่งผลให้การบีบตัวของลำไส้เล็กลดลง กระท่อมยังใช้รักษาอาการปวดท้อง

เนื่องจากमितรากัยนีนออกฤทธิ์คล้ายฝิ่นที่ระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง จากการทดลองในหนูพบว่ากระท่อมมีฤทธิ์คล้ายยารักษาอาการซึมเศร้าและลดน้ำตาลในเลือด ชาวบ้านจึงใช้เป็นยารักษาโรคเบาหวาน

ประโยชน์ทางยาแผนไทย⁴ ไบกระท่อมใช้เป็นยาแก้ปวดท้อง ท้องเสีย แก้ปวดเมื่อยร่างกาย ระบายประสาท ช่วยให้ทำงานทนไม่หิวง่าย วิธีใช้ให้นำ ไบสด 3 - 4 ใบ มาลอกเอาก้านใบและเส้นใบออก เคี้ยวให้ละเอียดต้อน้ำอุ่นกลั้วกลืนลงไป หรือนำใบมาตากแห้งบดเป็นผง รับประทานกับน้ำอุ่น ครั้งละ 1 ช้อนกาแฟพูนๆ แก่ท้องเสีย บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้มสบายตัวได้นานประมาณ 4 - 5 ชั่วโมง

การรับประทานไบกระท่อมช่วยให้ทำงานได้ทน เวลาไม่แสงแดดจัด แต่จะเกิดอาการหนาวสั่น เวลาอากาศครึ้มฟ้าครึ้มฝน

นอกจากที่กล่าวแล้วผู้เขียนเชื่อว่า ในตำรายาพื้นบ้านในภาคใต้ จะต้องมีการตำรับยาที่มีไบกระท่อมหรือพืชกระท่อมเป็นส่วนผสมอยู่ไม่น้อย เพราะฤทธิ์ของกระท่อมชาวบ้านรู้จักกันโดยทั่วไป

ในรายงานการศึกษาทบทวนมาตรการทางกฎหมายเพื่อจัดการพืชกระท่อม กรณีกฎหมายไทยและต่างประเทศ โดยไพศาล ลิ้มสถิตย์⁵ พบว่าประเทศส่วนใหญ่ในโลกมิได้ควบคุมโดยให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดแต่อย่างใด เช่น ประเทศมาเลเซีย กระท่อมถูกจัดอยู่ในกฎหมายว่าด้วยวัตถุเสพติดหรือยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรงตามบัญชีที่ 3

ประเทศสหรัฐอเมริกา มลรัฐส่วนใหญ่ไม่มีกฎหมายควบคุมพืชกระท่อมและสารมิตราภัยนิน

ประเทศออสเตรเลีย คณะกรรมการจัดกลุ่มยาและวัตถุเสพติดแห่งชาติ มีมติใน พ.ศ. 2457 ให้พืชกระท่อมหรือสารมิตราภัยนินจัดอยู่ในตาราง G

⁴ สมสมร ชิตตระการ. ข้อเท็จจริงจากผลการศึกษาวินิจฉัยเชิงวิชาการพืชกระท่อม เอกสารของแผนงานภาคการศึกษาการสารเสพติด (ภวส.) ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

⁵ ไพศาล ลิ้มสถิตย์. แนวทางการปฏิรูปกฎหมายยาเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบการจัดการพืชกระท่อมของไทยและต่างประเทศ สนับสนุนโดย แผนงานภาคการศึกษาการสารเสพติด (ภวส.) หน่วยระดับปริญญา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มกราคม 2560



ของกฎหมาย therapeutic Goods Act 1989 ซึ่งเป็นกฎหมายกำกับดูแลสินค้าที่เกี่ยวข้องกับยา เภสัชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์ที่ใช้บำบัดโรค

ประเทศนิวซีแลนด์ กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาตามกฎหมายยา

เนื่องจากพืชกระท่อมมิได้เป็นยาเสพติดที่ถูกควบคุมตามกฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศคือ อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติด ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drug 1960) มิได้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substance 1971) และแม้ว่าจะมีการจัดประเภทสารเสพติดให้พืชกระท่อมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่ แต่ก็มีได้หมายความว่าพืชกระท่อมจะต้องถูกควบคุมตามกฎหมายเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ ดังเช่นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ

จึงมีผู้เสนอว่า ควรปฏิรูปกฎหมายพืชกระท่อม⁶ เพื่อสุขภาพของประชาชนและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้มีผู้นำไปศึกษาฤทธิ์ในทางยามากขึ้นจนกระทั่งมีการวิจัยจนถึงจดทะเบียนสิทธิบัตรก็ไม่น้อย⁷ หากเรายังให้กระท่อมเป็นยาเสพติดอยู่ก็จะลดโอกาสในการสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ ที่มีประโยชน์ไปอย่างน่าเสียดาย

กัญชาเป็นไม้ล้มลุก มีชื่อว่า *Cannabis sativa* ในวงศ์ Cannabaceae ไบเบนแฉกกลีบเข้าไปทางก้านใบหลายแฉก ดอกสีเขียว ช่อดอกเพศผู้และช่อดอกเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งเรียกกะหล่ำกัญชาใช้สูบปน

⁶ ไพศาล ลีสมิตฺติย์. ปฏิรูปกฎหมายพืชกระท่อมเพื่อสุขภาพของประชาชน และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 14 : 3 (กันยายน – ธันวาคม 2559) 231 – 241

⁷ ภาวินี วัตตุลินธุ. การศึกษาทางเคมีและเภสัชวิทยาของอินโดลอัลคาลอยด์ที่มีฤทธิ์ระงับปวดจากพืชกระท่อม (*Mitragyna speciosa*) ถอดความจาก Chemistry and pharmacology of analgesic indole alkaloids from the araliaceous plant, *Mitragyna speciosa*, Hiromitsu TAKAYAMA. Chem. Pharm. Bull (2004) 52 (8) : 916–928



กัญยาสูบ มีสรรพคุณทำให้มีเมามา เปลือก ลำต้นใช้ทำเชือกป่าน⁸

ต้นมีความสูงประมาณ 1 – 3 เมตร ลำต้นมีขนาดเป็นเหลี่ยม ขยายพันธุ์โดยใช้เมล็ด ขึ้นได้ในดินทุกชนิด มีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชีย มีเขตกระจายพันธุ์ในอาฟกานิสถาน ทวีปแอฟริกาเขตร้อน ทวีปอเมริกาเหนือและใต้ ฮาวายและยุโรป และตามแนวเขาทางภาคเหนือของประเทศไทย⁹ และในความเป็นจริงในภาคกลางและภาคอีสานของไทยก็มีการปลูกกันทั่วไป เพราะคนภาคกลางและภาคอีสานรู้จักใช้กันมานานแล้วในตำราการแพทย์ของไทย

ในตำราการแพทย์ของไทยในอดีต ตั้งแต่สมัยพระนารายณ์มหาราชเป็นต้นมา พบว่าคัมภีร์เหล่านั้น มีตำรายาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบอยู่มากมาย แม้ว่าพระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 จะควบคุมกัญชาโดยห้าม มีชื่อ ขยาย จำหน่ายหรือสูบ แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยอาจอนุญาตให้เฉพาะบุคคลมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้ แสดงว่ากฎหมายฉบับนั้นยอมรับนับถือภูมิปัญญาไทยในการประกอบโรคศิลปะที่ปรากฏในคัมภีร์ยาแผนไทยต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วอย่างกว้างขวาง ร้านขายยาแผนไทยซึ่งกฎหมายว่าด้วยยาเรียกว่าร้านขายยาแผนโบราณในขณะนั้นจึงได้รับใบอนุญาตให้ขายกัญชาได้ด้วย

สมัยผู้เขียนเป็นเด็กเรียนชั้นประถมศึกษาที่โรงเรียนวัดในอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงเรียนอาศัยศาลาวัดเรียนโดยไม่มีโรงเรียนเป็นสิ่งปลูกสร้างต่างหาก โรงเรียนจึงหยุดวันพระ ผู้เขียนยังเคยเห็นศิษย์วัดรุ่นโตเขาสูบกัญชากันโดยวิธีต่างๆ ดังที่ปรากฏคำอธิบายในพจนานุกรมฉบับ

⁸ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2454 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ ราชบัณฑิตยสถาน 2556 : 103

⁹ ลักษณะของกัญชา Med Thai กัญชาสรรพคุณและประโยชน์ของต้นกัญชา 30 ข้อ <https://medthai.com/%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8A%E0%B8%B2/> เป็นการทำลายภูมิปัญญาไทยที่มีในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย(การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ) อีกด้วย



ราชบัณฑิตยสถานที่กำลังมาแล้ว และกัญชาก็สามารถซื้อได้ง่ายจากร้านขายยา (แผนโบราณ) นั้นเอง

การเมากัญชาที่มีลักษณะดังที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ มาตรา 4 ว่าการเสพติดรุนแรงจนต้องเพิ่มขนาดการเสพติดขึ้นเรื่อยๆ จนถึงมีอาการถอนยา ผู้เขียนก็ไม่เคยเห็นผู้เมากัญชามีอาการดังกล่าวเลย

ในหมู่คนทั่วไปรุ่นผู้เขียนรู้ว่าคนเมากัญชาจะสุขุมอารมณ์ดีอยู่เสมอ ยิ้มและหัวเราะตลอดเวลา เพราะผู้เมากัญชาจะเห็นหน้าคนเป็นใบหน้าบุดเปี้ยว คล้ายการ์ตูน จึงไม่มีเหตุที่ผู้ติดกัญชาจะเป็นผู้ก่อเหตุร้ายได้ตรงกันข้ามกับผู้เมาสุรา

นอกจากนั้นเป็นที่รู้กันโดยทั่วไปในหมู่นกรุ่นราวคราวเดียวกับผู้เขียนว่า กัญชายังถูกนำไปใช้ในการเพิ่มรสชาติของอาหาร เช่น แกงไก่ใส่กัญชา จะทำให้แกงไก่นั้นมีรสดีจนคนติดอกติดใจกันทั่วไป

ดังนั้นการที่ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้นำพืชกระท่อมและกัญชามาอยู่ในประเภทยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แล้วทำการปราบปรามอย่างรุนแรงโดยให้ทำลายพืชกระท่อมและกัญชาอย่างถอนรากถอนโคน อาจถือได้ว่านอกจากจะเป็นการละเลยการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยแล้วยังอาจเข้าข่ายจำกัดสิทธิบุคคลตามรัฐธรรมนูญจนเกินสมควร

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในหลายประเทศ พบว่ามีการนำกัญชาในรูปแบบต่างๆ มาใช้ในการรักษามะเร็งชนิดต่างๆ กันมากขึ้น¹⁰ จึงสมควรให้มีการสนับสนุนโดยเปลี่ยนการควบคุมกัญชาจากการเป็นยาเสพติดให้โทษเป็นอย่างอื่น รวมทั้งกระท่อมด้วย¹¹

¹⁰ วีรยา ฤกษ์ปชิต และนุศราพร เกษสมบูรณ์. การใช้กัญชาทางการแพทย์ ว.เภสัชศาสตร์อีสาน ปีที่ 13 ฉบับพิเศษ ม.ค.-มี.ค.2560) ; 228-240. และประพจน์ เกตุรากาศ. รู้เท่าทันกัญชากับการรักษา มะเร็ง ฉลาดซื้อ 22 : 180 (กุมภาพันธ์ 2559) ; 60 – 61

¹¹ ไพศาล ลิ้มสถิตย์. กระท่อมพืชเสพติดที่ถูกทำให้เป็นผู้ร้ายมานานกว่า 70 ปี หมอชาวบ้าน 38 : 449 (กันยายน 2559) ; 78 – 79

การให้กัญชากับกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษอยู่ จึงไม่คุ้มค่ากับการทำลายพืชทั้งสองชนิดนี้อย่างรุนแรง และขัดต่อบทบัญญัติของยาเสพติดให้โทษโดยตรง การดำเนินการควบคุมพืช 2 ชนิดดังกล่าวควรพิจารณาคุณประโยชน์ของมันจากภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีอยู่ในการแพทย์แผนไทยน่าจะคุ้มค่ากว่าการปราบปราม

ปัจจุบันเรามีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 ซึ่งเหตุผลในการตรากฎหมายนี้ ปรากฏท้ายพระราชบัญญัติว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานและผสมผสานการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พร้อมกับส่งเสริมและการวิจัยพัฒนายาจากสมุนไพรเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศไทยพึ่งตนเองด้านการผลิตยาได้มากขึ้น แต่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อาทิสมนไพรสูตรยาอันมีประโยชน์ต่อการนำมาพัฒนาและใช้ประโยชน์ยังมิได้รับการคุ้มครองส่งเสริม อนุรักษ์ และพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ เห็นสมควรมีมาตรการคุ้มครองและส่งเสริมให้เอกชน ชุมชนและองค์กรเอกชนตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พัฒนาและใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ผู้เขียนยังเห็นว่า กัญชาและกระท่อมมีคุณค่าและคุณสมบัติเหมาะสมที่จะนำมาอนุรักษ์ตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้ โดยให้พ้นจากยาเสพติดให้โทษมาเป็นสมุนไพรรักษาตาม พ.ร.บ. นี้ ซึ่งมีความหมายว่า

“สมุนไพรรักษา” หมายความว่า สมุนไพรที่ประกาศกำหนดที่เป็นสมุนไพรรักษา

การคุ้มครองสมุนไพรรักษาก็ต้องดำเนินการตามมาตรา 45 – มาตรา 65 ซึ่งควบคุมได้กว้างขวางมาก แต่ไม่มีการปราบปรามทำลาย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกน่าจะนำเรื่องคุณสมบัติและสรรพคุณ



ของกระต้อมและกัญชาที่มีอยู่ในสรรพตำรับต่างๆ ในคัมภีร์การแพทย์แผนไทย
ขึ้นมาพิจารณา และปัจจุบันหลายประเทศได้ตื่นตัวเปลี่ยนนโยบายควบคุม
กัญชาและกระต้อมอย่างแพร่หลาย¹² ทั่วโลกแล้ว

¹² พิทยา จินาวัฒน์. กัญชา กระต้อม : มิติทางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต เอกสาร
ประกอบการอภิปรายทางวิชาการ วันอังคารที่ 27 กันยายน 2559 ห้องประชุมสารนิเทศ (ชั้น 2)
หอประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ



7.

การดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองในแผนนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข



การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในแนวนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หลักการของการดูแลแบบประคับประคองและ การดูแลระยะสุดท้าย

ความเจ็บป่วยและความตาย เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับมนุษย์มาช้านานและยังคงอยู่ต่อไป เป็นสัจธรรมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ชีวิตมนุษย์แต่ละคนนั้นล้วนต้องการการมีศักดิ์ศรี การดำรงอยู่อย่างเป็นที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อ มีความรัก ความผูกพันกับครอบครัว ตลอดจนญาติมิตร และสิ่งที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือ การมีคุณภาพชีวิต ทั้งหมดนี้เป็นจุดมุ่งหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดไปถึงการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงการบริการที่สำคัญนี้มาโดยตลอด

นับเป็นทศวรรษแล้วที่เราทราบว่า แนวโน้มของสาเหตุการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงจนไม่สามารถรักษาให้หายขาด และกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และ

กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในระยะเวลาอันใกล้ ก็จะมีพบกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายและโรคเรื้อรังมากขึ้น ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองก็จะต้องเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

การดูแลแบบประคับประคองแบบเดิมที่ทำในอดีตนั้น มักดำเนินการในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะสถาบันของกรมการแพทย์เป็นหน่วยที่ให้บริการในระดับตติยภูมิที่ย่างยาก ซับซ้อน ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคระบบประสาท โรคเฉพาะทางของเด็ก ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมาก ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ถึงแม้ว่าคุณภาพของการบริการจะดี เนื่องจากดำเนินการในสถานบริการขั้นสูงที่มีเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่มีความพร้อม แต่ก็ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและการใช้บุคลากรสูงมาก

จากข้อมูลของกรมการแพทย์และสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่า ช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ซึ่งก็สอดคล้องกับรายงานจากประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกที่ค่าใช้จ่ายสุขภาพเฉลี่ยหนึ่งในสามของชีวิตนั้น หมดไปกับการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายในสถานพยาบาล

นอกจากความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ โดยอาจเป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มากจนส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงิน ในอนาคต อีกทั้งการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลนั้นก็อาจไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติซึ่งมักต้องการการดูแลอยู่ที่บ้านหรือสถานบริการที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัว ชุมชน ศาสนาหรือญาติพี่น้อง ตามบริบทของสังคมไทยมากกว่า

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพ เช่น การจัดบริการดูแลในชุมชน ที่บ้าน สถานพยาบาลกึ่งบ้าน



(Hospice) ที่มีชุมชนเป็นฐาน จะลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคน ได้อย่างมาก อีกทั้งยังอาจบรรลุลักษณะสำคัญ คือ การเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม มิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลได้มากกว่า โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อถึงการดูแลระยะสุดท้าย ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งระบบฯ ก็ครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วยอีกด้วย

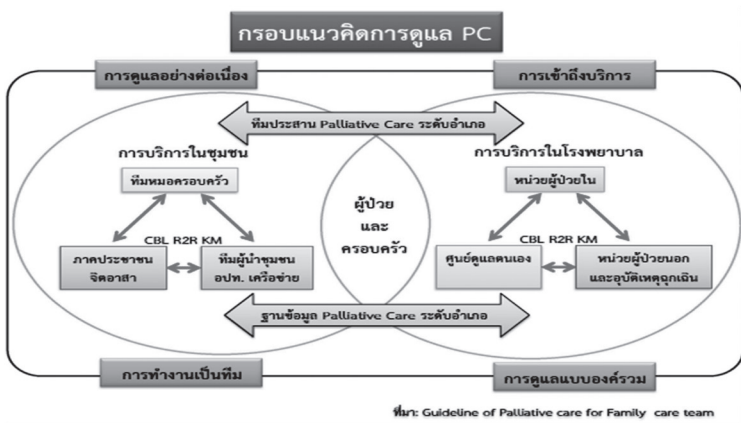
แนวทางการดูแลและการบริหารจัดการ

การดูแลเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิต โดยดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ เน้นการตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ และยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ (Active Euthanasia)

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังตระหนักดีว่าการดูแลแบบประคับประคองนั้น เป็นการดูแลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณี มีความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่มีสูตรสำเร็จ (No One Size Fits All Principle) สหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน

และการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ ปุ่มหลังและบริบทของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง

การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบูรณาการและความยั่งยืนของระบบนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านแผนงานพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Service Plan for Palliative Care) โดยมีกรมการแพทย์เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการบูรณาการระดับกระทรวง (Chief Integrated Programme Officer : CIPO) ผ่านมาตรการสำคัญที่เน้นการเชื่อมโยงในสถานบริการทุกระดับจนถึงชุมชน มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการจัดให้มีหน่วยคุณภาพชีวิตหรือ Palliative Care Ward ในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ มีบริการ Hospital to Home เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาแก้ปวดหรือเครื่องมือพิเศษสามารถดูแลอย่างมีคุณภาพที่บ้านได้ และที่สำคัญคือการพัฒนาระบบข้อมูลและการสนับสนุนการใช้กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำ living will หรือการใช้มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยสรุปกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบฯ ดังภาพแสดง



การพัฒนาาระบบบริการดูแลระดับประคองของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มมีความชัดเจนในภาพรวมระดับประเทศมากกว่า 5 ปีแล้ว ในปัจจุบันมีการบริการครอบคลุมทั้ง 12 เขตบริการทั่วประเทศแล้ว โดยขอบเขตของกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่ได้รับบริการได้ขยายจากเดิมที่ส่วนมากเป็นผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง โรคติดเชื้อ HIV/AIDS

สำหรับการพัฒนาต่อไปในปี พ.ศ. 2560-2564 จะมีแผนขยายพื้นที่บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และให้มีเครือข่ายเชื่อมโยงการดูแลจนถึงโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการขยายและเพิ่มคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคหัวใจและปอดเรื้อรัง โรคระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บร้ายแรงหลายอวัยวะ เป็นต้น

บทส่งท้าย

สิ่งหนึ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตชนิดอื่น คือ การที่มนุษย์ล้วนมีความต้องการการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีบนพื้นฐานตามความเชื่อและความศรัทธาของตน ดังนั้น การที่เราช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่เริ่มเจ็บป่วยอ่อนแอลงจากโรค หรือสภาพความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ เพื่อไม่ให้มีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจในตนเองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จึงไม่ใช่เป็นเพียงสิ่งที่แสดงถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงเมตตาธรรมของผู้คนที่เกี่ยวข้องและความเจริญของสังคมนั้นๆ อีกด้วย

8.

ความจำเป็นระดับประเทศ
ในการพัฒนาหลักสูตรการ
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
เพื่อเตรียมความพร้อม
ในเวชปฏิบัติ



ความจำเป็นระดับประเทศในการพัฒนา หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อเตรียมความพร้อมในเวชปฏิบัติ

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร
อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวโน้มใหญ่ที่มีผลต่อระบบสุขภาพไทย

ในระยะเวลาอันใกล้นี้มีแนวโน้มใหญ่ที่จะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทยอย่างน้อย 2 ด้านคือ สังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ noncommunicable diseases (NCD) ที่เพิ่มสูงมากขึ้น ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2570 กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ ขณะเดียวกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงมากขึ้นๆ แม้วิทยาการทางการแพทย์ของไทยจะก้าวหน้าไปมาก แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ก็ยากที่จะรักษาให้หายขาด อีกทั้งค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคง่ายสูงอีกด้วย ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทุกข์ทรมานกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตในระยะสุดท้าย แต่ในวันนี้ผู้ป่วยระยะท้ายมีทางเลือกใหม่แล้ว ด้วยการรักษาแบบประคับประคองที่ไม่มุ่งเน้นการยื้อชีวิต แต่จะช่วยจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และการเตรียมตัวเพื่อการจากไปอย่างมีความสุขและสงบ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นแนวโน้มใหญ่ที่สำคัญของปัญหาสุขภาพของประเทศไทยและทั่วโลก มีแนวโน้มว่าต่อไปในอนาคต คนไทยจะตายด้วยโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด ซึ่งคนไข้เหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน นั่นหมายความว่า คนไข้กลุ่มนี้ยังขาดระบบรองรับการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ และไม่เจ็บปวด

จากแนวโน้มของสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุและลักษณะของโรคดังกล่าวข้างต้น สะท้อนถึงความต้องการเกี่ยวกับการบริการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประมาณการว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (2542 - 2552) ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (102,330 คน เป็น 113,548 คน)¹

นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตยังสูงมากด้วย ประมาณ 10,000-230,000 บาท และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจำนวนนี้เกือบจะล้มละลาย เพราะต้องเอาเงินมารักษาโรครยะสุดท้ายหมด

ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2558 อยู่ที่ประมาณ 160,000 ล้านบาท

ในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศที่จะเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด สุดท้ายระบบสุขภาพไทยอาจต้องล้มละลาย การรักษาแบบประคับประคองที่ไม่มุ่งเน้นการยื้อชีวิตอาจเป็นทางเลือกที่สำคัญ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care เพื่อเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะ และมีความพร้อมในเวชปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม

¹ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาวะโรคและสุขภาพ ประชากรไทย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555



แนวคิดสำคัญของหลักสูตร Palliative Care มีดังนี้

1. มุ่งเน้นบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มีใช้ตัวโรค เน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
2. มุ่งช่วยลดและควบคุมอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. ดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย
4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบ
5. ดูแลครอบคลุมถึงญาติและผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ และหลังเสียชีวิตแล้ว
6. ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การให้ความสำคัญของการดูแลทางจิตใจ ซึ่งเพียงแค່รอยยิ้มก็ช่วยได้มาก เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีคุณค่า ยังมีเพื่อนอยู่ ไม่ใช่คนที่ไร้คุณค่าที่รอวันตายอย่างเดียว สิ่งเหล่านี้เป็นมิติทางด้านจิตใจที่ไม่ควรมองข้าม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร Palliative Care ให้เป็นจริง

1. สถานการศึกษาทั้งแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ควรบรรจุเรื่อง Palliative Care เข้าไปอยู่ในหลักสูตร การแพทย์ไทยสอนแพทย์ให้รักษาคนไข้ให้หายจากโรค แพทย์ส่วนใหญ่จึงเน้นการรักษาเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วย

เสียโอกาสที่จะได้รับทราบถึงการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางในการดูแลตนเองที่จะลดอาการทุกข์ทรมานจากโรค และที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แม้โรคจะไม่หาย

ในด้านการศึกษาคควรเริ่มจากอาจารย์ทั้งแพทย์และพยาบาลในการปรับทัศนคติและเรียนรู้หลักการ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในเรื่อง Palliative Care อย่างดี แล้วถ่ายทอดทฤษฎี ทักษะ และประสบการณ์ไปยังนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นทางการ เพื่อให้นำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อจบออกไปปฏิบัติงาน

การทำงานต้องมีการกำหนดมาตรฐานของแนวปฏิบัติ รวมทั้งจัดทำคู่มือต่างๆ เพื่อให้คนทำงานได้ฝึกทักษะไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย และยึดถือเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพทุกระดับ แม้แต่ระดับชุมชนก็ต้องเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย สถาบันการศึกษาเกี่ยวกับด้านแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข จะต้องเป็นหลักในการดำเนินงานเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาสาสมัครด้วย

2. ในระดับประเทศ รัฐบาลควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาหลักสูตรและสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลรักษาแบบ Palliative Care เพื่อให้มีการเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียม มีการบริการอย่างต่อเนื่องในทุกระดับของการดูแล โดยหลักสูตรเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ การดูแลที่บ้าน และครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง

แนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการ Palliative Care มีได้หลายแบบ ได้แก่ (1) บริการแบบผู้ป่วยนอกอย่างเดียว (2) บริการแบบผู้ป่วยในมีทั้งแบบที่เป็นยูนิตดูแลโดยตรงหรือเป็น consultation team (3) Home care (4) Nursing home (5) Hospice การเลือกแนวทางปฏิบัติแบบใดขึ้นอยู่กับความพร้อมและบริบทที่แตกต่างกัน รัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน สนับสนุนและพัฒนาด้านบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถด้าน



Palliative Care เป็นอย่างดี พิจารณาการจัดบริการของ Palliative Care ให้ถูกระบุอยู่ในสิทธิระบบประกันสุขภาพในทุกกองทุน

3. ในระดับสถานพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าควรจะทำอย่างไร เช่น ระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดกลางควรให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care และจัดเป็นมาตรฐานหนึ่งในระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือ HA (Hospital Accreditation) ในระดับสถานพยาบาลที่เล็กกลางควรให้มีการพัฒนาศูนย์การดูแลรักษาแบบ Palliative Care ในบริบทของตนเอง

4. หลักสูตรควรเน้นการสร้างทีมสหสาขาวิชาด้าน Palliative Care ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก บุคลากรทุกคน ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร นอกจากต้องมีใจรักและศรัทธาแล้ว จะต้องผ่านการอบรมด้านการดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังจะจากไป

การทำงานของทีมนักดูแลรักษา คือ พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวันว่าต้องการอะไร ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดการกับความเจ็บปวดให้เร็วที่สุด

การประชุมทีมทุกวันจะทำให้มั่นใจได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะท้ายมีความสมดุลระหว่างการช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ และการแพทย์

แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาด้าน Palliative Care พยาบาลทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ในทีม โดยพยาบาลควรผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาอย่างดี นักสังคมสงเคราะห์จะทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการในสถานการณ์ต่างๆ

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครถือเป็นส่วนสำคัญของทีมทำงาน ช่วยในกระบวนการจากไปและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ หน้าที่ของอาสาสมัคร เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ การคลาย

ทุกข์และช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และดูแลเรื่องความสูญเสียต่างๆ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องใช้เวลาและพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่าปกติ นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว การดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเตรียมใจของญาติก็เป็นงานสำคัญอย่างยิ่งของทีมดูแลผู้ป่วยด้วย

5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสื่อสารและเชื่อมโยงกันของทีมดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ควรทำในรูปแบบเครือข่ายให้สามารถครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดี โดยเฉพาะการติดต่อส่งตัวผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้าน

6. หลักสูตรควรเน้นการสร้างการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับเรื่อง Palliative Care เพื่อให้ตระหนักว่าถ้าเป็นโรคระยะสุดท้าย เขาต้องเตรียมตัว และมีสิทธิที่จะเลือกการรักษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้หมายถึงการเข้าไปช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต แต่ต้องดูแลตั้งแต่ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรืออาจอยู่ได้ไม่นาน เช่นไม่เกิน 6 เดือนหรือ 1 ปี ซึ่งเป็นการดูแลรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ และจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

สรุป

ในอนาคตอันใกล้นี้เราจะเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก พร้อมกับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีแต่จะสูงขึ้นๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ดังนั้นทุกคนจะต้องใส่ใจและร่วมใจกันหาทางแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายนี้ โดยพัฒนาหลักสูตร Palliative Care และนำหลักการมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเห็นได้ชัดว่าการดูแลแบบ Palliative Care จะมีบทบาทและเพิ่มความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งจะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย



9.

