

แนวทาง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

แนวทาง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ
(สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)

ISBN : 978-616-11-4435-7

ที่ปรึกษา

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผศ.พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษากรมการแพทย์
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
พระปพนพัชร์ จิรธัมโม	เจ้าอาวาสวัดคำประมง

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์ชวัญชัย วิศิษฐานนท์

คณะผู้นิพนธ์

ดร.วิภาณี สุขเอิบ	รศ.ดร.ภญ.อรุณพร อัฐรัตน์
ดร.ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์	นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล
นายแพทย์ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์	นายแพทย์มนตรี หนองคาย
นางวันทนี เจตนธรรมจักร	นายพัฒนิกรณ์ ไวยสิงห์
นางสุนิสา รัตนศรีบัวทอง	พท.สันทัด ชมภูพงษ์
นางเกื้อจิตร แซ่รัมย์	นางพันธ์ทิพย์ แก้วดวงใจ
ภญ.ดลิดา ชั่งสิริพร	นายพิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน

บรรณาธิการ

นางเอื้อกานต์ วรโพธิ์

คณะทำงาน

นางกันทิมา สิทธิธัญกิจ	นางสาวธัญชนก ทับทิม
นางสาวบุษราภรณ์ ธนสีลังกูร	นางพรทิพย์ เทียนทองดี
นางสาวไลรัตน์ ศิริวงศ์	นางสาวธนาธิป ฉิมแพ
นางสาวกรรณิศา อนุสิน	

จัดทำโดย

กลุ่มงานวิชาการเวชกรรมและผดุงครรภ์ไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งแรก สิงหาคม 2563

จำนวนพิมพ์ 1,500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท เบสท์สตีป แอ็ดเวอร์ไทซิง จำกัด

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพและการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยและส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดี และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะท้ายของชีวิตแบบครบวงจร ซึ่งปัจจุบันสถานการณ์โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 5 อันดับแรกของประชากรไทย ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีประเด็นในการดูแลที่สำคัญหลายอย่างที่ไม้อาจจะเลย

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะที่มีบทบาทด้านวิชาการและเป็นหน่วยงานแกนกลางในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบประคับประคองแบบบูรณาการโดยชุมชน ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษ ก้าวจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 - 2568 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานโครงการขยายผลและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้ายโดยชุมชน มาอย่างต่อเนื่องภายใต้โครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี 2568 โดยในปี 2563 ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาระบบวิชาการและรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการที่ผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบัน และขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน จึงจัดทำคู่มือ “แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)” เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงานให้บุคลากรสหวิชาชีพได้นำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของสังคม โดยเชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการและองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรชุมชน ภาคีเครือข่ายผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอกราบขอบพระคุณพระอาจารย์ปพนพัชร จิรธัมโม ผู้ก่อตั้ง อโรคยศาล วัดคำประมง และขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ คณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้สละเวลาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ร่วมกันจัดทำคู่มือฉบับนี้ให้สำเร็จด้วยดี โดยคาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์แผนไทย บุคลากรสหวิชาชีพ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานและการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป



(นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คำปรารภ : มหิศวรรษย์ทางจิต มหิศวรรษย์สมุนไพรรไทย

หนังสือคู่มือที่ท่านทั้งหลายกำลังถืออยู่ในมือนี้ ไม่ใช่ว่าผลิตออกมาได้ง่ายๆ คณะทำงานสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และท่านผู้เชี่ยวชาญแต่ละเรื่องได้ช่วยกันร้อยเรียงออกมาจากหัวใจจิตหัวใจจริงๆ ต้องขออนุโมทนากับท่านทั้งหลายที่ทุ่มเทหัวสมอง เวลา ศรัทธา ความเพียร และความอดทนอันยิ่งยวด เพื่อให้ได้คู่มือเล่มนี้ออกมา แม้ในช่วงเวลาของวิกฤตโควิด - 19 ก็ยังประชุมคณะทำงานทางไกลผ่านระบบ ZOOM MEETINGS เพื่อให้ได้คู่มือเล่มนี้ออกมาทันกาลทันเวลาสู่สายตา โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของท่าน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยเป็นประการสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเยียวยารักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยไม่เกี่ยงงอนว่าจะมีการแพทย์ทันสมัยเข้ามาผสมผสานตามสถานการณ์และความเหมาะสมด้วยเหตุและปัจจัยต่างๆ

ก่อนอื่นต้องขอบอกว่าเพราะหลวงตาเคยอาพาธ เคยได้รับเคมี ฉายแสงและชบวนการรักษาในการแพทย์ทันสมัยมาทุกรูปแบบแล้ว สุดท้ายหลวงตาต้องขอมาสรุปตัวเองที่พลังจิต พลังสมาธิ พลังปัญญาและพลังแห่งสมุนไพรรไทย ด้วยความมั่นใจศรัทธาในพุทธคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณและสมุนไพรรไทยที่เพียรพยายามค้นคว้าวิจัยกันมากกว่า 25 ปี จึงเกิดเป็นสูตรตำรับยา “ยอดยวัดคำประมง” ซึ่งหลวงตาได้มอบให้เป็นสมบัติของชาติแล้ว และเพื่อการพัฒนาจึงเกิดโครงการวิจัยร่วมระหว่าง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และวัดคำประมง ในตำรับยา “ยอดยวัดคำประมง” ต่อไปให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น แน่นนอนกว่าเราจะได้ยาสมุนไพรรดีๆ ตำรับหนึ่งออกมานั้น มันต้องทุ่มเทสรรพกำลังทั้งชีวิต ความเสียสละและทุนทรัพย์มากมาย โดยในหัวใจมีแต่คำว่าเพื่อชาติและประชาชน เพื่อพระพุทธศาสนาและเพื่อนร่วมโลก ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดๆ เราก็สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย โดยเรามีสมุนไพรร เรามีหลักธรรมในใจ เรามีการดูแลแบบประคับประคองทั้งกาย จิต จิตวิญญาณ ครอบคลุมกระบวนการความที่มีอยู่ในหนังสือคู่มือที่ท่านกำลังถืออยู่นี้ ขอให้ทำความเข้าใจโดยถ่องแท้เป็นลำดับๆ ไป ซึ่งแน่นอนในแต่ละบริบทที่ท่านอยู่ย่อมแตกต่างกันไป ท่านก็สามารถนำคู่มือนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ปัจจุบันที่ท่านกำลังดำเนินการอยู่ อย่างเหมาะสมและลงตัว ขอให้ท่านมั่นใจและมั่นใจ ความสำเร็จย่อมบังเกิดตามมาอย่างแน่นอน

หลวงตา
พระอาจารย์ปพนพัชร จิรัธัมโม
เจ้าอาวาสวัดคำประมง
04.00 น. 3 มิถุนายน 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
คำปรารภ	4
บทนำ	7
ขั้นตอนการดำเนินงาน	9
นิยามศัพท์	10
แนวคิดและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ	11
ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ	12
บทที่ 1 โครงสร้างและกระบวนการจัดบริการ	13
บทที่ 2 การประเมินและการวินิจฉัย	17
- การประเมินและการวินิจฉัย (เกณฑ์ทั่วไป)	17
- การใช้เครื่องมือแบบประเมิน	17
- การประเมินและการวินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	18
บทที่ 3 การจัดการอาการ	20
บทที่ 4 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการตามหลักธรรมาณามัย	31
- จิตตานามัย	31
- กายานามัย	38
- ชีวิตานามัย	45
บทที่ 5 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตและการดูแลภายหลังเสียชีวิต	49
- การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต	49
- การดูแลภายหลังเสียชีวิต	55
- กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองผ่านเรื่องเล่า	57
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	71
1. กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	73
2. แบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย	84
- PPS	84
- ESAS	86
- แบบประเมินคุณภาพชีวิต	88
3. ตำรับยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง	90
4. อันตรกิริยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่กับยาสมุนไพรบำบัดมะเร็ง	99
5. ดรรชนีคำสำคัญ	102
6. รายนามผู้ร่วมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) ในหน่วยงานต่างๆ	105
7. รายนามคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ	107

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Integrative Palliative Care)	12
ภาพที่ 2 : แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ	16
ภาพที่ 3 : ตัวอย่างอาหารที่มีฤทธิ์ต้านมะเร็ง	41
ภาพที่ 4 : ตัวอย่างเครื่องดีมสมุนไพรบำบัด	42
ภาพที่ 5 : สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง	74

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1. การจัดการอาการโดยใช้ยาตำรับแผนไทยและยาจากสมุนไพร	22
ตารางที่ 2. การประเมินปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Five Stage Reaction: Kubler - Ross (1969))	32

หน้า

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย ที่อยู่ในกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 5 อันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 122,757 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 73,000 ราย แม้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบโครงสร้างการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ครอบคลุม ประชาชนเข้าถึงการบริการได้โดยสะดวก ปัจจัยทางการเงิน เศรษฐฐานะไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการตามความจำเป็น แต่ยังมีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ยังคงประสบกับความทุกข์ทรมาน ขาดความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพ และโครงข่ายทางสังคม ชุมชน ครอบครัวรองรับการดูแลแบบประคับประคอง การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการศาสตร์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและขยายผลการจัดบริการให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการฉบับนี้ เขียนขึ้นโดยคณะนักวิชาการที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ผนวกรวมกับประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการดูแลรักษา ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน อโรคยศาล วัดคำประมง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการผสมผสานความรู้วิชาการเข้ากับประสบการณ์แบบคำประมงโมเดล โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุม นิยามศัพท์ ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ ที่ผสมผสานทั้งแนวคิด การดูแลแบบการแพทย์ตะวันตก การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ มุ่งเน้นเป้าหมายที่ผลลัพธ์ คือ การจัดการอาการเจ็บป่วยที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและความสุขสบายทั้งในทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับด้านโครงสร้างการจัดบริการได้นำเสนอแนวทางการจัดระบบบริการที่เป็นรูปธรรมทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร การจัดการข้อมูลที่เชื่อมโยง มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ นำเอาเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย Palliative Care กระบวนการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานรวมกับการแพทย์แผนไทย พัฒนาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่บูรณาการการทำงานร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพ

เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ มีแนวทางการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างราบรื่นไร้รอยต่อ จึงได้รวบรวมและบูรณาการศาสตร์องค์ความรู้การแพทย์ตะวันตกเข้ากับการแพทย์แผนไทยเพื่อรวบรวมแนวทางและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การวินิจฉัยและการจัดการอาการที่สำคัญและพบบ่อยได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการร่วงซึมสับสนซึมเศร้า อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด อาการเหนื่อยหอบ รวมทั้งแนวทางการดูแลสุขภาพทั่วไปด้วยการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ การบริหารลมปราณ การแผ่เมตตาและการขอพร เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้รวบรวมแนวทางการดูแลด้านจิตใจ กาย ตามหลักธรรมานามัย โดยมีการประเมินและวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับระยะและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วย การดูแลระยะใกล้เสียชีวิตและการดูแลหลังการเสียชีวิตเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมานและเป็นการตายดี (Good Death) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว การจัดการอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การสนับสนุนทางสังคม การดูแลเพื่อประคับประคองอาการของผู้ป่วยให้มีความสุขทรมานลดลง ตายหรือจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในตอนท้ายของเอกสารเล่มนี้ได้รวบรวมกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จากประสบการณ์การดูแลผ่านเรื่องเล่าของผู้ป่วยมะเร็งวัดคำประมง และจัดทำภาคผนวก โดยได้รวบรวม นิยามความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นดรรรชนีเพื่อความสะดวกในการค้นหา ตัวอย่างของแบบประเมินด้านต่างๆ ที่ใช้บ่อย แนวทางการจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง ตำรับยาสมุนไพรไทยที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อาการท้องผูก อาการท้องอืดท้องเฟ้อ อาการท้องเสีย

ขออนุโมทนาสาธุการต่อกิจอันยิ่งใหญ่ที่หลวงตา พระอาจารย์ ดร. ปพนพัชร ภิบาลพัทธรณี เจ้าอาวาสวัดคำประมง ได้มีเมตตาจิตให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 16 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศจำนวนรวมมากกว่า 5,800 ราย ขอขอบคุณคณะนักวิชาการ ทั้งที่ร่วมเป็นผู้นิพนธ์ และคณะทำงานซึ่งได้ร่วมกันพิจารณาแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ให้คำแนะนำ เสนอแนะ ปรับปรุง จนเอกสารวิชาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วงออกมาได้ตามวัตถุประสงค์ทุกประการ เชื่อมั่นว่าเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่จะนำองค์ความรู้แบบบูรณาการเป็นองค์รวมไปขยายผลประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้กว้างขวาง ครอบคลุมสืบต่อไป ซึ่งนับเป็นบุญเป็นกุศลใหญ่ ที่ได้ปฏิบัติร่วมกัน เอื้อประโยชน์ต่อความพาสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว นำพาสังคมไทยไปสู่ศานติสุขยิ่งขึ้นไป

นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดทำโครงการและเสนอขออนุมัติงบประมาณ
2. ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการโดยแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ ประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง
3. ทบทวนวรรณกรรม / เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. จัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางการดำเนินงานการจัดทำคู่มือแนวทาง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)
5. กำหนดหลักเกณฑ์ และรูปแบบการจัดทำคู่มือฯ โดยนำผลจากการสำรวจความต้องการนำคู่มือไปใช้ ประโยชน์ในการปฏิบัติงานและการประเมินผลการทดลองใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ ซึ่งถอดบทเรียนจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนของอโรคยศาล วัดคำประมง (โมเดลวัดคำประมง) เป็นกรณีศึกษา และเชื่อมโยง องค์ความรู้ให้ผู้นำคู่มือนี้ไปใช้ประโยชน์ สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก คู่มือ / แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ของกรมการแพทย์และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในรูปแบบหนังสือและแหล่งความรู้ จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น เว็บไซต์ ลิงค์ ฯลฯ
6. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประชุมคณะกรรมการฯ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการจัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) (ฉบับร่าง) เสนอคณะกรรมการฯ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาทบทวน และวิพากษ์ เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา
7. นำเสนอองค์ความรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุขและสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังความคิดเห็นและประเมินผลการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) (ฉบับร่าง) ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการ
8. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ สรุป รวบรวมข้อมูลและจัดทำต้นฉบับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) เสนอคณะกรรมการฯ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาคำแนะนำของต้นฉบับ
9. จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเพื่อเผยแพร่และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ
10. กำหนดให้มีการติดตามและประเมินผลการนำคู่มือฯ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางการ ปรับปรุงและพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการในโอกาสต่อไป

นิยามศัพท์

- **การดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Integrative Palliative Care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวมด้วยกระบวนการทางการแพทย์แผนไทยตามหลักกรรมานามัย ผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาบรรเทาความทุกข์ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา มุ่งเน้นการให้ความสำคัญและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตและระยะหลังการสูญเสีย

- **การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)** หมายถึง วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (WHO)

หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยนั้นด้วย และหมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ (นิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย : สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ (ซึ่งปัจจุบันรอประกาศลงราชกิจจานุเบกษาอยู่)

- **การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตจำกัด เริ่มเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือ เคลื่อนไหวลดลง นิ่งและนอนเป็นส่วนใหญ่ของวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อเติมเต็มคุณภาพชีวิตและบำบัดความทุกข์ทรมานแบบองค์รวมทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ใช่การรักษาโรคให้หายขาดและการยืดชีวิตหรือเหนี่ยวรั้งความตาย เริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลช่วงใกล้เสียชีวิต ระหว่างเสียชีวิต และหลังเสียชีวิต การจากไปเป็นไปตามเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยที่แสดงไว้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

- **ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)** หมายถึง ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงานโดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

- **ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team)** หมายถึง กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

- **การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี
- **การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)** หมายถึง การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
- **คุณภาพชีวิต (Quality of Life)** หมายถึง การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในหลายๆ มิติของชีวิต รวมถึง สุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท
- **การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสีทิว ความประสงค์ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม
- **การตายดี (Good Death)** หมายถึง การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าการดูแลของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย
- **จิตวิญญาณ (Spirituality)** หมายถึง การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต
- **ธรรมานามัย** หมายถึง การดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับธรรมชาติตามหลักศาสนา ที่ให้ความสำคัญต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาทางสายกลางในการดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท มีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ
 - กายานามัย การดูแลทางร่างกาย โดยการดูแลด้านยา อาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย
 - จิตตานามัย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
 - ชีวิตานามัย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตในบริบทของสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว

แนวคิดและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Integrative Palliative Care)

เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม ควบคู่ไปกับการสร้างสรรค์สังคมและสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น เกื้อกูลต่อการสร้างเสริมสุขภาพทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลให้เข้มแข็ง ยอมรับความจริงของชีวิต พร้อมทั้งจะเผชิญหน้าและแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติปัญญาในการดำรงชีวิตอย่างสอดคล้องและอยู่ในดุลยภาพที่เหมาะสมอย่างเป็นระบบ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ โดยมีเป้าหมายการดูแลด้านจิตใจเป็นหลักและผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากความทุกข์ ความเจ็บปวด และอาการไม่สบายต่างๆ ซึ่งสามารถทำควบคู่กับการรักษาในทุกระยะของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดโดยไม่เร่งหรือชะลอความตาย ช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับความจริงและเผชิญภาวะของการสูญเสียได้ด้วยดีตามแนวคิด อยู่สบาย ตายสงบ งามพอตัว ครอบครัวสบายใจ (ดังแผนภาพที่ 1)

Integrative Palliative Care



แผนภาพที่ 1 : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Integrative Palliative Care) (คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ, 2562)

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวมตามหลักการแพทย์แผนไทย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแล รักษา บรรเทาอาการ อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ประเมินผลและวัดได้แบบเป็นสากล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงถึงด้านวัฒนธรรม ประเพณี สังคม และเศรษฐกิจครัวเรือนซึ่งเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทยโดยใช้หลักธรรมานามัย บนพื้นฐานของกฎหมายด้านสาธารณสุขและสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีโครงสร้างและกระบวนการจัดการดูแลแบบเป็นระบบ

บทที่ 1

โครงสร้างและกระบวนการจัดบริการ

การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการมีโครงสร้างและกระบวนการดูแล โดยทีมบุคลากรสหวิชาชีพและจิตอาสาช่วยดูแลบำบัด รักษา จัดการอาการไม่สุขสบายและอาการโรคของผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสาน โดยมีแนวทางการจัดระบบบริการเพื่อให้ดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. โครงสร้างการจัดบริการ

1.1 ด้านบุคลากร ในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. แพทย์ / จิตแพทย์ / แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์
2. พยาบาล
3. เภสัชกร
4. นักโภชนาการ
5. นักสังคมสงเคราะห์
6. นักจิตวิทยา
7. ผู้นำชุมชน/อาสาสมัคร/จิตอาสา
8. ผู้นำทางศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม

การจัดทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการ สามารถจัดได้ตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละหน่วยงาน ไม่จำเป็นต้องมีองค์ประกอบครบ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ และควรแบ่งขอบเขตการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพเพื่อความชัดเจนในการทำงาน โดยแพทย์แผนไทยในทีมสหวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพด้วยทัศนคติที่เป็นบวก
- วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการตรวจและการดูแลรักษา
- ตรวจ วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- อธิบายอาการ แผนการรักษา และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ
- การรักษาและจัดการอาการโดยใช้ยาสมุนไพร และไม่ใช้ยา
- สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและกำลังใจ
- ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
- ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา
- ให้คำปรึกษาแนะนำและการสอนญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

หมายเหตุ : กรณีมีการส่งจ่ายยากัญชาหรือตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ตามประกาศของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข แพทย์ผู้ส่งจ่ายยากัญชาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทย และได้รับใบอนุญาตการใช้กัญชาทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ด้านการจัดสถานที่หน่วยงานบริการ

1. มีการจัดห้องพักผู้ป่วยเป็นสัดส่วน หรือห้องส่วนตัว ที่ญาติสามารถเฝ้าได้
2. มีการจัดพื้นที่ เต็มของผู้ป่วย และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก
3. ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมและทำกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ตามความต้องการ โดยไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ใกล้ชิดธรรมชาติ มีแสงสว่างเพียงพอ ลักษณะที่ควรเป็นโทนสีอ่อน (ตามหลักของ Healing Environment)
5. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและญาติสามารถกดเรียกขอความช่วยเหลือได้สะดวก
6. มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการ / บ้านและชุมชน

2. กระบวนการจัดบริการ ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การบริการผู้ป่วยตามระบบบริการสุขภาพ
3. ญาติ/จิตอาสา / อาสาสมัคร มาร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประเมินสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือโดยนักสังคมสงเคราะห์
5. การประเมินสภาพจิตใจของครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล ว่ามีผลกระทบในเรื่องใดบ้าง เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเศรษฐกิจ การขาดงาน การขาดเรียน เป็นต้น
6. การส่งต่อจากหน่วยบริการเพื่อดูแลในวาระสุดท้ายที่บ้าน
7. ทีมเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
8. การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตและภาวะโศกเศร้าของญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

การจัดบริการ มีดังนี้

1. มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยและขอบเขตโรคตามเกณฑ์ผู้ป่วย Palliative Care ของกรมการแพทย์

เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย

การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเข้ารับบริการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพิจารณาจากเกณฑ์ตามกลุ่มอาการ / โรค และการประเมินสมรรถนะการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยขั้นต้น (General Criteria) ของกรมการแพทย์ (List Diseases) ก่อน และเขียน Consult เป็นลายลักษณ์อักษร

2. มีกระบวนการดูแลรักษาแบบองค์รวมด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันแบบบูรณาการ

การดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

- 1) การจัดการอาการโดยใช้ ยา morphine กัญชา ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน และการแพทย์ผสมผสาน เช่น สวดมนต์ สมาธิบำบัด และดนตรีบำบัด เป็นต้น
- 2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)
- 3) การจัดประชุมกลุ่มครอบครัว (Family Meeting)
- 4) การให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent)
- 5) การทำหนังสือแสดงเจตนาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ได้แก่

- การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย (Living Will)
- การแสดงเจตนาที่จะตายตามธรรมชาติหรือ AND (Allow Natural Death)
- การไม่ใช้ (Withhold) หรือการยุติการใช้ (Withdraw) เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพ

การดูแลรักษาทางการแพทย์แผนไทย

- 1) การจัดการอาการโดยใช้ยาแผนไทยและสมุนไพร
 - 1.1 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 1.2 ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ
 - 1.3 ยาแผนไทยที่อยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล
 - 1.4 ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
 - 1.5 ยาภูมิชาทางการแพทย์แผนไทย
- 2) การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา
 - 2.1 หัตถเวชกรรมไทย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย เป็นต้น
 - 2.2 ธรรมานามัย สมาธิบำบัด สติบำบัด กิจกรรมบำบัด ฯลฯ
3. การจัดการข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างทั่วถึง
4. การส่งต่อผู้ป่วยและการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่หรือชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

3. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Standard of Integrative Palliative Care)

1. สถานพยาบาลมีกระบวนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (Integrative Palliative Care) ทั้งในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามปกติ (Usual Care) และการดูแลเฉพาะด้านแบบประคับประคอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับการคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่การมารับบริการครั้งแรกและตามช่วงเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งเมื่อมีอาการบ่งชี้ทางคลินิก
3. ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการบอกกล่าวให้ทราบว่า การดูแลแบบประคับประคองจะบูรณาการผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคมะเร็ง
4. ทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ ทั้งระดับวิชาชีพและผู้ฝึกหัด
5. ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการมีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือให้การดูแลเฉพาะทางโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามการร้องขอ
6. สถานพยาบาลควรมีระบบในการติดตามคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองแบบบูรณาการ



แผนภาพที่ 2 : แสดงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

บทที่ 2

การประเมินและการวินิจฉัย

1. การประเมินและการวินิจฉัย (เกณฑ์ทั่วไป)**การประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม**

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) สรุปประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) และครอบครัว เป็นตัวย่อว่า “LIFESS” เพื่อให้ง่ายในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งอักษรแต่ละตัวมีความหมายครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม คำว่า “LIFESS” นอกจากหมายถึง การดูแลชีวิตของผู้ป่วยแบบองค์รวมไปจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ยังครอบคลุมถึงการดูแลชีวิตอีกหลายชีวิตที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ผู้ดูแลหลักและทีมที่เข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วย (ดูรายละเอียดได้จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ, 2561)

การใช้เครื่องมือแบบประเมิน (ดูรายละเอียดได้จากภาคผนวก)

1. การประเมินด้วย ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และความสบายกาย / ใจ

ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตอบ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเองได้) โดยระดับการวัดของอาการจะถูกแบ่งออกเป็นตัวเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

หลังจากประเมินด้วย ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษา

2. การประเมินด้วย PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลและใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าวๆ ของผู้ป่วย (Prognostic Value) เช่น

- ค่าคะแนน PPS มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่
- ค่าคะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-70 หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่จะอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน
- ค่าคะแนน PPS น้อยกว่า 30 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

3. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well Being) วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ประยุกต์จากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison (1982) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธัญญา น้อยเพียง (2545) โดยปรับข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด เนื่องจากนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้านคือ

3.1 ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างน้อย หมายถึง ความรู้สึกที่ชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย พึงพอใจในชีวิตตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

3.2 ความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการมีศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างน้อย 10 ข้อ และความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับคะแนน 6 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าระหว่าง 20-120 คะแนน จากข้อคำถาม 20 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 20 - 40 หรือ 1.00 - 2.66 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 41 - 99 หรือ 2.74 - 4.33 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 100 - 120 หรือ 4.34 - 6.00 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

หากต้องการนำแบบประเมินนี้ไปใช้สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ติดต่องานวิชาการ : 0-2218-1358

4. การประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมิน T - FLIC Version 2 (Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire) สร้างโดยชิปปเปอร์และคณะ (Schipper H & Levitt M, 1985) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุมิตรา ทองประเสริฐและคณะ (Thongprasert et al., 2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความพึงพอใจด้านร่างกาย สภาพจิตใจและการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่ (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good)

2. การประเมินและการวินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป การจับชีพจร การดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจร่างกายทางหัตถเวช เพื่อให้ทราบตำแหน่งและอาการที่ได้จากการสังเกตและการตรวจว่าเป็นอย่างไร

2. การวิเคราะห์ทางการแพทย์แผนไทย โดยตรวจอาการต่างๆ และซักประวัติตามอาการของกลไกการเกิดโรค เพื่อให้ทราบสาเหตุและความหนักเบาของโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่

1) อาการทางปิตตะ มีไข้กำเดา (ไข้ตัวร้อน) ปรากฏบ่อยครั้ง เป็นๆ หายๆ เนื้อตัวร้อน มีอาการสะท้อนร้อน สะท้อนหนาวมีแผลในปากหรือมีฝ้าที่ลิ้นจากไอความร้อนภายใน (กำเดา) เนื่องจากมีการอักเสบและบวม ไผ่ย่อยอาหาร (ไฟปริณามัคคี) ย่อยอาหารไม่ดี ผิวหนังที่เยว่น มีฝ้าปรากฏและมีสีเข้ม

2) อาการทางวาตะ ท้องอืด ท้องพอง รับประทานอาหารได้น้อย อิ่มท้องไปด้วยลม ปวดเสียดท้อง ลมในท้องวิปริตแปรปรวน เกิดเหน็บชาเนื่องจาก (คือ อาการตะคริวอันเกิดจากกระทบความเย็นที่ไม่ใช้โรคเหน็บชา)

