การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี
ADVANCED CARE PLANNING FOR PEACEFUL DEATH

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)[1]
สำลี สาลีกุล วท.ม. (Sumlee Saleekul, MS.)[2]
นิภาพร อภิสิทธิวาสนา สด. (Nipaporn Apisitwasana, Ph.D.)[3]
มณีรัตน์ เทียมหมอก พย.ม. (Maneerat Thiammok, M.N.S.)[4]

บทคัดย่อ

ช่วงชีวิตของมนุษย์นั้นพยาบาลเข้าไปมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลตั้งแต่เริ่มเกิด แก่ เจ็บ และ ตาย มนุษย์ทุกคนคาดหวังว่าชีวิตทั้งของตนเองและคนที่ตนรัก เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีความสุขสบาย และเมื่อต้องตายไม่อยากให้มีความทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบสุข ในปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก เราไม่ปฏิเสธการรักษาที่หวังผลให้หาย แต่สุดท้ายแล้วมนุษย์ทุกคนย่อมหนีความตายไม่พ้น แต่การรักษาอาจยังดำเนินอยู่เป็นการยื้อชีวิต แม้แพทย์ทราบดีว่าไม่อาจทำให้ผู้ป่วยรอดจากความตายแต่ก็ไม่สามารถหยุดการรักษาลงได้เพราะอาจเกิดปัญหาทางกฎหมายระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติได้ และในการทำหัตถการบางอย่างอาจเพิ่มความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจไม่ต้องการ แต่ไม่มีความรู้ และไม่กล้าที่จะตัดสินใจ ดังนั้นการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ตามความต้องการของตนเอง และทุกข์ทรมานน้อยที่สุดในบทความนี้จะกล่าวถึง ความหมายของการตายและการตายดี การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ความแตกต่างระหว่างการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้ากับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต การเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า; การตายดี

[1,2,3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ [1]Email: kitsanaporn.t@bcn.ac.th,*
[2]Email: sumlee.s@bcn.ac.th, [3]Email: nipaporn.a@bcn.ac.th
[4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: manerat.t@bcn.ac.th

Abstract

The human life cycle starts at the prenatal stage and ends with death. The nurses play a vital role to provide nursing care in every stage. At the end of life, the humans expect their own lives and their beloved ones whom do not suffer from diseases and die peacefully. In the present, modern medical is very advanced and effective for patient treatments. The humans try to keep themselves alive from getting advanced treatments although they experience incurable diseases. Even the physicians realize it is impossible to treat incurable diseases, they could not end up their treatments because of the laws. Lack of knowledge and being difficult to make a decision about peaceful death lead the patients and their relatives' choices to go on the treatments even these may make them be painful or suffering.

Consequently, advance care planning is needed to improve quality of care at the end of life and to promote patient's peaceful death. This article states the definitions of death and peaceful death, advanced care plan, the differences between an advanced care plan and a living will, and a preparation of advanced care planning.

Keywords: Advanced Care planning; peaceful death

บทนำ

การตายดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนคาดหวังเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คนบางคนโชคดีจากไปอย่างไม่เจ็บปวดทรมาน เช่น นอนหลับไม่ตื่น ไหลตาย ฯ แต่อีกหลายคน เช่น คนที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ไม่มีโอกาสรักษาหายขาด เช่น โรคไตระยะท้าย (end stage renal disease [ESRD]) โรคมะเร็งระยะท้าย (terminal stage cancer) อาจไม่โชคดี เนื่องจากความก้าวหน้าด้านความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถให้การรักษาทำให้มีการยืดชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกไป จนวาระสุดท้ายของชีวิตยังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือนวดหัวใจเพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพบางกรณีกลายเป็นประเด็นที่นำไปสู่ความขัดแย้งทางจริยธรรม