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
สู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคอง



มาตรา 12

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นับตั้งแต่มีการประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จวบจนถึงปัจจุบันถือเป็น 1 ทศวรรษของการดำเนินงานที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญเกี่ยวกับกฎหมายดังกล่าว ประกอบกับในวันที่ 13 ตุลาคม 2559 นับเป็นวันแห่งความสูญเสียและโศกเศร้าอาดูรของปวงชนชาวไทย เนื่องจากการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช महाराชอันเป็นที่รักยิ่งของปวงชนชาวไทย จนนำมาสู่วันเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ในวันที่ 13 ตุลาคม 2560

เรื่องราวในประวัติศาสตร์ของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และวันแห่งประวัติศาสตร์ของการเปิดศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ในวันที่ 13 ตุลาคม 2560 ในครั้งนี้ ถือเป็น การเปิดศักราชของงานวิชาการว่าด้วยการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย อีกทั้งยังเป็น การถวายเป็นพระราชกุศลแก่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ในวันคล้ายวันสวรรคตอีกด้วย

ในช่วงของการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ประเด็นของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) เป็นประเด็นสำคัญที่สังคมเฝ้าติดตาม และได้รับการหยิบยก ขึ้นมาพิจารณาและกล่าวถึงโดยตลอด ทั้งฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายต่อต้าน

ในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้มีส่วนสำคัญในการยกร่างกฎหมายดังกล่าว ซึ่งในขณะนั้นยังดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต้องชี้แจงต่อนักวิชาการในหลายเวทีการประชุม และชี้แจงต่อสังคมผ่านสื่อมากมาย ด้วยถ้อยคำที่มักจะถูกกล่าวเสมอๆ ว่า “การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต (Active Euthanacia) แต่เรื่องนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อันเนื่องมาจากความเข้าใจผิดว่า “การทำหนังสือแสดงเจตนา” เป็นเรื่องเดียวกับ “การุณยฆาต” และเป็นสิ่งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับ “การดูแลแบบประคับประคอง”

จึงอาจกล่าวได้ว่าสำหรับประเทศไทยแล้ว เรื่องของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีพัฒนาการความเป็นมาร่วมกันตั้งแต่ต้น เพราะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ต่อมาเมื่อกฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับแล้ว ประเด็นข้อสงสัยดังกล่าวได้ถูกกำหนดไว้เป็นหลักการในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เกิด “สภาวะการตายดี”

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นรูปแบบการดูแลที่ผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ทางสังคม ทางจิตใจและทางจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลแบบประคับประคอง คือการแสดงความเป็นอารยะในความเป็นมนุษย์ เป็นการปฏิบัติที่มนุษย์พึงมีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งแสดงถึงพื้นฐานของ



ความเมตตากรุณาจากหัวใจ เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ที่กำลังจะจากไป รวมถึงญาติพี่น้องที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพอาการของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการ “เปลี่ยนเป้าหมาย” ของการดูแลจากเดิมที่มุ่งให้ “หายขาด” มาเป็นให้ “อยู่กับอาการ” ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย

การพัฒนา “ศาสตร์ในด้านการดูแลแบบประคับประคอง” เกิดขึ้นเพราะความจำเป็นและความท้าทายทางประชากรศาสตร์ และปัญหาที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการรักษาที่เกินควร กล่าวคือ เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลเกินสมควร จนอาจเป็นการ “ยื้อความตาย” ออกไปให้ได้มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพ “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง” และนอนติดเตียงอยู่เป็นจำนวนมาก

สภาพของผู้ป่วยที่อยู่ติดเตียงพร้อมด้วยเครื่องมือทางการแพทย์นับเป็นสภาพที่น่าหดหู่ใจสำหรับผู้พบเห็น จึงเกิดคำถามว่า กระบวนการทางการแพทย์เหล่านี้เป็นการละเมิดสิทธิหรือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือไม่ มูลเหตุดังกล่าวทำให้เกิดแนวคิดของการ “หาความสมดุล” ระหว่างกระบวนการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสม ไม่เป็นการเร่งการตาย หรือยืดการตาย แต่ยังคงรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งผู้นั้นเสียชีวิต

ในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การควบคุมอาการปวดของผู้ป่วย (Symptom Control and Pain Management) และการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan)

การควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยมีความสำคัญเนื่องจาก หากไม่สามารถควบคุมความปวดและอาการของโรคให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการหรือลดทุกข์ทรมานได้แล้ว ผู้ป่วยและญาติจะไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้นอกจากนั้นญาติพี่น้องก็ต้องทนทุกข์เกี่ยวกับความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วย

การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า คือ กระบวนการตกลงร่วมกันของผู้ป่วย ญาติ และฝ่ายผู้ให้การรักษา ในเรื่องการรักษา โดยแพทย์จะวินิจฉัยและพยากรณ์โรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาของตนเองในแต่ละช่วงเวลา โดยการวางแผนการรักษาล่วงหน้านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลาตามสภาพผู้ป่วย อาการของโรค เศรษฐฐานะ และการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

ในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้านี้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด

กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้การดูแลแบบประคับประคองประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการสื่อสารสามทาง คือ ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ให้การดูแลรักษา โดยการสื่อสารนี้จะต้องเป็นการสื่อสารตลอดสายตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งเสียชีวิต (อาจจะเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน) โดยการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการสื่อสารนี้

การทำหนังสือแสดงเจตนาเกิดจากความจำเป็นของสังคมยุคปัจจุบันที่ประดิษฐ์คิดค้นเทคโนโลยีในการยืดความตายออกไปได้ โดยในความจริงหากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ ฝ่ายผู้ให้รักษาก็สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้โดยตรงถึงความต้องการในเรื่องต่างๆ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะสื่อสารได้แล้ว ปัญหาจะเกิดขึ้นทันทีว่าฝ่ายผู้ให้การรักษาหรือ



ญาติจะทราบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างไร เพราะสื่อสารไม่ได้แล้ว ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดที่ว่า “ควรให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการไว้โดยการเขียนหรือพูดไว้ก่อนในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ เพื่อให้คนรอบข้างรับรู้ และทราบว่าหากเจ้าตัวไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว จะให้ญาติหรือฝ่ายผู้ให้การรักษาท่าอย่างไร” ซึ่งในกฎหมายไทยได้นำหลักการดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แล้ว

รายละเอียดในการดำเนินการทำและการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขดังกล่าวเป็นไปตามกฎกระทรวง¹ และแนวทางการปฏิบัติ² ที่ออกตามความในกฎกระทรวงตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในปี 2554 มีกลุ่มแพทย์บางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว และได้ฟ้องต่อศาลปกครองสูงสุดเพื่อขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงดังกล่าว จนในปี 2558 ศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษารับรองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขดังกล่าว โดยในคำพิพากษา³ มีประเด็นที่น่าสนใจซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1. การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เป็นการแสดงเจตนาให้สาธารณสุขชนรับทราบความต้องการของตนเอง โดยแจ้งว่าตนเองเลือกที่

¹ กฎกระทรวงกำหนดกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

² ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

³ ศาลปกครองสูงสุดที่ พ.11/2558

จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะได้ตายตามธรรมชาติ ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้องเคารพการตัดสินใจนั้น

2. แพทย์ไม่มีหน้าที่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถึงแก่ความตายโดยวิธีการใดๆ และกฎกระทรวงระบุชัดเจนว่าไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยงดเว้นไม่ให้การรักษา หรือการใส่ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิต

3. กฎกระทรวงฯ ไม่ได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบในการปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลงโดยไม่ได้รับการรักษา หรือการใส่ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยุติชีวิต แต่กฎกระทรวงกำหนดการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตายตามธรรมชาติเพื่อมิให้อายุความตายโดยสิ้นหวังหรือทำให้ผู้นั้นต้องทรมานจากการเจ็บป่วย

ผลดีของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

1. ช่วยให้ฝ่ายผู้ให้การรักษาและญาติทราบความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการให้รักษาพยาบาลตนเองอย่างไร ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างกันในกรณีที่ความเห็นในการรักษาพยาบาลไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้การรักษาและญาติ หรือในหมู่ญาติด้วยกันเอง

2. ช่วยลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ภาระงานของบุคลากร และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย เนื่องจากไม่จำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

สช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจะเป็นเครื่องมือหนึ่ง ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและคุ้มครองสิทธิให้กับผู้ป่วยในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ ช่วยให้ญาติพี่น้องของผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้าย และช่วยให้ฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา และโรงพยาบาลทำงานได้อย่างมั่นใจในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีสุขภาวะในระยะสุดท้าย คือการตายดีตามความต้องการ



หวังเป็นอย่างยิ่งว่าศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์จะดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สำเร็จลุล่วงสมดังปณิธานของมหาวิทยาลัยที่ว่า **“เป็นเลิศ เป็นธรรม ร่วมนำสังคม”**

10.

การส่งผู้ป่วยระหว่าง
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ
กับศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์



การส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ กับศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

รศ. นพ. จิตตินันต์ หะวานนท์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

รศ. นพ. พฤษส์ ต่อดม

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นสถานพยาบาลหลักในเขตสุขภาพที่ 4 และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลได้ครบวงจรทุกสาขาวิชา รวมทั้งรับ ส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลอื่นๆ ให้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ในทุกสาขาจากจำนวนเตียงนอนที่น้อยเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเรื่องการครองเตียงให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสูงสุด

จากสถิติช่วงเดือนมิถุนายน 2559 ถึงพฤษภาคม 2560 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติประมาณ 46,885 ครั้ง และเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในจำนวน 4,190 ครั้ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับทุกเดือน

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเพียงการรักษาตามอาการ หรือเรียกว่า การรักษาประคับประคองเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การรักษาทางกายเพียงลดอาการปวดและการให้สารน้ำเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณอย่างใกล้ชิดกับญาติหรือคนที่ตนเองรัก

ด้วยความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลเฉพาะด้าน ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จึงได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถานพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนเสียชีวิตโดยมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติอย่างครบวงจรทั้งทางกาย จิตใจ กฎหมาย สังคม และจิตวิญญาณอันจะเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยได้มากกว่า การรักษาในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัด และเน้นดูแลผู้ป่วยได้เฉพาะทางกายและจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และญาติจะได้รับข้อมูลการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาโรคในระยะต่างๆ และประเด็นอื่นๆ ที่ควรทราบในการตัดสินใจ เช่น การทำ Living Will การปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง **ตลอดจนถึงการเสียชีวิตและสภาพ ถูกหวนเมื่อใกล้เสียชีวิตเมื่อผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องพักในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยและญาติต้องตัดสินใจว่าจะนำผู้ป่วยกลับบ้านโดยจะใช้ช่วงเวลาสั้นๆ ตอนกลับบ้านที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ซึ่งทางโรงพยาบาลจะได้ดำเนินการประสานงานกับศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ในการรับไว้ดูแลต่อไป**



11.

สรุป. กับการส่งเสริมให้เกิด
การดูแลแบบประคับประคอง
ในระยะสุดท้ายของชีวิต



สรพ. กับการส่งเสริมให้เกิดการดูแล แบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

รู้จักกับ สรพ.

สรพ. เป็นชื่อย่อของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนที่มีภาพฝันต้องการเห็นบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน น่าไว้วางใจ โดยใช้การประเมินและรับรองเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ

การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ที่ สรพ. ดำเนินการอยู่ เป็นที่รู้จักทั่วไปว่า HA หรือ Healthcare Accreditation มุ่งเน้นที่การจัดองค์ประกอบของระบบงานให้มั่นใจว่าจะให้การดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

รู้จักกับ HA

แนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA คือใช้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ มีใช้การตรวจสอบ ส่งเสริมให้สถานพยาบาลส่องกระจกและปรับปรุงด้วยตนเอง โดยเน้นคุณภาพที่หลากหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติเรื่องความปลอดภัย และการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง

สมคูลของการพัฒนา สรพ.ส่งเสริมให้มีการพัฒนาโดยใช้แนวคิดหลักสามด้านควบคู่กันคือ (1) system การมีระบบงานที่ดี (2) spirituality การเน้นมิติด้านจิตวิญญาณ (3) science ความรู้และวิทยาการ

มิติด้านจิตวิญญาณในที่นี้ครอบคลุมทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในด้านผู้ให้บริการหมายถึง การที่ผู้ให้บริการฝึกฝนตนเองให้มีจิตใจที่สงบนิ่ง เกิดพลังบวกที่พร้อมจะแบ่งปันให้ผู้ป่วย ในด้านผู้รับบริการหมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิติด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญสูงมากสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยอาจหมายรวมถึงการใช้หลักคำสอนในศาสนาต่างๆ เพื่อการปลอบโยนและเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ

การประเมิน HA ยึดหลักการประเมินในสิ่งที่สถานพยาบาลกำลังจัดบริการ ประเมินตามบริบทขององค์กรและลักษณะบริการ ประเมินว่าสิ่งที่ทำนั้นให้ความมั่นใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยได้เพียงใด และมีความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพียงใด

กรอบแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพซึ่ง HA ประยุกต์มาจาก Baldrige National Quality Program ของอเมริกา คือ 3C-PDSA

PDSA คือ วงล้อของการพัฒนาและการเรียนรู้ที่เรารู้จักคุ้นเคยกันดีว่า ย่อมาจาก Plan-Do-Study-Act หรืออาจเรียกเป็นภาษาไทยสั้นๆ ให้สอดคล้องกันว่า คิด-ทำ-ตาม-ปรับ (ตามในที่นี้คือการติดตามรับรู้ผลที่เกิดขึ้น)

PDSA ในการออกแบบระบบงานอาจเรียกให้ตรงความหมายยิ่งขึ้นเป็น Design-Action-Learning-Improvement คือ ออกแบบ-ปฏิบัติ-เรียนรู้-ปรับปรุง

3C มาจาก Core Values & Concepts (รู้หลัก), Context (รู้โจทย์), Criteria (รู้เกณฑ์) เป็นกรอบคิดในการระบุประเด็นสำคัญที่จะต้องดำเนินการ



รู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์

Core Values & Concepts เป็นเรื่องของหลักคิด หลักการ ปรัชญาการทำงานขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ ซึ่ง สรพ. ได้นำหลักคิดของ Baldrige มารวมกับหลักคิดของ HA และจัดแบ่งเป็นห้ากลุ่มคือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้

ตัวอย่างหลักคิดที่จะนำมาใช้ประโยชน์กับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น (1) ผู้นำมีวิสัยทัศน์ที่มองเห็นภาพอนาคตของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องเป็นการดูแลที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจากไปด้วยความสงบ (2) การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการรับรู้และตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ (3) การทำงานเป็นทีมของกลุ่มคนที่มี commitment และ passion (4) การสร้างนวัตกรรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย (5) การเรียนรู้และเสริมพลัง ฝึกรเรียนรู้เข้าไปในชีวิตการทำงานประจำ เสริมพลังให้คนหน้างานมีอำนาจตัดสินใจให้มากที่สุด

Context การรู้โจทย์ เพื่อให้เราจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการอย่างตรงประเด็น การรู้โจทย์คือรู้ทั้งในด้านของผู้ป่วยและตัวเราเอง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการอะไร ประสบความยากลำบากอะไร เราจะรับรู้จนเกิดความเข้าใจและเห็นใจอย่างแท้จริงได้อย่างไร เครื่องมือที่เรียกว่า Patient Journey Map ซึ่งอาศัยการเสวนากับผู้ป่วยถึงสิ่งที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละขั้นตอนของการได้รับบริการ จะช่วยให้เรารับรู้ pain point & suffering ได้ดีขึ้น ในด้านของผู้ให้บริการเอง ก็ควรวิเคราะห์ถึงศักยภาพและข้อจำกัดที่มีอยู่

Criteria เกณฑ์หรือมาตรฐานเปรียบเสมือนแผนที่เดินทางที่จะช่วยชี้แนะว่าองค์ประกอบและขั้นตอนสำคัญที่ควรทำให้เกิดขึ้นนั้นมีอะไรบ้าง และจะต่อเชื่อมไปจนถึงผลลัพธ์สุดท้ายคือคุณค่าที่ผู้ป่วยได้รับอย่างไร



ตัวอย่างของมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการทางร่างกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

III-4.3 จ. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด
- (2) ในกรณีที่คาดว่า การรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวดดังกล่าวอย่างเหมาะสม
- (3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย และเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวด ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด

นอกจากมาตรฐานที่เกี่ยวข้องโดยตรงแล้ว มาตรฐานในส่วนอื่นๆ ก็ยังมีประโยชน์สำหรับการนำมาใช้กับสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะ



สุดท้าย ทั้งในส่วนของการบริหารองค์กร ระบบงานสำคัญ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไป

รู้จักหมุนวงล้อ PDSA/DALI

ตั้งเป้าและเฝ้าดู คือจุดเริ่มต้นของการหมุนวงล้อ PDSA/DALI เป้าหมายควรมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วย

การวัดจะทำให้เราประเมินผลของ intervention ที่ใส่ลงไปได้ ถ้าเราเข้าใจเป้าหมายของเราชัดเจน เราสามารถกำหนดตัววัดเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของเราได้ โดยเน้นการเปรียบเทียบภายในของเราก่อน ถ้าเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตคือการดูแลที่พอเหมาะพอควร ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นความท้าทายที่ใช้ในการกำหนดตัววัดความสำเร็จตามเป้าหมายนี้ เพื่อตอบคำถามว่าการออกแบบระบบที่วางไว้นั้นเหมาะสมหรือไม่

Design การออกแบบเป็นการผสมผสานสิ่งต่อไปนี้เข้าด้วยกัน (1) ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละช่วงเวลา (2) ความรู้และวิทยาการที่เหมาะสมในการนำมาใช้ (3) แนวคิดการออกแบบที่เน้นคนหรือผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (human-centered design) เพื่อให้ง่ายและได้ผล ซึ่งจะต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ร่วมด้วย (4) การทำให้มั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติตามอย่างคงเส้นคงวาต่อโจทย์ที่คล้ายคลึงกัน และยืดหยุ่นสำหรับความต้องการที่แตกต่าง