3) อาการทางเสมหะ มีเสมหะ ไอเป็นเวลานานไม่หาย บางทีไอเป็นโลหิต ไอเป็นมอคร่อ ปัสสาวะ และอุจจาระวิปริตแปรไป ทั้งสี กลิ่น และซัดบ้าง ท้องผูกบ้าง ลงท้องบ้าง บางทีมีกลิ่นเหม็นคาวและมีโลหิตออกทางช่องทวารหนักและทวารเบา และปะระเมหะ (เป็นเมือกมัน) ต่างๆ แปรปรวนและผิดปกติจากเดิม

4) อาการทางปฐวีธาตุ (ธาตุดิน / อวัยวะธาตุ) ร่างกายผ่ายผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินไม่ได้ มีแผลฝีหนองและน้ำเหลือง มีก้อนทั้งภายในหรือภายนอกร่างกาย ปวดเมื่อยตามร่างกายเป็นกำลัง อ่อนกำลังหายใจเหนื่อยหอบ อาจมีฝีเปื่อยเน่าหรือเป็นหนอง บ้างเป็นป้างเป็นดานและเป็นมาน (อาการดับม้ามโต ท้องแข็ง ท้องโตบวม)

ทั้งนี้ อาการข้างต้นในผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจากน้อยไปหามากและจากเบาไปหนัก การรักษาอาการต่างๆ จึงต้องดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และรักษาอาการที่รุนแรงหรือหาสาเหตุหลักเป็นสำคัญ เช่น

- อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง ท้องอืดเฟ้อ (ไฟพริณามัคติหย่อน หรือพิการ)
- ปวดเสียดชายโครงขวา (จากก้อนหรือลมดันในท้อง) ลมปิตตะคุละมะ
- ท้องผูก ถ่ายยาก ชับถ่ายไม่ปกติ
- ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ร้อนเป็นตอนเย็นเป็นตอน (ไฟอุ่นกายทำงานผิดปกติ)
- เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กินไม่ได้

3. การประเมินอาการและมูลเหตุลักษณะของธาตุสี่ กำริบ หย่อน พิการ

กำริบ หมายถึง รุนแรงขึ้น ทำหน้าที่มากเกินไป เช่น โรครำริบ กิเลสกำริบ

หย่อน หมายถึง ทำหน้าที่น้อยลง หรือเลวลง

พิการ หมายถึง ทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม คือ มากเกินไป หรือน้อยเกินไป (ควบคุมไม่ได้ ไม่คงที่)

พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำริบ (7-10)

4. การประเมินความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบาย โดยใช้ แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) ประเมินความรุนแรงของอาการปวด หรือระดับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด (Pain Score) โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดจากน้อยไปหามาก มีคะแนน ตั้งแต่ 0 - 10 และการประเมินการเคลื่อนไหวแขน ขา ร่างกาย โดยประเมิน Motor Power และการรับรู้อื่นๆ ตามความจำเป็น

บทที่ 3

การจัดการอาการ

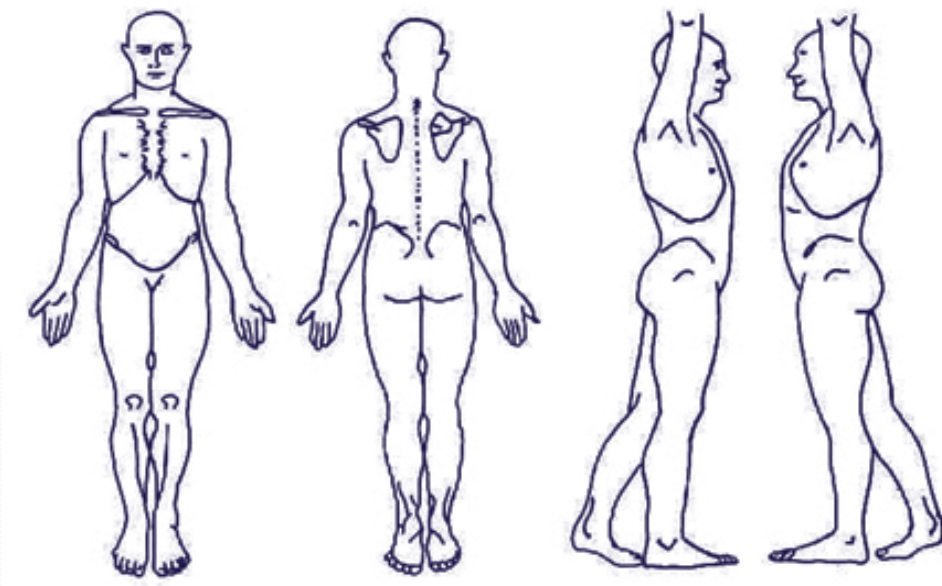
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือระยะท้าย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นและอาการไม่สบายต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจ การจัดการอาการปวดและความไม่สบายจึงควรเป็นไปอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นทักษะในการตรวจวินิจฉัยโรคและการประเมินอาการ เพื่อให้ทราบถึงสถานะการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องตามที่เป็นจริง เพื่อวางแผนการดูแลรักษาและแก้ปัญหาความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการจัดการอาการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ มีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการจัดการอาการต่างๆ ดังนี้

1. การจัดการอาการปวด (Pain)

อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้าย อาการปวดจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจ ดังนั้นการจัดการอาการปวดจึงควรเป็นไปอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้การประเมินอาการปวดตามหลักสากลและทักษะการวินิจฉัยอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการปวด โดยมีหลักการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินอาการปวด

1.1.1 ตำแหน่ง (Pain Position) สามารถประเมินได้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (Body Chart) ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งและหลายลักษณะ



1.1.2 ลักษณะความปวด (Pain Characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตึบๆ ปวดเหมือนถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว ปวดแบบจุกๆ แน่นๆ เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

1.1.3 ความรุนแรงของความปวด (Pain Intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ในกรณี que ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) คือจากคะแนน 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน Face Pain Rating Scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ

1.1.4 ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

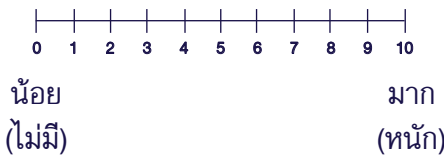
1.1.5 ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์

1.1.6 ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใช้ยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้ (*กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. 2558; หน้า 12 - 13*)

1.2 การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางการแพทย์แผนไทยมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุการเกิดโรค ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อโรคและอาการ รวมถึงการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาต่อผู้ป่วย ซึ่งการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายโดยการใช้ยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร ดังนี้

ตารางที่ 1. การจัดการอาการโดยใช้ยาตำรับแผนไทยและยาจากสมุนไพร

อาการ/อาการแสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อนพิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
ปวด (ท้อง)					- ยาบรเวทอาการ - หัตถการ (พอก / ประคบ)	1. ธาตุบรรจบ 2. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 3. ยาปรุงเฉพาะราย
ปวด (ตามร่างกาย / กล้ามเนื้อ)					- ยาบรเวทอาการ - หัตถการ (พอก / ประคบ / นวดสัมผัส ฯลฯ) - ฤๅษีตัดตน - สมานิบำบัด	1. ยาเถาวัลย์เปรียง 2. ยาโคคลาน (ผสม) 3. ยาผสมเถาวัลย์ เปรียง 4. ยาปรุงเฉพาะราย 5. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง)
จุก เสียด ท้องอืด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย					- ยาบรเวทอาการ - หัตถการ - ฤๅษีตัดตน	1. ขมิ้นชัน 2. ยาขิง 3. ยาธาตุบรรจบ* 4. ยาธาตุอบเชย* 5. ยาประสะกะเพรา 6. ยาเบญจกูล 7. ยาประสะเจตพังคี * ข้อควรระวังในการใช้ยา : ยาที่มีส่วนผสมของการบูร การใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจมีผลต่อตับ ไต
ท้องผูก					- ยาบรเวทอาการ - หัตถการ (นวด / ประคบท้อง) - ฤๅษีตัดตน	1. ยาตรีผลา 2. ยาชุมเห็ด* 3. ยามะขามแขก* 4. ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง 5. ยาธรณีลั่นทมชาติ 6. ยาเบญจอมฤต 7. ยาปรุงเฉพาะราย * ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ

อาการ/อาการ แสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
ท้องเสีย					- ยาบรบทาอาการ	1. ยาธาตุนรรจบ* 2. ยามันธาตุน* *ข้อควรระวังในการใช้ยา : ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ เท่านั้น
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด / ซูบผอม					- ยาบรบทาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเนาวโกฐ 3. ยาปรุงเฉพาะราย
เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง					- ยาบรบทาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. คุชไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปรุงเฉพาะราย
นอนไม่หลับ / หงุดหงิด					- ยาบรบทาอาการ - หัตถการ (นวดผ่อนคลาย คอ บ่า ไหล่ นวดศีรษะ)	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. คุชไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปรุงเฉพาะราย
ง่วงซึม สะสมสะสม					- ยาบรบทาอาการ - หัตถการ (นวดศีรษะ คลายเครียด นวดคอ บ่าไหล่)	1. ยาหอมเทพจิตร 2. ยาหอมอินทจักร์ 3. ยาปรุงเฉพาะราย

อาการ/อาการ แสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
มีไข้ / ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ร้อนภายใน					- ยาบรรเทาอาการ	1. ยาจันทน์ลีลา 2. ยาจันทฤทธิ์ 2. ยาเขียวหอม 3. ยาประสะจันทน์แดง 4. ยาฟ้าทะลายโจร 5. ยาหญ้าปักกิ่ง 6. ยามะระขึ้นก* 7. ยาปรุงเฉพาะราย *ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับ ยาลดน้ำตาลในเลือดชนิด รับประทาน หรือร่วมกับการ ฉีดอินซูลิน เพราะอาจทำให้ เกิดการเสริมฤทธิ์กันได้
คลื่นไส้ / อาเจียน					- ยาบรรเทาอาการ	1. ยาชิง (ซง) 2. ยาหอม 3. ยาหอมทิพย์โอสถ 4. ยาปรุงเฉพาะราย
วิตกกังวล / หงุดหงิด ไม่สบายใจ					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (นวด) - สมาริบำบัด - ดนตรีบำบัด - สวดมนต์บำบัด	1. ยาหอมอินทจักร์ 2. ยาสุขไสยาสน์ 3. น้ำมันกัญชา 4. ยาหอมเทพจิตร 5. ยาปรุงเฉพาะราย

นอกจากนี้ อาจพิจารณาใช้ตำรับยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ร่วมในการรักษา (ยาเสริม) ตามการพิจารณาสมุฏฐาน ให้สอดคล้องกับหลักเภสัชกรรมไทย (รสยาไม่ขัดกัน) เช่น ยาหอมทิพย์โอสถ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน ยาหอมอินทจักร์ ยาพอก หรือยาปรุงเฉพาะรายตามความจำเป็น และควรมีการประเมินอาการปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อปรับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยลดปวดได้

1.3 การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

1.3.1 การสัมผัส (Touching) โดยการวางมือลงบริเวณที่มีอาการ หรือ บริเวณใกล้เคียงที่มีอาการ ตามหลักเส้นประธานสิบ ความร้อนจากฝ่ามือและการสัมผัสจะส่งผลทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

1.3.2 หัตถเวชกรรมไทยหรือการนวดไทย (Nuad Thai) โดยทำหัตถการที่สอดคล้องกับระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิตเพื่อรักษาอาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย

1.3.3 การดูแลแบบองค์รวมโดยใช้หลักธรรมานามัย ประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

1.3.4 การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด ซึ่ก มณีเวช สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling) กิจกรรมบำบัด และสวดมนต์บำบัด เป็นต้น

กรณีตัวอย่าง

คนไข้ชายไทยอายุ 49 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย มะเร็งตับระยะสุดท้าย-Consult แพทย์แผนไทย ดูแลแบบประคับประคอง (TTM, Palliative Care) มีอาการปวดหลังและขาทั้ง 2 ข้าง ท้องพอง แน่นท้อง ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรค ลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใดๆ ปฏิเสธการให้ยากระตุ้นการทำงานของอวัยวะใดๆ PPS SCORE = 20

การดูแลรักษา

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี โดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในครั้งแรกๆ ที่เข้าพบ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความคุ้นเคยและความสบายใจที่จะบอกกล่าวข้อมูลต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแล เช่น ความกังวลใจ ความไม่สบายใจ และอาการเจ็บป่วยต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งมีใช้บทบาทหน้าที่ของแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ก่อนที่จะเข้าพบผู้ป่วยและญาติควรรับข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือ PCWN (Palliative Care Ward Nurse) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการร่วมกันวางแผนการดูแลรักษา

2. ใช้ยาพอก (สูตรเย็น) พอกบริเวณท้องที่พอง ครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกๆ 6 ชั่วโมง
3. ใช้ยาครีมพอก ทาบริเวณหลังและขาทั้ง 2 ข้าง เมื่อมีอาการ
4. การสัมผัส (Touching)
5. สติบำบัด หรือ สมาธิบำบัด หรือ การฝึกสังเกตลมหายใจ
6. นิมนต์พระ รับสังฆทานจากผู้ป่วยและญาติ

2. การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย (Tiredness / Fatigue)

อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ในทางการแพทย์แผนไทย คือ ลักษณะอาการของวาโยธาตุหย่อน เนื่องจากป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรงมานานย่อมส่งผลต่อความเสื่อมถอยของระบบธาตุต่างๆ ในร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนแรง อิดโรย และหากเป็นเช่นนั้นนานเข้า จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติต่อไป

2.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะโรคและอาการ ซีพจร เพื่อประเมินความรุนแรงของระยะโรคและอาการ (ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานปิตตะ วาตะ เสมหะ) และตรวจเปลวกำเดา (อุณหภูมิหรือความร้อน) เพื่อดูอาการของปิตตะ (ธาตุไฟ) ร่วมกับซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยและรักษา (ตามสมุฏฐานธาตุกำเริบ หย่อน พิการ)

2.2 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ตามหลักการทางเวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้พิจารณาตามคัมภีร์ ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ

2.3 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลียโดยไม่ใช้ยาตำรับแผนไทยหรือยาสมุนไพร

การดูแลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย สามารถใช้การฝึกหายใจในการช่วยลดอาการเหนื่อย โดยค่อยๆ ฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตลมหายใจ ค่อยๆ หายใจเข้า - ออก ยาวๆ ลึกๆ นานประมาณ 5-10 นาที ฝึกทำชั่วโมงละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ต้องคอยสังเกตอาการหอบเหนื่อยว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทยอายุ 72 ปี มารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย Consult TTM. Palliative Care มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ เมื่ออาหารผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรค ลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใดๆ ปฏิเสธการใช้ยากระตุ้นการทำงาน ของอวัยวะใดๆ ประเมิน PPS SCORE = 30 หลังอาการทุเลา ผู้ป่วยและญาติประสงค์ขอพากลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านและขอปรึกษาการใช้กฎหมายทางการแพทย์แผนไทย แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตจำหน่ายกลับบ้านพร้อมอุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจน

การดูแลรักษา

1. ฝึกการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
2. ให้ยาหอมเทพจิตร 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น เมื่อกลับบ้านให้ยาหอมเทพจิตร 1 กรัม รับประทานเมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะ ให้ไม่เกินวันละ 3 ครั้ง
3. ให้ยาชุขไสยาสน์ รับประทานครั้งละ 0.5 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
นัดติดตามอาการทางโทรศัพท์ 3 วันหลังกลับบ้าน และนัดเจาะเลือด 1 เดือน

3. การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดได้จากภาวะวอาโยธาตุหย่อน กำเริบ หรือพิการ ส่วนใหญ่มักเป็นที่ไภวจ्ञาสยวาตา หรือกุจฉิสยวาตา (ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานไม่สมดุล) และอาจเกิดจากกริสัง (อาหารเก่าหรืออาหารที่กินเข้าไปย่อยแล้วบางส่วนเป็นมวนอุจจาระหรือของเสียในลำไส้) ที่คั่งค้าง ไพบรณามัคคีเภสัชผลาญไม่สมบูรณ์ (ของเสียคั่งค้างในร่างกาย หรืออาหารกระทำให้เป็นพิษ เช่น กินของที่ไม่ควรกินหรือของที่ไม่ถูกกับธาตุหรือไม่ถูกกับโรค) หรือเกิดจากอหุริยง (อาหารที่รับประทาน) แสลงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

3.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะของชีพจรเพื่อประเมิน ปิตตะ วาตะ เสมหะ และตรวจเปลวกำเดา เพื่อดูการกระจายตัวและลักษณะของปิตตะ ร่วมกับซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการ

3.2 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ตามหลักการทางเวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้พิจารณายาตามคัมภีร์ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ หรือปรุงยาตาม เพื่อแก้อาการวิงเวียนศีรษะ

3.3 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยไม่ใช้ยา

แพทย์แผนไทยควรแนะนำการรับประทานอาหารตามธาตุสมุฏฐาน หรือ ตามสมุฏฐานอาการของโรค รสยาควรเป็นยารสสุขุมหรือสุขุมร้อน หรือรสหอมเย็น รสหอมสุขุมหรือสุขุมหอม หรือแนะนำเครื่องตีสมุนไพรมี รสเปรี้ยวหรือร้อนเล็กน้อย เช่น น้ำใบกะเพรา (ช่วยขับลม) น้ำมะนาว (กัดเสมหะและระบาย) น้ำลูกผักชีลา (แก้ไอ แก้อาเจียน) น้ำต้มลูกยอหมกไฟ (แก้อาเจียน) ในกรณีที่ใช้ยารสร้อน เช่น น้ำขิง ถ้าใช้ในหน้าร้อนหรือช่วงที่มีอาการ รุมๆ หรือมีไข้ไม่ควรใช้ หรือหากจะใช้ควรให้รับประทานในปริมาณน้อยก่อน ในบางรายอาจทำให้เกิดอาการแสบร้อน คอหรือร้อนในและไม่ควรใช้ขณะที่มีไข้ และควรรับประทานเป็นเครื่องตีร้อนหรืออุ่น จัดการระบายอากาศให้ถ่ายเท หรือแต่งกลิ่นห้องพักด้วยสมุนไพรรช่วยขับลม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ระยะแพร่กระจาย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรคดี ปฏิเสธการช่วยคืนชีพ ปฏิเสธยากระตุ้นใดๆ ผู้ป่วยมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นประจำ

การดูแลรักษา

- 1) ให้อาหารหอมเทพจิตร รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น
- 2) ให้อาหารขิง โดยให้รับประทานเป็นผง ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร ดื่มเมื่อมีอาการคลื่นไส้

4. การจัดการอาการง่วงซึม / สะลึมสะลือ (Drowsiness)

อาการง่วงซึม สะลึมสะลือ เป็นอาการที่มักพบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเกิดจากกระบวนการของสมองฐาน ธาตุเสมหะ ปิดตะ วาดะ หย่อนหรือพิการ (การทำงานของธาตุน้ำ ไฟ ลม ทำงานผิดปกติไปจากเดิมหรือทำงานช้าลง น้อยลง หรือสูญเสียหน้าที่)

4.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจชีพจร

4.2 แนวทางการจัดการอาการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ และอาจใช้ยาหอมอินทจักร์ เพื่อช่วยกระตุ้นระบบประสาท ทั้งนี้ให้พิจารณาและระมัดระวังการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 35 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยให้ยามอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 2 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง มีอาการสะลึมสะลือ พูดคุยรู้สึกตัวเป็นครั้งคราว

การรักษา

- 1) ฝึกการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือการฝึกสมาธิบำบัด หรือการฝึกการหายใจให้ผู้ป่วย (ในขณะที่รับรู้) และญาติ ไม่ควรรบกวนการหลับของผู้ป่วย
- 2) ชวนญาติทำการสวดภาวนา หรือ อโหสิกรรม โดยให้ญาติแต่ละคนได้กล่าวขอโทษในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน
- 3) ชวนญาติและผู้ป่วยทำบุญด้วยการนิมนต์พระสงฆ์มารับสังฆทาน (พิจารณาตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ)

5. การจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

อาการเบื่ออาหารมักเกิดกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ส่วนมากมักเป็นผลพวงจากโรคที่เป็น และหรือภาวะทางจิตใจ

5.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินจากน้ำหนักตัวที่ลดลงจากเดิม

5.2 แนวทางการจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด

ให้สมุนไพรที่มีรสขมเพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร เช่น มะระขี้นก หรือใช้ยาตำรับแผนไทย เช่น ยาหอมเนาวโกลฐ ยาบำรุงโลหิต และจัดอาหารตามอาการและความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีที่มึนน้ำหนักรับประทานน้อยกว่า

10% ของน้ำหนักตัวเดิม ควรพิจารณาใช้ยาตำรับแผนไทย เช่น ยาคุชไสยาศน์ โดยจ่ายยาแต่น้อย (0.5 กรัม ก่อนอาหาร เช้า-เย็น) ทั้งนี้ควรพิจารณาการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เป็นผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค มาพบแพทย์แผนไทยด้วยอาการ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แพทย์แผนไทยประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อร่วมให้การดูแลรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการปกติ

การดูแลรักษา

- 1) ฝึกหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
- 2) ให้อายุคุชไสยาศน์ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เช้า และเย็น
- 3) ให้อาหวนอินทจักร์ 1 กรัม รับประทานวันละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เช้า และเย็น ยาหวนเนาวโกฐ
- 4) แนะนำการสวดมนต์บำบัด ทำทุกวันก่อนนอน

6. การจัดการอาการเหนื่อยหอบ (Shortness of Breath)

อาการเหนื่อยหอบ พบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเกิดจากความรู้สึกส่วนตัว หรือ เกิดจากการลุกลามของโรคไปที่ปอด (ปอด) ทำให้เกิดอัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) หาย่นหรือกำเริบ

6.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ โดยประเมินจาก (Visual Analogue Scale : VAS) ประเมินการสื่อความ ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะของอัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) ประเมินภาวะท้องมาน สังเกตลักษณะเส้นโลหิตบริเวณลำคอ ทั้งนี้ เมื่อพบอาการควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที

6.2 แนวทางการจัดการอาการเหนื่อยหอบ

เมื่อพบอาการผิดปกติจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ควรแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที แพทย์แผนไทยควรแนะนำการฝึกหายใจโดยให้ผู้ป่วยและญาติฝึกตั้งแต่เริ่มการดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ โดยให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและหายใจเข้า - ออกช้าๆ (กรณีหายใจทางปากให้ห่อปากให้เล็ก)

7. การจัดการอาการสะอึก (Hiccup)

อาการสะอึก เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานของอวัยวะ อันตคุณังที่พิการหรือไม่สมดุล (กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม) และอาจเกิดจากโกลฐฐาสยวาตาและกุกฉิสยวาตาพิการหรือไม่สมดุล

7.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรง

7.2 แนวทางการจัดการอาการสะอึก

รักษาตามสาเหตุที่พบ เช่น การลดภาวะโกลฐฐาสยวาตากำเริบและพิการในอวัยวะส่วนบน โดยให้ยากลุ่มรสสุขุมเย็น รสสุขุม เช่น ยาหวนเทพจิตร์ ยาหวนทิพโอสถ หรือให้ยาในกลุ่มสุขุมหรือสุขุมร้อน หรือรสร้อน เช่น ยาหวนนวกโกฐ ยาชิง หรือยากลุ่มขั้บลมในท้อง เช่น ยาธาตุดอบเชย หรือการทำให้ตกใจ การกลั่นหายใจแล้วกลืนน้ำลาย 3-5 อีก

8. การจัดการอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จะมีอาการนอนไม่หลับซึ่งเกิดจากปิตตะกำเริบ ในช่วงเวลา 24.00 - 02.00 น. จากพิษของกำเดา (ความร้อน) และในบางรายอาจมีอาการกำเริบในช่วงเวลาของเสมหะสมุฏฐานร่วม คือ 18.00 - 22.00 น. จะมีอาการอึดอัด แน่นท้อง นอนไม่หลับ จากพิษของน้ำดี (พัทระและอพัทระ) และ / หรือมีอาการปวด มีไข้ ในเวลากลางคืน

การดูแลรักษา

- ใช้ยามะเร็งท่อน้ำดี ยาสมานฉันท์ (วัดคำประมง) หรือ ใช้หญ้าใต้ใบต้มกิน ในกรณีผู้ป่วยมีไข้ ใช้ยาแก้ไข้ จันทฤทธิ์ จันทน์ลีลา หรือยาแก้ไข้สันนิบาติ
- ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ตัวเหลือง ใช้ยาสันนิบาตเจริญอากาศ

9. การจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

9.1 อาการท้องผูก (Constipation)

พบได้บ่อยในกรณีผู้ป่วยที่มีการใช้ Opioid หรือสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร หรือ ในผู้ป่วยติดเตียง ลมอัมพฤกษ์ ลมอัมพาต ท้องมาน

9.1.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติ ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็น

9.1.2 แนวทางการจัดการอาการท้องผูก

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสื่อสารแบบองค์รวม และสติในการสื่อสาร รับประทานอาหารตามธาตุหรือสมุฏฐาน เน้นอาหารที่ฝักากใย ปลอดภัย พิษ ปรุงสูง รับประทานอาหารหรือน้ำสมุนไพรรสเปรี้ยว ดื่มน้ำอย่างน้อย 1.5 - 2.0 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้ป่วยติดเตียงควรช่วยการเคลื่อนไหวรวมทั้งการฝึกนั่ง ฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลม โดยการหายใจเข้า - ออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณท้องและลำไส้

การรักษาโดยใช้ยาระบาย เช่น ยามะขามแขก ยาชุมเห็ดเทศ ยาตรีผลา ทั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน และควรระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคไต

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องเสีย ซึ่งสามารถใช้ยาสมุนไพรตำรับในการดูแลจัดการอาการ

ทั้งนี้ การใช้ยาสมุนไพรตำรับหรือสมุนไพรเดี่ยวในการรักษาเฉพาะโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย จะใช้ยาที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทา บำบัดรักษาอาการและเสริมยาหลักได้ โดยยาที่ใช้ต้องไม่เป็นยาที่มีรสร้อนหรือเผ็ดร้อน ในการใช้ยาส่วนใหญ่ควรเป็นยาที่มีรสสุขุม สุขุมร้อน รสร้อนสุขุม รสเย็นสุขุม หรือสุขุมเย็น เช่น

- o อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ให้ยาที่มีรสสุขุม หรือสุขุมร้อน
- o มีไข้ อ่อนเพลีย ให้ยารสสุขุมเย็น รสเย็นสุขุม หรือรสสุขุม
- o ใจหวิว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ให้ยารสสุขุม
- o อาการปวดจากโรค หรือปวดเมื่อย ให้ยารสสุขุมร้อน เพื่อให้ธาตุลมเดินได้สะดวก คลายอาการปวดเมื่อย
- o อาการแน่นท้อง ลมจุกเสียดแน่น ท้องอืด ให้ยารสร้อนสุขุม
- o อาการท้องผูก ให้ยารสสุขุมร้อนที่มีฤทธิ์เป็นยาระบายหรือยาถ่าย