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีอาการปวดจากโรค หรืออาจมีการลุกลามจนไม่สามารถหายใจได้เองจะถูกยืดชีวิตต่อด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและจากการรักษาสุดท้ายผู้ป่วยมีลมหายใจแต่ไร้ซึ่งความสุขสบาย ครอบครัว ญาติ รวมทั้งทีมสุขภาพต้องเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจในการดูแลซึ่งในบางกรณีเกิดความขัดแย้ง หาข้อสรุปไม่ได้ เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นโดยไม่มีการเตรียมรับกับสถานการณ์ไว้ก่อน และที่สำคัญการตัดสินใจอาจเป็นไปหรือไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยก็ได้ และการตัดสินใจบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกับความถูกต้องทางกฎหมาย เช่น ในผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่หัวใจยังเต้นอยู่แพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต ญาติผู้ดูแลเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยต้องการให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ ปัญหาคือ “ใคร” จะเป็นผู้ตัดสิ้นว่าควรหรือไม่ควรถอดท่อช่วยหายใจ และหากญาติมีความเห็นไม่ตรงกันอาจนำมาสู่การฟ้องร้องได้ในภายหลัง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และลดความขัดแย้งระหว่างญาติและทีมสุขภาพ ทำให้มีความพยายามจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแล และออกกฎหมายเพื่อช่วยลดความขัดแย้งในเรื่องนี้

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่ในประเทศไทยเริ่มมีการตื่นตัวและสนใจสองแนวคิดนี้เพื่อให้มนุษย์ได้รับการดูแลตามความต้องการตามเจตนาของตนคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์จนถึงวาระสุดท้ายและจากไปอย่างสงบ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (living will [LV]) ในอเมริกาเริ่มให้ความสนใจราวปี คศ. 1969 โดย Luis Kutner นักเคลื่อนไหวด้านมนุษยชนและนักกฎหมายชาวอเมริกา (Kutner, 1969; Wikipedia, 2009) มีผลในทางกฎหมายเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องมาจากกฎหมายการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Act) ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ปี ค.ศ. 1976 เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต (หรืออีกความหมายหนึ่งคือยืดความตายออกไป) ก่อนจะแพร่หลายไปยังรัฐและประเทศอื่นๆ ในประเทศออสเตรเลียมีการพูดถึงอำนาจในการกระทำแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย (powers of attorney) ประมาณปี คศ. 1998 และอีกหลายประเทศเช่น แคนนาดา อังกฤษ เยอรมัน สิงคโปร เริ่มให้ความสนใจในเวลาช่วงปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาตามสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีหลายประเด็นที่พูดถึง เช่น คำสั่งการรักษาล่วงหน้า (advance directives, advance medical directive, health care advance directive) การการุณยฆาต (euthanasia) และ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care planning [ACP]) (Wikipedia, 2009) ในประเทศไทยให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและเมื่อปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และมีการกำหนดไว้ในมาตรา 12 ว่าบุคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2553 โดยกฎหมายนี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 จึงเริ่มมีการพูดถึงการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าบุคลากรพยาบาลอาจยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องนี้

ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขส่งผลกระทบต่อการตายดี นำมาซึ่งการนำเสนอบทความนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ที่เกี่ยวกับความหมายของการตายและการตายดี การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ความแตกต่างระหว่างการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้ากับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต การเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

ความหมายของการตายและการตายดี

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2554 ให้ความหมายของคำว่า ตาย เมื่อเป็นคำกริยาว่า สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต เช่น สภาวะสมองตาย (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554) วงจรชีวิตปกติของมนุษย์คือเกิด แก่ เจ็บ ตาย การตายจึงเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ช่วงชีวิตในวงจรชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกัน การตายดีจึงเป็นความคาดหวังที่ทุกคนต้องการเมื่อถึงจุดสุดท้ายของชีวิต

คำว่า "ตายดี" การให้ความหมายขึ้นอยู่กับความคิดเห็น ความเชื่อ ประสบการณ์ชีวิต และความต้องการของแต่ละบุคคลนอกจากนี้ยังขึ้นกับวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมของสังคมและท้องถิ่นอีกด้วย

ได้มีการให้ความหมายของตายดี เช่น การตายด้วยจิตใจที่ยอมรับและรับรู้ความตายด้วยสติสัมปชัญญะและปัญญา การตายด้วยจิตใจที่อยู่เหนือความตายนั่นคือ ไม่กลัว ไม่ห่วงกังวล ไม่กระวนกระวาย และปล่อยวางทุกอย่าง (ไม่มีเรา-ไม่มีเขา ไม่มีฉัน-ไม่มีเธอ ไม่มีของฉันและไม่มีของเธอ) มีแต่ธรรมชาติและการกลับคืนสู่ธรรมชาติด้วยความสงบศานติเท่านั้น (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552) การตายด้วยจิตใจที่ยอมรับและรับรู้ความตายด้วยสติสัมปชัญญะและปัญญา ตายด้วยจิตใจที่อยู่ เหนือความตายคือไม่กลัว ไม่ห่วงกังวล ไม่กระวนกระวาย ปล่อยวางทุกสิ่ง (ไพศาล วิสาโล, 2552)