Action การนำไปปฏิบัติที่คงเส้นคงวา มีข้อคิดในเรื่อง (1) การทำให้ผู้ปฏิบัติรับรู้และมีทักษะเพียงพอ (2) การมีข้อมูลเตือนใจ ณ จุดปฏิบัติ (3) การมีระบบกำกับดูแล (4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (5) การรับ feedback จากผู้ป่วยและครอบครัวและตอบสนองอย่างเหมาะสม

Learning มีการฝึกการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการปฏิบัติปกติประจำ เช่น

- (1) จับกลุ่มสนทนาวันละครั้งทุกวัน (daily huddle) เป็นเวลาไม่เกิน 15 นาที
- (2) สรุปรบทเรียนก่อนกลับบ้าน
- (3) ตามรอยการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่
- (4) ติดตามตัวชี้วัดประจำวันบางตัวและติดตามตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมาย
- (5) Root Cause Analysis (RCA) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- (6) ทำวิจัยจากงานประจำ (R2R)
- (7) ใคร่ครวญในทีมงานว่ามีกระบวนวิธีคิดอย่างไร เป็นต้น

Improve การปรับปรุงในทุกโอกาสที่มองเห็น เพื่อยกระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองที่ได้ผล และเพื่อเพิ่มความคุ้มค่าในการดูแล โดยหมุนวงล้อและเรียนรู้ในตัวอย่างจำนวนน้อยที่สุด เมื่อได้ข้อคิดหรือสมมติฐานใหม่ก็ปรับต้นแบบเพื่อการทดสอบใหม่ไปเรื่อยๆ

ด้วยการทำเช่นนี้ งานจะเป็นเรื่องน่ารื่นรมย์ที่ทำให้เราได้พบสิ่งใหม่ๆ ได้เห็นผลลัพธ์ใหม่ๆ ได้ความคิดใหม่ๆ และเป็นคนใหม่ในทุกๆ วัน

ตัวอย่างการปฏิบัติดีๆ และความสำเร็จที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวจุดประกายให้เกิดแรงบันดาลใจในหมู่คนที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้ สรพ. ได้รับรู้ความสำเร็จเหล่านี้ และนำมาเผยแพร่หรือจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการขยายผลต่อไป

การที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะแสดงตัวอย่างของการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นโอกาสดีที่จะผสมผสานความรู้และวิทยาการในการดูแลเข้ากับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ เพื่อตอบสนอง สร้างนวัตกรรม และหาคำตอบใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่นับวันจะเพิ่มขึ้น จึงขอแสดงความยินดีและขอให้บรรลุความสำเร็จตามความคาดหวังทุกประการ



12.

การดูแลระดับประคอง
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :
สิทธิประโยชน์เพื่อความเท่าเทียม
ของมนุษยชาติสู่สุคติภาพ



การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : สิทธิประโยชน์เพื่อความเท่าเทียมของมนุษยชาติสู่สุคติภพ

นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยพบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 สะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประเมินการว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11¹

ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน²

¹ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555; Cancer control, knowledge into action World Health Organization, 2007)

² ชูติมา อรรถสิทธิ์, 2553

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังคงมีความไม่สะดวกบางประการ เช่น การแจ้งเสียชีวิตและการชันสูตรศพ ในกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver) โดยเฉพาะในสังคมเมือง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative Care) ว่า หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริบาลเพื่อบรรเทาอาการหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)³

เป็นเวลากว่า 10 ปี ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้ความสำคัญและส่งเสริม สนับสนุนให้จัดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2549 ด้วยการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดซึ่งเกี่ยวข้องกับเครือข่ายประชาชนและผู้ป่วย

³ European Association for Palliative Care, WHO



ต่อมาในปี 2553 สปสช. สนับสนุนการจัดบริการ Palliative Care นำร่อง เขตละ 1 แห่ง (แห่งละ 350,000 บาท) ปี 2554 สนับสนุนการจัดบริการการดูแล สุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบเครือข่าย 35 เครือข่าย รวม 212 แห่ง (375,000 บาท/เครือข่าย)

ต่อมาในปี 2555 – 2557 สนับสนุนการจัดบริการแบบเครือข่าย 61 เครือข่าย รวม 523 แห่ง (135,000 บาท/เครือข่าย ในปี 2555) และยังคงสนับสนุน รางวัลเครือข่ายบริการดีเด่น (ทุก 2 ปี 2555, 2557) และประกาศสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อ 29.3 (ปี 2560) ก็ได้ระบุงการดูแลแบบประคับ ประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และได้รับการดูแลที่บ้าน อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง (Leave No One Behind) ด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” กระตุ้นให้เกิดการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลดภาระทางการเงินของครอบครัวที่ต้องมาดูแล ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ประสบการณ์การนำเป้าประสงค์สู่การปฏิบัตินั้น ต้องการการจัดการ และบริหารระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ระบบการเงินการคลังและ ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้าน หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่อยู่ระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล เพื่อให้ คนไข้ใช้ชีวิตช่วงท้ายสุดศติภาพที่หอมล้อมไปด้วยญาติมิตรอันเป็นที่รัก มีความ เป็นส่วนตัวสามารถประกอบศาสนกิจตามความเชื่อทางศาสนาได้ มีอะไรที่ค้าง คาใจก็ปลดปล่อยผ่อนคลาย

สปสช. มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับคนไข้ ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง คนไข้ที่ Discharge ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioid ที่หน่วย



บริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อกลับบ้านแล้วยังมีชุดสิทธิประโยชน์ตามไปดูแลที่บ้าน เช่น ชุดทำแผล หรือ ได้รับออกซิเจน ให้หายใจสะดวกขึ้น

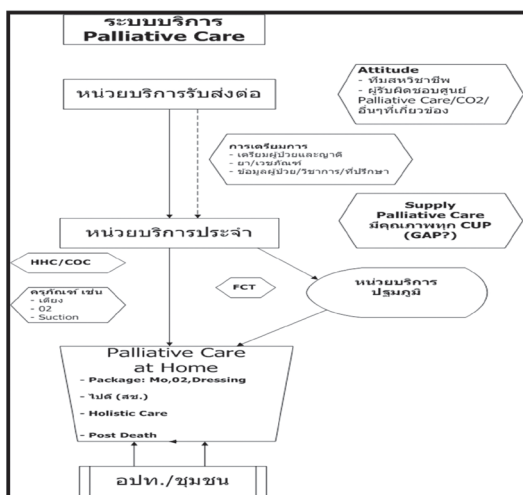
สิทธิประโยชน์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

สิทธิประโยชน์ ที่ระบุในคู่มือการบริหารจัดการกองทุน ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด ได้แก่

1. ยามอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการ
2. ชุดทำความสะอาดแผล
3. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ร่วมกับการติดตามอาการตามความเหมาะสม

เหมาะสม

โดยมีระบบบริการ การบริหารข้อมูล และการสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (รายละเอียดดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ระบบบริการ การบริหารข้อมูล และการสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการดูแลประคับประคองที่บ้าน

การพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องต้องมี Palliative Care อยู่ในระบบบริการสาธารณสุขที่ชัดเจน มีแผนบูรณาการประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ เพื่อพัฒนาบริการใน Service plan ของกระทรวงสาธารณสุขที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันทั้งในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ในเขตเมือง

มีระบบที่ดีที่ริเริ่มขึ้นมาในรัฐบาลนี้ เช่น District Health Board และ Primary Care Cluster นอกจากนี้บ้านเรา มี Primary Health Care ที่เข้มแข็งอยู่แล้ว ควรใช้จุดนี้เป็นฐานและนำเรื่อง Palliative Care ให้เป็นนโยบายสุขภาพของอำเภอ ให้บุคลากรสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และเพื่อให้มีการจัดบริการครอบคลุมทุกระดับในระบบบริการ Palliative Care ในหน่วยบริการที่เหมาะสมตามระดับบริการตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่งเสริมกิจกรรมของต้นทุนทางสังคม ที่มีอยู่ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต. เทศบาลซึ่งมีอยู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ จิตอาสา ครอบครัว ชุมชน ชุมชนและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมืองอาจจะทำในรูปแบบหอผู้ป่วย Palliative Care โดยเฉพาะ โดยร่วมกับเอกชนในโครงการประชารัฐ

เช่นนี้ ผู้ป่วยก็สามารถอยู่ที่บ้าน โดยมีทีมเยี่ยมบ้านดูแล และมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และก้าวสู่สัจธรรมอย่างสันติธรรม



13.

Medical Futility
(การรักษาทางการแพทย์
ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์)
(เสีย.....เปล่าไหม)



Medical Futility (การรักษาทางการแพทย์ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์) (เสีย.....เปล่าไหม)

พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลชีวิต และยอมรับการตาย
ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่เร่ง และไม่ยืดความตาย ดูแลความเจ็บปวด และ
อาการทุกข์ทรมานต่างๆ อีกทั้งเป็นการผสมผสานการดูแลด้านร่างกาย สังคม
จิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทาง
การแพทย์มีส่วนช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ดีที่สุด
เท่าที่จะสามารถทำได้ และให้การดูแลญาติก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย
(bereavement)

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง
มีอุปกรณ์ และวิธีการทางการแพทย์ที่เป็น Life Sustaining Technology
ต่าง ๆ เช่น การทำการกู้ชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
เครื่อง Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO) การล้างไต การ
ให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยาง หรือการให้สารอาหาร
ทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือ
ในโรงพยาบาล

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง หรือในระยะ
สุดท้ายของชีวิตนั้น การยอมรับการตายเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การนิยามว่าการ
รักษาใดเป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ (Medical Futility) หรือไม่นั้น ก็เป็นสิ่งที่ยาก

เช่นกัน เพราะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย เช่น ผู้ป่วยแต่ละราย ภาวะของโรคแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การรักษาใดๆ จะมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลือจะดีหรือไม่ อายุ เศรษฐฐานะ ความคาดหวัง และความกลัวการทอดทิ้งในระยะท้ายของชีวิต การพยากรณ์โรคที่ดีหรือไม่ ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต สภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ความเชื่อ ความศรัทธา ความคิดต่อโรคต่อการเสียชีวิต ความพร้อมและการยอมรับในการเผชิญหน้ากับความตายของทั้งผู้ป่วยและญาติ การที่ต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป และความเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองนั้น การเลือกหรือการตัดสินใจที่จะพิจารณาใช้อุปกรณ์พยุงชีพ เครื่องมือ ยา หรือวิทยาการใดๆ นั้น ต้องการข้อมูลรอบด้าน อีกทั้งคำนึงถึงความหวัง ความคาดหวัง การสื่อสาร กับผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งมีมุมมองที่หลากหลาย เช่น

ด้านบุคลากรทางการแพทย์ : เป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มองในบางแง่มุมดังนี้ เช่น หลักฐานทางการแพทย์ที่ต้องการสัญญาว่า “ปลอดภัยและทำให้ชีวิตดีขึ้น” ความเชื่อว่าการตัดสินใจเลือกการรักษาทางใด “ไม่ได้เป็นสิ่งที่ญาติต้องตัดสินใจ ต้องเป็นหมอเท่านั้นที่ตัดสินใจให้” ความเป็นมืออาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะมองว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นคือ “ศัตรูของบุคลากรทางการแพทย์ (ที่ยอมรับไม่ได้)” และสิ่งที่คุกคามต่อความคิด คือ การประกาศโคัด Blue หมายถึง ต้องมีการทำการกู้ชีพ (CPR)

ด้านครอบครัว : ความต้องการของครอบครัวที่อาจจะรู้สึกผิดถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือไม่ทำอะไรเพิ่มเติม การเกิดภาวะกตัญญูเฉียบพลันสำหรับญาติบางคน เช่น ต้องล้างไต ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องปั๊มหัวใจ และกลัวการสูญเสีย การรักษานั้นๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ ควรตัดสินใจเลือกหรือไม่ สิ่ง que เลือกนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยยืดชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกหรือไม่ สิ่ง que เลือกนั้นจะทุกข์ทรมานหรือไม่



ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยและครอบครัว :

การดูแลรักษาจะอย่างไรต่อไป และจะสื่อสารอย่างไรถ้าการรักษาไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยและญาติยังมีความหวัง และความคาดหวังที่สูงมากเกินกว่าความจริงที่ทางการแพทย์จะทำให้ได้)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยและครอบครัว : ในกรณีที่ปฏิเสธการรักษาจากแพทย์จะเกิดความขัดแย้งหรือไม่

ด้านกฎหมาย : การที่ไม่ทำการกู้ชีพนั้นจะผิดกฎหมายหรือไม่ หรือเป็น Euthanasia หรือไม่

มุมมองด้านกฎหมายนั้นกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งข้อมูลทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ซึ่งระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข**ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอ**ที่**ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้**

ผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะรับรู้เกี่ยวกับการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องแจ้งชี้แจงอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นควรจะหมายถึงการทำ **Advance Care Plan** ด้วย

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยใน**การตัดสินใจด้วยตนเอง (Right to Self Determination หรือ Autonomy)** ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของบุคคล

ที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิต แต่การตัดสินใจบางอย่างอาจจะนำมาซึ่งความขัดแย้ง
ได้ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดอาจนำไปสู่ความขัดแย้งที่เป็นผลจากการขาดความ
ชัดเจนของหลักฐานทางการแพทย์ ความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันของทุกฝ่าย
ความแตกต่างด้านศีลธรรม ศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม จริยธรรม
เศรษฐกิจ ความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้งในช่วงระยะท้ายของชีวิต การ
กลัวการได้ตอบจากบุคลากรทางการแพทย์หากตัดสินใจการเลือกแนวทางการ
ดูแลรักษาแบบ Cure ต่อไป ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย
กฎหมายที่บังคับใช้

ปัจจัยทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้นล้วนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทำให้การ
ตัดสินใจล่าช้าออกไป และนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรือการรักษาบาง
อย่างที่ไม่ต้องการ หรือการรักษาที่เกิดอันตราย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย

ข้อมูลในบางสถานการณ์ : เหล่านี้อาจจะช่วยในการตัดสินใจได้ ขอยก
ตัวอย่างในการศึกษาวิจัยบางอย่าง

Susan D. Block¹ ในปี ค.ศ. 2001 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ใน Hospice
พบว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตเกิดในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง และร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีการใช้อุปกรณ์พยุงชีพร่วมด้วย

Dowdy MD² และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ
วิกฤต และผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้าย พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง
จะนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น

¹ Block SD. Perspectives on care at the close of life: psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. JAMA. 2001;285(22):2898-2905.

² Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A Study of practice ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. Crit Care Med. 1998; 26: 252-259.



Christakis NA และคณะ³ ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย ในการบอกการพยากรณ์โรคนั้น (Median Survival) ในผู้ป่วยที่ Terminally Ill พบว่า ร้อยละ 20 สามารถบอกการพยากรณ์โรคได้ถูกต้อง ร้อยละ 63 พยากรณ์โรคเกินกว่าความเป็นจริง และร้อยละ 17 พยากรณ์โรคต่ำกว่าความเป็นจริง ความแม่นยำของการพยากรณ์โรคจะผกผันกับระยะเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

Zerzan J, Stearns S, Hanson L⁴ ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาผู้ป่วยใน Nursing Home พบว่าในภาวะ End of Life นั้นความปวดเป็นอาการที่รบกวนทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก ซึ่งการตัดสินใจที่จะ "withdrawal and withholding treatment" นั้นใครควรจะเป็นผู้ตัดสินใจยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

Christ M, Liebeton J, Breker IM และคณะ⁵ ในปี ค.ศ. 2015 ศึกษาที่แผนกห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีการเขียน Living Will ไว้แล้วนั้นมีเพียงร้อยละ 27.8 แต่มีเพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้นที่นำ Living Will ติดตัวมาด้วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อจำนวนการเขียน Living Will พบว่า ร้อยละ 4.3 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และร้อยละ 35.1 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มี Living Will นั้นจะพบในผู้ที่อายุมากขึ้น

³ Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2000; 320: 469–472. PMID: 10678857.