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นโดยส่วนใหญ่ร่างกายจะอ่อนแอ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ยาที่มีฤทธิ์แรง เช่น รสร้อนจัด รสเผ็ดร้อน เม้าเปื้อนแรง รสเปรี้ยวจัด หรือยาที่มีฤทธิ์เย็นจัด เช่น รสขมจัด รสเย็นจัด เป็นต้น เพราะผู้ป่วยในระยะนี้ร่างกายมีความอ่อนแอ ธาตุต่างๆ ในร่างกายอยู่ในภาวะที่เสียสมดุล หลายๆ ธาตุไม่สามารถปรับตัวหรือกลับมาสู่สมดุลได้โดยง่าย เนื่องจากความเสื่อมของธาตุที่ดำเนินไปมากจนเหลือธาตุต่างๆ ที่ทำงานได้น้อย ร่างกายจึงไม่เหมาะหรือไม่สามารถรับยาที่มีรสหรือฤทธิ์แรงได้

การใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็ง ตำรับยาในคัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการรักษามะเร็งมีหลายตำรับให้เลือกใช้ตามระดับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่ประกอบด้วยยาในกลุ่มยาถ่ายพิษ ถ่ายของเสียในร่างกาย ทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ เมื่อมียาที่ช่วยในการรักษาแล้ว จะมียาที่ใช้รักษาอาการไม่สบาย ยาที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ยาบำรุงที่ช่วยให้เจริญอาหาร เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลักษณะกลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้

- ยารสขม รสเปรี้ยว ช่วยระบาย ถ่ายท้อง
- ยารสจืด ช่วยขับปัสสาวะ แก้ไข้ แก้อ่อนใน
- ยารสหอมเย็น ช่วยบำรุงหัวใจ แก้อ่อนเพลีย
- ยารสเผ็ดร้อน ช่วยเรื่องระบบไหลเวียน ขับลม แก้อาการท้องอืดเพื่อ
- ยารสเม้าเปื้อน ใช้แก้พิษ ต้านมะเร็ง เช่น หัวข้าวเย็นทั้งสอง รากทองพันชั่ง รากหนอนตายอยาก เป็นต้น

นอกจากนี้แพทย์แผนไทยสามารถพิจารณาวินิจฉัยอาการและใช้ยาปรุงเฉพาะราย โดยอ้างอิงเอกสารที่สามารถสืบค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน “คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เช่น

1. ยาน้ำสาบาน ตำรับของอโรคยศาลวัดคำประมง
2. ยาชิปะกะโอสถ
3. ยานหารูพิการ
4. ยาน้ำมันกัญชา (ตำรับที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

บทที่ 4

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
แบบบูรณาการตามหลักธรรมาณัม

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามภูมิปัญญาไทย ด้วยหลักธรรมาณัม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา สังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จิตตานามัย กายานามัย และชีวิตานามัย โดยเน้นด้านจิตใจเป็นหลัก ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดความยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม

1. จิตตานามัย

ความเจ็บป่วยที่มีในร่างกายส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจได้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ จึงให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ ความรู้สึกและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ดังนี้

1.1 การดูแลด้านจิตใจ

1. ชักประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายและจิตใจในอดีต ประวัติความสัมพันธ์ในครอบครัว / ผู้ดูแล ภาระรับผิดชอบของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยมผู้ป่วย เศรษฐฐานะ เป็นต้น

2. การประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต และประเมินด้านพุทธิปัญญา (Cognition) MMSE-T ความคิดการตัดสินใจของผู้ป่วย

3. การประเมินความพร้อมในการรับรู้ความจริง

1) ค้นหาความต้องการการรับรู้ความจริง ว่ามีความต้องการที่จะรับรู้หรือไม่ ระดับใด เพราะผู้ป่วยและครอบครัวบางคนไม่ต้องการรับรู้ แต่ความคิดนี้อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป ที่สำคัญคือ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติอาจสวนทางกัน จึงต้องประสานความคิด ประสานประโยชน์เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว

2) ประเมินความรู้ และทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วยและครอบครัว

3) ค้นหาและประเมินศักยภาพภายในของผู้ป่วย คือ ความสามารถที่มีอยู่ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหา เช่น ภาวะอารมณ์ ประสบการณ์เดิม ลักษณะบุคลิกนิสัย ความสามารถ เป็นต้น

4) ค้นหาและประเมินศักยภาพภายนอกของผู้ป่วย สภาวะแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังจากทราบความจริง

4. การประเมินปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Five Stage Reaction) ของ Kubler - Ross (1969) เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. การประเมินปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Five Stage Reaction: Kubler-Ross (1969))

ระยะและปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	อาการแสดง	การดูแลรักษาพยาบาล
1. ระยะช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial)	ผู้ป่วยจะนิ่งแสดงความตกใจ อาจกล่าวว่าเป็นไปไม่ได้ ไม่ใช่ผมมีความผิดพลาดในการตรวจ ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมพูดถึงการเจ็บป่วยของตนเองเลย	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความเวลากับผู้ป่วย ยอมรับ รับฟัง ปัญหา เข้าใจ เห็นใจ ไม่ตำหนิ - ให้อาญาติและเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ - ยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการฟัง
2. ระยะโกรธ (Anger)	ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง พุดจา ก้าวร้าว อิจฉาริษยา และต่อต้าน ผู้ป่วยอาจพูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “โทษผู้รักษา” โกรธความโชคร้ายของตน และโกรธคนรอบข้าง	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นระยะที่ยุ่งยากในการดูแล - อธิบายให้อาญาติเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น และอยู่เคียงข้างผู้ป่วย - ใช้ทักษะการฟัง แสดงความจริงใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
3. ระยะต่อรอง (Bargaining)	ผู้ป่วยมักพูดขอต่อรองหรือตกลง สัญญาเรื่องขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ส่วนใหญ่มักปกปิดคำสัญญา / ต่อรองนั้นสาเหตุมักเกิดจากความรู้สึกผิดที่ทำในอดีต	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟัง เข้าใจ และเห็นใจ ช่วยเหลือค้นหาความจริงในสิ่งที่รู้สึกผิดนั้น - ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต่อรองหรือตกลง เพื่อช่วยจัดการให้ผู้ป่วย
4. ระยะซึมเศร้า (Depression)	ผู้ป่วยเข้าใจแล้วว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รู้สึกสูญเสียทุกอย่าง โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย โอกาสที่จะอยู่กับครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะนี้ผู้ป่วยจะหมดหวัง สลดใจ ผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่สนใจอะไร - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้า - รับฟังอย่างตั้งใจ เคารพในความเป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงการเล่าเรื่องตลกขำขันเพราะคิดว่าจะทำให้ผู้ป่วยแฉ่มใสขึ้น - ถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาต้านซึมเศร้าที่เหมาะสมจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้

ระยะและปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	อาการแสดง	การดูแลรักษาพยาบาล
5. ระยะยอมรับ (Acceptance)	เริ่มทำใจยอมรับได้ อารมณ์ดีขึ้น ยอมรับความช่วยเหลือต่างๆ ในการจัดการกับอารมณ์เศร้า หรือเตรียมตัวสำหรับความตาย รอช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ	- ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย ยอมรับสิ่งต่างๆ ได้ จึงควรหากิจกรรม หรือวางแผนการดูแลต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติ

ปฏิกริยาเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากข้อ 1 ถึงข้อ 5 แต่ไม่จำเป็นต้องพบทุกข้อในทุกคน และอาจจะย้อนกลับมีอาการในระยะเวลาที่ผ่านมาแล้วก็ได้ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ และปัจจัยที่มากกระทบกับผู้ป่วย ซึ่งทั้ง 5 ระยะนี้จะเกิดต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต บางรายไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรองใดๆ แต่เศร้าทันที ในรายที่สุขภาพจิตดีมากอาจยอมรับความเป็นจริงได้เร็ว และปฏิกริยาทางจิตใจเหล่านี้อาจถดถอยย้อนกลับได้ เช่น ผู้ป่วยยอมรับได้แล้วตอนทราบผลวินิจฉัย แต่พออาการทรุดหนักมากขึ้น เช่น เดินไม่ได้ อาจกลับมาโกรธ หรือซึมเศร้าได้ใหม่

5. กระบวนการดูแลรักษาและทักษะการสื่อสารที่ดี ทั้งด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา การพูดคุย สร้างขวัญกำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเบี่ยงเบนความคิดวิตกกังวลของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมนันทนาการ บำบัดตามสภาพการณ์และบริบทที่เหมาะสม รวมถึงการบำบัดด้วยยา ในบางครั้งอาการทางจิตใจ ความวิตกกังวล หงุดหงิดไม่ได้เกิดจากความรู้สึกนึกคิดเป็นเหตุเพียงอย่างเดียว อาจเกิดจากอาการป่วยของผู้ป่วยเองเป็นเหตุ ทำให้เกิดสภาวะร่วมทั้งความคิดบวกกับอาการป่วย การบำบัดในกรณีนี้ สามารถใช้ยาช่วยในการบำบัดผู้ป่วยได้ โดยใช้ ยาหอมเทพจิตร หรือ ยาหอมอินทจักร์ บำบัดรักษาและลดอาการนั้นๆ ซึ่งการดูแลรักษาจิตใจสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

สมาธิบำบัด

การทำสมาธิเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยสร้างความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนจิตวิญญาณของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยยังต้องการเทคนิควิธีการมาช่วยเยียวยาจิตใจเพื่อให้สามารถรับมือกับโรคร้ายและอาการไม่สบายกายไม่สบายใจต่างๆ

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีข้อจำกัดของอาการ ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาไม่สามารถนั่งภาวนาได้ ผู้ดูแลต้องรู้จักยืดหยุ่น โดยให้ผู้ป่วยนอนภาวนาได้ในท่าที่ถนัด การทำสมาธิสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ ไม่ควรใช้วิธีการปฏิบัติแบบมีแบบแผน หรือมีท่าทางที่ต้องปฏิบัติ แต่อาจใช้เป็นวิธีการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก เท่าที่ผู้ป่วยพอจะทำได้ กำหนดจิตอยู่ที่ลมหายใจ รวมไปถึงการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแผ่เมตตาต่อเจ้ากรรมนายเวร หรือบุคคลที่เขาเคยล่วงเกิน ซึ่งการฝึกสมาธิภาวนานี้เป็นเรื่องเฉพาะตัวส่วนบุคคล ที่จะต้องรู้และปฏิบัติด้วยตนเอง จึงจะมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานได้

หลักการเบื้องต้นของสมาธิ คือ การให้ผู้ป่วยได้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการตัดการรบกวนทางประสาทสัมผัสต่างๆ

การฝึกสมาธิทำได้หลายวิธี เช่น การดูลมหายใจ (อาณานปานสติ) การใช้คำบริกรรม การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว การฝึกสมาธิแบบ SKT การฝึกสมาธิด้วยวิธีจิตประสานกาย ที่พบว่า การควบคุมและฝึกกระบวนประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ทางตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัสและการเคลื่อนไหว มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกายได้ หรือแม้แต่การนับเลขต่างๆ เป็นต้น

ตัวอย่างการทำสมาธิเบื้องต้น ดังนี้

1. เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือ มุมสงบในบ้าน
2. นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัด (อาจอยู่ในบริบทนอน ยืน เดิน ก็ได้เช่นกัน)
3. กำหนดลมหายใจเข้า - ออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5

เริ่มนับใหม่จาก 1 - 6 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 7 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 8 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 9 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 10 แล้วพอ

ย้อนกลับมาเริ่ม 1 - 5 ใหม่ วนไปเรื่อยๆ

ข้อสำคัญคือ การให้จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น ไม่คิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

สวดมนต์บำบัด

การสวดมนต์เป็นการบำบัดด้วยวิธีมุ่งความสนใจไปที่การสวดมนต์บทต่างๆ ที่บุคคลอาจกระทำด้วยความศรัทธา เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณตามความเชื่อในศาสนาของแต่ละบุคคล เป็นการท่องมนตรา (Mantra) ที่เป็นการปฏิบัติสมาธิของทุกศาสนา เช่น ชาวพุทธจะสวดมนต์และระลึกถึงองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า ชาวคริสต์จะสวดและระลึกถึงพระเจ้า ชาวมุสลิมสวดและระลึกถึงองค์พระอัลเลาะห์ เป็นต้น เป็นวัฒนธรรมของสังคมทุกชาติ ศาสนาในการเยียวยาเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม

การที่บุคคลได้เปล่งเสียงสวดมนต์หรือแม้แต่การฟังเสียงสวดมนต์อย่างเดียว หลายคนสามารถที่จะรู้สึกผ่อนคลายได้แม้อาจไม่เข้าใจความหมายในบทสวดนั้น แต่เพราะเป็นการรับสัญญาณผ่านทางหู ซึ่งเท่ากับเป็นการสวดมนต์บำบัดที่เป็นหลักการหนึ่งของ Vibrational Therapy ที่เป็นการใช้คุณสมบัติของคลื่นเสียงมาบำบัดความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับคลื่นเสียงซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาประมาณ 15 นาที ก็จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้เกิดการเยียวยาตนเองได้

การสวดมนต์เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเคมีและสารสื่อประสาทที่เป็นประโยชน์ต่อการเยียวยาดังกล่าวนั้น จะต้องสวดมนต์อย่างถูกวิธี ดังนี้

1. เลือกช่วงเวลาที่ย่างกายผ่อนคลาย เช่น ช่วงหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนเข้านอนตอนค่ำ ไม่ควรสวดหลังกินอาหารอิ่มใหม่ๆ
2. เลือกสถานที่สงบเงียบ ไม่มีเสียงดังรบกวน เนื่องจากประสาทสัมผัสของคนเรานั้นรับรู้ได้ไวและอ่อนไหวมาก หากมีเสียงดังอื่นๆ รบกวน จะทำให้สัญญาณคลื่นสมองสับสนและเปลี่ยนไป การหลั่งสารสื่อประสาทก็จะสับสนตามไปด้วย และร่างกายจะสร้างสารซีโรโทนินได้ไม่มากพอ ทำให้ไม่มีผลในการเยียวยา
3. เลือกบทสวดมนต์สั้นๆ ที่ผู้ป่วยชอบหรือศรัทธาจากศาสนาใดก็ได้ อาจเลือกคำบางคำจากบทสวดสัก 2-3 พยางค์ สวดซ้ำไปมาในจังหวะเนิบช้า เบาๆ ให้ได้ยินคนเดียวแบบเสียงแผ่วๆ เป็นลมอยู่ในลำคอ

ไม่ต้องสวดบทยาวๆ แบบที่เคยสวดปกติตามศรัทธาของศาสนา การเปล่งเสียงพอให้เราได้ยินจะทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือนวิ่งเข้าหาส่วนกลาง จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่หน้ามืดไม่เวียนศีรษะ ไม่ล้มง่าย และสมองเสื่อมช้าลงด้วย นอกจากนี้ การสวดมนต์เบาๆ ยังกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ปอดจะขยายตัวขับเสมหะออกและหัวใจดีขึ้นด้วย

4. สวดนาน 12 - 15 นาทีต่อรอบ หากต้องการได้สารต้านอนุมูลอิสระด้วย ให้หลับตาขณะสวด

5. ไม่คิดฟุ้งซ่านถึงเรื่องอื่นขณะสวด เพื่อตัดสิ่งเร้าที่จะรบกวนคลื่นสมองให้สับสน

6. ผู้ป่วยที่ต้องการผลในการเยียวยาที่เข้มข้นกว่าปกติให้สวดวันละ 2 รอบ เช้า - เย็น สำหรับผู้ที่แข็งแรงดี

และต้องการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไปให้สวดวันละ 1 รอบ

วิธีการสวดมนต์บำบัด มี 3 แบบ ดังนี้

1. การสวดมนต์ด้วยตัวเอง เป็นวิธีการเหนี่ยวนำตัวเอง (Prayer Therapy) ที่ดีที่สุด การสวดมนต์บทสั้นๆ โดยใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาทีขึ้นไป จะทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย แต่หากสวดมนต์ด้วยบทยาวๆ จะให้ความผ่อนคลายและความศรัทธา

2. การฟังผู้อื่นสวดมนต์ เป็นการเหนี่ยวนำโดยคลื่นเสียงจากผู้อื่น เช่น การฟังเสียงพระสวดมนต์ เสียงผู้นำสวดในศาสนาต่างๆ หากผู้สวดมีสมาธิ เสียงสวดนั้นจะนุ่ม ทุ่ม ทำให้เกิดคลื่นที่ช่วยเยียวยา (Healing) ผู้ฟัง แต่หากผู้สวดไม่มีสมาธิ ไม่มีความเมตตา เสียงสวดที่เกิดขึ้นอาจเป็นคลื่นขื่นๆ ลงๆ นอกจากจะไม่ช่วยเยียวยาอาการป่วยแล้วยังอาจทำให้เสียสุขภาพได้

3. การสวดมนต์ให้ผู้อื่น คลื่นเสียงสวดมนต์เป็นคลื่นบวก เกิดจากจิตใจที่ดีงาม ปรารถนาดีต่อผู้ป่วย และเมื่อเราคิดจะส่งสัญญาณนี้ออกไปสู่ที่ไกลๆ มันจะเดินทางไปในรูปแบบของคลื่นไฟฟ้า คลื่นนี้จึงเดินทางไปได้ไกลๆ บางครั้งพอกำลังป่วยหนัก แต่ลุกอยู่ต่างประเทศ ก็สามารถรับคลื่นนี้ได้ และรู้ว่ามีใครกำลังไม่สบาย ที่เรียกว่า ลางสังหรณ์ หรือสัมผัสที่หก หรือโทรจิต การที่จะรับรู้ได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับผู้รับและผู้ส่งด้วย ถ้าคนใดรับสัญญาณคลื่นแห่งบทสวดมนต์ได้ก็จะได้ผล เหมือนเราเปิดวิทยุ ถ้าคนฟังปิดหูก็จะไม่ได้ยิน ดังนั้นถ้าต่างฝ่ายต่างเปิดรับคลื่นบวกที่เราส่งไป ผู้ป่วยก็จะได้รับและทำให้อาการป่วยดีขึ้นได้ จึงไม่ใช่เรื่องของความมหัศจรรย์ แต่เป็นหลักธรรมชาติทั่วไป

การเลือกบทสวดมนต์เพื่อการบำบัดสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ เป็นบทสวดที่พุทธศาสนิกชนนิยมสวดกันทั่วไปเป็นกิจวัตร หรือเป็นพุทธมนต์ในพิธีต่างๆ เช่น การให้ผู้ป่วยสวดในพิธีตมยาที่อโรคยศาลวัดคำประมง และสวดเป็นประจำทุกวันตอนเช้าและเย็น หรืออาจเลือกท่องใดท่อนหนึ่งแล้วสวดซ้ำไปมาก็ได้ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดสมาธิ ความนิ่งสงบ และหากมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติรวมทั้งเรียนรู้ในการสวดมนต์อย่างถูกต้อง ก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สวดมนต์เกิดพลังในการน้อมนำกุศลจิต เยียวยาตนเองและผู้อื่นให้มีสุขภาพกายและใจเป็นสุข ได้แก่

- 1) บทสวดพระคาถาพุทธชัยมงคล
- 2) บทสวดพระคาถาชัยปริตร
- 3) บทสวดพระคาถาโพชฌังคปริตร
- 4) บทสวดพระคาถาอะระหะยะปะริตตัง
- 5) บทสวดพระคาถาสักกัตวา
- 6) บทกรวดน้ำ
- 7) บทแผ่เมตตา

****หมายเหตุ** การสวดมนต์บำบัดและสมาธิบำบัดสามารถฝึกให้ผู้ป่วยได้ตั้งแต่วัยที่มีความรู้สึกตัวดี เพื่อให้เกิดสติ ความรู้สึกตัวที่ดีย่างรวดเร็วจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

การผ่อนคลายความเครียด

เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ซึ่งมีวิธีฝึกง่ายๆ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง มี 8 วิธี ดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การทำสมาธิเบื้องต้น
4. การใช้เทคนิคความเงียบ
5. การใช้จินตนาการ
6. การทำงานศิลปะ
7. การใช้เสียงเพลง
8. การใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

ตัวอย่างวิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียด

1) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1. แขนขวา | 2. แขนซ้าย |
| 3. หน้าผาก | 4. ตา แก้มและจมูก |
| 5. ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น | 6. คอ |
| 7. อก หลัง และไหล่ | 8. หน้าท้อง และก้น |
| 9. ขาขวา | 10. ขาซ้าย |

วิธีการฝึกสามารถทำได้ ดังนี้

- นั่งในท่าสบาย หรือนอนอยู่บนเตียงก็สามารถทำได้
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้าย-ขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกคิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขีดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย
- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ
- อก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีเขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- ขาขวาและขาซ้าย งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระทบปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายขึ้นเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้น ครั้งต่อไปเมื่อเครียดและกล้ามเนื้อเกร็งเราจะรู้ตัว และรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยป้องกันอาการที่หนักกว่าเดิมได้

2) ฝึกการหายใจ เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้อง สังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ กลั้นไว้ชั่วคราว แล้วจึงหายใจออกให้ยาวที่สุด ฝึกเป็นประจำทุกวันจนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ การหายใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่อ่อนแอหรือเหนื่อยอ่อน พร้อมเสมอสำหรับภารกิจในแต่ละวัน

3) การใช้เทคนิคความเงียบ การจะสงบความวุ่นวายของจิตใจที่ได้ผล จำเป็นต้องอาศัยความเงียบเข้าช่วย โดยมีวิธีการดังนี้

- เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว และควรบอกผู้ใกล้ชิดว่าอย่าเพิ่งรบกวนสัก 15 นาที
- เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน ฯลฯ
- นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ ไม่นั่งไขว่ห้างหรือกอดอก
- หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก
- หายใจเข้า - ออกช้าๆ ลึกๆ
- ทำให้เป็นสมาธิโดยภาวนา พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาวๆ ต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เช่น สวดบทพินิติปัส

พระคาถาชินบัญชร เป็นต้น

ฝึกครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง

ศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด ช่วยบำบัดรักษาทางด้านอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น เช่น การวาดภาพ ระบายสี การปั้น การจัดดอกไม้ การเขียนบทกลอน เป็นต้น

ดนตรีบำบัด

ดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาในเรื่องความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มกำลังการเคลื่อนไหว สร้างแรงจูงใจให้เกิดสติ ความนึกคิด อารมณ์และจิตใจที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ได้ผ่อนคลาย ไม่คิดวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น สำหรับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตนั้นไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกรายเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ณ ตอนนั้นว่ามีความเหมาะสมเพียงใด และความชำนาญและประสบการณ์ของทีมสุขภาพและผู้ดูแลอีกด้วย

หัวเราะบำบัด

หัวเราะบำบัด เป็นการผสมผสานระหว่างการเล่นเสียงหัวเราะ การควบคุมการหายใจและการบริหารอวัยวะภายในส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ขยับเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน ที่ให้ผลต่อสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีสิ่งกระตุ้นเร้า หรือใครทำอะไรให้เกิดอารมณ์ขัน ใช้แทนการใช้ยา เพราะอารมณ์ขันให้ผลเช่นเดียวกับการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มระดับเอ็นดอร์ฟินที่ช่วยระงับความเจ็บปวด และเซโรโทนินที่ทำให้มีอารมณ์ดี ขณะเดียวกันก็ทำให้ระดับความเครียดลดลง เมื่อเริ่มฝึกอย่างต่อเนื่องจะพบว่าทุกส่วนของร่างกายจะโล่ง โปร่ง เบา และสบาย โดยเริ่มจากการฝึกหัวเราะด้วยการเปล่งเสียงต่างๆ กัน คือ

- ท้องหัวเราะ เสียง “โอ” ทำให้ภายในท้องขยับ
- ออกหัวเราะ เสียง “อา” ทำให้ออกขยับขยาย
- คอหัวเราะ เสียง “อุ” ทำให้ลำคอเปิดโล่ง
- ไบหน้าหัวเราะ เสียง “เอ” ช่วยบริหารไบหน้า

1. ท้องหัวเราะ กำมือ ชูนิ้วโป้งระดับท้อง หายใจเข้าและเปล่งเสียงหัวเราะ “โอ” ขยับมือทั้งสองข้างขึ้นลงเป็นจังหวะ เป็นการหัวเราะบริเวณท้อง ช่วยในเรื่องอารมณ์และช่วยให้ระบบทางเดินอาหารทำงานดีขึ้น

2. ออกหัวเราะ กางแขนออก หงายฝ่ามือระดับอก หายใจเข้ากลั้นหายใจ แล้วปล่อยลมหายใจออก เปล่งเสียงหัวเราะ “อา” ขยับแขนทั้งสองข้างขึ้นลงเป็นจังหวะ กระตุ้นให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก หัวใจ ปอด และไหล่ขยับเขยื้อนไปด้วย ทำนี้ช่วยให้อวัยวะบริเวณหน้าอกทั้งหมดทำงานได้ดีขึ้น

3. คอหัวเราะ ยกมือขึ้นระดับอก กำมือ ยกนิ้วโป้งตั้งขึ้น นิ้วชี้ และนิ้วกลางชี้ไปข้างหน้า หายใจเข้าและเปล่งเสียงหัวเราะ “อุ” ขยับแขนตามจังหวะ เน้นพุงมือไปด้านหน้า เมื่อเปล่งเสียง “อุ” จะกระตุ้นให้บริเวณลำคอ ลั่น ทำนี้ช่วยแก้ปัญหาเจ็บคอ คออักเสบ ปวดคอ สำหรับคนที่มีปัญหาเนื่องจากต้องใช้เสียงเยอะ

4. ใบหน้าหัวเราะ ยกแขนขึ้นระดับใบหน้า ขยับนิ้วคล้ายเล่นเปียโน หายใจเข้าและเปล่งเสียงหัวเราะ “เอ” ขยับนิ้ว เคลื่อนไหวร่างกาย คล้ายท่าเหยียดเด็กๆ นอกจากนี้จะได้ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กที่นิ้วมือแล้ว ทำนี้ยังช่วยฝึกบริหารสมองด้วย

1.2 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care)

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นอีกด้านหนึ่งที่สำคัญที่สุดและมีผลต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยเริ่มให้การดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วย นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติ / ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติตามแนวทางและความเชื่อของแต่ละศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลได้มีโอกาสทำบุญใส่บาตร กรวดน้ำแผ่เมตตา เพื่ออุทิศบุญกุศลให้กับเจ้ากรรมนายเวร การฝึกฝนให้พร้อมรับความตายและการเผชิญความตาย การฝึกในสถานการณ์สมมติว่าใกล้จะตายเพื่อเผชิญความตาย เป็นการสร้างความเห็นที่ถูกต้องต่อการตาย ลดการกลัวตาย และสามารถเผชิญกับความตายโดยสงบ ที่สำคัญที่สุดในช่วงผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ควรได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้บอกกล่าวกัน มีการขอขมาและขอโทษกรรมระหว่างกัน ญาติได้สวดมนต์และบอกกล่าวรวมถึงกล่าวขอบคุณผู้ป่วย เพื่อให้จิตของผู้ป่วยที่กำลังจะละจากร่างอยู่ในสภาวะที่นิ่งและสงบที่สุดพร้อมที่จะไปสู่ภพภูมิใหม่ที่ดีและสุดท้ายก็จะจากไปพร้อมกับรอยยิ้มอย่างเป็นสุขหรือในทางศาสนาพุทธเราเรียกว่าการ “ตายดี” นั่นเอง