การตายดีตามการับรู้ของผู้ป่วยให้ความหมายว่าเป็นการตายที่เป็นเหมือนการหลับไปโดยปราศจากความเจ็บปวดและเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ไม่เกิดความทุกข์ทรมานก่อนตาย รวมถึงเป็นการตายที่เป็นไปอย่างสงบโดยปราศจากความกังวล (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554) การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบผู้ป่วยให้ความหมายว่าเป็นการตายอย่างสงบเสมือนการนอนหลับไปตามธรรมชาติ โดยปราศจาก

ความทุกข์ทรมานทางกายจากความเจ็บปวดและทางใจคือไม่มีความห่วงกังวล (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558) ไม่ว่าการ "ตายดี" จะมีความหมายที่แตกต่างหลากหลายอย่างไร คนส่วนใหญ่ต้องการที่จะตายอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดทรมาน ตายอย่างมีความสุขในอ้อมกอดของคนที่ตนรักและรักตน ในสถานที่และในบรรยากาศที่ตนชอบ แต่ความต้องการนี้ยากที่จะเป็นจริงได้หากไม่มีการวางแผนชีวิตล่วงหน้า เพราะเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีใครอยากนึกถึงความตาย อยากมีโอกาสกลับมามีชีวิตที่ยืนยาวใช้ชีวิตอยู่กับบุคคลที่ตนรักหรือถ้าเป็นครอบครัวก็จะไม่อยากให้คนที่ตนรักจากไปจึงต้องพยายามแสวงหาวิธีในการให้การดูแลรักษา ดังนั้นการวางแผนการดูแลจะเกิดขึ้นต้องเกิดจากการยอมรับของทั้งทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การการดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจหารือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแล สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า สามารถใช้ได้กับผู้ใหญ่ทุกขั้นตอนของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (The National Council for Palliative Care [NCPC], 2008)

องค์ประกอบหลักของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการแต่งตั้งผู้แทนการตัดสินใจแทนและการ

ปฏิบัติตามคำสั่งการดูแลล่วงหน้าประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554; NCPC, 2008)

1. Patient preference สิ่งที่คนไข้ต้องการให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง ซึ่งจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อคนไข้รับรู้แล้วว่าตนเองเป็นโรคอะไร ระยะของโรคอยู่ขั้นไหน และการรักษาได้ผลเป็นอย่างไร เช่น อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ขอให้ได้กล่าวคำขอบคุณ เสียใจ ขอโทษ และให้อภัยกับใคร อยากให้ใครอยู่ด้วยหรือไม่อยากเห็นหน้าใครตอนนั้น อยากทำหรืออยากให้ใครทำอะไรให้ จะสวดมนต์ หรือเปิดเพลงอะไรให้ฟัง สถานที่ที่อยากจะไป เป็นต้น เรื่องนี้ไม่มีข้อกฎหมายรองรับแต่เป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญกว่า ผู้ที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยต้องมีศิลปะในการสื่อสารเข้าใจในความรู้สึก ในขั้นตอนนี้อาจต้องมีการเตรียมค่อยเป็นค่อยไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า เกิดความวิตก หรือทุกข์ใจ ถ้าการดำเนินการในขั้นตอนนี้เกิดการยอมรับ จะช่วยให้การดำเนินการขั้นตอนที่สอง หรือ advance directive ประสบความสำเร็จมากขึ้น

2. Advance decisions คือ advance directive หรือ living will เป็นการแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว สอดคล้องกับมาตรา 12 ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งระบุว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง และเป็นสิ่งที่แพทย์จะต้องวินิจฉัยก่อนปฏิบัติตามว่าคนไข้อยู่ในภาวะนั้นหรือถึงเวลาที่จะต้องปฏิบัติตามแล้วหรือยัง การตายตามเจตนาของผู้ป่วยตามกฎหมาย คือตายตามธรรมชาติมิใช่การเจตนาตายหรือฆ่าตัวตาย

3. Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยต้องมีการวินิจฉัยจากพทย์ก่อนว่า คนไข้อยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้วหรือยัง

ความแตกต่างระหว่างการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้ากับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัวและผู้ดูแลรักษาคือบุคลากรสุขภาพเพื่อ

ตามองค์ประกอบ 3 ข้อที่กล่าวมาข้างต้น กระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก่อนระยะใกล้ตายเป็นการเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ผลลัพธ์ที่ควรติดตามคือผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามที่แสดงเจตนาไว้หรือไม่เมื่อถึงเวลานั้น ไม่ใช่ผู้ป่วยทำเอกสารหรือไม่

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเอกสารที่เน้นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร คล้ายกับหนังสือยินยอมการรักษาหรือหนังสือยินยอมการผ่าตัด จัดทำขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรเช่นในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีประเด็นหลักเรื่องการปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การเจาะคอ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง และความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้านหรือการเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ หรือเขียนไว้ในรูปแบบอื่นซึ่งในเวปไซด์ของ ThaiLivingWill มีตัวอย่างของหนังสือแสดงเจตนาฯ ของบุคคลต่างๆ ในสังคม เช่น นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เป็นต้น โดยหนังสือจะมีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจจะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ โดยวิธีสื่อสารตามปกติ หรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายความรวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวรด้วย (persistent vegetative state [PVS]) คือยังมีชีวิตอยู่แต่ไม่สามารถรับรู้อะไรได้

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเน้นที่กระบวนการไม่ใช่ตัวเอกสาร หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาต่างๆ ในวาระสุดท้ายของชีวิตถือเป็นหนึ่งในกระบวนการของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อเป็นหลักฐานให้ชัดเจนเป็นข้อยุติของปัญหาสำหรับการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยเองเพื่อป้องกันการฟ้องร้องในภายหลัง หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นแนวทางลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์กับญาติเพื่อปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย แต่การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการปรึกษาหารือกันในเรื่องวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นการสื่อสารที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและความพึงพอใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคต โดยได้รับการส่งเสริมเพื่อปรับปรับคุณภาพการดูแลรักษาในช่วงปลายของชีวิต เพื่อเป็นหลักประกันว่าเป้าหมายของการดูแลรักษาสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน ควรมีการเตรียมพร้อมในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องลดความตึงเครียด การจัดการกับความปวด และอาการต่างๆ การเตรียมตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมรับกับสิ่งที่คาดการณ์ไว้ รวมไปถึงมีการสนับสนุนในด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อเติมเต็มชีวิต และจัดการปัญหาความสัมพันธ์ ตลอดจนดูแลผู้ป่วยอย่างเป็น มนุษย์ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

การเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

การเตรียมตัวตายเมื่อกล่าวคำนี้เป็นเรื่องที่พูดได้ยากมากซึ่งความจริงแล้วมนุษย์ทุกคนไม่มีใครที่จะหลีกหนีความตายได้ คนทุกคนเกิดมาแล้วต้องตายแน่นอนและเมื่อเรายังอยู่ในวัฏสงสารคงยังต้องมีการเกิดและดับ แต่การที่ทีมสุขภาพจะกล่าวถึงเรื่องความตาย การเตรียมตัวตายนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ฟังเองรับรู้และเข้าใจในทางลบ ในความเชื่อของคนทั่วไปเหมือนเป็นลางร้ายและเป็นการพูดแช่ง ทำให้เกิดความยากลำบากสำหรับ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและรับฟังยิ่งไปกว่านั้นอาจจะตีความว่า แพทย์ไม่มีความสามารถในการรักษา โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่ดีพอในการรักษา จากการวิเคราะห์งานวิจัยและบทเรียนจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยนายแพทย์เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ปัญหาอุปสรรคของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าประกอบด้วย

การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว

การที่บุคคลคนหนึ่งเจ็บป่วยไม่ว่าจะด้วยโรคใดๆ ก็ตามการที่เขามารับการรักษาที่โรงพยาบาลความคาดหวังคือจะต้องมีอาการดีขึ้น การที่ใครจะพูดถึงเรื่องการเตรียมตัวตายจึงอาจจะไม่ได้รับความร่วมมือ เช่นในวิจัยของ วัลภา คุณทรงเกียร (2554) ในงานวิจัยเรื่องการตายดีตามการรับรู้ ในการเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากไม่คิดว่าตนเองจะต้องตาย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะพบว่ามีความกลัว 3 ประเด็น คือ 1. การที่ตนเองต้องเสียชีวิตอย่างเจ็บปวด 2. การที่ตนเองต้องเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และ 3. การที่ตนเองต้องเสียชีวิตพร้อมได้รับการรักษาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การใส่สาย การเจาะ การใส่เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้น ต้องมีการเตรียมอย่างเป็นขั้นตอนโดยเมื่อทราบผลการวินิจฉัยอย่างชัดเจนและต้องทำการรักษา ในการเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ควรเตรียมดังนี้

1) เตรียมในการแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน ในระยะนี้อาจต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ปรับตัวยอมรับ 2) เตรียมทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าซึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษา แต่เป็นการวางแผนเพื่อเตรียมรับกับอาการที่จะเกิดขึ้นซึ่งในการวางแผนตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ด้วยการตัดสิ้นใจควรยึดถือตามแผนที่ผู้ป่วยกำหนดขณะที่มีสติสัมปชัญญะ หรือผู้แทนที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสิ้นใจแทนในขณะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะตัดสิ้นใจได้

การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ และองค์การ

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเต็มความสามารถ หรือเรียกได้ว่า “ยื้อสุดชีวิต” แต่ปัจจุบันเริ่มให้ความสำคัญการดูแลแบบองค์รวมซึ่งคำนึงถึงการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแต่เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าโดยส่วนใหญ่มักจะทำตอนที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนอาจไม่มีความสามารถร่วมตัดสินใจ ซึ่งในกระบวนการที่ดีควรเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนป่วยมีการให้ข้อมูลทุกระยะ และเมื่อถึงระยะทรุดหนักจึงกังวลถึงปัญหาทางกฎหมายถ้าไม่มีการพูดจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะต่อทีมสุขภาพในการเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

วางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าทำอย่างไร: บทเรียนจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย ต้องมีการเตรียมความพร้อมความเข้าใจกับบุคลากรทางแพทย์เป็นสำคัญ จากการถอดบทเรียนของนายแพทย์เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ผู้ร่วมก่อตั้งหน่วยชีวันตาภิบาล (Palliative care) ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กล่าวถึงการเตรียมตัวของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ข้อเสนอแนะในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าดังนี้

1. ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญในการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า มีการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและมีรูปแบบเป็นแนวทางปฏิบัติเพราะจะช่วยลดปัญหาทางกฎหมายและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติมากขึ้น

2. มีการเตรียมบุคลากรโดยพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะของบุคลากร ถึงกระบวนการของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนแพทย์และพยาบาลที่จะต้องดูแลสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและเข้าใจถึงธรรมชาติของความตาย (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552; Sudore & Fried, 2010) ต้องมีทักษะของการสื่อสารได้ด้วยการพูด การฟัง การสัมผัส และการสื่อสารอื่นๆ เช่นทางสายตา กริยาท่าทาง (body language) ที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเชื่อถือ ศรัทธา และไว้วางใจ การฝึกหัดสื่อสารในเรื่องนี้บ่อยๆ จะทำให้มีความชำนาญและสามารถปรับวิธีสื่อสารได้เหมาะสม โดยผู้ที่จะดูแลในวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าควรจะมีคุณสมบัติ ดังนี้ (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552) 1) มีใจเมตตา มีความปรารถนาที่จะให้ผู้อื่น (ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม) มีความสุข มีใจกรุณา มีความสงสารคิดจะช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มีมุทิตา คือรู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี มีอุเบกขา คือมีความเที่ยงธรรม ความวางใจเป็นกลาง (สงบ) ซึ่งเป็นไปตามหลักพรหมวิหาร 4 2) มีจิตใจมั่นคงหนักแน่นเข้าใจเข้าถึงแก่นแท้ของการตาย และความตามซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ 3) กล้าพูดความจริง มีความจริงใจ โดยเหมาะสมกับกาลเทศะ ยึดหลักทางจริยธรรม 4) มีความสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสงบ พ้นจากความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจได้ตามสมควรแก่สภาพของผู้ป่วยและครอบครัว 5) มีความสามารถที่จะดูแลตนเอง ผู้ร่วมงาน ญาติมิตรผู้ป่วยและชุมชน ให้สถานการณ์หลังผู้ป่วยตายเป็นไปอย่างเรียบร้อยตามสมควรแก่อัตภาพ

3. เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยหรือผู้ประสงค์จะวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าแม้ว่าโอกาสที่จะมีคนสนใจน้อยมาก ส่วนการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าจากการถอดบทเรียนสะท้อนว่าควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือกระทรวงสาธารณสุขผ่านสื่อต่างๆ เพราะการประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลอาจไม่เหมาะสมในบริบทสังคมไทยในปัจจุบัน แต่อาจต้องมีการให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลในการวางแผนในกลุ่มโรคที่แพทย์ลงความเห็น

ว่าการรักษาตามแนวทางในปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หรือ โรคไตระยะท้าย โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกละเลยในการรักษา

ประโยชน์ของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า นอกจากมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติแล้วในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (กรมการแพทย์, 2557) ดังนั้นการที่มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจกับอาการเจ็บป่วยการดำเนินของโรคจนเกิดการยอมรับ จะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลและการรักษาแบบ invasive ลง แต่เป็นการดูแลแบบ conservative แทน ในการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจว่าไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษาแต่เป็นการดูแลเพื่อให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมีคุณภาพดีตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดั้งนั้นการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจน และต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย

บทสรุป

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้าย และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าจำเป็นต้องมีการเตรียมการร่วมกันทั้งในภาคประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีการเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้มีความพร้อมในการที่จะช่วยให้กระบวนการการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้ามีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ลดปัญหาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และญาติเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง ควรมีการริเริ่มด้วยการสร้างความตระหนักและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่บุคลากรด้านสุขภาพ การดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การขยายเครือข่ายการดูแล ผลักดันให้เกิดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามอัตภาพของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ มีระบบการส่งต่อข้อมูลพื้นฐานและภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม โดยยึดหลักการทำงานแบบ Humanize care มีการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้น 3 ด้าน คือ ความรู้สึก อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติ โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการวางแผนการให้การดูแลอย่างเหมาะสมตามสภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภท เช่น มารดาที่สูญเสียบุตร ผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งหรือพิการแต่กำเนิด ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เป็นต้น และต้องให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติในการให้การดูแลผู้ป่วย การถ่ายทอดประสบการณ์และการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดี มีวิธีการถ่ายทอดและเทคนิคในการเลือกสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้อง เข้าใจถึงการดำเนินของโรคที่ส่งผลกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง มีความจริงใจในการช่วยเหลือรวมทั้งมีจิตเมตตา ทั้งนี้ผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงเงินสนับสนุนภายนอกทั้งจากรัฐบาล ครอบครัวผู้ป่วย และการบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่จะมีส่วนในการส่งเสริมการตายดีด้วยการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557.* สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2554). *การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan).* สืบค้นจาก http://www.budnet.org/sunset/node/213

พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย ไพศาล ลิ้มสถิต และอภิราชย์ ยันธ์เสน (บรรณาธิการ) พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : บริษัท เอมี เนเตอร์ไพรส์ จำกัด.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, 19* (ฉบับเพิ่มเติม2). 1-12.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, 23*(3). 41-55.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี.* สืบค้นจาก https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7149

สันต์ หัตถีรัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี.* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554). *ความหมายคำว่า "ตาย".* สืบค้นจาก http://www.royin.go.th/dictionary/

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2009). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. สืบค้นจาก http://www.thailivingwill.in.th/content/หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย-ของชีวิต

Kutner, L. (1969). Due process of euthanasia: The living will, a proposal. *Indiana Law Journal, 44*(1), 539-554.

Sudore, R.L. & Fried T. R., (2010). Redefining the "Planning" in Advance Care Planning: Preparing for end-of-life decision making. *Annals of Internal Medicine, 153*(4), 256–261.

Wikipedia. (2009). *Advance health care directive.* Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Advance_healthcare_directive#cite_note-108

The National Council for Palliative Care (NCPC). (2008). Advance care planning: A guide for health and social care staff. Retrieved from http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/ AdvanceCare Planning.pdf