⁴ Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to Palliative Care and Hospice in Nursing Homes *JAMA*. 2000;284:2489-2494.

⁵ Christ M, Liebeton J, Breker IM, Grett M, von Auenmüller KI, Trappe HJ. The availability of living wills in an interdisciplinary emergency department: results of a patient survey. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015 Nov;140(22):e231-6. doi: 10.1055/s-0041-106869. Epub 2015 Nov 4.



อัตราการสำเร็จในการทำ CPR ในปี ค.ศ. 2013⁶ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วย Out-of-Hospital Cardiac Arrest 359,400 ราย เป็น Bystander CPR (overall) ร้อยละ 40.1 และอัตราการรอดชีวิต Survivor rate (overall) ร้อยละ 9.5 ส่วนใน In-Hospital Cardiac Arrest มีจำนวน 209,000 ราย เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 23.9 และผู้ป่วยเด็กร้อยละ 40.2%

Myke S., Van Glijn, Dionne Frijns, และคณะ⁷ ใน ค.ศ. 2014 ศึกษาถึงโอกาสรอดชีวิตของผู้สูงอายุหลังจากมีการ CPR ในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 38.6 จะมี return of spontaneous circulation (ROSC) ของกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี และมากกว่าร้อยละ 50 ที่มี ROSC กลับมาในตอนต้นแต่จะเสียชีวิตก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล และในแต่ละกลุ่มอายุของผู้ป่วยจะรอดชีวิต ร้อยละ 18.7 ในผู้ป่วยอายุระหว่าง 70 -79 ปี ร้อยละ 15.4 ในผู้ป่วยอายุระหว่าง 80 - 89 ปี และ ร้อยละ 11.6 ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 90 ปี

O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ.⁸ ในปี ค.ศ. 2013 ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตที่เป็น ESRD พบว่าผู้ป่วยที่เป็น ESRD ถ้าหยุดฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 7.4 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ยังคงฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 54.4 วัน

⁶ www.heart.org : http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp site date 4 July 2016

⁷ Myke S., Van Glijn, Dionne Frijns, et. al. SYSTEMATIC REVIEW The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review. Age and Ageing 2014; 0: 1–8 doi: 10.1093/ageing/afu035.

⁸ O'Connor NR1, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. Survival after dialysis discontinuation and hospice enrollment for ESRD. Clin J Am Soc Nephrol. 2013 Dec;8(12):2117-22. doi: 10.2215/CJN.04110413. Epub 2013 Nov 7.



Hamel MB, Phillips Rs, Davis RB และคณะ⁹ ในปี ค.ศ. 1997 ในผู้ป่วยที่มีภาวะ acute renal failure พบว่าการ withholding หรือ withdrawal dialysis ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ต้องชั่งระหว่างค่าใช้จ่าย ข้อดีในการล้างไต และคุณภาพชีวิต ใน SUPPORT trial พบว่า ผู้ป่วย 490 รายที่มีภาวะไตวายและต้องเริ่มการล้างไต มีการคิด cost effectiveness ของการล้างไต (medical cost) และประมาณค่าใช้จ่าย cost per quality-adjusted life-year 128,200 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มี worst prognosis มีค่าใช้จ่าย 274,100 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน best prognosis มีค่าใช้จ่าย 61,900 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน

Lenzer J., Riley G, Lubitz J., Jennings B, Morrissey MB^{10, 11, 12} ในปี ค.ศ. 2012-2010 รายงานประจำปี พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในโรงพยาบาล และนำมาสู่ค่าใช้จ่ายที่มหาศาล ถึงร้อยละ 25 ของเงินในกองทุน Medicare ที่ต้องเสียไปในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต นำไปสู่คำถามถึงการจัดการทรัพยากรต่างๆ ในระบบสุขภาพ

Hall RI, Rocker GM ในปี ค.ศ. 2000¹³ ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า

⁹ Hamel MB, Phillips Rs, Davis RB, et al. Outcomes and cost – effectiveness of initiating dialysis and continuing aggressive care in seriously ill hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Ann Intern Med 127: 195-202, 1997.

¹⁰ Lenzer J. Unnecessary care: are doctors in denial and is profit driven healthcare to blame? BMJ. 2012;345:e6230.

¹¹ Riley G, Lubitz J. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. Health Serv Res. 2010;42(2):565-576.

¹² Jennings B, Morrissey MB. Health care costs in end-of-life and palliative care: the quest for ethical reform. J Soc Work End Life Palliat Care. 2011;7(4):300-317.

¹³ Hall RI, Rocker GM: End-of-life care in the ICU: Treatments provided when life support was or was not withdrawn. Chest 2000; 118: 1424–1430.

ผู้ป่วยส่วนมากที่มีการ withholding life-sustaining treatment มักจะอยู่ได้หลายชั่วโมง และอาจจะต้องการที่ดูแลต่อเนื่องแบบ Palliative Care ที่หอบผู้ป่วยวิกฤต และสิ่งที่น่าสนใจในผู้ป่วยบางรายซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ที่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ 1 วันหรือมากกว่าหลังจากที่เอาเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว

Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF และ de Boer MJ, van der Wall EE^{14, 15} ได้รายงานในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ผู้ป่วย 1,136 รายที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 11 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตเป็นการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 2.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของจำนวนค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลแห่งนั้น) ถ้าคิดในภาพรวมของ the Institute of Medicine คาดการณ์ไว้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์นั้นน่าจะมากกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

Murphy DJ และคณะ¹⁶ ในปี ค.ศ. 1994 ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เมื่อถามถึงความประสงค์ ถ้าในกรณีที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในภาวะ Acute Illness พบว่าร้อยละ 41 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (CPR) (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) หลังจากที่ได้รู้ข้อมูลของการรอดชีวิตแล้วว่าโอกาสรอดชีวิต (หลังการทำ CPR มีเพียงร้อยละ 10 ถึง 17) ทำให้การเลือกที่จะกู้ชีพลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 86 ปีนั้นเลือกที่จะทำการกู้ชีพเพียงร้อยละ 6 และถ้าถูกถามในภาวะ chronic illness ที่มีเวลาที่

¹⁴ Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med.* 2013;173(20):1887-1894.

¹⁵ de Boer MJ, van der Wall EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. *Neth Heart J.* 2013;21(1):1-2.

¹⁶ Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 1994 Feb 24;330(8):545-9.



เหลืออยู่ไม่เกิน 1 ปี พบว่า ร้อยละ 11 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) และหลังจากรู้ข้อมูลถึงโอกาสรอดชีวิตแล้วการเลือกที่จะกู้ชีพเหลือเพียงร้อยละ 5

Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M¹⁷ ในปี ค.ศ. 2006 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ใน nursing home มีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 26.9

Rovner BW, German PS, Brant LJ และคณะ¹⁸ ในปี ค.ศ. 1991 พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่อยู่ใน nursing home เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 12.6 และมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 18.1 ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วย จะเสียชีวิตในเวลาที่ยาวนานกว่า 1 ปีถึงร้อยละ 59 และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มอัตราตายด้วย

การให้อาหารในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีข้อมูลว่าการให้อาหารทางสายยางไม่ได้ลดความเสี่ยงของการสำลัก หรือลดอัตราการตาย ส่วนการให้น้ำไม่ได้ลดอาการปากแห้ง และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิตมักจะเสียชีวิตอย่างสงบ

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตสูญเสียหน้าที่การทำงาน การช่วยเหลือตนเอง และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายในการไปใช้บริการที่สถานพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องทุกข์ทั้งทางกายและทางใจ

¹⁷ Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec;21(12):1156-62.

¹⁸ Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA*. 1991 Feb 27;265(8):993-6.

สิ่งที่ขัดขวางและข้อจำกัดของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในการตัดสินใจ : Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)

ด้านทัศนคติ : ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่สามารถยอมรับความตายได้ เนื่องจากยังมีความหวังที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ ความคิดที่กลับไปกลับมาที่จะหลบหลีกอาการทุกข์ทรมานทางกายกับการมีชีวิตอยู่ต่อไป การให้ความสำคัญและเคารพต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะไม่รับ Do not attempt resuscitation

ด้านความรู้ : ขาดความรู้ความเข้าใจในการพยากรณ์โรค ขาดความเข้าใจ การรับรู้ในสิ่งที่เป็นตัวของผู้ป่วย (patient preferences)

ด้านการสื่อสาร : มักจะเป็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้เวลาที่ไม่เพียงพอ ความคิดเห็นภายในที่บุคลากรสุขภาพเองที่ไม่ตรงกัน ความไม่ชัดเจนในการระบุผู้ป่วยที่ do not attempt resuscitation

End of Life Decisions about Withholding – Withdrawing Therapy : Medical and Ethic Considerations.¹⁹

ในช่วงวาระท้ายของชีวิต แพทย์ต้องเผชิญกับสิ่งยุ่งยากซับซ้อนในเรื่องของการตัดสินใจหยุดการใช้เครื่องพยุงชีพ/เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา หรือ หัตถการบางอย่าง และในบางสถานการณ์การรักษานั้นๆ ไม่ได้มีประโยชน์ในการช่วยยืดชีวิต แต่ในทางตรงข้ามผู้ป่วยและครอบครัวอาจจะไม่ได้ต้องการ

¹⁹ Maria Fidelis C. Manalo. End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations. Palliative Care: Research and Treatment 2013; 71-5. doi:10.4137/PCRT.S10796. Available at: <http://www.la-press.com>. Accessed Aug 1, 2017.



สิ่งเหล่านั้นเลย ทำให้แพทย์มีบทบาทอย่างมากที่จะชี้ให้ชัดเจนถึงเป้าหมายในการรักษา การกำหนดแผนการดูแล การเริ่มต้นที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาบางอย่างเพื่อที่จะพ่วงชีวิตไว้ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ การช่วยเหลืออย่างรอบคอบและตั้งใจ การให้ข้อเสนอแนะ การนำไปสู่การวางแผนในทางปฏิบัติ การสื่อสารเป็นกุญแจที่สำคัญ เพื่อที่จะช่วยให้สิ่งต่างๆ ชัดเจนยิ่งขึ้น และถูกกฎหมายเมื่อความตายใกล้เข้ามา รวมไปถึงการปฏิเสธ หรือจำกัดรูปแบบของการดูแลรักษาที่มีความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต และความทุกข์ทรมานจากหัตถการที่ยื้อชีวิต

สำหรับการดูแลพื้นฐานของชีวิต เช่น การดูแลที่มีความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับที่จะไม่กู้ชีพ (Do Not Resuscitate : DNR) ไม่ได้ขัดขวางการดูแลที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย หรือไม่เจ็บปวด ส่วนการยอมรับหลักการ withdrawal หรือ withholding treatment นั้นอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้คือ ทางการแพทย์ จริยธรรม วัฒนธรรม ศาสนา ความต้องการของแต่ละบุคคลล้วนแล้วแต่เป็นทางเลือกที่ต้องพูดคุยถึงการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อ คุณค่า และวัฒนธรรม กระบวนการที่แบ่งปันและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อวางเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปในเวลาเดียวกัน

มีการศึกษา SUPPORT ใน ค.ศ. 1995²¹ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในไอซียูเสียชีวิตโดยที่ไม่ได้ต้องการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืด (ยื้อ)

²⁰ Braddock CH. Termination of life-sustaining treatment. In: Ethics in Medicine. University of Washington Scholl of Medicine. Available at: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/termife.html>. Accessed Jan 16, 2013.

²¹ The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA. 1995; 274(20):1591-8.

ชีวิตไว้ และในปี ค.ศ. 1987 มีบทความเรื่อง ‘Must We Always Use CPR?’ โดย Blackhall ที่บอกว่าการทำ Withholding and Withdrawal of life-sustaining therapies เป็นเรื่องที่ต้องตระหนักถึงจริยธรรม และทางการแพทย์ร่วมกันอย่างเหมาะสมเพราะบางการรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นการกระทำที่ไม่เกิดประโยชน์ (medical futility) ซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ทางการแพทย์เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจำนวนมาก หรือสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในระยะท้ายที่มี acute/chronic respiratory failure หรือผู้ป่วย end-stage heart failure ที่คือ (refractory) ต่อการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ ถ้าแพทย์จะต้องใส่ท่อ หรือเครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่อง cardiac defibrillator นั้น อาจจะไม่เหมาะสม และไม่ได้เป็นการรักษาที่เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเลย แต่การที่จะพูดคุยและแนะนำเรื่อง withdrawal หรือ withholding life-sustaining treatment นั้น แพทย์จะต้องคุยและแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์กับผู้ป่วยและญาติให้ชัดเจนว่า สิ่ง que ผู้ป่วยและญาติต้องการคืออะไร และทำไปเพื่อเป้าหมายอะไรบ้าง และควรคุยตั้งแต่เริ่มต้น หรือตอนที่ จะเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจและมีส่วนร่วมเสมอในการให้ความรู้ ทำความเข้าใจ และในการตัดสินใจเสมอ ควบคู่ไปกับการทำ Advanced Care Plan ด้วย สิ่งที่แพทย์ควรจะตระหนักไว้ในใจเสมอ คือไม่ควรบังคับหรือไม่ควรเสนอ หรือแนะนำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ในการรักษาแก่ผู้ป่วย และบอกเหตุผล ข้อบ่งชี้ที่จะไม่ทำหัตถการต่างๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ รวมถึงความกลัวหรือเสียงสะท้อนในด้านกฎหมาย ความเข้าใจผิด ข้อจำกัดด้านเวลา วัฒนธรรม ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเศร้า รวมถึงปฏิกิริยาของครอบครัวด้วย ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะขัดขวาง เช่น การไม่มีกฎหมายรองรับ และขาดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

Blackhall ได้ศึกษาไว้ในปี ค.ศ. 1987²² ถามถึงว่า “อะไรที่แพทย์ต้อง

²² Blackhall L.J. Must we always use CPR? N Engl J Med. 1987; 317:1281-5.



พิจารณาในการทำการกู้ชีพสำหรับผู้ป่วยที่รู้ว่าไม่มีประโยชน์” ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าแพทย์จะรู้สึกไม่สบายใจในความตายนั้น และการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยแพทย์มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการที่พุดคุยถึงวาระท้ายของชีวิต ผลลัพธ์ของการทำการกู้ชีพ และการสนทนาถึงการเขียนคำสั่ง Do Not Resuscitation (DNR) ซึ่งบ่อยครั้งไม่ได้เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยเรื้อรังไม่ได้มีการตัดสินใจหรือคิดเรื่องการทำ CPR หรือ DNR มาก่อน และบ่อยครั้งที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ถ้าต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย จึงทำให้แพทย์ทำในสิ่งที่ง่ายกว่า (แต่กดดันมากกว่า) ในการเสนอ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) เป็นทางเลือกในการที่แจ้งว่าการเสียชีวิตใกล้เข้ามาแล้วทั้งๆ (ที่มีทางเลือกอื่นด้วยในการดูแลภาวะวิกฤตเหล่านี้) ในความเห็นของ Blackhall กล่าวไว้ว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดความรู้ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อทำความเข้าใจบทบาทของ CPR ในทางตรงกันข้ามเวลาที่แพทย์และผู้ป่วยพุดคุยเรื่องการรักษาในวาระท้ายนั้นบ่อยครั้งที่วางกรอบทางเลือกไว้ระหว่างแค่การรักษาทางการแพทย์กับ withdrawal treatment และถ้าแพทย์วางกรอบไว้แบบนี้ ทำให้ withdrawal treatment จะถูกมองเป็นทางเลือกในแง่ลบที่บ่อยครั้งอาจจะถูกมองเป็นนัยๆ คือ การยกเลิก การละทิ้ง หรือแพทย์ไม่ได้ให้โอกาสในการรักษา และจะแย่ไปกว่านั้นคือการไม่ดูแลผู้ป่วยต่อไปทำให้กลับกลายเป็นว่าผู้ป่วยไม่มีทางเลือกเลย

การศึกษาของ Elliott and Olver²³ ในปี ค.ศ. 2008 ก็สนับสนุนในทางเดียวกัน คือ การพุดคุยและตัดสินใจในเรื่อง DNR ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวนั้นต้องการทางเลือกระหว่างการมีชีวิตกับการเสียชีวิต และกล่าวอย่างเป็นนัยถึงความต้องการในการตัดสินใจด้านศีลธรรมที่เกี่ยวกับคุณค่าชีวิตของผู้ป่วย รวมถึง

²³ Elliott JA, Olver I. Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally-ill cancer patient. *Bioethics*. 2008;22(3):179-189. doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00620.x.