ผู้ป่วยบางรายก่อนที่จะเสียชีวิตอาจมีอาการกระวนกระวาย เอามือปิดไปมาหรือกระสับกระส่าย เหมือนมีอะไรบงกชในจิตใจ ผู้ดูแลอาจพูดด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลว่า “ไม่ต้องห่วงอะไรนะคะ ทุกคนที่อยู่ตรงนี้ออยู่ข้างๆ แล้วไม่ต้องกลัวอะไร กลับให้สบาย พวกเราเป็นกำลังใจอยู่ข้างๆ” อาจช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงามในชีวิตหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพ/ศรัทธา เป็นการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Guidance) หรือ “การบอกหนทาง” ญาติผู้ป่วยบางรายอาจต้องการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ผู้ดูแลควรเปิดใจให้กว้างและเคารพในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย โดยช่วยอำนวยความสะดวกให้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นภาระ **ได้รับการกัย และได้รับอนุญาตให้ตายได้ในระยะสุดท้าย**

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมในทุกมิติของคุณภาพชีวิต และที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ได้พัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง ผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่ใช้สติ และจิตสำนึกในการพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่าง มองเห็นชีวิตของตนเองมีคุณค่า ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคร้ายแต่ก็สามารถทำความเข้าใจกับความหมายของภาวะวิกฤต และความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสิ่งสำคัญก็คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของตนเองที่เกิดมาในชั่วชีวิตหนึ่ง ภูมิใจในตัวเองเมื่อย้อนนึกถึงอดีตที่ผ่านมาและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และยอมรับว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติ ทีมสุขภาพมีหน้าที่ประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นวิกฤติในช่วงชีวิตของการเจ็บป่วยแต่ละช่วงจนถึงระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ งดงามสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นั่นเอง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่การดูแลระยะใกล้เสียชีวิต)

2. กายานามัย

การดูแลด้านร่างกาย แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลหลักมีหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและหาข้อสรุปร่วมกันในการเลือกแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมครอบครัวและผู้ดูแล (Family Meeting) การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย (Living Will) ฯลฯ และกำหนดผลลัพธ์อันพึงประสงค์ที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลด้านยา อาหาร การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 การดูแลด้านยาและอาหาร (โภชนบำบัด)

การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคหรืออาการไม่สบายของผู้ป่วย จะใช้ยาในบัญชียาหลักและยาสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทา บำบัดรักษาอาการและเสริมยาหลักได้ นอกจากนี้แพทย์แผนไทยสามารถพิจารณาวินิจฉัยอาการและใช้ยาปรุงเฉพาะรายตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

การดูแลรักษาโรคทางกาย เช่น มะเร็ง ซึ่งเป็นอุปาทิกะโรค คือ โรคไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการกินอาหารที่ให้โทษต่อร่างกาย เกิดจากอุบัติเหตุ พยาธิ เป็นไข้พิษไข้กาฬหรือรัง เถิบเป็นโรครวมโรค คือ โรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานและไม่ได้รักษา จนเป็นอสุยโรคหรือตีสยโรค คือ โรคที่รักษายากหรือรักษาไม่หายหรือหมดทางรักษา ส่งผลให้ธาตุทั้งสี่ในร่างกายผิดปกติ ธาตุไฟถูกกระตุ้นให้เผาผลาญตลอดเวลา สมดุลธาตุต่างๆ มีความผิดปกติจากเดิม อาจทำให้มีอาการบวมด้วยเลือด / น้ำเหลือง / น้ำ จากธาตุลมที่เกี่ยวกับระบบไหลเวียนทำงานได้ไม่ดี การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก เกิดการอักเสบบวม แดง ร้อน เป็นเรื้อรังและไม่ได้รักษา ทำให้เกิดภาวะธาตุดินหรืออวัยวะนั้นผิดปกติ / ถูกทำลายหรือเปลี่ยนแปลง เกิดการกลายพันธุ์ของเซลล์ / เนื้อเยื่อ / อวัยวะ มีสีคล้ำขึ้นและเป็นก้อนไม่สามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดิม ผู้ป่วยมักมีอาการท้องอืด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย เกิดจากไฟอ่อยอาหารหย่อนหรือพิการ (ไฟปรีนามัคคีหย่อน) บางคราวมีอาการมือ เท้า เย็น หรือมีไข้ครั้งเนื้อครั้งตัว เหงื่อออกมาก ถ้ามีอาการมากมักช้ำโกรธ (หงุดหงิดไม่โง่งาย) ท้องแข็งเป็นดาน ท้องโตบวม เจ็บชายโครงขวา (มีอาการตับโต ตับอ้อย) เมื่ออาหารน้ำหนักลด อาเจียนลมเปลา่ ซุปพอม นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ท้องผูก หรือถ่ายท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระปัสสาวะเหลือง ปล่อยเรื้อรังนาน มีอาการตัวซีดเหลือง อิดโรย ขอบตาเขียว ซึม เป็นต้น

แพทย์แผนไทยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรและอาหารซึ่งเป็นโภชนบำบัดเพื่อปรับสมดุลธาตุ ช่วยป้องกัน รักษาและสามารถแก้ไขให้ทุเลาอาการจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยมีหลักการดังนี้

หลักการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

1. การใช้ยาบรรเทาความร้อน เมื่อธาตุไฟกำเริบหรือร่างกายเกิดการอักเสบ การรักษาเบื้องต้น จะต้องให้ยาระบายความร้อนออก โดยใช้ยาหรืออาหารที่มีรสสุขุมเย็นหรือสุขุมเพื่อลดอาการของธาตุไฟกำเริบและระบายความร้อนเนื่องจากมีการอักเสบเกิดขึ้น (อาการไฟกำเริบหรือมีการอักเสบจะต้องไม่ใช้ยารสร้อนหรือเผ็ดร้อน) การปรับสมดุลธาตุในผู้ป่วยมะเร็งควรใช้ยาหรืออาหารที่ปรุงแล้วมีรสสุขุม แก้ไข แก้อาการทางลม ปรับธาตุ และไม่ควรใช้ยาหรืออาหารที่มีรสร้อนเกิน เนื่องจากยาหรืออาหารที่มีรสร้อนหรือเผ็ดร้อนมากจะทำให้ผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอมีอาการไม่พึงประสงค์จากความแรงหรือฤทธิ์ร้อนของยา ตัวอย่างเช่น ตรีภูก คือ ชิง พริกไทย ดีปลี อาจใช้ชิงและพริกไทยเป็นอาหารเพื่อช่วยขับลม ในคนปกติใช้ชิงแก้จัดมีรสเผ็ดร้อนจัดได้ แต่ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอหรือในผู้สูงอายุจะใช้เป็นชิงอ่อนแทนหรือใช้ชิงแก้ปรุงกับอาหารหรือยาทำให้รสชิงแก้ที่เผ็ดน้อยลง แต่ยังคงมีสรรพคุณขับลม บำรุงธาตุให้ความอบอุ่นร่างกายได้หรือเลือกใช้สมุนไพรที่มีรสร้อนหรือเผ็ดร้อนน้อยลง เช่น กะเพรา เป็นต้น

2. การลดความร้อนจากธาตุไฟในร่างกาย โดยใช้ยาและยาที่มีรสขม เย็น จืด และรสสุขุม รสเปรี้ยว ช่วยขับถ่าย ระบายของเสียออกทางอุจจาระแต่แสลงไข้ ถ้าจะระบายให้อาจใช้ยาที่เข้าโอบมะก่า หรือฝักคูน หรือสมอไทย สมอพิเภกช่วยระบายไข้เพื่อเสมหะ แต่เป็นไข้ตัวร้อนทั่วไปจะใช้ยาแก้ไข้ที่ไม่มีฤทธิ์ในการระบาย เพื่อลดความร้อนจากธาตุไฟในร่างกาย ซึ่งยาและอาหารรสขมเย็นที่มีฤทธิ์ขับถ่ายและมีฤทธิ์ต้านมะเร็ง ได้แก่ ยาดำ สัก (ยายอดมะเร็งวัดคำประมง) สะเดา มะเขือพวง ลูกใต้ใบ ย่านาง แสม ตำรับยาเบญจอมฤต (มี ดีเกลือ ยาดำ โทษน้ำเต้าและรงทองเป็นยารสขมช่วยให้ถ่าย มีตรีภูก ช่วยให้ลมเคลื่อนและมีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่ดี มีมหาหิงค์ และผิวมะกรูดที่มีสารคูมาริน ทำให้เลือดไหลเวียนดี ลดการตกตะกอนของเกล็ดเลือด) ส่วนกลุ่มยารสจืด มีฤทธิ์ช่วยขับปัสสาวะ ได้แก่ ชลู่ ตะไคร้ รวงจืด เหง้าลับปะรดหรือจะใช้แกนลับปะรด ซึ่งรสขมเย็นจืด เหล่านี้จะเป็นการระบายความร้อนได้ทางหนึ่ง (ระบายความร้อนโดยการขับปัสสาวะ)

3. การให้ยาบำรุงหัวใจ กลุ่มยารสหอม เช่น เกสรบัวหลวง เกสรทั้งห้า เทียนทั้งห้า ใบเตย หรืออาจใช้ยาหอมร่วมด้วย เช่น ยาหอมเทพจิตร รสสุขุมหอม ช่วยบำรุงหัวใจ ช่วยการนอนหลับ แก้อ่อนเพลีย ยาหอมนวโกฐเป็นตำรับยาหอมร้อน ช่วยเจริญอาหาร แก้ลมปลายไส้ ช่วยให้อุจจาระอาหาร กระจายลม และมีสมุนไพรมากชนิดที่เป็นส่วนประกอบมีฤทธิ์ด้านมะเร็ง เช่น เบนจุกูล ยาถ่ายพวกกระดอม ตรีผลา และมียาบำรุง เช่น โกฐทั้งเก้า เทียนทั้งเก้า และเกสรทั้งห้า มียาบำรุงหัวใจทำให้อ่อนหลับ ว่านน้ำ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ช่วยขับลม บำรุงธาตุ

4. การให้ยารสฝาดสมานทั้งภายนอกภายใน และลดพิษจากการขับถ่ายมากเกินไป ซึ่งยารสฝาดมีสารแทนนิน ช่วยสมานแผลจากมะเร็งและมีสารต้านอนุมูลอิสระสูง อาหารและสมุนไพรที่นิยม คือ กลุ่มสมอไทย สมอภิเภก มะขามป้อม หรือตรีผลา มีรสฝาดเปรี้ยว หรือเปรี้ยวฝาด รสฝาดมีฤทธิ์สมาน รสเปรี้ยวเป็นยาระบาย ช่วยถ่ายพิษ ระบายและเพิ่มภูมิคุ้มกัน มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง ป้องกันมะเร็งลุกลามได้ อาหารที่เป็นผักรสฝาดที่มีฤทธิ์ด้านมะเร็งด้วย ได้แก่ ใบมะม่วงหิมพานต์ ผักต้ว ย่านางแดง เป็นต้น

5. การให้ยาที่มีรสเมาเมื่อร่วมด้วย เช่น หัวข้าวเย็นทั้งสอง (**หัวข้าวเย็นเหนือ** มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระและเพิ่มภูมิคุ้มกัน **หัวข้าวเย็นใต้** มีฤทธิ์ด้านมะเร็งโดยตรงและแก้อักเสบ ฆ่าเชื้อ (จึงต้องใช้ร่วมกันเสมอ) ทองพันชั่ง (รากจะมีฤทธิ์ดีที่สุด หรือใช้ทั้งหัว หรือทั้งต้นก็ได้ เป็นยาต้านมะเร็งที่ดีมากและเป็นยาฆ่าเชื้อทั้งเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา)

6. การจัดการอาการไม่สุขสบาย โดยใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตำรับยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ น้ำมันกัญชาหรือตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยปรับใช้น้ำกระสายยาตามสมุฏฐานโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา ควรให้น้ำต้มขิง ช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ยาหอมเทพจิตร รับประทานก่อนนอน ช่วยให้อ่อนหลับได้ดีขึ้น เป็นต้น

7. การให้ยาบำรุงร่างกาย บำรุงธาตุ เช่น โกฐเชียง เป็นยารสสุขุม มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ อาจผสมอาหารหรือสมุนไพรที่ช่วยบำรุงร่างกาย เช่น พืชที่มีวิตามิน เอ อี ซี ช่วยบำรุงสายตา เช่น แก้วกี ผักบุ้ง มะละกอ ฟักทอง ฟักข้าว มะเขือเทศ กล้วยพืชต่างๆ ข้าวอก มีวิตามินเอสูง (ให้สารอาหารสูงกว่า โดยนำข้าวเปลือกมาแช่น้ำ 2-3 วัน แล้วเอามาคั่วให้หอม แล้วต้มข้าวเปลือกนั้นรับประทาน เพื่อบำรุงในผู้ป่วยมะเร็ง) จมูกข้าว งา มีวิตามินอีสูง และรสเปรี้ยว ที่ไม่มีน้ำตาล เช่น มะนาว มะขามป้อม มีวิตามินซีสูง

การดูแลด้านอาหาร (โภชนาบำบัด)

1. ประเมินความสามารถการกลืน การย่อย ระดับการรับรส และความอยากอาหารของผู้ป่วย ซึ่งจะพบปัญหาการเรื่องการจำเริญของอาหารและรสชาติไม่คุ้นเคยในการบริโภค เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีความสุขในการบริโภค การประกอบอาหารสามารถปรับลด-เพิ่ม ทั้งวัตถุดิบและรสชาติ ตามความเหมาะสมบนพื้นฐานร่างกายผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น จะมีผลต่อการบำรุงร่างกายและบำบัดรักษาทุเลาอาการโรค ด้านจิตใจก็มีความสุขที่ได้บริโภคสัมผัสรสชาติอาหารที่ไม่จำเจเกินไป

2. การกำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยและการสรรหาวัตถุดิบ ให้เน้นประโยชน์ด้านโภชนาการและสรรพคุณด้านสมุนไพรไปพร้อมกัน เพื่อปรับสมดุลธาตุในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งสามารถปรับรสชาติหรือประยุกต์เมนูอาหารได้หลากหลายตามความเหมาะสม เช่น เมนูต้มยำเห็ด สามารถใช้เครื่องต้มยำครบ ปรับลดคือ รสชาติ จากรสจัดเป็นรสจืด เป็นลักษณะแกงจืดต้มยำ ซึ่งผู้ป่วยจะได้สารอาหารและสรรพคุณของสมุนไพรเหมือนการรับประทานต้มยำ เพียงแต่ปรับรสชาติให้จืดเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

ตัวอย่าง

o เครื่องเทศที่ใช้ประกอบอาหารและมีสรรพคุณด้านสมุนไพรที่ช่วยป้องกันบำบัดรักษาโรคและอาการต่างๆ เช่น

- ตะไคร้** - บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ขับปัสสาวะ
- ข่า** - ขับลม แก้ท้องขึ้น อืดเฟ้อ จุกเสียดแน่นท้อง เจริญอาหาร บำรุงร่างกาย แก้ปวดบิดมวนลำไส้ (สารสกัดจากเหง้าแก้เสมหะ ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง)
- กระชาย** - ขับลม แก้ลมวิงเวียน แน่นหน้าอก บำรุงร่างกาย เป็นยาอายุวัฒนะ
- ขิง** - ขับลม บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้คลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้อ่อนหลับ เป็นยาอายุวัฒนะ
- หอมแดง** - แก้อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เป็นลม เจริญธาตุ
- กระเทียม** - แก้อาการวิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ หูอื้อ ช่วยรักษาโรคความดันโลหิต ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด ช่วยปรับสมดุลในร่างกาย
- พริก** - ช่วยให้เจริญอาหาร แก้อาการไข้หวัด ลดน้ำมูก และลดเสมหะ
- พืชมะกรูด** - ขับลมในลำไส้ แก้อาการจุกเสียด ท้องอืด แน่นท้อง บำรุงหัวใจ แก้ลม หน้ามืด วิงเวียน

o เมล็ดพืชที่มีฤทธิ์ด้านมะเร็ง เช่น ต้มยำเห็ดสามอย่าง (มี ข่า ขมิ้น หัวหอม ใบมะกรูด พริก มะนาว ตะไคร้ เห็ด) แกงขี้เหล็ก แกงป่า แกงเหลือง แกงเลียง เห็ดหูหนูผัดขิง เครื่องตุ๋นยาจีน น้ำพริกผักลวก ผัดผักโขม จับฉ่าย ผักรวมที่มีผักโขม โจ๊กข้าวอก ต้มบวบ (ใส่พริกไทย ขิง กระเทียมเจียว ต้นหอม ผักชี) แกงส้มยอดแคหรือดอกแค (ยอดแคจะมีดอกติดอยู่ อุดมไปด้วยวิตามินซึ่งมีส่วนช่วยต่อต้านและยับยั้งมะเร็ง ไลซีนของดอกมีรสขม ช่วยลดใช้ถอนพิษไข้ แก้ไข้หัวลมหรือไข้เปลี่ยนอากาศ เปลี่ยนฤดู ในพริกแกงประกอบด้วย พริก หอมแดง กระเทียม กระชาย เกลือ กะปิปรุงรสด้วย น้ำมะขามเปียก มีวิตามินซี และเป็นยาช่วยระบายอ่อนๆ)



รูปภาพที่ 3 : ตัวอย่างอาหารที่มีฤทธิ์ด้านมะเร็ง

o เครื่องดื่มสมุนไพรบำบัด การใช้เครื่องดื่มสมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพและบำบัดโรคหรืออาการนั้น สามารถนำพืช ผักสด ผลไม้ หรือธัญพืชต่างๆ มาเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำขิง-ขับลม น้ำตะไคร้-ช่วยขับปัสสาวะ น้ำมะตูม-คลายร้อน แก้อ่อนเพลีย น้ำมะนาว-ขับเสมหะ เป็นต้น

การทำเครื่องดื่มผสมสมุนไพร ควรใช้พืชผัก ผลไม้ สมุนไพรที่มีในพื้นถิ่นเป็นหลักเพื่อสะดวกในการจัดหาวัตถุดิบตามพื้นถิ่นและฤดูกาล โดยคำนึงถึงรสชาติและปริมาณของวัตถุดิบที่จะส่งผลกระทบต่อรสชาติของเครื่องดื่ม ซึ่งประโยชน์ในการใช้เครื่องดื่มสมุนไพรบำบัด เน้นประโยชน์ด้านโภชนาการเป็นหลัก และเน้นโภชนบำบัดเป็น

อันดับสอง โดยการสรรหาเลือกใช้วัตถุดิบที่ตรงกับอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการจุกเสียด แน่นท้อง การใช้ซิงเป็นส่วนประกอบของน้ำสมุนไพรมะเร็ง จะช่วยทุเลาอาการได้ หรือ นำกลุ่มพืชผัก ผลไม้ที่มีวิตามินต่างๆ ที่เป็นกลุ่มต้านอนุมูลอิสระ นำมาผสมในน้ำสมุนไพรมะเร็ง โดยเปลี่ยนไปตามฤดูกาล และวัตถุดิบที่สามารถหาได้ โดยนำองค์ความรู้สรรพคุณวัตถุดิบมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และพื้นที่นั้นๆ

ตัวอย่าง

เมนูเครื่องดื่มผสมสมุนไพรมะเร็ง เช่น น้ำสับปะรด-กระชาย-ใบสะระแหน่ (สับปะรด 200 กรัม / กระชาย 20 กรัม / น้ำผึ้ง 1 ช้อนชา / น้ำเปล่า 100 มล. / ใบสะระแหน่ 10 ใบ / เกลือ 1/8 ช้อนชา) กรณีจะใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบาย สามารถใช้นมเปรี้ยว น้ำมะขามป้อมปั่นแยกกาก น้ำเนื้อลูกสมอไทยปั่นแยกกาก หรือน้ำมะขามเปียกผสมในเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบายได้



รูปภาพที่ 4 : ตัวอย่างเครื่องดื่มสมุนไพรมะเร็งบำบัด

อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง / อาหารแสลง

- อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เครื่องใน จะย่อยยาก ทำให้เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย ในศาสตร์แพทย์แผนไทย เนื้อสัตว์เป็นอาหารที่ไปบำรุงเชื้อโรคให้แข็งแรง เป็นอาหารต้องห้ามในขั้นตอนการรักษา เพราะมะเร็งจะลุกลามได้ง่ายในน้ำเลือดของสัตว์ที่เรารับประทานเข้าไป
- อาหารหมักดอง เช่น ขนมหจีน ผักกระป๋อง ผักกาดดอง อาหารแช่แข็ง เช่น ไส้กรอก นมเปรี้ยว โยเกิร์ต มะม่วงดอง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกล่องแช่แข็ง เป็นต้น อาหารเหล่านี้ เมื่อรับประทานเข้าไป ร่างกายจะกระตุ้นให้ธาตุไฟทำงานมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อย่อยอาหารเหล่านั้น
- ผักมีกลิ่นฉุน มีผลทำให้เกิดท้องอืด (กรดแก๊สมาก) เป็นเหตุให้ธาตุแปรปรวน ก่อให้เกิดอาการกำเริบ หรือเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ
- อาหารปิ้ง ย่าง (มีรอยดำ รอยไหม้) หรือทอดน้ำมันเก่าที่ใช้แล้ว
- ปลาไม่มีเกล็ด เช่น ปลาดุก ปลาไหล ปลาสวาย ปลาโอ ปลาอินทรีที่ทำปลาเค็ม
- ข้าวเหนียว ย่อยยากกว่าข้าวเจ้า
- พืชผักรสเย็น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีปัญหาระบบการย่อยอาหาร (ไพธาตุย่อยอาหารหย่อน) การรับประทานพืชผักรสเย็น จะทำให้ท้องอืด และมีลมจุกแน่นในอกและท้อง

o ผลไม้ ที่มีรสหวานจัด ร้อนจัด เย็นจัด หรือฝาดจัด เช่น

- | | |
|--|--|
| ขนุน ละมุด ทุเรียน กลัวยี่ไข่ กลัวยี่หอม | - มีรสหวาน ทำให้เกิดอาการท้องอืด เกิดกรดแก๊ส |
| แตงโม แตงไทย แคนตาลูป | - ผลไม้รสเย็น เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย |
| ลำไย | - รสหวานจัด ทำให้ร้อนภายใน |
| ฝรั่ง | - รสฝาด เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย |

กล่าวโดยสรุป การใช้ยาสมุนไพรและอาหารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีหลักการเดียวกัน คือ การปรับสมดุลของร่างกาย โดยถ่ายของเสียหรืออาหารเก่า (กรีสัง) ซึ่งเป็นธาตุดินที่เป็นบ่อเกิดของโรค การรับประทานอาหารใหม่ (อุทรียัง) ที่มีฤทธิ์ช่วยให้เมื่งเริงถูกทำลายได้ การแปลงให้อาหารเป็นยาเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย การใช้รสนยาและอาหารแบบผสมผสานที่ไม่ขัดกัน และจะต้องบำรุงดวงจิต หัวใจหรือหทัยวัตถุ ให้เข้มแข็ง ด้วยการใช้สมาธิและยาหอมบำรุงหัวใจช่วยให้ผ่อนคลายได้ดี

2.2 การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่

1) การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาหารเช้า หลังรับประทานอาหารเช้า และก่อนเข้านอน

2) การดูแลความสะอาดร่างกาย ลำตัว ผิวหนัง เล็บ อวัยวะขับถ่าย บริเวณที่อับชื้น เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น สบายตัว การดูแลดวงตาเพื่อป้องกันดวงตาแห้ง ดูแลเช็ดกระจกให้สะอาดไม่มีสิ่งอุดตัน และหมั่นเช็ดทำความสะอาดบริเวณหู เพื่อป้องกันแผลกดทับในรายที่ต้องนอนตะแคงนาน

3) การดูแลเรื่องการขับถ่าย ผู้ป่วยระยะท้ายมักพบปัญหาการขับถ่าย ควรประเมินหาสาเหตุ เช่น เกิดจากสาเหตุของโรค อาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ ที่สำคัญคือ กลั้นอุจจาระ-ปัสสาวะไม่ได้ บางรายจำเป็นต้องสวมกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ ควรทาครีมที่มีคุณสมบัติกันน้ำหรือลดการระคายเคืองเพื่อป้องกันการเกิดแผลจากปัสสาวะกัดกร่อนผิวหนังบริเวณรอบอวัยวะเพศและทวารหนัก ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งและสะอาดเสมอ และเปลี่ยนกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย ในรายที่จำเป็นต้องใส่สายท่อทางเดินปัสสาวะ ควรตรวจสอบสายระบายไม่ให้พับงอ สายปัสสาวะต้องอยู่ต่ำกว่าระดับร่างกายของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก และเทปัสสาวะในถุงทิ้ง วันละ 2 - 3 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตลักษณะสีและบันทึกปริมาณ

4) การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและการป้องกันแผลกดทับ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่างๆจะลดลง ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือไม่สามารรถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือดังนี้

การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว

- กรณีผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายเบาๆ
- กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถ โดยหมุนเวียนท่านอน สลับกันอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยึดหรือขอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึด

การดูแลป้องกันแผลกดทับ

- การประเมินภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยระยะท้าย ผิวหนังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Skin and Pressure Sore) ได้ง่ายโดยเฉพาะส่วนของร่างกายที่สัมผัสพื้นนอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า และข้อศอก ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดอยู่บนเตียงนอน การประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Barden Score) แล้วให้การดูแลตามคะแนนจากการประเมิน เช่น ควรพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผู้ป่วย ควรใช้ผ้าขวางเตียงช่วยในการพลิกตัว โดยไม่ลากตัวผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผลถลอก

- การดูแลป้องกันแผลกดทับที่ดีที่สุด คือการป้องกันไม่ให้เกิด ควรพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน จากนั้นนอนตะแคงซ้ายเป็นนอนราบและนอนตะแคงขวา จากนั้นเป็นนอนราบและนอนตะแคงซ้าย เปลี่ยนไปเรื่อยๆ และพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมงในตอนกลางคืน
- ป้องกันผิวหนังบริเวณรับน้ำหนักด้วยการจัดให้มีที่นอนลม / เจลให้ผู้ป่วย หมอน / หรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะนุ่ม เช่น ลูกโป่ง ถูมมือยางใส่น้ำ รองปุ่มกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่ยับย่น หลังเช็ดตัวต้องซับผิวหนังให้แห้งโดยใช้ผ้าขนหนู ไม่ถูแรง ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ถ้าเกิดรอยแดงบนจุดที่มีการกดทับให้ใช้หมอนนุ่มๆ ใบเล็กๆ รองตามจุดนั้นๆ การนวดเบาๆ รอบๆ ปุ่มกระดูกจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
- ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
- หากพบรอยเปื้อนน้ำเหลืองหรือเลือดบนผ้าปูเตียงของผู้ป่วย ต้องหาที่มา เพราะมีความเป็นไปได้ว่ารอยเปื้อนดังกล่าวน่าจะซึมเปื้อนจากแผลกดทับ

การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

- จัดสาเหตุการระคายเคืองของผิวหนังที่ทำให้เกิดแผล เช่น สิ่งที่ทำให้เสียดสี
- ทำความสะอาดแผลและผิวหนังขอบแผล ใช้ยาครีมหรือยาสมุนไพรรักษาแผลกดทับ
- ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการสมานแผลกดทับได้เร็วขึ้น

การรักษาแผลกดทับ โดยการใช้ยาจากสมุนไพรมีสรรพคุณ ดังนี้

- ช่วยแก้แผลแห้งและชุ่มชื้น เช่น เจลว่านหางจระเข้ ครีมบัวบก ครีมพญายอ
- ช่วยเรียกเนื้อ เช่น น้ำมันมหาจักร เจลว่านพระนิม
- ช่วยรักษาแผลสด ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น การ์ชิตินเปลือกมังคุด

2.3 การออกกำลังกายบริหารแบบไทย

การให้ผู้ป่วยออกกำลังตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะกระทำได้ เพื่อประโยชน์ในการรักษา เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วย ช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้สะดวก และเป็นการรักษาโรคไปในตัวด้วย ปัจจุบันมีการนำท่าฤๅษีดัดตนมาประยุกต์ใช้ หรือท่าต่างๆ ในหลากหลายศาสตร์ เช่น โยคะ ชี่กง มณีเวช มาเป็นท่าการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลช่วยเสริมการรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การฝึกบริหารกายและจิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยชี่กงวิถีไทย

รศ.ดร.สุวิพร ธนศิลป์ ได้พัฒนา “ชี่กงวิถีไทย” จากการดัดแปลงแนวคิดการบริหารกายจิตแบบชี่กง 4 ท่า ของนายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง ผสมผสานกับแนวคิดทางพุทธศาสนา ให้เข้ากับวิถีชีวิตของชาวไทยแล้วนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยยิ่งขึ้น ได้มีการศึกษาวิจัยเมื่อนำมาปฏิบัติในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดภาวะวิตกกังวล และลดอาการเหนื่อยล้าได้

การบริหารชี่กงนั้น ประกอบด้วยการบริหารกาย การบริหารจิต และการบริหารลมปราณ เพื่อให้ชี่หรือพลังชีวิตเกิดการไหลเวียนอย่างสมดุลทั่วร่างกายนั่นเอง ดังนั้นการกระตุ้นจุดต่างๆ ทั่วร่างกายก่อนการฝึกชี่กงจึงมีความสำคัญ เพื่อทำให้ช่องทางการไหลเวียนของชี่หรือพลังชีวิตเป็นไปด้วยความสะดวก ทางแพทย์แผนจีนเชื่อว่าการที่มนุษย์มีโรคภัยไข้เจ็บเนื่องจากการขัดขวางการไหลเวียนของชี่หรือพลังชีวิตนั่นเอง

หลักการของชี่กงวิถีไทย

- การบริหารกาย โดยการกระตุ้นจุดทวารทั้งหกจุด การเคลื่อนไหวมือ แขน ขาและลำตัว
- การบริหารจิต โดยการกระตุ้นจิตโดยการวางจิตที่จุดทวารทั้งหกจุด และการวางจิตไว้ที่ฝ่ามือขณะเคลื่อนไหวด้วยท่าชี่กง และการทำสมาธิภายหลังการฝึกชี่กง
- การบริหารลมปราณ โดยการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การหายใจเข้าท้องพอง หายใจออก

ท้องแพบ ให้ฝึกจนชำนาญ การหายใจเช่นนี้ให้ทำในขณะที่ฝึกชั่ง และภายหลังฝึกเสร็จ โดยการหายใจออกให้ยาวที่สุดพร้อมกับบริการ “โอม” ร่วมด้วย

● การแผ่เมตตาและการขอพร ภายหลังจากการบริหารท่าชั่งแล้ว ควรทำสมาธิด้วยการนั่งหรือยืน ประมาณ 5 นาที จากนั้นแผ่เมตตาให้กับเจ้ากรรมนายเวร ผู้มีพระคุณ ผู้มีบุญคุณ เทวดา พระภูมิ เจ้าที่เป็นต้น รวมถึงตนเอง และการขอพรจากพระพุทธรูปภายหลังการบริหาร “โอม”

หมายเหตุ*** ขั้นตอนการเตรียมตัวและการปฏิบัติชั่งวิถีไทยซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน สามารถศึกษาเพิ่มเติม และดูท่าประกอบได้ตาม link ด้านล่างนี้

<https://www.youtube.com/watch?v=Dmha5jtzX0U>

<https://www.youtube.com/watch?v=KrWf0SD6HII>

<https://www.youtube.com/watch?v=KHLxJLWMYyl>

https://www.youtube.com/watch?v=FXW__OhPhdZw

นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ฤๅษีดัดตน และมณีเวช เป็นต้น

3. ชีวิตาภิบาล

3.1 การดูแลด้านการดำเนินชีวิตในบริบทของสังคม วัฒนธรรม ประเพณี

การดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการมีรูปแบบการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและสถาบันครอบครัว การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการปรับตัวต่อโรคและได้เรียนรู้วิธีการดูแลรักษาแบบองค์รวม ซึ่งเอื้อให้เกิดความอบอุ่นในจิตใจของผู้ป่วยที่รับรู้ได้ว่ายังมีบุคคลในครอบครัวอยู่เคียงข้างคอยเอาใจใส่ดูแลและสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวให้พร้อมเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยไปด้วยกัน เป็นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้ยอมรับความเป็นจริงของชีวิต มองเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และสามารถเผชิญกับวาระสุดท้ายได้อย่างสงบและมีความสุข ในขณะเดียวกันก็มีการส่งเสริมคุณภาพการดำรงชีวิตในบริบทของสังคม วัฒนธรรม ประเพณี การเสริมพลังให้กำลังใจผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติด้วยกัน มีการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดหรือความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย และการให้คำปรึกษา ซึ่งนอกจากผู้ป่วยแล้ว บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยอันได้แก่ญาติหรือผู้ดูแลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนผ่านวาระสุดท้ายในชีวิตอย่างราบรื่น ซึ่ง พญ.ดาริน จตุรภัทรพร (2563) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดูแลและญาติให้ดูแลตนเอง ดังนี้

การดูแลตนเองของญาติและผู้ดูแล

1. ดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารตรงเวลาและดื่มน้ำอย่างเหมาะสม
2. อย่าใช้เวลาอยู่ข้างเตียงกับผู้ป่วยจนนานเกินไป จนตัวเองไม่ได้พักผ่อน
3. เปลี่ยนอิริยาบถหรือทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ออกไปเดินเล่นหรือสวดมนต์เป็นช่วงๆ บ้าง
4. ใช้เวลาอยู่กับญาติใกล้ชิดและเพื่อนสนิทบ้าง
5. ไม่ควรใช้ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ทำใจกับความสูญเสียได้ช้าลง
6. ถ้ารู้สึกเสียใจ ไม่ปิดกั้นความรู้สึก ญาติสามารถออกไปร้องไห้ระบายออกตามเหมาะสม เพราะการร้องไห้ออกมาเป็นเรื่องปกติและเป็นสิ่งที่ดี จะช่วยให้ทำใจกับการสูญเสียได้ดีขึ้น
7. และเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วย หากยังมีอะไรค้างคาใจยังไม่ได้บอกผู้ป่วยก็ให้รีบบอกเสีย
8. การพักผ่อนให้เพียงพอมีความสำคัญเพื่อที่จะได้มีแรงกลับมาดูแลผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น

9. หากมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ หรือมีความคิดอยากจะทำร้ายตัวเอง ควรปรึกษาแพทย์หรือทีมที่ดูแล

การดูแลผู้ป่วยให้มีการดำเนินชีวิตที่ถูกสุขลักษณะ การจัดสภาพแวดล้อมที่โปร่งสะอาด มีบรรยากาศอบอุ่น ร่มรื่น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและถูกหลักโภชนาการ การดูแลเครื่องนุ่งห่มที่สะอาดและเหมาะสม การดำรงชีวิตในบริบทของวัฒนธรรม ประเพณีและแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การมีส่วนร่วมในการดูแลของบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนจากทีมบุคลากรที่ให้การดูแลรักษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้เป็นภาระ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆ อย่างใกล้ชิด ทีมสุขภาพและผู้ดูแลควรดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ยอมรับในอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและใช้ช่วงเวลาของการดูแลให้เกิดความสุระหว่างกัน

3.2 การดูแลด้านสังคม

การดูแลด้านสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นการเยียวยาที่มีความจำเป็นและสำคัญในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุล สอดคล้องกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีความสุขตามอัตภาพภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การประเมินปัญหาสังคม (Social Assessment) ครอบครัวและเครื่อข่ายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1.1 บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว : ได้แก่ความเป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นลูก เป็นสามีหรือภรรยาเป็น ผู้หารายได้หลัก หรือเป็นศูนย์รวมความรักเพราะเป็นลูกคนเดียว หลานคนโปรด เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ

1.2 ความรักความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว : ประเมินช่วงของการค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ ลดภาวะความรู้สึกผิดในจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องสูญเสียคนที่รัก

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วย : การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยจากการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีภาระงาน ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก การประสานประโยชน์ระหว่างสามฝ่ายนี้จึงต้องทำด้วยความละเอียดอ่อน

1.4 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม : เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือบางครั้ง อาจทำให้ทีมสุขภาพผู้ดูแลเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในความต้องการของครอบครัวได้

1.5 เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม : เครือข่ายทางสังคม คือ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัวหรือเครือญาติ (Family / Relatives) เพื่อน (Friends) เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน (Work / School Associates) นักวิชาชีพ (Professional Caregivers) เพื่อนบ้าน (Neighbors) หน่วยงานหรือองค์กร หรือกลุ่มทางศาสนา เป็นต้น การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง คือ อาสาสมัครที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น เป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือกลุ่มอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น

1.6 ความต้องการของครอบครัว : สถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับผู้ป่วยที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจ บางครั้งผู้ป่วยจะให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องที่เกี่ยวกับอาการป่วยของตน ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความอึดอัดใจให้ผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วย

และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ และสามารถทำให้คนนั้นเกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกับทีมสุขภาพผู้ดูแลรักษา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคม คือ ต้องไม่ลืมว่าแต่ละคนมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตลอดจนศาสนาและความเชื่อ รวมถึงการรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

2. ประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคมหรือเศรษฐกิจ กรณีมีปัญหา
3. รับฟังปัญหา เป็นเพื่อนคู่คิดและให้คำแนะนำแบบสั้น กระชับ ได้ใจความเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ โดยหลักสำคัญคือ ต้องฟังอย่างตั้งใจ และจับประเด็นให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีเหตุผล วิธีคิดต่อโรคอย่างไร ก่อนจะให้ข้อมูลผู้ป่วย
4. สนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบปัญหา และจัดการปัญหาด้วยตนเอง
5. เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3.3 การดูแลในบริบทของวัฒนธรรมประเพณี

มิติด้านวัฒนธรรมประเพณีมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เนื่องจากบุคคลได้รับการหล่อหลอมคุณค่าความเชื่อ พฤติกรรมและการแสดงออกจกสังคมจากวัฒนธรรมประเพณีที่บุคคลนั้นเติบโตมาตั้งแต่เกิดจนตาย ดังนั้นภูมิหลังทางวัฒนธรรมของบุคคลจึงมีผลต่อมุมมองเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการตาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของวัฒนธรรมประเพณี มีดังนี้

1. การประเมิน ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี โดยใช้คำถามดังนี้
 - 1.1 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วย () ศาสนา () ความเชื่อเกี่ยวกับเทพเจ้า () วัฒนธรรม
 - 1.2 การเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากอะไร มีผลกระทบกับสิ่งยึดเหนี่ยวหรือไม่อย่างไร
 - 1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับความตายตามมุมมองผู้ป่วย (เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดเชิงบวกหรือเชิงลบเกี่ยวกับความตาย)
 - 1.4 ท่านต้องการปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีหรือไม่อย่างไร
 - 1.5 การช่วยเหลือตามหลักศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี
 - () บนบานศาลกล่าว
 - () การบริจาคทาน
 - () ปฏิบัติทางไสยศาสตร์
 - () ปิดเป่าเคราะห์ออกจากตัวผู้ป่วย
 - () การกินเจ
 - () มังสวิรัต
 - () ชิวจิต
 - () ประกอบพิธีกรรมเพื่อสืบชะตาให้ผู้ป่วย
 - () ประกอบพิธีกรรมอื่นๆ ตามความเชื่อ
2. การดูแลในบริบทของวัฒนธรรมประเพณี เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ดังนี้
 - 1) การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
 - 2) ศาสนาพุทธ แนะนำให้ญาติ บุตรหลานพูดกระซิบข้างหูผู้ป่วยให้ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงามที่ผู้ป่วยได้กระทำการระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพและอาจน้อมนำให้ผู้ตายละวางสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และไม่ให้อำนาจใครำครวญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยไม่สงบ
 - 3) ศาสนาอิสลาม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ไม่ให้ผู้ป่วยลืมพระเจ้า จะทำให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน บรรเทาความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้บุญมากขึ้นโดยการให้บุตรการมุจำบ (เป็นหลักปฏิบัติ

ข้อแรกของชาวมุสลิมที่ต้องกล่าวและเชื่อว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) การมุัจับเป็นการพูดซำๆ ให้อผู้ป่วยได้ยินทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและเสียชีวิตภายใต้ศาสนาอิสลามและอ่านยาซีนและอ่านอัลกุรอ่าน เป็นการอ่านให้ผู้ที่ใกล้เสียชีวิตฟัง โดยเฉพาะการอ่านยาซีนซึ่งเป็นบทสวดที่เป็นการขอพรต่อพระเจ้าให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสิ่งชั่วร้าย มีปาวของพระเจ้าคอยคุ้มครองอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่เจ็บปวดทรมานจากการเสียชีวิต การอ่านอัลกุรอ่านบทอื่นนั้นจะใช้อ่านเมื่อผู้อ่านไม่สามารถอ่านยาซีนได้ จึงเลือกอ่านอัลกุรอ่านให้ฟัง ส่วนผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถอ่านยาซีนหรืออ่านอัลกุรอ่านได้จะให้ผู้ที่มีความรู้เขียนดูอาร์ (บทสวด) เป็นภาษาอาหรับในกระดาษติดที่หัวเตียง เพื่อให้ผู้ที่มาเยี่ยมอ่านให้ผู้ป่วยฟังเพื่อเป็นการขอพรต่อพระเจ้าและให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้า นอกจากนี้ ยังใช้วิธีการนำวิทยุเล็กๆ ที่เป็นบทสวดเปิดให้ผู้ป่วยฟังตลอดเวลาที่ผู้ดูแลไม่อยู่ เสมือนว่ามีบุคคลคอยอ่านอัลกุรอ่านหรืออ่านยาซีนให้ฟังอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยและอุ่นใจว่ามีพระเจ้าอยู่เคียงข้างและไม่ลืมพระเจ้าเสียชีวิตอย่างผู้นอบน้อม

4) ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) ที่มสุขภาพต้องประสานให้ผู้ป่วยได้พบกับบาทหลวงในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อโปรดภัยบาปในนามของพระเจ้า โดยบาทหลวงจะอ่านคัมภีร์ตอนที่กล่าวถึงพระเมตตาและการอภัยของพระเจ้า รวมทั้งการทำศีลเจิมและศีลทานสุดท้ายให้ผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าร่างกายของคนตายควรได้รับความเคารพ เพราะกายคือเครื่องมือของใจในการทำความคิด กายทุกส่วนต้องถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง ศาสนาคริสต์จึงนิยมฝังผาที่ดินไว้

บทที่ 5**การดูแลระยะใกล้เสียชีวิต และการดูแลภายหลังเสียชีวิต**

การดูแลผู้ป่วยในทุกะยะมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมีประเด็นในการดูแลที่สำคัญหลายอย่างที่ไม้อาจจะเลย เพื่อเตรียมการรองรับให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างเต็มคุณค่างดงาม มีความหมายและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1. การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต หรือ การดูแลเมื่อเวลาใกล้ตาย (Care at the Time of Death)

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน คือ การตายดี (Good Death) ด้วยการปฏิบัติดังนี้

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และต่อเนื่องจากการทำ 5 Wills กับผู้ป่วยว่ายังมีปัญหาหรือต้องการอยากทำอะไรอีกบ้างในวาระท้ายของชีวิต ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ เช่น บางรายอาจต้องการพบลูกหลาน หรือ บุคคลบางคน จึงมีการจัดหาเตรียมให้ผู้ป่วยเท่าที่จะจัดการได้

1.2 การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อม (Environment) ให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว มีความเป็นธรรมชาติที่เอื้อต่อความสุขสบายทางกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยพิจารณาเรื่องแสง สี เสียง กลิ่น และความเงียบสงบ ปราศจากเสียงดังรบกวน ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีระยะห่างที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเรียกหาได้เมื่อต้องการ ควรเปิดพัดลมเบาๆ เพื่อช่วยให้อากาศถ่ายเทสะดวก สายลมที่พัดสัมผัสใบหน้าเบาๆ จะกระตุ้นเส้นประสาท (Trigeminal Nerve) บริเวณแก้มและรอบๆ จมูก เพื่อลดความรู้สึกหายใจลำบากให้น้อยลง การพูดนำเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆ หรือการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย นอกจากนี้ควรจัดท่านอนให้เหมาะสม โดยอยู่ในท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายและผ่อนคลายที่สุด

1.3 การจัดการอาการ (Symptom Management) ถือเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ การจัดการอาการจึงต้องมีความยืดหยุ่นและผสมผสานทั้งการจัดการอาการที่ใช่ยาและไม่ใช่ยา ซึ่งสามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น อาการปวด ซึ่งปัจจุบันมีแนวทางการจัดการอาการปวดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยไม่ใช้ยาหรือใช้ยาเมื่อจำเป็น และสามารถลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังการศึกษาของศิริพร เสมสารและสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าสามารถทำให้ความเจ็บปวดลดลงได้

1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผู้ดูแลและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันนั้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการสนับสนุนจากทีมบุคลากรที่ให้การดูแล

รักษา เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านการรักษา เป็นต้น โดยในระยะนี้ผู้ดูแลอาจรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ลึนหวังต่ออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บทบาทของทีมผู้ให้การดูแลจึงมีความสำคัญมาก นอกจากจะช่วยแบ่งเบาญาติในการดูแลผู้ป่วยแล้ว การเตรียมความพร้อมและการให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริงเป็นสิ่งที่สำคัญไม่ควรปิดบังข้อมูลและควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อประเมินและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การเตรียมใจผู้ดูแลหรือครอบครัว ให้อยอมรับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอารมณ์ได้หลายอย่าง เช่น อารมณ์โกรธ เสียใจ ผิดหวัง หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ส่วนหนึ่งมาจากโรคที่เป็นด้วย ดังนั้นทีมที่ดูแลต้องเข้าใจธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้น และฝึกการจัดการกับอารมณ์ของตนเองและผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยในระยะนี้เป็นการดูแลของทีมสุขภาพและญาติที่จะต้องร่วมมือร่วมใจกันดูแลผู้ป่วย โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขาเป็นภาระ และทุกคนมีความเต็มใจที่จะดูแลเขา ทีมสุขภาพต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย เพื่อหลีกเลี่ยงการปะทะหรือโต้เถียงเพราะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

1.5 แนวทางการดูแลรักษา มีประเด็นหลักคือ

- ผู้ให้การดูแลรักษาและทีมสุขภาพต้องมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน คือ เพื่อประคับประคองอาการของผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานลดลง
- มีการวางแผนร่วมกันโดยญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วม รวมถึงผู้ป่วยเองควรได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการดูแลรักษา
- มีการให้ข้อมูลการรักษาแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary Care) ซึ่งเป็นการรักษาแบบเสริมควบคู่ไปกับการรักษาหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้งด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการมุ่งเน้นดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care)
- การประเมินอาการผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต อาจใช้แบบประเมิน PPS, ESAS หรือการสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อเตรียมการดูแลให้กับผู้ป่วยและญาติให้ดีที่สุดและทันเวลา
- การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญที่สุดในช่วงผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ คือ การอธิบายธรรมชาติของกระบวนการตายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจในแต่ละอาการ เป็นการสร้างความเห็นที่ถูกต้องต่อการตาย เพื่อจะได้มีการเตรียมใจ ไม่ตกใจหรือรู้สึกผิดว่าไม่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทั้งนี้ญาติและผู้ดูแลจะได้ลดความกังวล และสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี แม้การจากกันจะเป็นเรื่องเศร้า แต่การเตรียมการที่ดีจะทำให้ความโศกเศร้านั้นอยู่นานเกินไปและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ทุกคนในครอบครัวจะได้มีประสบการณ์ที่ดีในการเรียนรู้และเติบโตหลังจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน **ข้อพึงพิจารณาเป็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเสียชีวิตนี้คือ การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบและบริบูรณ์ด้วยสติ ในขณะที่ญาติเองก็ช่วยกันส่งกำลังใจให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนผ่านระยะเวลาสุดท้ายในชีวิตได้อย่างราบรื่นเรียบร้อย**

กรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ดูแลต้องเตรียมตัวเรียนรู้อาการของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ซึ่งการทำงานของอวัยวะรับรู้ต่างๆ มีการทำงานลดลง โดยสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยตามช่วงเวลา ดังนี้

อาการในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต

- รับประทานอาหารและน้ำลดลง
- กลืนลำบาก
- มีอาการอ่อนล้าลงเรื่อยๆ เคลื่อนไหวน้อยลง
- ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน
- ปัสสาวะน้อยลง
- สีผิวดูซีด

การดูแลในช่วงนี้ เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
การสูญเสียความรู้สึกรับรู้ 24 - 48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต เรียงตามลำดับ ดังนี้

- การสูญเสียความอยากอาหารและน้ำ
- การสูญเสียความสามารถในการพูด
- การสูญเสียความสามารถในการมองเห็น
- การสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส

การสูญเสียความอยากอาหารและน้ำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความต้องการอาหารลดลง สัมพันธ์กับการมีกิจกรรมที่ลดลง ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร ไม้มีความหิว รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเต็มที่ การฝืนให้อาหารอาจมีผลเสียหลายประการ ในรายผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง การพยายามให้อาหารทางสายให้อาหารอาจไม่มีประโยชน์ การได้รับน้ำและอาหารหรือน้ำเกลือลดลงอาจช่วยลดอาการท้องมานและภาวะบวม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการแน่นอึดอัดในท้อง ลดความทุกข์ทรมาน ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย เพราะจะทำให้มีสารค้ำในร่างกายน้อยลง ทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายมากขึ้น จึงควรแนะนำให้ครอบครัวเข้าใจผลเสียจากการฝืนหรือรีบเร่งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในวาระสุดท้ายของชีวิต และเข้าใจว่า ผู้ป่วยไม่ได้อดอาหารจนตาย แต่เพราะร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารต่อไป

ในระยะใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยจะดื่มน้ำน้อยลง อาจจิบน้ำเพียงเล็กน้อย หรือไม่ดื่มน้ำเลยก็ได้ ไตของผู้ป่วยจะเริ่มทำงานลดลงหรือไม่ทำงาน มีปัสสาวะลดลง การให้น้ำเกลืออาจทำให้มีภาวะคั่งน้ำ มีเสมหะมาก ทำให้มีน้ำท่วมปอด ทำให้หายใจลำบาก ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้เสียชีวิตไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า โดยกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

การสูญเสียความสามารถในการพูดและการมองเห็น

ผู้ป่วยจะสูญเสียการสื่อสาร มองสิ่งต่างๆ อย่างไม่มีความหมาย ผู้ดูแลจะเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่รับรู้อะไรแล้ว แต่ความจริงผู้ป่วยบางรายอาจมีประสาทรับฟังทำงานได้ดีอยู่ และสามารถรับรู้สิ่งที่คนรอบข้างพูดคุยได้ การดูแลจึงไม่ควรพูดคุยในสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือก่อให้เกิดความกังวลหรือความห่วงใย ไม่ควรร้องไห้พึมพาย ควรพูดคุยแต่สิ่งที่ดีๆ เช่น ความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย

การสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส

การได้ยินและประสาทสัมผัสจะเป็นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกที่เสียไปหลังสุด การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ จึงควรเป็นการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย โดยใช้การสัมผัส การลูบคลำ การนวด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

อาการช่วง 24 ชั่วโมง ถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต

ในระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกตัวไป ช่วงนี้จะอยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปตลอดชีวิต และการเสียชีวิตที่บ้านอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตที่เหลืออยู่ของคนอื่นๆ ในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดังนี้

- อาการเพ้อ ลับสน กระสับกระส่าย
- การร้องครวญคราง
- ภาวะหายใจเสียงดัง มีเสียงครีตคราดในลำคอ เสมหะมาก
- หายใจลำบาก
- ซีพจรเบาลงมาก คลำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง
- กล้ามเนื้อกระตุก
- ผิวหนังซีดและเย็นลง

อาการสับสน กระสับกระส่าย ร้องครวญคราง

เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากความกลัว มีเรื่องค้างคาใจที่ยังไม่ได้รับการจัดการ ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ การมีอุจจาระคั่งค้าง อาจใช้การจัดการอาการโดยการให้ยาหรือไม่ให้ยา หากจัดการอาการดีแล้ว ยังมีร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ควรอธิบายให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจ

ภาวะหายใจเสียงดัง มีเสียงครีคราดในลำคอ

รูปแบบการหายใจของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจมีลักษณะหายใจช้าสลับเร็ว หายใจตื่นและลึกสลับกัน หรือบางครั้งมีหยุดหายใจร่วมด้วย ภาวะหายใจเสียงดัง มีเสียงครีคราดในลำคอเกิดขึ้นจากเสมหะปกติที่ผู้ป่วยไม่มีแรงพอที่จะกลืนได้ อาการหายใจเสียงดังไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ควรอธิบายให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจและให้การดูแล ดังนี้

- จัดท่านอนตะแคง หรืออยู่ในท่านอนราบศีรษะสูงเล็กน้อย และช่วยหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะที่เกิดขึ้นไหลออกได้สะดวก
- ใช้ผ้าชุบน้ำลายหรือเสมหะที่ข้างกระพุ้งแก้ม
- การใช้เครื่องช่วยดูดเสมหะ ไม่ช่วยทำให้อาการดีขึ้นแต่จะเพิ่มความรำคาญและความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

- หากมีเครื่องผลิตออกซิเจน สามารถให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากได้

การดูแลช่วง 24 ชั่วโมง ถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต

- ไม่ควรปลุกให้ตื่นบ่อย
- ควรพูดคุยเรื่องที่มีความสุขในช่วงที่ผู้ป่วยตื่น
- เปิดเพลงหรือบทสวดมนต์ที่ผู้ป่วยชอบให้ฟังเบาๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย
- ช่วยนวดบริเวณหน้าผากเบาๆ
- ผู้ที่ไม่กระสับกระส่าย ไม่ควรผูกมัด

ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้ ดังนี้

การสวดมนต์ สามารถลดอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยบทสวดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นบทสวดที่ใช้รักษาโรค เช่น บทโพชฌังคปริตร บทสวดยันทุน บทสวดอิติปิโส เป็นต้น

ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จากประสบการณ์ที่โรคร้ายคร่า วัตถุประสงค์ประสงค์ พบว่า ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่ต้องการฟังเสียงสวดมนต์ในวาระสุดท้ายของชีวิต (The last hour of life) ผู้ดูแลต้องมีประสบการณ์และสามารถประเมินได้ว่าเหมาะสมหรือไม่ กรณีผู้ป่วยที่ฟังเสียงสวดมนต์ได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตทุกราย จะมีทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล ญาติผู้ป่วย จิตอาสา นั่งอยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย น้อมนำให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดจิตอยู่ที่เสียงสวดมนต์ เวลาสวดควรสวดด้วยน้ำเสียงที่สม่ำเสมอ ไม่ดังเกินไป และประสานกันเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวให้ผู้ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงพ้นจากความทุกข์และทรมาน จากนั้นผู้ป่วยจะค่อยๆ หายใจช้าลงและจากไปอย่างสงบ ถือเป็น การลดความวิตกกังวลของญาติด้วย เพราะโดยปกติเมื่อมีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ญาติมักมีความตื่นตระหนก ตกใจ ทำอะไรไม่ถูก โทรศัพทติดต่อทุกคนที่ต้องการจะบอกเรื่องอาการผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลมีหน้าที่น้อมนำให้ญาติซึ่งกำลังเสียขวัญ ได้ตั้งสติและเห็นความสำคัญของช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยระยะที่กำลังจะเปลี่ยนผ่าน “Transitional Withdrawal” เป็นอาการสงบเงียบในขณะเปลี่ยนผ่านที่ใกล้เข้ามา และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เป็นการทำหน้าที่ญาติครั้งสุดท้าย โดยไม่ควรเข้าไปรบกวนหรือเขย่าตัวผู้ป่วย แต่ให้ออกไปร้องไห้ข้างนอก เมื่อรวบรวมสติได้จึงค่อยเข้ามาหาผู้ป่วย