ความสัมพันธ์ด้านอื่นๆ ด้วย ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยล้มเหลวที่จะตัดสินใจเองในเรื่อง DNR และครอบครัวต้องตัดสินใจแทน การไม่เลือกทำ CPR เป็นการเลือกที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนั้นอาจจะทำให้ไม่พึงพอใจด้านศีลธรรมที่มีต่อครอบครัวหรือผู้ป่วย (อย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างผู้ป่วยไม่มีคุณค่าพอที่จะต้องรักษาชีวิตไว้ หรือครอบครัวดูแลไม่เพียงพอที่จะต้องรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้) และถ้าเลือก CPR อาจจะเป็นการส่งสัญญาณว่าผู้ป่วย (บุคคลที่รัก) ยังไม่สามารถรับได้กับการเสียชีวิตในเวลาอันใกล้

การสื่อสารคือกุญแจสำคัญที่จะพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บ และการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ บ่อยครั้งที่เข้าใจว่าการทำ CPR นั้นจะสามารถช่วยชีวิตจากความตายและสามารถกลับมามีชีวิตอยู่ได้ดี ซึ่งความเข้าใจนี้เป็นอุปสรรคในการที่จะตัดสินใจการทำ CPR ถ้าจะต้องสนทนาก่อนการทำ DNR นั้นควรที่จะพูดคุยในขอบเขตที่กว้าง รวมถึงทำความเข้าใจในความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค และเป้าหมายของการดูแล เพื่อที่จะสามารถแจ้งถึงการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยควรที่จะตระหนักถึงข้อดีหรือความเจ็บปวด (ทุกข์ทรมาน) ของการทำ CPR และการที่เขียนคำสั่ง DNR นั้นไม่ได้หมายถึงว่าจะไม่มีการดูแลรักษาต่อไป เพราะการเขียนคำสั่ง DNR ไม่ได้ขัดขวางการดูแลด้านอื่นๆ เลย เช่นการที่พยายามทางการแพทย์ที่จะลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สุขสบายยังคงดำเนินต่อไป

ในด้านค่าใช้จ่ายการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตทั้งหมด 150 คน ศึกษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2553 ในผู้ป่วยที่เข้าไอซียู 50 ราย และดูแลแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกมะเร็ง 100 รายเปรียบเทียบกัน พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่มีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในไอซียู 9.64 วัน (1-60 วัน) และระยะเวลาของผู้ป่วยที่ดูแลแบบผู้ป่วยนอกระยะเวลาเฉลี่ยที่มีชีวิตอยู่ 91 วัน (4-296 วัน) ผู้ป่วยที่อยู่ในไอซียูเสียชีวิตในไอซียูทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่ดูแลแบบผู้ป่วยนอกเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ



45 และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 55 (มีการทำ CPR 8 ราย) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในไอซียู 93,402 บาท/ราย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9,689 บาท/ราย/วัน ส่วนในผู้ป่วยที่ดูแลแบบผู้ป่วยนอกมีค่ายาแก้ปวด 10,495 บาท/ราย และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเฉพาะค่ายาแก้ปวด 116 บาท/ราย/วัน (18 – 503 บาท/วัน) และมีค่าใช้จ่ายในการใช้ออกซิเจน 100 บาท/วัน (มีผู้ป่วยร้อยละ 84 ที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน) จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า Medical Futility เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย

โอกาสในการพัฒนาเรื่อง medical futility

- ในเรื่องการฝึกอบรม การศึกษาของทีมบุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง medical futility ส่งเสริมในเรื่องการสื่อสาร การสร้างความตระหนักในด้านนี้
- ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารในเรื่อง Advance Care Plan ของผู้ป่วยและญาติ และใช้แนวความคิดด้านจริยธรรม และการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาร่วมด้วยในการทำงานของทีมบุคลากรด้านสุขภาพ
- ส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้เกิด early palliative care และ hospice referral
- สนับสนุนระบบบริการสุขภาพในเรื่องของเกณฑ์สำหรับการอยู่ใน hospice การเบิกจ่ายในแต่ละกองทุน
- ส่งเสริมให้มีความตระหนักด้านสังคม และวัฒนธรรมในการดูแลแบบ Palliative Care ว่าการดูแลแบบ Palliative Care ไม่ใช่ไม่ดูแลต่อไป ยังคงเป็น Active Care แต่ดูแลในมิติของ Palliative Care

สรุป

การดูแลในวาระท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ท้าทาย และบ่อยครั้งที่สามารถเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ทั้งความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้งของผู้ป่วยจะส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการรักษาที่เป็น Medical Futlity ในขณะที่เดียวกัน การดูแลแบบ Palliative Care นั้นสามารถที่จะใช้ควบคู่ไปกับการดูแลที่เป็นแบบ Curative treatment การสื่อสารที่ดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมบุคลากรด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งควรปรึกษาทีมจริยธรรมตั้งแต่นั้นๆ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

หมายเหตุ : บางส่วนของบทความนี้ยืมมาจากบทความเรื่อง “ความสูญเสียค่าทางการแพทย์” เขียนโดย พญ.ฉันทนา หมอกแจ้งเจริญพงศ์ ในหนังสือ “สุขสุดท้ายที่เลือกได้” ซึ่งสนับสนุนการจัดพิมพ์โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



14.

แนวทางการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับ
ศุนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์



แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับคุณยธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

รศ. พญ. นงลักษณ์ คณิตทรัพย์

ผู้ช่วยรองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้า อุปกรณ์และวิธีการรักษามีมากมาย จนสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้นานขึ้น ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนแพทย์ส่วนหนึ่งไม่ยอมรับว่า ความตายคือธรรมชาติ แต่พยายามหลีกเลี่ยงหรือยื้อไว้ให้นานที่สุด แต่ในความเป็นจริง มนุษย์ไม่สามารถหนีความตาย เมื่อถึงเวลาหนึ่งมนุษย์ย่อมต้องเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีการรักษาที่ทำให้หายจากโรคแล้ว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการรักษาให้หายขาดจะทำได้ แต่สิ่งที่ญาติและแพทย์ยังทำได้ คือให้ผู้ป่วยตายดี หรือจากไปอย่างสงบ หมดกังวล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วย ถึงขั้นสูญเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยา การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยระยะของโรคต่างๆ¹ ลูกหลานจนรักษาไม่หาย หรือไม่มีรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการ จวบจนเสียชีวิตและพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า หรือ ผู้ป่วยที่หมดหวัง

¹ รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2552) “Living will : มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิต. (บรรณาธิการ). **ก่อนวันผลัดใบ**. นนทบุรี : ศูนย์กฎหมาย สุขภาพและนิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จะหายจากโรค อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการรักษาแบบประคับประคองกำลังได้รับความสนใจจากทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทยดำเนินการมา 10 กว่าปีแล้ว ตั้งแต่เริ่มพัฒนาระบบบริการ การเรียนการสอน และระบบบริการในคณะแพทยศาสตร์เกือบทุกสถาบัน และโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษายาก โรคที่มีความซับซ้อนหรือมีอาการหนัก เช่น โรคมะเร็ง โรคไต เป็นต้น

บางส่วนตั้งเป็นหอผู้ป่วยโดยเฉพาะ แยกสัดส่วนการรักษาจากผู้ป่วยอื่น ให้เป็นสถานที่พักผ่อนของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดสถานที่รักษาแบบกึ่งบ้าน และแยกเป็นอาคารเพื่อให้ง่ายต่อการดูแลหรือเป็นห้องแยก และมีจิตอาสาข้างเตียงคอยดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยซึ่งมีประมาณ 20 คน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ พุดคุยและมีกิจกรรมร่วมกันได้มากขึ้น ทั้งนี้ได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

หากญาติมีความต้องการให้ผู้ป่วยไปพักผ่อนที่บ้านก็สามารถทำได้ โดยทีมสหวิชาชีพจะแนะนำการดูแลรักษาทั้งเรื่องอาหารและยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทุกขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นเป็นลำดับเพื่อให้ญาติเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด มีระบบให้ญาติโทรสอบถามแพทย์และพยาบาล ผู้ดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมงเช่นกัน หรือจัดส่งหน่วยเยี่ยมบ้านออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก 1-2 สัปดาห์เพื่อดูอาการพร้อมให้คำแนะนำกับญาติ

สถานการณ์ผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบันว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์ เป็นต้น จำนวนมาก รวมกว่า 4 ล้านราย โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือโรคมะเร็ง เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 60,000 กว่าราย แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และโรคมะเร็งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมาก โดยเฉพาะอาการปวดจาก



อวัยวะภายในที่เซลล์มะเร็งลุกลามไป²

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและความสูญเสียต่างๆ ได้
4. เพื่อให้ได้ทำภารกิจต่างๆ ที่ยังห่วงกังวลให้สำเร็จ
5. เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

การดูแลด้านร่างกาย

แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อนำไปสู่การดูแลและรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตนั้นอาจพบอาการบางอย่างได้³ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิตจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นและไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้น ตัวอย่างของอาการหรืออาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ได้แก่

1. ความเจ็บปวด พบบ่อยมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบ่งเป็น

1. Somatic Pain คือ อาการปวดที่บอกตำแหน่งได้ชัดเจน เช่น ปวดจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูก

² ASTV ผู้จัดการออนไลน์ 11 ตุลาคม 2557 13:33 น. <http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117098> search on October 21, 2014

³ Palliative care. NCCN Guidelines Version 1.2014; page 6-33.

2. Visceral Pain คือ อาการปวดที่บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ปวดภายในลึกๆ ซึ่งมักมีอาการร่วมกับ Autonomic Symptoms เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

3. Neuropathic Pain ลักษณะอาการปวดจะเป็นแบบปวดแสบร้อน ปวดเหมือนถูกไฟช็อต ปวดแปล็บๆ

การประเมินอาการปวด ควรประเมินความรุนแรงของการปวด ตำแหน่งที่ปวด และ ตำแหน่งที่ปวดร้าว ลักษณะการปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่ออาการปวด อาการร่วมอื่นๆ รวมทั้งผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ หรือการเข้าสังคม เป็นต้น ประวัติการปวดก่อนหน้า และประวัติยาที่ใช้ปัจจุบัน

การรักษาอาการปวดใช้หลักบันได 3 ขั้นของ WHO (World Health Organization) ^{4,5}

1. ขั้นที่ 1 อาการปวดเล็กน้อย (mild pain) ใช้ Non-Opioid และ/หรือ Adjuvant
2. ขั้นที่ 2 อาการปวดมากขึ้นหรือต่อเนื่อง (Increasing หรือ Persisting Pain) ใช้ Opioid และ/หรือ Non-Opioid และ/หรือ Adjuvant
3. ขั้นที่ 3 อาการปวดรุนแรงและต่อเนื่อง (Severe or Persisting Pain) ใช้ Opioid และ/หรือ Non-Opioid และ/หรือ Adjuvant

2. ความเบื่ออาหาร ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารเป็นปกติ ญาติไม่จำเป็นต้องฝืนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพราะอาจทำให้สำลักหรือคลื่นไส้ อาเจียนได้ การเบื่ออาหารทำให้ผู้ป่วยมีระดับคีโตนในเลือดสูงขึ้นและคีโตน

⁴ WHO. Cancer pain relief and palliative care. Geneva. WHO1996.

⁵ โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Pain education: Gateway to Palliative care. 2553.



จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดลง ทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นอีกด้วย

นอกจากอาหารแล้ว การดื่มน้ำอย่างน้อยลง หรืออาจไม่ดื่มเลย แต่เชื่อว่าอาจเป็นผลดีต่อผู้ป่วย คือ ทำให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก สบายขึ้น ผู้ดูแลอาจดูแลรักษาความชื้น ของช่องปาก ริมฝีปาก โดยอาจใช้สาลีชุบน้ำแตะที่ปาก และเย็บูเท่านั้น

3. ความอ่อนเพลีย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความอ่อนเพลียมาก จนขยับตัวไม่ได้ ผู้ดูแลควรหมั่นพลิกตัว บีนวดหรือบริหารทางข้อ จะป้องกันการเกิดแผลกดทับและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จะมีอาการแสดงได้ 2 แบบ

4.1 รูปแบบที่พบส่วนใหญ่ (Usual road) คือ จะรู้สึกตัวน้อยลง จนหมดสติไปในที่สุด

4.2 มีอาการกระวนกระวาย สับสน หุนหุนวาย (Difficult road) บางรายอาจใบหน้าบิดเบี้ยว เหมือนเจ็บปวด หรือมีอาการชักร่วมด้วยได้

แม้ช่วงผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวแต่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ได้ ญาติจึงควรปฏิบัติเหมือนผู้ป่วยยังรู้สึกตัว ทั้งการพูดคุย สัมผัส จับมือ เป็นต้น

5. การขับถ่าย ผู้ป่วยจะเสียการทำงานของหูรูด ทำให้กลิ่นปัสสาวะ อูจจะระไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักมีปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติก่อนเสียชีวิต

6. การกลืน ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยจะเสียไป มีสารคัดหลั่งคั่ง ทำให้เวลาหายใจเข้าออกจะมีเสียงดัง ควรหยุดให้อาหารและน้ำทางปาก อาจใช้ยาลดเสมหะร่วมด้วย ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ อาจใช้ลูกยางแดงดูดเบาๆ เพราะทำให้ระคายเคืองได้

สรุปการดูแลทางกาย

- การบรรเทาอาการปวดอย่างเต็มที่ หมายถึง การใช้ยาแก้ปวดทุกชนิด ทั้ง Sedation, NSAID, Opioids
- การรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการ ดังกล่าวข้างต้น ตามความเหมาะสม
- การรักษาพิเศษที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ล่วงหน้าว่าประสงค์จะทำหรือไม่ ก่อนเสียชีวิต ได้แก่
 - o การให้ NG Tube Feeding
 - o การให้ IV Fluid การให้สารอาหารทางหลอดเลือด
 - o การให้เคมีบำบัด
 - o การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง
 - o การใส่ Endotracheal Tube/Ventilator
 - o การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป ICU หรือให้อยู่หอผู้ป่วยที่มีญาติเฝ้าได้

การดูแลด้านจิตใจ³

สำหรับการดูแลด้านจิตใจ รวมถึงสังคม และจิตวิญญาณ ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสอยู่กับญาติ มีโอกาสได้ระบายสิ่งค้างคา หรือรำลา สิ่งเสียจัดการ ชะระที่ค้างคาหรือไม่สบายใจ ทำตามความหวัง และความประสงค์เท่าที่จะทำได้ ให้ความรักและความเห็นใจ ให้โอกาสผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อทาง ศาสนาตลอดจนให้ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึง และให้นึกถึง สิ่งดีงาม สิ่งที่เป็นกุศลที่ได้ทำมา

เป้าหมายสำคัญในการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเพื่อ ให้มีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้อย่างกล้าหาญและมีศักดิ์ศรี มีโอกาส

³ Palliative care. NCCN Guidelines Version 1.2014; page 6-33.