การฟัง ผู้ดูแลควรรับฟังและให้กำลังใจผู้ป่วยตามต้องการ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายอารมณ์ผ่านการพูด การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุขสบายและความต้องการเพิ่มเติมในการดูแล สิ่งสำคัญคือ ให้สังเกตดูว่าผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ที่อยากพูดคุยด้วยหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยเหนื่อยหรือเพลีย

ให้ทรงบวง ผู้ป่วยบางรายอาจหวาดกลัว อาจมีสิ่งค้างคาใจ ซึ่งการได้พูดคุยในบรรยากาศที่เข้าใจ ผ่อนคลายและสร้างสรรค์เป็นการช่วยเตรียมให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

การขอขมาและอโหสิกรรม หากผู้ป่วยและญาติพร้อม การจัดให้มีการขอขมาและอโหสิกรรมระหว่างกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายได้กล่าวสิ่งที่อยู่ในใจและปรับความรู้สึกความเข้าใจต่อกัน เป็นการแสดงออกถึงความรักให้อภัยต่อกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจกันและจากไปอย่างสงบ

การอำลา เมื่อผู้ป่วยมาถึงวาระสุดท้าย ผู้ดูแลควรปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น สวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เปิดเทคนิธรณะ กุมมือ นั่งอยู่กับผู้ป่วยเรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่กับวาระสุดท้ายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

วิธีการดูแลอาการที่พบบ่อย มีดังนี้

1. อาการอ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น

ผู้ป่วยจะดูอ่อนเพลียแบบค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลาเป็นวัน เป็นชั่วโมง จะนอนหลับบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ และอาจจะตื่นตอนกลางคืน บางรายจะหลับลึก ปลูกไม้ตื่น อาการดังกล่าวไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่ร่างกายอาจมีการขยับแบบอัตโนมัติโดยไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย เช่น กำมือ ยกคิ้ว กัดฟันกรอดๆ แขนขากระตุกร่วมด้วย

วิธีการดูแล

- จัดหาเตียงที่ผู้ป่วยนอนสบาย ยกศีรษะสูงเล็กน้อย ใช้หมอนข้างช่วยเสริมด้านข้าง
- พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชม. โดยไม่ต้องพลิกตัวบ่อยมาก จะทำให้ผู้ป่วยรำคาญ
- ควรใส่ผ้าอ้อมอนามัย หรือสายสวนปัสสาวะ เพื่อสะดวกในการดูแล ผู้ป่วยไม่ต้องลุกจากเตียง
- สัมผัสผู้ป่วยด้วยการกอดเป็นระยะๆ
- สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้ แม้ว่าจะไม่มีการโต้ตอบ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่เราสื่อสารได้

2. การดูแลช่องปาก และดวงตาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะใกล้เสียชีวิต จะหายใจทางปาก ดื่มน้ำได้เล็กน้อย จึงทำให้ปากและลิ้นของผู้ป่วยแห้งมาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้

วิธีการดูแล

- ผสมน้ำอุ่นกับเกลือ แล้วใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำดังกล่าวนั้นเช็ดปาก เหงือก ฟันและลิ้นของผู้ป่วยได้ทุกชั่วโมง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น
- ส่วนดวงตา เนื่องจากผู้ป่วยปิดตาไม่สนิท ทำให้ตาแห้งและแสบได้

วิธีการดูแล

- อาจใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วย วันละ 4 ครั้ง หากตาผู้ป่วยเพื่อยเปิดตลอดเวลา

3. อาการปวด

โดยทั่วไปอาการปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เพิ่มมากขึ้นในช่วงสุดท้าย เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวขยับตัวน้อยลงแต่หลับมากขึ้น

วิธีการดูแล

- สังเกตอาการปวดจากการแสดงสีหน้า การทำหน้านิ้วคิ้วขมวดแทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดจากยาเกินเป็นยาฉีด หรือยาที่สามารถดูดซึมใต้ลิ้นได้ เพื่อความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

4. อาการมือ เท้าเย็น

เมื่อเวลาผู้ป่วยใกล้หมดลมหายใจ ญาติอาจสังเกตเห็นได้จากมือเท้าเย็น เปลี่ยนเป็นสีคล้ำ ผิวเป็นจ้ำๆ ตาเบิกกว้างแต่ไม่กระพริบ ปัสสาวะน้อยลงมาก ผู้ป่วยบางรายอาจตื่นขึ้นมาเป็นระยะๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยพยายามรวมพลังสำรองที่มีทั้งหมดมาใช้ในการรำลึาญาติครั้งสุดท้ายก่อนจากไป

วิธีการดูแล

- ควรหยุดวัดความดันโลหิต หรือสายวัดและเครื่องพันหนาการผูกมัดผู้ป่วยต่างๆ รอบตัว เนื่องจากในระยะนี้ค่าที่วัดได้ไม่สามารถเชื่อถือได้และเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากขึ้น

- ญาติควรตั้งสติให้ดี อย่าตกใจ ให้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายอยู่ข้างเตียงกับผู้ป่วยมากที่สุด จนแน่ใจว่าสิ้นลมหายใจแล้ว จึงพูดคุยกันเพื่อเตรียมดำเนินพิธีทางศาสนาต่อไป

แนวทางข้างต้น เป็นคำแนะนำอย่างง่ายสำหรับญาติและผู้ดูแล เพื่อจะได้รับมือกับอาการที่พบบ่อยในช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีสติ และให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างมีคุณค่าก่อนจากกันไป

ในฐานะทีมสุขภาพผู้ดูแล ควรหมั่นพูดคุยกับญาติซึ่งอาจมีการขัดแย้งกัน บางคนอาจต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ตรงข้ามกับอีกฝ่ายที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ ต้องการให้จากไปอย่างสงบ ดังนั้นทีมสุขภาพผู้ดูแลในช่วงระยะการสูญเสียนี้ อาจถูกกระทบกระทั่งจากบรรดาญาติผู้ป่วยด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว สิ่งที่สามารถทำได้คือ การให้อภัย เข้าใจและเห็นใจ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือให้พวกเขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ภายหลังการเสียชีวิตของคนที่เรารักและจากไปไม่มีวันกลับอีกต่อไป

กรณีศึกษา การดูแลในช่วงระยะสุดท้าย (สัปดาห์สุดท้าย-วันสุดท้าย)

การเบี่ยงเบนความกังวล ความหวัง โดยสร้างหลักยึดเหนี่ยวจิตใจใหม่

กรณีผู้ป่วยเพศชาย เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ภูมิลาเนา จ.ขอนแก่น อาชีพ ค้าขาย ความกังวลของผู้ป่วย คือ ครอบครัวประกอบด้วย ภรรยา (แม่บ้าน) บุตรสาว 3 คน มีการพูดคุยในหลักไตรลักษณ์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจ และเริ่มใช้ไตรลักษณ์เข้ามาช่วยในการบำบัด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทุกข์ใจมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลสังเกตเห็นอาการ จึงเปลี่ยนวิธีการโดยพยายามดึงสิ่งที่ค้างคั่งในใจผู้ป่วยออกมา คือ ผู้ป่วยห่วงลูกสาวทั้งสามคนมาก คนโตสอบได้จะเข้าเรียนต่อในมหาวิทยาลัย ธุรกิจผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินกิจการเองทั้งหมด ภรรยาเป็นแม่บ้านไม่รู้เรื่องกิจการที่ทำเลย ยิ่งแนะนำให้ฝึกสมาธิ หรืออื่นๆ ยิ่งไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความทุกข์มากขึ้น ท้อแท้มากขึ้น เหมือนเป็นมุกกลับ สิ่งที่ผู้ดูแลพยายามช่วยกลับทำให้เขาคิดว่าตัวเองคงไม่รอด คงใกล้ตายแล้ว ถึงเน้นให้เขาฝึกฯ

เมื่อเห็นว่าการใช้วิธีการเดิมคงไม่ได้ผล ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต จึงเปลี่ยนรูปแบบ คือ ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้กฎไตรลักษณ์ในการสร้างความหวังใหม่ในภพหน้า (ความหวังสำรอง) คือ ผู้ป่วยเชื่อในภพชาติ จึงอธิบายเปรียบเทียบให้เห็นถึงการตายดีกับตายแบบทุกข์กังวล สถานที่จุดใจจะเป็นอย่างไร

ผู้ดูแลถาม : เชื่อเรื่องเทวดาไหม

ผู้ป่วยตอบ : เชื่อ

ผู้ดูแลถาม : เทวดามีบุญมีฤทธิ์ไหม

ผู้ป่วยตอบ : มี

ผู้ดูแลถาม : เคยทำบุญมาบ้างไหม

ผู้ป่วยตอบ : ทำมาเยอะ

ผู้ดูแลถาม : เชื่อมั่นในบุญของตัวเองไหม

ผู้ป่วยตอบ : เชื่อมั่นในบุญกุศลของตัวเองที่สร้างมา

จึงพูดคุยต่อไปว่า เรามีสองทางนะ คือพยายามสู้ กินยารักษาให้หายแล้วกลับไปทำงาน แต่ถ้ามันไม่หายต้องตายเราจะทำอะไร ถ้าเราตายแล้วเราจะยังช่วยครอบครัวเราได้อย่างไร ผู้ป่วยตอบว่า ต้องเป็นเทวดา เอาละนั่นทั้งรักษาและเป็นเทวดา ต้องภาวนานะ แล้วมีอะไรที่ไม่สบายใจให้คุยกับหมอตันทันนะ อย่าเก็บไว้คิดคนเดียว ให้หมอมมีส่วนร่วมช่วยคิดช่วยแก้ไข... ผู้ป่วยได้ระบายถึงความหวังใยครอบครัว และตั้งใจทำสมาธิภาวนาโดยหวังว่าจะช่วยให้ได้ไปเกิดในสวรรค์หลังจากตนเองตายแล้ว วาระสุดท้ายผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไบหน้ายิ้มมึนๆ หน้าตาที่เคยเศร้าหมอง กลับมาสดใส.

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายก่อนเสียชีวิต อาจมีอาการกลับมาแข็งแรงดีขึ้น เพราะผู้ป่วยพยายามรวมพลังสำรองที่มีทั้งหมดมาใช้ในการรำลึภาวนาหรือรำลึกถึงสิ่งที่ตนเองเคยผูกพันเป็นครั้งสุดท้ายก่อนจากไป โบราณเรียกว่า **ช่วงแสงสุดท้าย** ผู้ป่วยจะดูเหมือนหายจากอาการป่วย บางรายอาจอยากรับประทานอาหารที่เคยชอบ บางรายจะอยาก

พบหน้าคนที่ไม่ได้พบกันมานาน หรืออยากไปสถานที่ที่เคยมีความรู้สึกผูกพัน เพื่อรำลึกถึงเป็นครั้งสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ต้องการแล้ว ไม่นานก็เสียชีวิต ซึ่งระยะเวลาที่ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะนานเท่าไร การอธิบายให้ญาติผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายและจากไปอย่างสงบ ญาติและครอบครัวไม่รู้สึกติดค้างและมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ภายหลังการเสียชีวิตของคนที่เขารัก ที่สำคัญสามารถลดข้อร้องเรียนระหว่างญาติและครอบครัวกับทีมสุขภาพผู้ดูแลในประเด็นที่ว่า ทำไมผู้ป่วยดีขึ้นแล้วถึงเสียชีวิตได้

2. การดูแลหลังเสียชีวิต (Bereavement Care)

การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วยสิ้นสุดลง ไม่ควรรีบร้อนที่จะบอกญาติว่าผู้ป่วยได้สิ้นชีวิตลงแล้ว ญาติมักสังเกตและรับรู้ได้เอง ปฏิกริยาของญาติที่สูญเสียบุคคลที่ตนรัก ณ เวลานั้นอาจมีความหลากหลาย ญาติอาจเข้าไปกอดผู้ตายหรือเขย่าตัว ร้องไห้เสียงดัง หรือบางคนอาจเงยบงัน พูดไม่ออก ไม่มีน้ำตาหรือแน่นิ่งเป็นลมล้มลง ควรช่วยเหลือญาติด้านสุขภาพ ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น แสดงความเสียใจด้วยกับญาติของผู้ป่วย อาจโอบไหล่หรือจับมือญาติเพื่อปลอบโยน (พิจารณาตามความเหมาะสมกับเพศและวัย) ควรพูดให้กำลังใจ เพื่อให้คลายความทุกข์โศก เสนอตัวเพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับญาติคนอื่นๆ ให้มาเป็นกำลังใจ

เมื่อช่วยเหลือญาติให้คลายทุกข์โศกแล้ว ควรใช้เวลาญาติในการสัมผัสร่างกายของผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย ขณะที่ร่างกายยังมีอุณหภูมิ แล้วจึงค่อยเช็ดตัวทำความสะอาดและจัดสภาพศพให้ใกล้เคียงกับการนอนหลับให้มากที่สุด ด้วยการปิดตา ใส่ฟันปลอม ปิดปาก ถอดสายยางต่างๆ ออกจากร่างกาย ตกแต่งบาดแผลด้วยผ้าปิดแผลชุดใหม่ หวีผมให้เรียบร้อย ไขเตียงให้ศีรษะสูงขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้เลือดไม่ไปกองที่หน้า สิวที่หน้าจะได้ไม่ค้ำค้ำมากนัก และแต่งตัวใส่เสื้อผ้าให้ศพตามความเชื่อ ทั้งนี้ควรปฏิบัติต่อศพด้วยความนุ่มนวลและความเคารพ ควรถามความสมัครใจของญาติในการมีส่วนร่วมในการเช็ดทำความสะอาดหรือใส่เสื้อผ้าให้ผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย เมื่อเตรียมสภาพศพให้อยู่ในสภาพดีแล้ว ญาติอาจต้องการให้ลูกหลานที่ใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมศพอีกครั้งเพื่อสัมผัสและเห็นกันเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนที่สภาพศพจะเปลี่ยนแปลงมากไปกว่านี้ ในระยะ 2-6 ชั่วโมงหลังจากเสียชีวิต กล้ามเนื้อทั้งหมดจะเริ่มแข็งตัว (Rigor Mortis) มักจะเริ่มที่หนังตา คอ และบริเวณขากรรไกรก่อน โดยปกติระเบียบของโรงพยาบาลจะนำศพออกจากหอผู้ป่วยไปยังสถานที่เก็บศพของโรงพยาบาล (Morgue or Mortuary Unit) หลังการเสียชีวิต 2 ชั่วโมง ดังนั้นควรให้ญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิตได้เท่าที่ต้องการในเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ต้องไม่ทิ้งให้ญาติที่มีความใกล้ชิดอยู่เพียงลำพังกับศพของผู้เสียชีวิต จะต้องมียุคคลที่สามอยู่ด้วยเสมอ เพื่อป้องกันเหตุร้ายอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมอารมณ์ทุกข์โศกไม่ได้ของญาติ

การดำเนินการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

หลังการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เมื่อผู้ป่วยจากไปอย่างสงบแล้ว การดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของกันและกันระหว่างผู้ดูแลและญาติ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาของความทุกข์ได้อย่างสงบและมีสติ ในช่วงเวลายากลำบากในชีวิต วิธีการจัดการกับความทุกข์จะมีต่างๆ กันไป โดยสิ่งที่ทีมสุขภาพ ญาติ หรือผู้ดูแลต้องทำยังมีมากมายที่แม้ว่าจะยังเศร้าเสียใจอยู่ คือ การดูแลร่างกายและการจัดการธุระต่างๆ ในเบื้องต้นนั้น ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดสามารถอยู่ข้างๆ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพื่อทำใจได้ระยะหนึ่ง ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านหรือที่สถานพยาบาลซึ่งเป็นตัวแปรว่าจะมีระยะเวลาเท่าใด จากนั้น ผู้ดูแลอาจดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. บางกรณีหรือหากมีความจำเป็นแพทย์อาจต้องชันสูตรศพผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตที่แน่ชัด

2. ควรกระทำเช่นเดียวกับผู้จากไปยังมีชีวิตอยู่ โดยการทำสิ่งต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพ เช่นเดียวกับขณะมีชีวิตอยู่ ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตมากที่สุดเหมือนสภาพคนที่นอนหลับสนิท

3. จัดตั้งศพให้อยู่ในที่ที่มีความสงบ

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยบริจาคอวัยวะหรือร่างกาย ญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้จัดการและรับศพไปดำเนินการตามที่ผู้ป่วยได้ทำข้อตกลงไว้ก่อนเสียชีวิต ทั้งนี้จะต้องมีการนำเอกสารหลักฐานอันได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ที่เสียชีวิต สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อของผู้เสียชีวิต ตลอดจนหนังสือรับรองการตายจากแพทย์ หรือใบรับแจ้งการตายจากผู้ใหญ่บ้าน (ถ้ามี) ไปแจ้งการเสียชีวิตที่สถานีตำรวจ สำนักงานเทศบาล หรือที่ว่าการเขต / อำเภอในท้องที่ภายใน 24 ชั่วโมงตามลำดับ ทั้งนี้หากเป็นความจำนงบริจาคดวงตาไว้ควรติดต่อภายใน 6 ชั่วโมงหลังการตาย

5. ติดต่ोजัดการงานศพและพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ภายใต้อความถูกต้องตามหลักกฎหมาย และความประสงค์ของครอบครัว

6. กรณีผู้ป่วยได้ทำประกันชีวิตไว้ ต้องมีเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม ดังนี้

6.1 ใบเรียกร้องค่าสินไหม

6.2 ใบมรณะบัตร สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมประทับตราตาย

6.3 กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ต้องเตรียมหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล ใบรับรองแพทย์กรณีมีแผนให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน

6.4 กรมธรรม์ต้นฉบับ (หากหาย ให้ไปแจ้งความที่สถานีตำรวจและนำใบแจ้งความมาเป็นหลักฐานแทน)

6.5 สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หนังสือมอบบัญชีของผู้รับผลประโยชน์ทุกท่าน เช่น สำเนา

ถูกต้อง

6.6 การลำดับทายาทในส่วนทรัพย์สินของผู้ป่วย ให้ถามผู้รู้หรือนักกฎหมาย

กระบวนการทางด้านจิตใจเมื่อสูญเสีย

การสูญเสียเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องพบเจอ และยิ่งเป็นการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่รักและผูกพัน เป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ถนัดนัก เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น ในมุมมองทางจิตวิทยา มนุษย์ย่อมได้รับผลกระทบกระเทือนทางจิตใจ และอาจแสดงออกตอบสนองต่อการสูญเสียนั้น ได้หลายรูปแบบกว่าจะยอมรับและทำได้ ดังนี้

1. การปฏิเสธ (Denial) หรือไม่ยอมรับว่าคนที่เรารัก หรือผู้ที่เรารักได้เสียชีวิตลงแล้ว คำพูดที่ได้ยินบ่อย เช่น มันไม่จริงใช่ไหม กำลังแก้งไข้ไหม

2. การโกรธ (Anger) เมื่อไม่อาจยึดชีวิตผู้ป่วยได้ ผู้ที่สูญเสียอาจจะโกรธเกรี้ยวต่อทุกสิ่งอย่างที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง เทพเจ้า โชคชะตา ต่อทีมแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือ แม้แต่ตนเอง คำพูดที่แสดงออกซึ่งการโกรธ เช่น ทำไมต้องเป็นเรา มันไม่ยุติธรรมเลย

3. การต่อรอง (Bargaining) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ความเป็นจริงที่ว่าตนได้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่ผูกพันไปแล้ว แต่ยังไม่อาจยอมรับความจริงได้อย่างสนิทใจ จึงมีการต่อรอง วิงวอนให้บุคคลนั้นกลับมามีชีวิตเช่นเดิม เช่น ขอให้ตนได้ตายแทน

4. การเศร้าเสียใจ (Depression) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าที่ตนรักหรือผูกพันได้เสียชีวิตลงแล้วและรู้สึกเศร้า เสียใจ อาจแสดงออกด้วยการร้องไห้ ไม่อาจนอนหลับได้ตามปกติ อาจนอนน้อย หรือนอนมากเกินไป หรือ ฝันร้าย หากความซึมเศร้าอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์และรบกวนการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน อาจมีภาวะซึมเศร้าหลังการสูญเสียที่อาจต้องได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์

5. การยอมรับความจริง (Acceptance) เป็นขั้นที่ญาติ หรือ ผู้ดูแล ทำใจยอมรับได้ว่าตนได้สูญเสียบุคคลที่รักที่ผูกพันไปแล้ว และทำใจยอมรับกับการสูญเสียและใช้ชีวิตให้เป็นปกติ เมื่อทำใจยอมรับได้ บางคนอาจทำอนุสรณ์หรือเครื่องรำลึกความทรงจำกับผู้ที่เสียชีวิต เช่น การทำป้ายบูชา การปลูกต้นไม้ สิ่งของ อาคาร ที่รำลึกถึงผู้วายชนม์ เป็นต้น

บุคคลจะมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียในรูปแบบที่แตกต่างกันแต่กระบวนการทางจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้คล้ายกันตามขั้นข้างต้น ดังนั้นทีมสุขภาพผู้ดูแล ตลอดจนญาติและบุคคลใกล้ชิด พึงเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจหลังการสูญเสีย เพื่อสามารถที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อก้าวผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากในช่วงหนึ่งของชีวิตนี้ไปได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

แนวทางรับมือความสูญเสียและความโศกเศร้า

1. การยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ยอมรับอารมณ์โกรธ เศร้า และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการสูญเสียคนที่รักว่าเป็นสิ่งปกติและเป็นธรรมชาติที่เราต้องเผชิญในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต การเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดและยอมรับความรู้สึกเหล่านั้นจะช่วยให้สามารถเดินหน้ากับชีวิตต่อไปได้
2. การระบายความรู้สึก การได้พูดคุยและระบายความรู้สึกกับคนรักหรือคนที่เข้าใจและไวใจได้ ไม่ว่าจะเป็นเป็นญาติ คนในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนนักจิตวิทยา จะช่วยให้ได้ระบายและปลดปล่อยความรู้สึกเจ็บปวดออกมาได้ หลายคนอาจรู้สึกผิดที่ยังไม่ได้ทำสิ่งต่างๆ ให้กับผู้ป่วย การได้พูดคุยโดยเฉพาะกับคนในครอบครัว จะเป็นการร่วมแลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกระหว่างกัน ช่วยให้เราสามารถอดทนอดกลั้นให้ก้าวข้ามผ่านเวลาแห่งการสูญเสียไปได้ และสามารถเปลี่ยนความทุกข์ ความโศกเศร้าเป็นโอกาสทำสิ่งดีๆ เพื่อเป็นบุญให้แก่ผู้จากไปได้
3. การเขียนแสดงความรู้สึก การเขียนเป็นอีกหนึ่งเทคนิคที่สามารถช่วยระบายความรู้สึกต่างๆ จากการสูญเสียจะช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดทางจิตใจ ช่วยให้รู้สึกโล่งขึ้น เป็นการรับมือได้ในอีกทางหนึ่ง
4. การกลับมาดูแลตนเองและคนรอบข้าง การหันกลับมาดูแลตนเองและกิจวัตรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ หากสภาพจิตใจยังไม่พร้อม ควรหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือการตัดสินใจที่สำคัญหากยังไม่มีสมาธิ
5. การให้กำลังใจผู้อื่น การให้กำลังใจผู้ที่เผชิญความสูญเสียเหมือนกันจะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้น และการแบ่งปันเรื่องราวของกันและกันจะช่วยทำให้รู้สึกสบายใจขึ้นได้
6. การจดจำและระลึกถึงบุคคลที่จากไป การรำลึกถึงผู้ที่จากไปโดยอาจวางรูปภาพของผู้เป็นที่รักซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่มีความสุขไว้ เพื่อย้ำเตือนถึงความทรงจำดีๆ ที่มีร่วมกัน หรืออาจปลูกสวนดอกไม้เพื่อระลึกถึงผู้จากไป หรือวิธีอื่นๆ ตามที่ถนัดหรือสนใจ

3. กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองผ่านเรื่องเล่า

กรณีที่ 1

หญิงไทย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ด้วยโรคมะเร็งรังไข่ระยะที่ 4 และลุกลามกระจายไปช่องท้อง โดยไม่มีญาติมาด้วย ค่าแรกที่ผู้ป่วยพูดกับทีมผู้ให้การรักษา คือ “หมอช่วยรับป่าอยู่ที่นี่ด้วยนะ ป่าไม่มีทางไปแล้ว”

หลังเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 1 ปีเต็ม ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ในช่วงที่ผู้ป่วยแข็งแรง ได้เป็นจิตอาสาที่สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ป่วยมะเร็งคนอื่นๆ โดยทำกิจกรรมร่วมกับทุกคนอย่างต่อเนื่อง เช่น สวดมนต์ทุกเช้า-เย็น ร้องเพลง-เต้นในช่วงดนตรีบำบัดอย่างมีความสุข มีการเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยและเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตที่ผ่านมาถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน ทำให้เกิดแรงบันดาลใจให้เข้มแข็งและต่อสู้เหมือนกับผู้ป่วย ช่วงเวลาที่อยู่วัดคำประมงจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสุข และพูดเสมอว่า มีความสุขจนไม่อยากไปอยู่ที่ไหน ถ้าป่าตายก็ขอให้ตายอยู่ที่นี่

ในช่วงท้ายของชีวิต 2-3 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป มีลูกสาวและลูกชายสลับกันมาเยี่ยมและดูแล ลูกสาวเล่าให้ฟังว่า ยายเป็นผู้เลี้ยงดูเธอตอนเด็กๆ ผู้ป่วยซึ่งเป็นแม่ไม่เคยเลี้ยงดูเธอ จึงไม่ค่อยสนิทกัน เมื่อแม่เจ็บป่วยไม่สามารถมาดูแลได้เพราะต้องทำงาน อาจจะมาได้นานๆ ครั้ง ในขณะที่ลูกชายซึ่งอายุ 40 กว่าแล้ว ก็ไม่มีงานทำและมาอาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่วัดคำประมง และขอเงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่าย ในสายตาของแม่ถึงลูกจะเป็นอย่างไรก็ยังคอยมองลูกด้วยสายตาแห่งความรักเสมอ แล้ววันหนึ่งลูกชายก็ลากลับบ้านไปโดยไม่ได้กลับมาดูแลแม่อีก ในขณะที่ผู้ป่วยอาการทรุดลง ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการพึ่งพิงมากขึ้น