บอกลา หรือขอโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือซึ่งจะช่วยให้มีกำลังใจและมีความหวังว่าจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปดินแดนของพระเจ้าตามความเชื่อ

แนวทางการรับและการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

ในปี 2257 ทางมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้รับบริจาคที่ดิน (ผู้บริจาคไม่ประสงค์ออกนาม) จำนวนทั้งหมด 44 ไร่ เพื่อให้จัดสร้างสถานที่เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านการรักษา การพยาบาล การให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คณะทำงานซึ่งมี ศ.แสวง บุญเฉลิมโอภาส เป็นประธาน และมี ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์ ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิการบดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในขณะนั้นเป็นที่ปรึกษา ได้วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์โดยเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล โดยมีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ บรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ได้ทำภารกิจต่างๆ ที่ยังห่วงกังวลให้สำเร็จ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หรือมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และญาติสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและความสูญเสียต่างๆ ได้

ในระยะเริ่มต้นศูนย์จะรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ก่อนเท่านั้น แต่จะมีแพทย์ผู้ดูแลประจำในเวลาเป็นผู้พิจารณารับ และให้การรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลประสานมาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และแพทย์เวรดูแลนอกเวลาราชการ

การบริหารยาให้ผู้ป่วยกลับบ้านมาจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เป็นหลัก โดยทางศูนย์จำเป็นต้องมียาแก้ปวดรวมถึงระดับมอร์ฟิน ชนิดฉีด รับประทาน

หรือแปะ หรือยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิตเบื้องต้น เช่น ยาพ่น โดปามีน หรืออะดรีนาลีน ไว้ในบางกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดปัญหาฉุกเฉินซึ่งยังยอมรับไม่ได้

อย่างไรก็ตามศูนย์มีวัตถุประสงค์ที่จะเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบกึ่งบ้าน หรือก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการดูแล หรือปรับยาให้แก่ผู้ป่วย และให้คำอธิบาย แนะนำ หรือพูดคุยกับญาติ ดังนี้

- แพทย์จะให้การรักษา หรือคำแนะนำการเปลี่ยนแปลงทางกายในผู้ป่วย เพื่อการดูแลทางกายที่เหมาะสมและสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน และมีแนวทางการติดตามที่บ้าน
- กรณีที่ผู้ป่วยและญาติอาจไม่สะดวกที่จะกลับบ้าน แพทย์จะให้การรักษาที่ศูนย์ ร่วมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติ โดยมีพยาบาลร่วมให้การพยาบาล เมื่อผู้ป่วยพร้อมจึงพิจารณาให้กลับบ้าน และมีแนวทางการติดตามที่บ้าน
- หากผู้ป่วยอาการหนักขึ้น ญาติยอมรับได้ แพทย์พึงให้การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และแนะนำให้ความมั่นใจกับญาติ

นอกจากนั้นศูนย์จะเป็นที่รวมแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านการรักษา การพยาบาล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งการแพทย์และกฎหมายโดยอาจมีการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขในบริเวณใกล้เคียงศูนย์ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



15.

ถอดบทเรียนการจัดตั้ง
ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์
เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ถอดบทเรียนการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*

ผศ.ดร.ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนักสังคมวิทยาสุขภาพและการตาย



เป็นที่ทราบกันดีว่า มุมมองหรือแนวคิดที่ฝังรากลึกอยู่ในแต่ละสังคมล้วนเป็นสิ่งที่จะพลิกเปลี่ยนอย่างฉับพลันได้โดยยาก เพราะแนวคิดของมนุษย์นั้นล้วนผูกพันอยู่กับความเชื่อและบริบทของสังคมที่ต่างก็หล่อหลอมให้มนุษย์ตัดสินใจและกระทำการต่าง ๆ ตามที่ตนได้พบเห็นหรือมีประสบการณ์มา จึงไม่แปลกที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาประมาณหนึ่งในการทำให้มนุษย์ยอมรับและเข้าใจกับสิ่งที่ตนไม่เคยรู้จักมาก่อน และที่สำคัญไปกว่านั้น คือการเป็นบุคคลที่ยืนหยัดในแนวคิดที่ตนเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม รวมถึงกล้าที่จะริเริ่มกระทำในสิ่งที่ตนเชื่อว่าจะเหมาะสมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง **“ศาสตราจารย์ แสง บุญเฉลิมวิภาส”** อดีตอาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คืออีกหนึ่งในกลุ่มคนที่พยายามขับเคลื่อนระบบการดูแลในระยะท้ายของชีวิตหรือ Hospice Care ในประเทศไทย จนก่อให้เกิดเป็น **“ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์”**

ระบบการดูแลแบบ Hospice หรือ Hospice Care คือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นระบบที่รองรับความต้องการของผู้ป่วย คอยช่วยเหลือบรรเทาอาการปวดเพื่อคลายความทุกข์ทรมาน และจัดการให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

* ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ต่ออาการ เน้นการให้การดูแลที่บ้าน อันเป็นการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Hospice Care จากการให้คำอธิบายของ The National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) องค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเข้าถึงและพัฒนากระบวนการดูแลแบบ hospice ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้นิยามไว้ว่า *“Hospice focuses on caring, not curing and in most cases care is provided in the patient's home. Hospice care also is provided in freestanding hospice centers, hospitals, and nursing homes and other long-term care facilities. Hospice services are available to patients of any age, religion, race, or illness. Hospice care is covered under Medicare, Medicaid, most private insurance plans, HMOs, and other managed care organizations.”*¹

กล่าวคือ Hospice Care เน้นการดูแล ไม่ใช่การรักษา โดยส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแลที่บ้าน สามารถให้การดูแลทั้งในศูนย์ Hospice ในโรงพยาบาล บ้านพักคนชรา หรือในสถานที่ที่ให้การดูแลระยะยาวในรูปแบบสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ระบบการดูแลแบบ Hospice มีไว้สำหรับผู้ป่วยทุกช่วงอายุ ทุกศาสนา ชาติพันธุ์ และทุกโรค

ศ.แสวง ได้ชิมชั้บแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากการได้ร่วมงานกับ ศ.เกียรติคุณ พญ.สุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิกงานด้าน Palliative Care และ End-of-life Care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อเวลาผ่านไปจึงมองว่าโรงพยาบาลธรรมศาสตร์มีศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เช่นกัน จึงได้ริเริ่มโครงการโดยการนำแนวคิดนี้ไปปรึกษา ศ.ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ซึ่งเล็งเห็นถึงประโยชน์ของ Hospice Care ที่จะเกิดขึ้นแก่สังคมไทยในอนาคต

¹ Hospice care. (2017, March 4). Retrieved from National Hospice and Palliative Care Organization: <https://www.nhpc.org/about/hospice-care>



ดังนั้น แนวคิดการจัดตั้งสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น
ประมาณปี พ.ศ. 2556 ศ.แสวง นำแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์ Hospice
ไปเสนอต่อผู้มีจิตกุศลเรื่องการบริจาคที่ดิน ผู้ที่มีจิตอันกุศลท่านดังกล่าวได้
ตัดสินใจบริจาคที่ดินจำนวน 22 ไร่ และบริจาคเพิ่มอีก 22 ไร่ในเวลาต่อมา
รวมเป็นจำนวน 44 ไร่ โดยไม่ประสงค์ออกนาม เพราะต้องการบริจาคที่ดินให้
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จัดสร้างสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่าง
สงบ ซึ่งจะเป็นคุณูปการแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากที่กำลังเฝ้ารอให้ชีวิต
ถึงจุดสิ้นสุด

ในระยะแรก การก่อตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ต้องเผชิญกับ
ความท้าทายและอุปสรรคมิใช่น้อย ทั้งในด้านการผลักดันแนวคิดสู่รูปธรรม
และการขอสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ
เรื่อง hospice care กับบุคลากรและสาธารณชน

เนื่องจากที่ดินอยู่ห่างจากถนนพหลโยธินประมาณ 1 กิโลเมตร และทาง
เข้าสู่ที่ดินเป็นถนนลูกรัง ศ.แสวง จึงประสานผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มธ. เพื่อติดต่อเรียนเชิญ นายประเสริฐ ค่ายทอง นายกเทศมนตรีเมือง
คลองหลวง และ นายไทย ทองปราง นายกเทศมนตรีท่าโหลง และคณะ เข้าร่วม
ประชุมกับอธิการบดี มธ. เพื่อชี้แจงโครงการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ใน
วันศุกร์ที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2557

หลังจากที่ได้ทราบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ทางนายก
เทศมนตรีและคณะต่างก็เห็นด้วยกับแนวคิดเช่นนี้ รวมถึงให้ความช่วยเหลือ
ในการทำถนนใหม่ อันเป็นถนนคอนกรีตเข้าสู่สถานที่ตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์
ธรรมรักษ์

การนำทรัพยากรชุมชนมาใช้ในการสร้างสิ่งใหม่ ๆ ไม่สามารถที่จะกระทำ
ได้ด้วยตัวของผู้นำเพียงอย่างเดียวโดยขาดความเห็นชอบจากผู้ที่อยู่อาศัยจาก
ชุมชนนั้นๆ การจัดตั้งศูนย์ฯ และการทำถนนคอนกรีตก็เช่นกัน ศ.แสวงคำนึง
ถึงความสำคัญในส่วนนี้ เนื่องจากศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ และแนวคิดการ

ดูแลแบบประคับประคองนั้น จะไม่สามารถดำรงอยู่ได้หากปราศจากการยอมรับ และร่วมมือของชุมชนโดยรอบ ดังนั้น การเสริมสร้างให้เกิดความรู้และความเข้าใจในศูนย์ Hospice จึงเป็นสิ่งสำคัญ ตรงบริเวณทางเข้าศูนย์ฯ จึงได้มีการติดป้ายประกาศแจ้งแก่ผู้ที่อยู่ในชุมชนด้วยนั่นเอง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 ศ.แสวง เสนอของบประมาณในการดำเนินโครงการ แต่ต้องพบกับปัญหาความไม่เข้าใจในแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและ hospice care เนื่องจากมีความเข้าใจว่า ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็น บ้านพักคนชรา (Nursing Home) ซึ่งแนวคิดพัฒนาบ้านพักคนชราให้เติบโตขึ้นในประเทศเป็นสิ่งขัดต่อความเชื่อและวัฒนธรรมอันดีงามของคนในสังคมไทย

อย่างไรก็ดี แนวคิดของการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ไม่ได้มีขึ้นเพื่อสนับสนุนให้เกิดการแยกผู้สูงอายุออกจากความสัมพันธ์ของครอบครัว แต่ในทางปฏิบัติแล้ว แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องมีส่วนร่วมจึงจะสำเร็จได้ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ที่มีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวกให้การดูแลทางการแพทย์ได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลภายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ครอบครัวจึงเป็น “ฐานราก” ของการจัดการให้การดูแลแบบ Hospice นั้นเอง ศ.แสวง จึงเห็นว่า ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับ Hospice Care นั้นยังมีอีกหลายประเด็นที่ต้องได้รับการชี้แจงให้กระจ่างชัดตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

“หลายปีที่ผ่านมา มีคนเข้ามาถามผมว่า อาจารย์กำลังทำอะไรอยู่? คิดว่าทำ nursing home เขาจะขอมาอยู่ด้วยตอนแก่ แต่ก็ต้องบอกว่า ไม่ใช่ แสดงว่าความเข้าใจในเรื่องนี้ของสังคมยังจำกัดและต้องมีสิ่งที่จะต้องทำอีกมาก ... แต่การของบประมาณตั้งศูนย์จะเป็นตัวบอกว่า แนวคิดนี้จะได้รับการ



สนับสนุนในอนาคตหรือไม่ โครงการที่ผมเสนอเป็นโครงการแรก ถ้าโครงการ ของผมไม่ผ่าน ก็จะทำบ้างสำหรับโครงการอื่น ๆ”

ด้วยเหตุนี้ เมื่อการเสนอของงบประมาณในครั้งแรกไม่ประสบผลสำเร็จ ศ.แสวง และ ศ.ดร.สมคิด จึงได้ยื่นชี้แจงหลักการและเหตุผลตลอดจนความจำเป็นของ hospice care ต่อสำนักงบประมาณเสียใหม่ ส่งผลให้เกิดการนำเรื่องเข้ามาพิจารณาในที่ประชุมสำนักงบประมาณใหม่อีกครั้ง และได้รับการอนุมัติงบประมาณในท้ายที่สุด โดยบุคคลหนึ่งที่มีส่วนช่วยชี้แจงในเรื่องนี้คือ ศาสตราจารย์ ดร.พนัส สิมะเสถียร

การทลายปากรแห่งความเข้าใจผิดของที่ประชุม จึงเป็นเสมือนก้าวแรกในการนำแนวคิด Hospice มาสู่ความเข้าใจของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรม และศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ก็เป็นที่ตั้งสัญลักษณ์หนึ่งท่ามกลางแนวคิด Hospice Care ที่ถูกขับเคลื่อนอยู่ทั่วไปผ่านหลากหลายสถาบัน

ความตั้งใจจริงของ ศ.แสวง และ ศ.ดร.สมคิด สะท้อนให้เห็นถึงการต่อสู้กับความเข้าใจของสังคม ซึ่งกว่าจะมาเป็นศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ได้นั้น จำเป็นต้องยืนหยัดในความเชื่อและแนวคิดของตนเป็นอย่างมากนั่นเอง

เมื่อได้รับงบประมาณแล้ว ศ.ดร.สมคิด จึงมีคำสั่งตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์ ตามที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1. เป็นศูนย์ให้การบำบัดที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน
2. ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิตและอยู่ในระยะท้ายของชีวิต
3. เป็นศูนย์บำบัดในลักษณะที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการบำบัด
4. เป็นศูนย์ให้คำปรึกษาด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในระยะสุดท้าย

และเพื่อให้การดำเนินการบรรลุตามเป้าวัตถุประสงค์ดังกล่าว ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จึงไม่เพียงแต่เป็นโครงการที่ดำเนินการด้วยตัวเอง หากแต่ผูกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ เพื่อให้ศูนย์ฯ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ในลักษณะที่เป็นสถานพยาบาล ภายใต้โรงพยาบาล และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ก็นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีภารกิจในการให้บริการวิชาการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไป และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติชั้นคลินิกของคณะแพทยศาสตร์

ปัจจุบัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 541 เตียง

การผูกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ทำให้ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ สามารถเข้าถึงทรัพยากรของโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้การบริหารจัดการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มีประสิทธิภาพ เช่น การถ่ายโอนผู้ป่วย การดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ การจ่ายยา การให้ยืมอุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์ รวมไปถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ ก็สามารถทำให้เป็นระบบได้ เป็นการเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรง



เกณฑ์การรับผู้ป่วยสู่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

ระบบการรับผู้ป่วยเข้ามายังศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จำเป็นต้องมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เพื่อสามารถทำให้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยเกณฑ์การรับจะเป็นดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะป่วยด้วยโรคชนิดใดก็ตาม เช่น มะเร็ง หลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคไตวายระยะสุดท้าย
2. ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิต อันก่อให้เกิดความทรมานทางกายและระบุไว้ชัดเจนในแผนการรักษา

ระบบการดูแลภายในศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาแล้ว จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดย WHO ได้ให้นิยามการดูแลเช่นนี้ว่าคือ “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.”² (WHO, 2017) กล่าวคือ เป็นรูปแบบการเข้าถึงที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และญาติที่เผชิญหน้ากับอาการเจ็บป่วยอันนำไปสู่การเสียชีวิต ผ่านการป้องกัน

² WHO. (2017). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>



และบรรเทาอาการความเจ็บปวด โดยอาศัยการวินิจฉัยอย่างถูกต้องแม่นยำ การรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องจากการดูแลของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ มีหลักการสำคัญ อันคำนึงถึงทั้งตัวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. เป้าหมายสำหรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ผ่านการจัดกิจกรรมและระบบการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการครบทุกด้าน โดยไม่แยกด้านหนึ่งด้านใดออกจากกัน