วันหนึ่งมีคุณตาอายุ 70 กว่า เดินทางมาแล้วบอกว่าเป็นเพื่อนเก่าของผู้ป่วย คุณตามองผู้ป่วยด้วยความเป็นห่วง และผูกพันมากกว่าลูกๆ เสียอีก คุณตาดูแลผู้ป่วยอย่างดีด้วยความเอาใจใส่ ร้องไห้สงสารเมื่อผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คุณตาช่วยโทรติดต่อให้ลูกมาดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เพื่อที่จะได้มาทดแทนบุญคุณแม่เป็นครั้งสุดท้าย แต่ลูกทั้งสองก็ได้ปฏิเสธ คุณตาจึงอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปด้วยความรักและเป็นห่วง โดยหลวงตาและทีมผู้รักษาดูแลเรื่องที่พักและค่าใช้จ่ายทั้งหมดมาตลอด 1 ปี

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นช่วงเวลาที่หนักหนาสำหรับผู้ดูแล และยิ่งผู้ดูแลเป็นคุณตาวัยเจ็ดสิบกว่า เช่นนี้ จึงไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่จะผ่านช่วงเวลานี้ไป ทีมผู้รักษาต้องมีประสบการณ์และความชำนาญในการช่วยแก้ไข ปัญหาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะท้าย รวมถึงแบ่งเบาภาระอันหนักหนาในความรู้สึกของญาติ วันหนึ่ง ทีมผู้ให้การรักษาได้เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่จิตอาสาเกือบ 10 คนแบ่งเป็น 2 ชุด ชุดหนึ่งทำความสะอาดบ้านพัก ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆ และจัดให้น้ำอยู่ ในขณะที่เดียวกันอีกชุดหนึ่งช่วยเช็ดตัวทำความสะอาด สระผม วันนั้นเป็นวันที่ผู้ป่วยมีความสุขมาก ลูกขึ้นมานั่งพูดเสียงดังชัดแจ้ว สีหน้ายิ้มแย้มมีความสุข ทุกคนช่วยกันเช็ดตัว ทำความสะอาด ป้อนอาหาร เปลี่ยนแพมเพิสให้ วันนั้นผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นมานั่งกินข้าวได้ คุณตาเองก็ได้รับการ สระผม ตัดผม จากทีมผู้ให้การรักษาและจิตอาสา และแบ่งเวลาให้คุณตาได้ไปพักผ่อน หลังจากที่เหน็ดเหนื่อยในการ ดูแลผู้ป่วยมานาน ก่อนที่จะจากกันไปในวันนั้นผู้ป่วยจับมือพยาบาลไว้ และพูดว่า “ขอขอบคุณมากนะที่ทำทุกอย่าง ให้ป่า ถ้าหากว่าป่าต้องตาย ป่าขอตายที่นั่นนะ อย่าให้ป่าต้องกลับหรือว่าไปอยู่ที่ไหนอีก”

เช้าวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจช้าลง เรียกไม่รู้สีกตัว ตาลอย คุณตาเห็นผู้ป่วยอาการไม่ค่อยดี จึง โทรตามทีมผู้ให้การรักษาไปประเมินอาการ เมื่อไปถึงผู้ป่วยไม่รู้สีกอะไรอีกแล้ว จึงได้เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบที่สุด หลังจากนั้นผู้ป่วยก็จากไปอย่างสงบในวันนั้น ถือเป็น การตายที่เรียบง่ายและงดงามที่สุดในชีวิตของคนคนหนึ่ง

การที่เราได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย การที่เราได้ทำให้เขาสบายตัวและสบายใจก่อนที่จะเดินทางไกล ในชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญมากๆ ซึ่งผู้ให้การรักษาจะต้องมีประสบการณ์พอสมควร ในกรณีของผู้ป่วยรายนี้ที่ต้องการ ใครสักคนหนึ่งที่รักและเข้าใจ และให้ความสำคัญในการดูแลให้มีความสุข เมื่อทุกคนที่ผู้ป่วยรู้จักมาอยู่ใกล้ๆ และทำ สิ่งดีๆ ให้ด้วยความเต็มใจ สีหน้ามีความสุข ผู้ป่วยก็สามารถที่จะจากไปอย่างสงบ ผู้ป่วยไม่พูดถึงลูกในช่วงใกล้จะเสียชีวิตหรือในช่วงที่อาการทรุดหนัก และบอกว่า “ปล่อยเขาไปแล้วตามทางของเขา เราเองเป็นแม่เราก็ทำกรรมกับเขา ไว้พอสมควร”

ในวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เราก็คงได้ทำพิธีศพให้อย่างเรียบง่าย ในชีวิตคนคนหนึ่ง เมื่อเขาเกิดมาแล้วต้องจากโลก ใบนี้อีก สิ่งหนึ่งที่สำคัญมากกว่าร่างกายที่ทุกข์ทรมาน ก็คือจิตใจที่รู้สึกว่ามีคุณค่าและสามารถที่จะละวางสิ่งต่างๆ ที่ติดค้างอยู่ในจิตใจได้ บางครั้งเขาอาจจะไม่ได้ต้องการอะไรมากมาย ไม่ได้ต้องการทรัพย์สินเงินทอง แต่มันมีสิ่งหนึ่ง ที่ติดอยู่ในใจของเขา หากผู้ให้การรักษา มีประสบการณ์เพียงพอและสามารถปลดปล่อยใจในใจนั้นได้ ให้เขาได้ปล่อยวาง และผ่อนคลาย ผู้ป่วยหลายคนก็พร้อมที่จะไปอย่างสงบ จากไปอย่างกล้าหาญ ไม่มีความรู้สึกกลัวตาย และที่สำคัญ ญาติที่อยู่เคียงข้างก็จะได้เห็นความพ้นทุกข์ของผู้ป่วย มองความตายเป็นเรื่องที่งดงาม ไม่ใช่สิ่งน่ากลัวหรือไม่ใช่การ พြากจากเพียงอย่างเดียว เมื่อเวลาแห่งความโศกเศร้าผ่านไป เมื่อมองย้อนหลังกลับมา เขาก็จะนึกถึงความงดงาม ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจากไปอย่างพ้นทุกข์จริงๆ ไม่ได้มีความรู้สึกใดๆ ติดค้างอีก และสิ่งนี้ก็คือการดูแลแบบประคับ ประคองที่ออโรคยศาลวัดคำประมงได้ทำตลอดมา

กรณีที่ 2 “ตั้งดอกไม้บาน ...ที่ออโรคยศาล”

ชีวิตเป็นของน้อยนะลูก แต่คุณค่ามากมายมหาศาล แม่ลูกจะเกิดมาดูแลโลกเพียง 7 ปีแต่เป็น 7 ปีที่มีคุณค่ายิ่ง สำหรับพวกเราทุกๆ คน ณ ออโรคยศาลวัดคำประมงแห่งนี้ อันเป็นที่พักกายพักใจของลูกตลอดไป

“ตั้งดอกไม้บาน ...ที่ออโรคยศาล”

ลมหายใจเข้า ภูผาใหญ่กว้าง

ครั้งแรกที่ได้พบกับเด็กชายวัยสี่ขวบ... สีหน้าเคร่งเครียด ไม่มีรอยยิ้ม เหมือนถูกบังคับให้มาที่นี่... ที่โรยศาล เป็นช่วงเวลาที่กำลังพาผู้ป่วยและญาติทำสมาธิผ่านบทเพลงด้วยเพลงนี้

แม่ของเด็กน้อย... เดินเข้ามาบอกว่าน้องชื่อ น้องเบส จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าน้องเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว AML (Acute Myeloid Leukemia) ที่ผ่านการให้ยาเคมีบำบัดมาอย่างโชกโชน... และผลของการรักษาคือ ร่างกายของน้องไม่ตอบสนองต่อยาเคมี แน่นอนว่า น้องจึงมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แขนสองข้างจึงพรุนไปด้วยรอยเข็ม ตามตัวมีจ้ำเลือดประปราย หน้าตาไม่ยิ้มเพราะกลัวจะถูกเข็มเจาะอีก แต่เมื่อน้องเดินเข้ามา เห็นทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้ม ไม่มีคนแต่งชุดขาว... ไม่มีเข็มฉีดยา... น้องจึงร่วมกิจกรรมตั้งดอกไม้บานด้วย เมื่อแม่ถามว่าอยู่ที่นี้ไหมลูก น้องเบสจึงตอบอย่างเต็มใจว่า “อยู่ได้”

ตั้งแต่วันนั้นมา เบสน้อย จึงกลายเป็นขวัญใจของทุกคน ที่โรยศาลวัดคำประมง ทุกวันเช้าและเย็น น้องเบสและแม่เดือนจะมาทำกิจกรรมสวดมนต์ สมาธิบำบัด ดนตรีบำบัดที่โรยศาลอย่างมีความสุข... ธรรมชาติค่อยๆ เยียวยาหัวใจดวงน้อยให้มีความอ่อนโยน มีจิตใจที่เข้มแข็ง และสัมผัสได้ถึงความเมตตา ที่หลวงตาและทุกๆ คนที่โรยศาลมีให้

แต่มาวันหนึ่ง... ก็เกิดสิ่งที่คุณคนไม่อยากให้เกิดก็เกิดขึ้นจนได้ ทั้งที่รู้อยู่เต็มหัวใจว่า โรคจะดำเนินต่อไปอย่างไรก็อดสงสารแม่และน้องไม่ได้ เด็กน้อยไม่รู้จักความตาย... แต่รู้จักกลัวว่าต้องจากแม่ไปไกล แม่รู้จักความตายดี ยิ่งทุกซึ้งใจว่าลูกน้อยมากมายนัก

วันนั้น...น้องเบสมีไข้สูง ตามตัวมีจ้ำเลือด มีเลือดออกมาทางจมูกตลอด

วันนั้น...เราถามน้องว่า “เบส จะไปโรงพยาบาลไหมลูก”

น้องบอกว่า “ไปก็ได้แต่ถ้าหายแล้ว ต้องพากลับมาวัดนะ”

เมื่อ Refer เบสน้อยไปโรงพยาบาล โดยมีคุณแม่เดือนและจิตอาสาตามไปดูแล น้องได้รับเกร็ดเลือด ได้ยาฆ่าเชื้อ ไข้เริ่มลง หากแต่เกล็ดเลือดก็ต่ำลงๆ เช่นกัน จนสุดท้าย...คุณหมอผู้รักษาแจ้งแม่ว่า น้องไม่ตอบสนองกับเกล็ดเลือดเลย ขอส่งตัวน้องกลับไปให้ยาเคมีบำบัดต่อไป

หลวงตาและจิตอาสาได้ไปเยี่ยมน้องเป็นระยะๆ น้องดีใจมาก ที่หลวงตาและพวกเรา มาเยี่ยม คุณหมอแอก นพ.ลัญจศักดิ์ อรรถยากร จิตแพทย์จากศูนย์ชีวาภิบาล รพ.จุฬาฯ และท่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬารศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ ซึ่งเดินทางมาเก็บข้อมูลวิจัย ได้แวะมาเยี่ยมน้องด้วย

คุณหมอแอกบอกว่า จะส่งรถบังคับมาให้ มันคือจิตวิญญาณ ของเขาที่เดียวเขียนะพี้อัด วันนั้น หลวงตาพานำสวดมนต์ให้พรน้องด้วย น้องรับฟังอย่างตั้งใจ...

แม่เดือนตกลงตัดสินใจอย่างแน่วแน่ว่าจะกลับมาที่วัด และไม่ไปรับยาเคมีอีก แม่บอกว่าน้องรับไม่ไหว ขอบารมีหลวงตาช่วยคุ้มครองให้น้องอยู่รอดปลอดภัยด้วยเทอญ

วันที่แม่และน้องกลับมาถึงวัด เราทุกคนต่างรู้ว่า ต่อไปนี้...น้องอาจจะต้องพบกับภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง แต่ทุกคนเชื่อว่านี่คือ สิ่งที่เราเรียกว่าสิทธิของเด็กสี่ขวบ ที่เขามีสิทธิจะเลือกตามความต้องการของเขา และอยู่ในที่ที่เขามีความสุข เมื่อกลับมาหลวงตาและทุกคนที่วัดร่วมกันสวดมนต์ส่งพลังใจให้น้องเบส จนน้องนอนหลับอย่างสบายใจบนตักแม่ และได้รับของขวัญจากคุณหมอแอก

ถึงวันนี้... เบสน้อย ยังมีไข้ ปวดท้อง มีจ้ำเลือด แต่หากอะไรจะเกิดขึ้น... เราทุกคนที่โรยศาลพร้อมที่จะดูแลให้น้องทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และขอให้กำลังใจแม่เดือน ให้มีสติและพร้อมที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต ขอขอบคุณทุกคนที่เกี่ยวข้องและให้การดูแลน้องอย่างดี ขอขอบคุณที่วันนี้น้องยังยิ้มได้ ขออนุโมทนาบุญกับทุกท่านด้วยเชื่อว่าถึงวันนี้... ดอกไม้ได้บานในหัวใจของน้องเบสและแม่เดือนแล้ว... (ไอ้ต พิษยาบาลจิตอาสา อโรยศาล วัดคำประมง : 29 มิ.ย. 58 จากหนังสือขอบคุณที่เป็นมะเร็ง)

กรณีที่ 3 ธรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย “ปัญญาและอุเบกขา”

“ปัญญา” ก็คือความรู้ตามความเป็นจริง รู้ว่าสิ่งต่างๆ ในโลกนี้ไม่เที่ยง มีเกิดมีดับ มีขึ้นมีลง รู้ว่าสิ่งต่างๆ ที่เรามีอยู่ตอนนี้มันไม่ได้เป็นของเราหรอก เดี่ยวสักวันหนึ่งเราก็ต้องจากมันไปทั้งหมด แม้แต่ร่างกายนี้ก็ไม่ใช่เป็นของเรา นี่คือนิยามของปัญญา ให้รู้ความจริง รู้ว่าทุกอย่างที่เรามีอยู่นี้เป็นของชั่วคราวเป็นของที่ยืมเขามา วันหนึ่งก็ต้องสูญสลายไป ต้องพลัดพรากจากกันไป ถ้าเรารู้เราก็จะไม่ยึดไม่ติดไม่หลงไปคิดว่าเป็นของเรา เราก็จะพร้อมที่จะจากมัน เมื่อถึงเวลาจากกันก็จากกันอย่างมีความสุข จากกันอย่างไม่มีความทุกข์ เพราะรู้ว่ามันไม่ได้เป็นของเรา เหมือนกับเราไปยืมของของคนอื่นเขามาใช้ พอเราใช้เสร็จเราก็คืนเขาไป ไม่เห็นจะเดือดร้อนไปทำไม แต่ถ้าเราไปคิดว่าเป็นของเรา พอไปยืมเขามาแล้วก็มาถือว่าเป็นของเรา เราก็จะไม่อยากคืนเขา พอต้องคืนเราก็ไม่คืน พอถูกบังคับให้คืนเราก็จะทุกข์ นี่ของต่างๆ นี้เหมือนกับของที่เรายืมมา

ร่างกายนี้ก็เหมือนของที่เรายืมมา ทรัพย์สินสมบัติข้าวของเงินทองต่างๆ สามเณร ภรรยา บุตรธิดา พ่อแม่ปู่ย่าตายาย เหมือนของที่เรายืมมาทั้งหมด เดี่ยวไม่ช้าก็เร็วเราก็ต้องคืนเจ้าของไป เดี่ยวปู่ย่าตายายก็ต้องไปก่อน คืนปู่ย่าตายายไปก่อน แล้วเดี๋ยวก็คืนพ่อคืนแม่ ต่อไปก็มาคืนพี่ ต่อมาก็มาคืนตัวเรา ลูกเราสามีเราเมียเรา ทรัพย์สินสมบัติข้าวของเงินทองของเรา ถ้าเรามีปัญญาเราจะไม่ลืมความจริงอันนี้ แล้วเราจะเตรียมตัวตลอดเวลา แล้วเราจะใช้อุเบกขานี้รับมือเหตุการณ์ได้ถ้าเรามีปัญญา แต่ถ้าเราไม่มีอุเบกขาเราก็จะยังทำใจไม่ได้ เวลาเราต้องเสียสิ่งที่เรารักไปแล้วก็จะเสียใจ แต่ถ้าเรามีอุเบกขา และเรามีปัญญา อุเบกขาจะทำให้เราเฉย ปัญญาจะสอนว่าไม่มีอะไรเป็นของเรา ของทุกอย่างที่เรามีอยู่นี้เราจะต้องเสียมันไป

ฉะนั้น เรามาเตรียมตัวกัน เตรียมตัวล่วงหน้าไว้ก่อน ซ้อมไว้ก่อน..... ต่อไปเราก็จะสามารถที่จะทำใจได้ ให้เป็นอุเบกขาได้ ให้ปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่างได้ ให้มีปัญญาคอยเตือนใจอยู่เสมอว่า ไม่มีอะไรเป็นของเรา ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นของชั่วคราว แล้วก็ไม่ต้องกังวลไม่ต้องห่วง ไม่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ได้เรื่อยๆ บางทีก็เจริญ บางทีก็เสื่อม ห้ามมันไม่ได้ บังคับมันไม่ได้ แต่เราไม่ต้องไปทุกข์กับมันได้ด้วยการยอมรับความจริง แล้วเราก็จะไม่มีความทุกข์อยู่ในใจอีกต่อไป...

พระอาจารย์สุชาติ อภิชาโต

วัดญาณสังวรารามฯ จังหวัดชลบุรี

ธรรมะบนเขา

วันที่ 13 พฤษภาคม 2560

ณ จุลศาลา เขตห้ามล่าสัตว์ป่าเขาชีโอน

กรณีที่ 4 “เพ็ชรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม”

หลายคนอาจสงสัยว่า ทำไมต้องบริหารจัดการ คำตอบก็คือ จะได้เอาไปใช้ ในเวลาที่สำคัญที่สุดของชีวิต คือ ตอนสภาวะจิต ณ ขณะใกล้ตาย ซึ่งจิตก็จะไปตามสภาวะนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่อยู่ในวัยชราภาพด้วยแล้ว ย่อมมีโรคร้าย ที่จะมาสร้างความเจ็บปวด ตอนจิตจะดับ ดังนั้น ถ้าจิตไม่ได้รับการฝึกหัดมา บ่มบุญ บ่มสติมา ก็เป็นการยากที่จะตั้งจิตไว้ ในทางที่ดีได้

โดยปกติแล้วห้องไอซียู มักมีแต่ความตึงเครียด หดหู่ น่ากลัว จึงเป็นธรรมดาที่ห้องไอซียู จะเป็นความทรงจำที่ผู้ผ่านประสบการณ์ มักต้องการลบและลืม แต่สำหรับคุณยายพิสมัย และลูกหลานอีกสองคน กลับเป็นความประทับใจที่ต้องจดจำไปอีกยาวนาน คงเป็นเพราะในชีวิต คุณยายคงจะทำบุญมาดี เลยมีพระดีๆ มาโปรด ทำให้คุณยายพิสมัยมาป่วยพร้อมๆ กับพระอาจารย์คำเขียน สุวณฺโณ ผู้เป็นเสาหลัก ของการเผยแผ่ธรรมจากภูโคง จ.ชัยภูมิ ซึ่งท่านมีลูกศิษย์มาก ด้วยเหตุนี้ภายในห้องไอซียู จึงมีพระสงฆ์อยู่เฝ้าไข้เป็นประจำ

ในคำคืนนี้... เป็นเวรของพระอธิการครรชิต อภิญโญ เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม ต.ท่าหินโงม อ.เมือง จ.ชัยภูมิ แต่ด้วยเหตุห้องไอซียู ไม่เอื้อต่อบรรยากาศ ในการสนทนาธรรม และสนทนาธรรม อាកาซของ คุณยายพิสมัย จึงอยู่เพียงในสายตา การเฝ้ามองของพระอธิการครรชิต เท่านั้น ท่านได้แต่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ คอยแผ่เมตตา ส่งแรงใจช่วยเท่านั้น

ตลอดคืนนั้นอาการของคุณยายพิสมัยไม่ดีขึ้น อาการชักกระตุกยังมีต่อเนื่องไม่ผ่อนคลาย มาตราวัดที่จอมอนิเตอร์ข้างเตียง บ่งบอกถึงอาการ ไม่น่าไว้วางใจ จนแพทย์เวร ต้องมาเปรยๆ กับลูกหลานว่า คุณยายควรทำสังฆทานได้แล้วนะ

เช้าวันรุ่งขึ้น ลูกหลานของคุณยายพิสมัย ได้เข้ามาอาราธนาท่าน ให้ไปรับสังฆทานจากคุณยาย แม้ว่าจะเห็นหน้ากันคุ้นเคย แต่การสนทนาที่แท้จริง เพิ่งจะเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก พระอริการได้สอบถามถึง เหตุอาการป่วยไข้ จึงรู้ว่า เป็นด้วยอาการชราภาพ แขนขาอ่อนกำลัง มิใช่ความผิดปกติจากโรคภัยไข้เจ็บใดๆ อาการชกนั้นไม่รู้สาเหตุที่แท้จริง แพทย์บอกได้เพียงว่า มาจากสภาพเสื่อมสมดุลงของปฏิกิริยาเคมีภายในร่างกาย ลูกหลานจึงนิมนต์ขอให้พระอริการครุฑชิต ไปรับสังฆทาน แล้วช่วยสวดมนต์ให้คุณยายด้วย

พระอริการตอบรับ แต่ในใจนั้นท่านมีวิธีการอื่น ที่คิดว่าน่าลองทำมากกว่า พระอริการได้ถามถึงกิจวัตรของคุณยาย จึงรู้ว่า คุณยายชอบใส่บาตร ในตอนเช้าไม่เคยขาด คุณยายเคยผ่านการอบรมกรรมฐานมาบ้าง และชอบไปไหว้หลวงพ่อดวงคำ ที่วัดไตรมิตรฯ เป็นประจำ

ณ ช่วงเที่ยงของคุณยายพิสมัย ในห้องไอซียู คุณยายยังคงอยู่ในสภาพที่ร่างกายกระตุกตลอดเวลา พระอริการครุฑชิตได้พิจารณาอาการ และคิดหาหนทางแก้ไข และเห็นว่า การน้อมนำจิตของคุณยาย ออกจากทุกข์เวทนาทางกาย ไปสู่ที่หมายใหม่ ให้จิตได้ตั้งมั่น และที่ง่ายที่สุดน่าจะพึงอาณิสย์จากการใส่บาตรเป็นประจำทุกวันๆ เข้านี้แหละ

ท่านนั่งลงที่ข้างเตียงแล้วเริ่มบทสนทนา แน่ใจว่า เป็นการพูดข้างเดียว เพราะคุณยายมีสายยางสอดผ่านลำคอ แต่ยังดีที่คุณยายมีสติพยักหน้ารับรู้

พระอริการเริ่มการสนทนา

“คุณโยม อาตมาเป็นพระนะ วันนี้ มาเยี่ยมไข้คุณโยม คุณโยมรับรู้หรือไม่ ถ้ารับรู้ ช่วยพยักหน้ารับที่ได้ไหม”
คุณยายผงกศีรษะรับรู้

พระอริการจึงเข้าเรื่องทันที

“คุณโยม วันนี้ วันพระนะ เข้าแล้วไปใส่บาตรกันดีไหม”

คุณยายผงกศีรษะรับอีก

“เข้าครัวกันดีกว่า..... หาขันข้าวเจหรือยัง..... กับข้าวอยู่ไหน..... เรียงใส่ถาดให้ครบนะ ค่อยๆ ใจเย็นๆ ”
พระอริการเริ่มนำจินตนาการ เป็นจังหวะช้าๆ หน่วงเวลาให้คุณยายได้สร้างมโนภาพตาม ด้วยความคุ้นเคยในกิจวัตรที่กระทำในทุกๆ เช้า จึงไม่ยากเลยที่คุณยายจะคล้อยตาม

“ไปหน้าบ้านกันดีกว่าโยม ไกลเวลาพระมาแล้ว เอาเก้าอี้ไปด้วยนะ จะได้นั่งให้สบาย”

คุณยายผงกศีรษะรับ

“ไหนคุณโยมพระมาหรือยัง หันไปทางซ้ายดูซิ มีพระมาไหม”

คุณยายสั่นศีรษะ

พระอริการรู้ทันทีว่า ที่บ้านของคุณยายทุกเช้าพระบิณฑบาต จะเดินมาจากทางขวามือ

“ทางขวาล่ะ พระมาหรือยัง”

คราวนี้คุณยายผงกศีรษะรับ

“คุณโยมพระมาแล้ว ท่านมายืนข้างหน้าเปิดฝาบาตรรอแล้ว คุณโยม.. ยกขันข้าวขึ้นอธิษฐานก่อน”

คราวนี้คุณยายเลื่อนมือที่เคยวางทอดอยู่ข้างเตียง ขึ้นมาประสานกันที่บริเวณหน้าท้อง ในลักษณะประคองขันข้าว พระอริการได้กล่าวคำอธิษฐานนำ ซึ่งมีแต่สิ่งดีงามเพื่อน้อมนำจิตใจ

“อ้าวคุณโยมตักข้าวใส่บาตรนะ.... ใส่กับข้าวด้วย..... เอาดอกไม้ธูปเทียนวางบนฝาบาตร.....

เสร็จแล้วองค์ที่หนึ่ง..... พระไปยืนรอทางซ้ายแล้ว”

“องค์ที่สอง ตักข้าวใส่บาตรนะ..... ใส่กับข้าวด้วย..... อย่าลืมดอกไม้ธูปเทียนวางบนฝาบาตร.....

เสร็จแล้วองค์ที่สอง..... พระไปยืนรอทางซ้าย”

พระอธิการนำจินตนาการใส่บาตรทีละองค์ ทีละองค์ จนครบหกองค์ เป็นการพุดนำทีละชั้นตอน เป็นจังหวะที่เนิบช้าอยู่หกรอบ

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการย้ำภาพเดิมๆ ที่คุณยายคุ้นเคย เพื่อปลุกเร้าจินตนาการ ให้เกิดนิมิตอันแรงกล้าขึ้น เพียงการนำจินตนาการ ใส่บาตรพระผ่านไปยังไม่ทันครบ ผลที่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัดก็คือ อาการกระดูกของร่างกายคุณยาย เริ่มลดลง คุณยายเริ่มมีความผ่อนคลายมากขึ้น แล้วเมื่อการนำจินตนาการใส่บาตรครบสมบูรณ์ทั้งหกองค์

“คราวนี้กรวดน้ำรับพรนะ เตรียมตัวพระจะสวดแล้ว..... ยะถา วาริวะหา ปูรา ปาวิปูเรนติ.....”