● การดูแลด้านร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธที่จะเข้ารับการรักษาในรูปแบบที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องแบกรับอาการป่วยของตนจนกว่าจะสิ้นชีวิต ผู้ป่วยระยะท้ายจึงต้องการวิธีการในการขจัดความเจ็บปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคที่ผู้ป่วยแต่ละรายเผชิญอยู่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามกระบวนการทางการแพทย์ และผู้ป่วยที่ตัดสินใจหยุดการรักษาด้วยตนเองมักจะมีอาการปวด มีความลำบากด้านการหายใจ มีแผลกดทับ ไม่สบายกาย สิ่งเหล่านี้เป็นอาการทางกายที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ให้การดูแลช่วยเหลือ บรรเทาอาการ เพื่อเพิ่มความสบายกายให้แก่ผู้ป่วย อันจะนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดี ปราศจากความทุกข์

● การดูแลด้านจิตใจ

นอกเหนือจากความรู้สึกเป็นสุขจากความสบายกายแล้ว ยังเน้นการให้การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขท่ามกลางบรรยากาศของความเป็นครอบครัว ซึ่งที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ กำหนดให้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการ



ดูแลต้องมีญาติผู้ดูแลมาอยู่ด้วย อย่างน้อย 1 คน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวว่าตนโดดเดี่ยว การมีแพทย์คอยหมั่นเวียนเข้ามาดูแล และมีพยาบาลประจำอยู่ด้วยตลอด 24 ชั่วโมง ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและวางใจมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มีที่ตั้งอยู่แยกห่างจากโรงพยาบาลใหญ่อย่างโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประมาณ 5 กิโลเมตร มีพื้นที่โดยรอบเป็นของตนเอง ทำให้ตัดขาดจากความวุ่นวายและสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยระยะท้ายได้ ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จึงมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เสมือนเป็นบ้าน มีห้องทำกิจกรรมและห้องพักผ่อนเป็นสัดส่วน มีการออกแบบให้ห้องพักผู้ป่วยทุกห้องหันหน้าออกสู่สวน ซึ่งทางศูนย์จะทำการปลูกต้นไม้และพืชหลากหลายพันธุ์ จัดให้มีลำธารไหลผ่านเป็นสภาพแวดล้อมที่สงบร่มรื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ผ่อนคลายนั่นเอง

นอกจากนี้ ในกรณีมีการเสียชีวิตขึ้น ยังมีการจัดสถานที่เก็บร่างผู้เสียชีวิตไว้แยกออกห่างจากอาคารที่พัก เป็นการตัดสิ่งแวดลอมที่รบกวนจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากการเสียชีวิตก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความเศร้าโศก จึงได้แยกออกเพื่อให้ผู้ป่วยอื่นที่เข้ารับการดูแลไม่ต้องสัมผัสถึงบรรยากาศเช่นนั้นและได้ใช้เวลาที่อยู่ในศูนย์ฯ จำนวน 2 สัปดาห์อย่างไรซึ่งความกังวลอื่น ๆ

“

“ศูนย์ Hospice care ไม่ควรอยู่ในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้มีบรรยากาศเหมือนโรงพยาบาล ควรอยู่ห่างแต่ไม่ไกลกันจนเกินไป ... เพราะที่นี้คือบ้านหลังที่ 2 ที่ญาติจะมาอยู่ด้วย ตั้งแต่ต้นไม้มาก็จะไม่ปลูกต้นไม้ ต้นไทรเพราะไม่ใช่ชีวิต แต่จะปลูกพืชสมุนไพร พืชผักสวนครัว และผลไม้อย่าง กล้วย มะม่วง มะพร้าว ให้เหมือนเป็นบ้าน สำหรับผู้ป่วยหรือญาติเวลาที่อยากกินอะไรก็สามารถไปเอามาได้ คนที่ยังขยับร่างกายได้ ก็จะได้ทำกิจกรรมมานั่งทำ เช่น พับกระดาษจากใบตองเพื่อนำไปทำบุญ”

”

● ด้านจิตวิญญาณ

ศาสตราจารย์แสวงได้เปิดมิติการตีความคำว่า “จิตวิญญาณ” ให้กว้างไกลมากยิ่งขึ้น โดยมองว่าเป็นส่วนที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทางศูนย์จำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่ยืดหยุ่น เนื่องจากการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการตอบสนองต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างไปในแต่ละบุคคล

ผู้ป่วยแต่ละรายต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งศูนย์ฯ จำเป็นต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและให้การดูแลแบบที่ไม่ยึดติด หรือคิดจัดการไปเองโดยไม่สนใจความเห็นผู้ป่วย นอกจากนี้ทางศูนย์ฯ ยังคำนึงถึงการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรและญาติ ผู้ดูแลอีกด้วยว่า “จิตวิญญาณ” ไม่ใช่เรื่องของศาสนาเสมอไป แต่คือการทำตามความต้องการของผู้ป่วย ตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำแล้วมีความสุข ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ตั้งแต่เรื่องที่อยู่ธรรมดาดังอย่างการ “กอดสุนัข” หรือ “การฟังเพลง” เป็นต้น

“

“คำว่าจิตวิญญาณอาจไม่ใช่เรื่องของศาสนา แต่คือการช่วยทำตามความต้องการของผู้ป่วย ตอนนี้บ้านเราเข้าใจคำว่าจิตวิญญาณว่าเป็นเรื่องของศาสนาเท่านั้น เราไปทำสิ่งที่เขาไม่ได้ต้องการ บางคนเอาบทสวดไปให้ฟัง ซึ่งมันไม่ใช่ เราต้องเคลียร์ตรงนี้ให้ชัด และบางที จิตวิญญาณอาจไม่ใช่เรื่องที่เรานึกถึงอย่างบางคนอยากจะทำกอดสุนัขที่บ้านมาก เราก็อุ้มมาให้เขากอดสิ อุ้มมาให้เขากอดซะ นี่ก็คือจิตวิญญาณ ที่ไม่ใช่เรื่องของกาฟังเพลงเพียงอย่างเดียว”

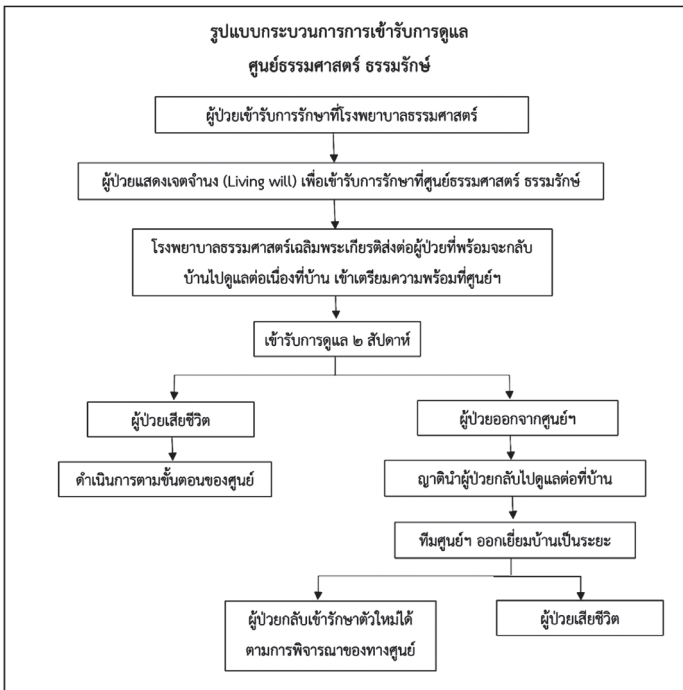
”



● การดูแลทางสังคม

เริ่มต้นจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะมารับการดูแล กำหนดแนวทางการรักษาด้วยตนเองผ่านการดูแลของแพทย์ด้วยการแสดงเจตนา (Living will) สะท้อนให้เห็นถึงการเปิด “พื้นที่ทางสังคม” ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ได้นำอาการป่วยมาเป็นการลิดรอนสิทธิ์ในการเป็นเจ้าของชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเข้ามาয়ক্ষุมย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์แล้ว

การที่ทางศูนย์ฯ ได้เปิดให้มีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่จำกัดขอบเขต ผู้ป่วยและญาติสามารถออกมาพบปะพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่อกันได้ อีกทั้งยังสามารถเก็บผักผลไม้ที่อยู่รอบตัวศูนย์ฯ มารับประทาน ประกอบอาหาร หรือทำงานฝีมือได้



การได้ทำกิจกรรมหรือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณยังสามารถกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้ ก่อให้เกิดพื้นที่แห่งการยอมรับและชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะท้ายยังคงเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มิใช่ว่าเมื่อป่วยเป็นโรครยะท้ายแล้วบทบาทที่มีคือการนอนอยู่บนเตียงแค่นั้น

ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์จึงเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้มีพื้นที่ในการแสดงตัวตนและความต้องการของตนต่อสังคมอย่างแท้จริง

หนึ่งในกรณีตัวอย่าง คือ การที่ญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งมีอาชีพเป็นคุณครู เมื่อมาโรงพยาบาลก็พบผู้ป่วยเด็กชายหนึ่งที่มาเข้ารับการรักษาอยู่เป็นประจำจนต้องขาดเรียนอยู่เสมอ คุณครูท่านนั้นจึงนำรูปภาพพระบายสีมาให้เด็กทำเป็นกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเบื่อที่ต้องอยู่โรงพยาบาล

“จริง ๆ แล้ว การตายดีมันก็รวมไว้ด้วยหลายอย่าง เช่น อาการทางกายก็ดี ไม่ปวด สงบ ไม่เหนื่อย ทางใจคือไม่กังวล ได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ซึ่งแต่ละคนมันก็ไม่เหมือนกัน มันจึงเป็นทั้งด้าน จิตใจด้วย จิตวิญญาณด้วย”

รศ.พญ. นงลักษณ์ คณิตทรัพย์

2. เป้าหมายสำหรับญาติผู้ดูแล

ความพร้อมและความเข้าใจของญาติผู้ดูแลนับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมและเพื่อขับเคลื่อนแนวคิดของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ให้ประสบผลสำเร็จ ทางศูนย์ฯ จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแล เริ่มต้นตั้งแต่การให้ญาติมีสิทธิในการเข้ามาพังกาศัยชั่วคราว



พร้อมกับผู้ป่วยได้อย่างน้อย 1 คน โดยจะมีห้องพักสำหรับญาติให้ คู่ไปกับห้องพักของผู้ป่วย กล่าวคือ มีห้องจำนวน 40 ห้อง แบ่งเป็นห้องสำหรับผู้ป่วยจำนวน 20 เตียง และห้องสำหรับญาติอีก 20 ห้องนั่นเอง



ต่อมาคือการให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลประจำศูนย์ตลอด 2 สัปดาห์ เป็นการสอนการให้ยาบรรเทาอาการปวด การดูแลพื้นฐาน การจัดการแผลกดทับ เรียนรู้การใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น เช่น เครื่องให้ออกซิเจน รวมทั้งความรู้ด้านโภชนาการ การรับมือกับภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยในการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่เพื่อรองรับการกลับบ้าน จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้หยิบยืม ตลอดจนให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย เป็นต้น

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้ารับการดูแลอยู่ภายในศูนย์ได้ครั้งละไม่เกิน 2 สัปดาห์ แต่ภายหลังจากกลับบ้านแล้วทางศูนย์ฯ ยังคงมีการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลติดต่อโทรศัพท์เข้ามาสอบถามได้ตลอดเวลา มีการส่งทีมสหวิชาชีพไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และลงเยี่ยมในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลยามที่จำเป็นอีกด้วย

ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์เป็นสถานที่ที่ช่วยบรรเทาภาวะทางจิตใจ อันเต็มไปด้วยความกังวลและแรงกดดันที่ญาติผู้ดูแลต้องแบกรับ ให้การช่วยเหลือญาติตั้งแต่เริ่มต้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจไปแล้ว แต่ทางศูนย์ฯ ก็ยังคงคำนึงถึงจิตใจของญาติ โดยการให้การดูแลที่ยึดตามแนวคิด Grief and Bereavement ซึ่งก็คือการเรียนรู้จากความสูญเสีย กล่าวคือ ศูนย์ฯ จะเป็นผู้มอบพวงหรีดพวงแรกให้แก่ครอบครัวของญาติผู้เสียชีวิต เป็นพวงหรีดที่มีรูปแบบต่างจากปกติ เพราะมีรูปแบบเป็นผืนผ้าลักษณะคล้ายของเงินและด้านบนเขียนเป็นคำกลอนที่อาจารย์เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ ศิลปินแห่งชาติเป็นผู้แต่ง ส่วนด้านล่างระบุวามมาจากศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

**“ให้ใจ อยู่กับใจ ได้รู้สึก ให้หายใจ ลึกลึกล เมื่อนึกได้
ให้อยู่กับ ความว่าง ที่กลางใจ สะอาดใส สว่างภพ สงบงาม”**

(ประพันธ์โดย อาจารย์เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์)

ขอร่วมระลึกถึงผู้จากไป

จากคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์

และแทนการให้การแสดงความเสียใจ ทางศูนย์ฯ จะจัดทำสมุดเล่มเล็ก ๆ ให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเขียนข้อความที่ตนต้องการจะบอกในหน้าด้านขวา และในแต่ละหน้าด้านซ้ายของสมุดจะคัดสรรบทธรรมะมาพิมพ์ไว้เพื่อให้เป็นข้อความเตือนใจ เช่น โอวาทของพระพุทธเจ้าก่อนปรินิพพาน และธรรมะของครูบาอาจารย์หลายๆ ท่าน รวมถึงคอยยื่นส่งญาติเวลาเขากลับไปจากศูนย์ฯ ด้วยเช่นกัน



การสร้างความตระหนักรู้จากความสูญเสีย จะทำให้ญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะความเศร้าหมอง ก่อให้เกิดการยอมรับในการสูญเสีย และเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตของตนต่อไปได้

การที่ญาติได้เข้ามาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ จะเป็นการกล่อมเกล่าให้ญาติยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย และยังได้ใช้เวลา ร่วมกัน ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพียงเท่านี้ความสูญเสียจึงไม่ใช่การจากลาที่เศร้าหมองเสมอไป หากแต่เป็น ความร่วมยินดีที่บุคคลที่ตนรักได้จากไปอย่างไร้ความทรมาน สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั่นเอง

ศ.แสวง ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ สถานที่และสิ่งแวดล้อมของศูนย์ ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ อีกว่า จะมีการสร้างศาลาแปดเหลี่ยมกลางน้ำที่มีการ ตกแต่งด้วยลวดลายของเทวดานางฟ้า มีสะพานข้ามไปให้เหมือนข้าม พันสังสารวัฏ ตกแต่งอย่างสวยงามเพื่อให้เป็นสถานที่ที่ญาติอยู่ร่วมกันเป็น ครั้งสุดท้าย มีพระพุทธรูปปางลีลาที่กำลังย่างเท้า ให้ญาติรู้สึกเหมือนว่าท่านมา พาผู้เสียชีวิตไป

นอกเหนือจากศาสนาพุทธแล้ว ทางศูนย์ยังมีการรองรับการปฏิบัติของ ศาสนาอื่น คือมีห้องสำหรับศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์แยกออกมาต่างหาก ให้อีกด้วย นับว่าเป็นทั้งแนวคิดที่ให้เกียรติในความตายของผู้ที่ล่วงลับ และ ให้ความสำคัญต่อชีวิตของผู้ที่ยังคงอยู่ เป็นการทำให้ศูนย์ hospice เป็น สถานที่ที่มากกว่าแค่คำจำกัดความว่าเป็นสถานพยาบาลนั่นเอง

สุดท้ายแล้ว จากหลักการในการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ทั้งหมดนี้ คือการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ที่ยังมีลมหายใจ มีความ รู้สึก มีความปรารถนา เป็นการให้ความสำคัญต่อคุณค่าของการมีชีวิต และ สิทธิในการที่จะเลือกวิถีทางแห่งชีวิตของตนเองจวบจนหมดลมหายใจสุดท้าย หรือกล่าวได้ว่าผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตของตนอย่างคุ้มค่าและมีความสุขนั่นเอง





สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