พระอธิการสวดอนุโมทนา ยะถาสัพพีทั้งบท อย่างสมจริง เพื่อให้คุณยายได้ตั้งจิตรับพร

ไม่น่าเชื่อว่า ความปกติได้หวนคืนกลับมา คุณยายพิสมัยไม่มีอาการกระดูก หลงเหลืออีกแล้ว

“คุณโยม ใส่บาตรรับพรจากพระเรียบร้อยแล้ว อิ่มอกอิ่มใจกันแล้ว วันนี้เราไปไหว้พระ ที่วัดไตรมิตรฯ กันต่อดีไหม”

คุณยายผงกศีรษะรับ

พระอธิการจึงพาไปเที่ยวไหว้พระต่อทันทีที่วัดไตรมิตรฯ ตามจินตนาการ พระอธิการครุฑิต ได้พาคุณยายพิสมัย กราบหลวงพ่อดวงคำ ท่านถามคุณยายว่า

“พระพุทธรูปงามไหม”

คุณยาย ผงกศีรษะรับว่างดงาม

พระอธิการยังได้ชวนคุณยาย นั่งลงภาวนาพุทโธ ที่หน้าองค์พระทองคำ โดยที่ท่านนำการภาวนาด้วยตัวเอง โดยออกเสียง พุท - โธ พุท - โธ เป็นจังหวะซ้ำๆ

เมื่อการภาวนาผ่านไปไม่นานนัก สิ่งที่พระอธิการสังเกตเห็นก็คือ เส้นกราฟแสดงผลการเต้นของหัวใจ ที่ปรากฏบนจอมอนิเตอร์ข้างเตียงนั้น จากที่เคยยุ่งเหยิงสับสน ก็เริ่มจัดระเบียบตัวเอง และเมื่อผ่านไปประยะหนึ่ง เส้นกราฟก็เริ่มขยับเป็นจังหวะ สอดคล้องตรงกับจังหวะเสียง พุท - โธ ที่ท่านพุดนำ ท่านรู้ทันทีว่าจิตของคุณยาย ได้ตั้งลงสู่สมาธิภาวนาที่สมบูรณ์แบบแล้ว

ในขณะนั้น ท่ามกลางความเป็นไปในห้องไอซียู ความเคลื่อนไหวรอบกายยังคงยุ่งเหยิง ไปตามปกติ ของภารกิจในหมู่พยาบาลและแพทย์ แต่ที่เตียงของคุณยายพิสมัยนั้น เป็นช้อยกเว้น ทุกอย่างสงบและควบคุมอยู่ในอาการภาวนา พุท - โธ ที่ราบเรียบ โชคดีที่ไม่มีใครในห้องหันมาให้ความสนใจ หรือเข้ามารบกวน ชัดจังหวะ มีแต่ลูกหลานทั้งสอง ที่สังเกตการณ์อย่างใกล้ชิด เกิดปิติจนน้ำตาพร่างพรู เพราะนี่คือความสงบระงับของคุณยาย อันน่าอัศจรรย์ เนื่องด้วยร่างกายของคุณยาย ได้กระดูกต่อเนื่องมานานหลายเวลาแล้ว

เวลาล่วงเลยไปนานหลายนาน การภาวนา พุท - โธ ยังคงดำเนินต่อเนื่อง มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่จอมอนิเตอร์ ระดับชีพจรของคุณยายเริ่มช้าลง แรงดันโลหิตลดระดับลง และลดลงอย่างต่อเนื่อง จนในที่สุด ความเคลื่อนไหวทั้งหมด ได้หยุดนิ่งลง เส้นกราฟราบเรียบเป็นเส้นตรง ตัวเลขทุกตัวแสดงค่าเป็นศูนย์ บ่งชี้ว่า คุณยายพิสมัย ได้สิ้นลมแล้วอย่างสงบ เป็นการละสังขาร ในขณะที่ยังตั้งมั่นอยู่ในจิตภาวนาที่สมบูรณ์แบบ อันเป็นสภาวะที่ทำได้ยากยิ่ง โดยเฉพาะสำหรับปฤชชน ที่ไม่ได้ผ่านการฝึกฝนจิตอย่างซ้ำซ้อน

ความเป็นไปทั้งหมดนี้เกิดขึ้นในห้องไอซียู ห้องที่มักพบแต่ความอากัปกัฏของชีวิตผู้คน แต่สำหรับวันนี้ของคุณยายพิสมัย ด้วยการนำจินตนาการของพระอธิการครุฑิต ที่ไม่เคยเสวนาธรรมกันมาก่อนเลยในชีวิต วันนี้พระอธิการได้พาคุณยายก้าวเดินสู่การละวางสังขาร ที่สมบูรณ์แบบ ภายใต้อารมณ์ของการภาวนาอย่างแท้จริง

พระอธิการครุฑิต ได้อรรถาธิบายว่า อาการกระดูกของคุณยายเกิดจากเวทนา ด้วยความเสื่อมไปของสังขารร่างกาย เมื่อเวทนาแรงกล้า จิตย่อมขาดที่พึ่งพิง การน้อมนำสู่จินตนาการใส่บาตรที่คุ้นเคย เป็นการสร้างบุญฐานุสสติ ใช้ความดี ใช้บุญกุศลเป็นที่ตั้ง เมื่อจิตมีที่หมายที่แรงกล้าได้พักพิง จิตย่อมสงบ เมื่อจิตสงบ กายย่อมระงับเป็นธรรมชาติ เมื่อกายระงับและจิตสงบ ย่อมง่ายที่จะน้อมนำไปสู่สมาธิภาวนาได้ในท้ายที่สุด

!! คุณยายทำบุญมาดี เลยมีพระดีมาโปรด !!

แล้วเราจะโชคดีแบบคุณยายกันไหม &&&&&&

พระอธิการครรชิต อภิญาโณ
เจ้าอาวาสวัดป่าสันติธรรม ต.ท่าหินโงม อ.เมือง จ.ชัยภูมิ
จากหนังสือ
“เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม”

กรณีที่ 5 “ธรรมโอสถ : ธรรมรักษา”

... ทำจริง ย่อมได้จริง ธรรมย่อมรักษาผู้ประพฤติธรรม การระลึกถึงพุทธานุสติ พุทโธ เป็นประจำ ปฏิบัติสมาธิภาวนาอย่างจริงจัง จะพบความอัศจรรย์ด้วยตนเอง...

... หลายปีก่อน มีโยมมาราบนิมนต์หลวงปู่ ขอเมตตาไปโปรดพระภิกษุอาพาธหนักด้วยโรคมะเร็ง หมอบอกว่าอยู่ได้น่าจะไม่เกิน 7 วัน หลังจากหลวงปู่ปฏิบัติกิจเสร็จแล้ว จึงได้ไปเยี่ยมพระภิกษุนั้น เมื่อไปถึง ท่านพิจารณาแล้วเริ่มสนทนากับภิกษุนั้นว่า

หลวงปู่ “เป็นอย่างไร”

พระภิกษุ “เป็นมะเร็งครับ หมอบอกว่าอยู่ได้ไม่เกิน 7 วัน”

หลวงปู่ “แล้วท่านพิจารณาอย่างไรละ ได้ภาวนาไหม”

พระภิกษุ “กระผมภาวนาพุทโธครับ แต่เวทนามาก มันไม่สงบครับ”

หลวงปู่ “ภาวนาให้มันจริงสิ ให้มีพุทโธอยู่ตลอดเวลา ถ้าทำจริง มันก็ต้องได้จริง กลัวอะไรละ กลัวตายรี”

“พระพุทธเจ้า ท่านก็เป็นคน ท่านเป็นกษัตริย์ ย่อมทุกข์ยากลำบากประดุจปฏิบัติภาวนา จนได้บรรลุเป็นพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เมื่อถึงเวลาท่านก็ต้องละพระชั้นันท์ เข้าสู่พระปรินิพพาน”

“พระอรหันตสาวกท่านก็เป็นคน ย่อมทุกข์ยากลำบากประดุจปฏิบัติภาวนา จนได้บรรลุเป็นพระอรหันต์ เมื่อถึงเวลาท่านก็ต้องละธาตุชั้นันท์ เข้าสู่พระนิพพาน”

“แล้วเราเป็นพระสงฆ์ ก็เป็นคนธรรมดา เมื่อถึงเวลาก็ต้องทิ้งร่างกายไว้เหมือนกัน แล้วจะกลัวอะไร”

“เวลานี้เป็นโอกาสดี พิจารณาถึงความตายให้ดี ให้ได้ตลอดเวลา สวดมนต์ ภาวนาให้มีพุทโธอยู่ตลอดเวลา ทำให้มันจริงจัง มันก็ต้องได้เห็นอัศจรรย์ในจิตนี้จริง เอ้า !!! ลองทำดู ภาวนาพุทโธ ง่ายๆ ไว้ ไม่ให้คิดอย่างอื่น”

แล้วหลวงปู่ก็หลับตามภาวนา ในขณะที่พระภิกษุนั้นหลับตามภาวนาเช่นกัน เวลาผ่านไปนานหลายชั่วโมง... เมื่อท่านพิจารณาว่า ภิกษุนั้นจิตสงบเป็นสมาธิแล้ว จึงกล่าวให้พระภิกษุนั้นพิจารณาอสุภกรรมฐาน ร่างกายนี้มีอวัยวะต่างๆ ประกอบด้วยธาตุ 4 ดิน น้ำ ไฟ ลม ย่อมเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ต้องพลัดพรากจากไปเป็นธรรมดา ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ และให้ตั้งจิตอธิษฐานว่า หากจะต้องตาย ก็ขอสละกายนี้ไปอย่างมีสติกับพุทโธ หากยังไม่ถึงที่ตายก็ขอให้อยู่อย่างดี ให้ได้สร้างบุญบารมีต่อ...

หลังออกจากสมาธิ หลวงปู่ย้ำให้พระภิกษุนั้นปฏิบัติสมาธิภาวนาให้จริงจังแบบสละชีวิต เตรียมพร้อมตายตลอดเวลาอย่างไม่ประมาท...

โยมนั้นได้มาเล่าให้หลวงปู่ฟังว่า หลังจากหลวงปู่กลับไปแล้ว พระภิกษุนั้นตั้งใจปฏิบัติสมาธิภาวนาอย่างจริงจัง อาการเจ็บป่วยค่อยๆ เล่าดีขึ้น ลูกขึ้นมาฉันทันน้ำได้จนหมอแปลกใจ จนหมอให้กลับวัดได้ และยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน...


หลวงปู่ประเสริฐ สิริคุตโต

เจ้าอาวาส วัดป่าเวฬุวันอรัญญวาสี บ้านกุดกะเสียน ต. เชื่องใน อ. เชื่องใน จ. อุบลราชธานี

“ทำจริง ย่อมได้จริง”

วันที่ 19 สิงหาคม 2563

ณ อาคารเรือนไทย วัดสังฆทาน จ.นนทบุรี



ท่านเปรียบเทียบ
ร่างกายท่านเหมือนต้นไม้
ส่วนมะเร็งเป็นสัตว์ที่อาศัยอยู่บนนั้น
มันไม่ใช่ชีวิตของท่าน
แล้วท่านก็ไม่มีสิทธิ์จะไปฆ่ามะเร็ง
ท่านบอก
เขาก็เป็นชีวิตหนึ่ง
เราก็เป็นชีวิตหนึ่ง
เราก็แผ่เมตตาให้เขา
ต่างอันต่างอยู่

เจ้าคุณนรรัตนราชมานิต
วัดเทพศิรินทราวาสราชวรวิหาร



บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2555). *คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับโบราณ (ตำราพระโอสถพระนารายณ์). ชุดตำราภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ฉบับอนุรักษ์*. กรุงเทพฯ: สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2562). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท เบสท์สตีป แอ็คเคอริโทซิ่ง จำกัด
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2560). *การถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนแบบบูรณาการ (โมเดลวัดคำประมง)*. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *การฝึกผ่อนคลาย*. สืบค้นจาก <http://cloud.seed.com/Storage/PDF/552284/002/5522840021021PDF.pdf>
- กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ขุนนิเทศสุขกิจ (ถาวรรัตน์ พุ่มชูศรี). (2516). *อายุรเวทศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พร้อมจักรการพิมพ์.
- ขุนโสภิตบรรณลักษณ์. (2504). *คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุตสาหกรรมการพิมพ์.
- คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2555). *คู่มือการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2546). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- เฉลิมขวัญ ปิยะชน. (2534). *อายุรเวทศาสตร์แห่งชีวิต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ โอ.เอส. พรินติ้งเฮ้าส์.
- ชบา เรียนรัมย์, สุริพร ธนศิลป์. (2552). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชี้แจงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาวิญ จตุรภัทรพร. (2558). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ใกล้จะเสียชีวิต (Last hours)*. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/symptoms/doctorpalliative16th>. 18 กุมภาพันธ์ 2563
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2553). *การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย*. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย ลิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิพรินทร์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิพรินทร์.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, สุริพร ธนศิลป์. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 5(1):30-43.

- ปฐมพร ศิริประกาศศิริ, ชลียา วามะสุน. (2562). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย (สำหรับผู้ป่วยหลัก)* จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรมการแพทย์: บริษัท อีสอ็อกส์จำกัด.
- ปพนพัทธ์ จิรธัมโม และคณะ. (บรรณาธิการ). (2560). *ขอบคุณที่เป็นมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอร์บอนพริ้นท์ จำกัด. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ.2562 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง *ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ 2556* ประกาศ ณ วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2556. คัดจาก ราชกิจจานุเบกษา ฉบับ ประกาศและงานทั่วไป เล่ม 130 ตอนพิเศษ 21 ง วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2556.
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง *บัญญัติยาหลักแห่งชาติ* พ.ศ. 2562 ประกาศ ณ วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2562 คัดจาก ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 95 ง วันที่ 17 เมษายน 2562.
- ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง *แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย* พ.ศ. 2553.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2559). *การถอดบทเรียนความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาวะระยะท้ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยสถานบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา: โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2559) *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 1-12. สืบค้นจาก http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/Download/Format_Checker/4/19.pdf
- พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์ุม บรรณาธิการ. *การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น.239-257). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- พิศณุประสาทเวช,พระยา. (ร.ศ. 128). *แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย.
- พิศณุประสาทเวช,พระยา. (ร.ศ. 126). *แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศุภการจำรูญ.
- พบแพทย์. (2559 ก). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นจาก <https://www.pobpad.com>
- พบแพทย์. (2559 ข). *เมื่อคนที่รักจากรับมือกับการสูญเสียอย่างไรดี*. สืบค้นจาก <https://www.pobpad.com>
- มัธยัสต์ ดาโรจน์. (2526). *เวช - เกสร์กรรมแผนโบราณ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพรัตน์การพิมพ์.
- มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีแห่งประเทศไทย. (2560). *สาเหตุและที่มาของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี*. สืบค้นจาก <http://www.cca.in.th/th/index.php/about-cca/18-home-menu/cholangiocarcinoma>
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม อายุรเวทวิทยาลัย. (2535). *ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายุรเวทวิทยาลัย. (2538). *ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับพัฒนา) ตอนที่ 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สีไทยการพิมพ์.

- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายุรเวทวิทยาลัย. (2541). ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์ สงเคราะห์ ฉบับพัฒนา) ตอนที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สีไทยการพิมพ์
- มูลนิธิอภิญญาณ อโรคยศาล. (2560). *ขอบคุณที่เป็นมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอร์บอร์น พรินท์ จำกัด.
- มูลนิธิอภิญญาณ อโรคยศาล. (2551). *สมาธิบำบัดกับการรักษาโรคมะเร็ง*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อีรานุสรณ์การพิมพ์.
- มูลนิธิอภิญญาณ อโรคยศาล. (2556). *เยียวยา มะเร็ง ด้วยรักและเมตตา*. สกลนคร: มูลนิธิอภิญญาณ อโรคยศาล.
- โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. (2526). *ตำรายาศิลาจาริกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์บริการประทับใจ.
- โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. (ม.ป.ป.). *ตำรายา ตำราศัลยาจาริกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (ฉบับสมบูรณ์ พศ.2375 พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้จาริกไว้)*. ม.ป.ท.
- โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. (ม.ป.ป.). *แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2*. ม.ป.ท.
- โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. (ม.ป.ป.). *แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 3*. ม.ป.ท.
- โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. (2504). *เวชศึกษา*. พระนคร : โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- วรรณ จารุสมบุญ. (2556). *คู่มือฝึกอบรมจิตอาสาและพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- วัชรภรณ์ อภิวัชรางกูล. (2559). *ปัญหาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม*. ในสรุปการเสวนา เครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งที่ 9, วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, 21 กุมภาพันธ์ 2549. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2558). *7 เทคนิค หัวเราะบำบัดกายเสริมใจ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นจาก <http://https://www.thaihealth.or.th/Content/29054-.html>: 5 สิงหาคม 2558.
- วิชาธิปไตย (กล่อม), พระยา. (2456). *ตำราโรคนิทาน คำฉันท์ ๑๑*. พระนคร: โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, สุรีพร ธนศิลป์. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 2(3):27-36.
- ศิริพร เสมสาร, สุรีพร ธนศิลป์. (2552). *ผลของโปรแกรมการจัดการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 2(3), 37- 44.
- สายพิน หัตถ์ดิรัตน์, ดาริน จตุรภัทรพร. (2550). *แพทย์ควรดูแลอย่างไร เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต Care for the last hours of life*. วารสารคลินิก, (266)2550. สืบค้นจาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7255>.
- สายสนม กิตติขจร. (2526). *ตำราสรรพคุณสมุนไพรยาไทยแผนโบราณ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุรีพร ธนศิลป์. (2557). *สุขภาพดีด้วยชีงวิถีไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรวิวัน.
- สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2552). *การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554). *สมาธิบำบัด แบบ SKT : รักษาสารพัดโรคได้ด้วยตัวเอง*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- โสภิตบรรณลักษณ์,ขุน. (2504). *คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: อุตสาหกรรมการพิมพ์.
- โสภิตบรรณลักษณ์,ขุน. (ม.ป.ป.). *คัมภีร์แพทย์แผนโบราณ เล่ม 3*. ม.ป.ท.: อุตสาหกรรมการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย. (ซึ่งปัจจุบันรอประกาศลงราชกิจจานุเบกษาอยู่)*
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข: กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นจาก <http://www.sem100library.in.th/medias/b6545.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *สมุนไพรรักษาสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักราชบัณฑิตยสภา. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน
- สำนักราชบัณฑิตยสภาและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). *พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- หน่วยข้อมูลสมุนไพรร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). *ศัพท์แพทย์ไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทประชาชนจำกัด.
- อรุณพร อีสุรัตน์. (2558). *การวิจัยตำรับยาเบญจอำมฤตเพื่อใช้รักษามะเร็งตับ. ใน รัชชชัย กมลธรรม และคณะ. (2558). ตำราการแพทย์แผนไทยสำหรับแพทย์ (น.163-166)*. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- อากาศ พัฒนเรืองไโล. (2559). *List disease of Palliative care and Functional unit*. กรุงเทพฯ: บริษัทอาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- เอื้อกานต์ วรไพฑูรย์, กันทิมา สิทธิธัญกิจ. (2558). *คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Argyle, E.& Bolton, G. (2005). Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Education; 105(5)*, 340-54.
- Connor, S., & Bermedo, M. S. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, Switzerland/London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
- Kubler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying*. New York: Collier Books/Macmillan.
- Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Retrieved from www.rand.org.
- Paloutzian, R. F., Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual wellbeing and quality of life. In L.A. Peplau. & D. Perlman. *Loneliness, A source book of current therapy, research and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Phillips, A. (2012). *จิตแพทย์ในนิวยอร์กผสมจิตวิทยาสมัยใหม่กับการนั่งสมาธิเพื่อช่วยบำบัดคนไข้*. สืบค้นจาก <https://www.voathai.com/a/psychiatry-meets-meditation-tk/1452901.html>
- Schipper, H., & Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: Risks and benefits. *Cancer Treatment Reports; 69(10)*, 1115-23.

- Thongprasert, S., Intarapak, S., Saengsawang, P., & Thaikla, K. (2005). Reliability of the Thai-Modified function living index cancer questionnaire version 2 (T-FLIC 2) for the evaluation of quality of life in non-small cell lung cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 88(12), 1809-15
- Victoria Hospice Society. (2006). Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2). *Medical Care of the Dying, 4th ed.* Retrieved from <https://www.palliativecareggc.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/PalliativePerformanceScale.pdf>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and Managerial guidelines*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42494/1/9241545577.pdf>

ภาคผนวก

1. กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
2. แบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย
 - 2.1 PPS
 - 2.2 ESAS
 - 2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต
3. ตำรับยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง
4. อันตรกิริยายาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่กับยาสมุนไพรบำบัดมะเร็ง
5. วรรณคดีสำคัญ
6. รายงานผู้ร่วมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) ในหน่วยงานต่างๆ
7. รายงานคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

ภาคผนวก 1

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Care)

ฟิลิซจู้ ศรีอัคคโกคิน*

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย¹

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลรักษาจากการมุ่งเข้าไปที่การดูแลรักษาให้หายขาดจากโรคหรืออาการที่เป็น มาเป็นการมุ่งสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย โดยผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์สาขาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงมิติการดูแลทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และดูแลครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผ่านพ้นเวลาแห่งความยากลำบากนั้นไปได้ โดยมีประเด็นทาง กฎหมาย จริยธรรมและสังคมครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อน รวมทั้งกฎหมายในหลายๆ กรณีก็ไม่ได้บัญญัติไว้โดยตรง จึงต้องนำหลักจริยธรรมทางการแพทย์ต่างๆ มาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยการดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรม² เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินการโดยสรุปดังแผนภาพที่ 5 ดังนี้

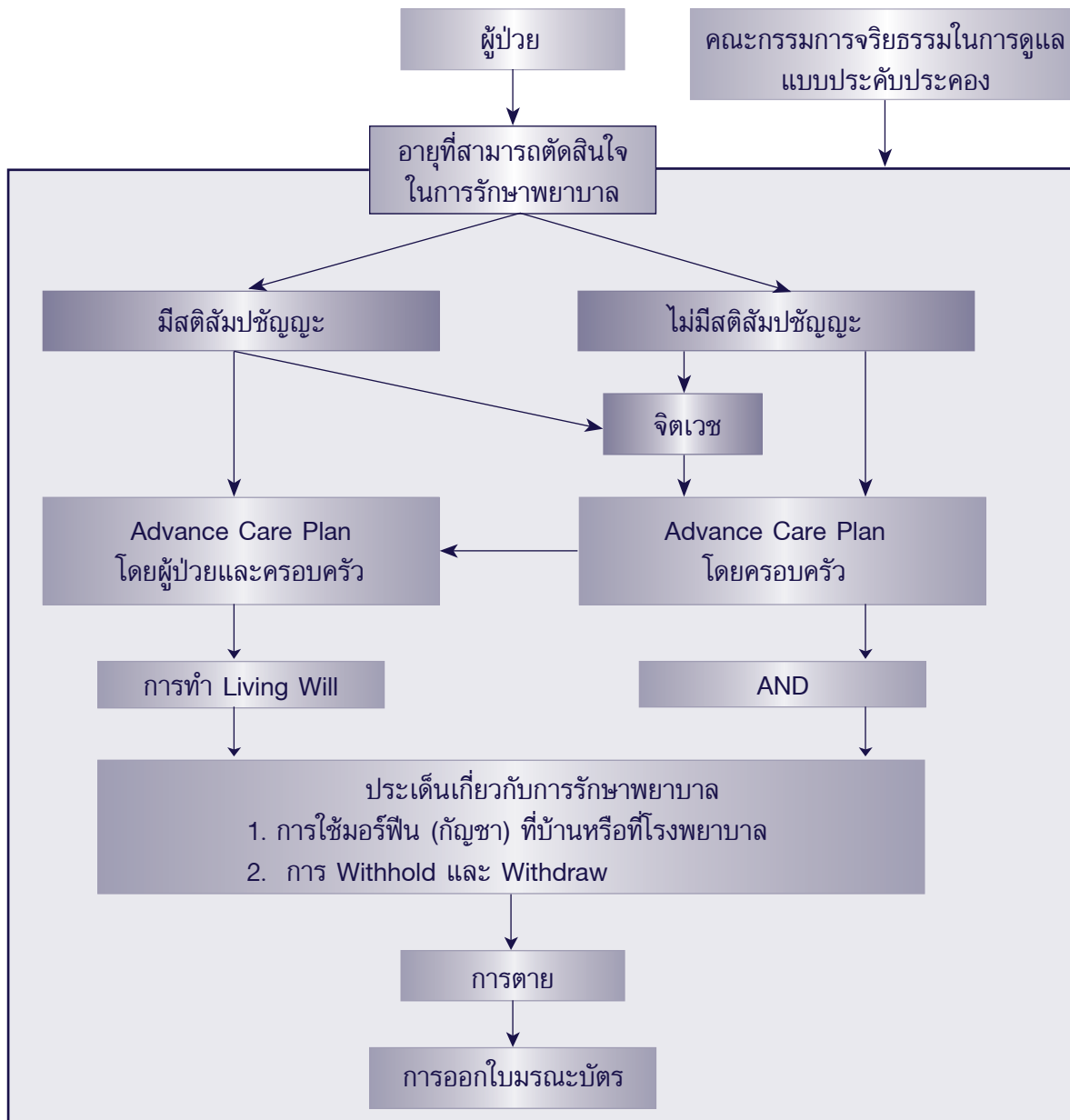
*ผู้อำนวยการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

¹ นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย (ซึ่งปัจจุบันรอประกาศลงราชกิจจานุเบกษาอยู่)

² กฎหมายและจริยธรรมมีความส่งเสริมและสอดคล้องซึ่งกันและกัน โดยกฎหมายและจริยธรรมเป็นเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมพฤติกรรมในสังคมแต่ทั้งสองมีความหมายแตกต่างกัน คือ กฎหมายเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายนอก หากฝ่าฝืนสังคมจะไม่ยอมรับ และได้รับบทลงโทษตามที่กำหนด ส่วนจริยธรรมเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายในจิตใจ ซึ่งไม่มีการลงโทษชัดเจน(เว้นแต่จะนำหลักจริยธรรมมากำหนดเป็นกฎหมาย เช่น กฎหมายวิชาชีพ) หลักจริยธรรมไม่เพียงแต่ห้ามมนุษย์ไม่ให้นำไปดำเนินการตามที่สังคมกำหนด แต่มีความประสงค์เหนือไปกว่านั้นคือ ต้องการให้มนุษย์มีความเมตตากรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และปรับใช้หลักการทางจริยธรรมให้เหมาะสมเพื่อความเป็นธรรมของแต่ละกรณี

กฎหมายไม่อาจกำหนดข้อห้ามหรือกฎเกณฑ์ที่จะต้องประพฤติปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมทุกกรณี จึงต้องใช้จริยธรรมเป็นเครื่องมือในการวางหลักเกณฑ์ ดี ชั่ว ถูก ผิด ให้ปฏิบัติตามเพื่อควบคุมพฤติกรรมภายใน สร้างความเป็นธรรมในแต่ละกรณี โดยเน้นการสร้างจิตสำนึกให้ตระหนักรู้ว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างแน่ชัดก็ตาม

แผนภาพสรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง



แผนภาพที่ 5 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ มีประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยโรคจนกระทั่งกระบวนการทางกฎหมาย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยตายลงแล้ว เพื่อให้แพทย์แผนไทยและสหสาขาวิชาชีพเห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด เพื่อนำไปปรับใช้กับบริบทการทำงานของตนเองได้ ดังนี้

1. บทบาทของแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ที่ผสมผสานการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต และตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญทั้งด้านการแพทย์ และด้านสังคมหลายสาขาเป็นทีมสหวิทยาการ บทบาทของแพทย์แผนไทยในการดูแลแบบประคับประคองจะเข้าไปจัดการอาการของผู้ป่วยโดยใช้องค์ความรู้ของแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก ทั้งการใช้ความรู้ทางการแพทย์ (Medicine) และไม่ใช่การแพทย์ (Non-Medicine) ซึ่งการใช้องค์ความรู้ที่มีใช้การแพทย์นี้มีส่วนสำคัญในการเยียวยาทางจิตใจหรือจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีส่วนสำคัญที่จะช่วยเติมเต็ม สร้างความสงบ ผ่อนคลาย ก่อให้เกิดพลังใจพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองจะต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นในประการแรก โรงพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพจึงควรแบ่งขอบเขตการทำงานของบุคลากรในทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพว่ามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลอย่างไรบ้าง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงาน

2. การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสามารถออกคำสั่งภายในของโรงพยาบาลเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองได้ โดยคณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในแง่มุมมองการดูแลต่างๆ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนบุคลากรด้านสุขภาพ หรือตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือครอบครัว เพราะบุคลากรด้านสุขภาพยังคงมีหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาพยาบาลตามความต้องการ

คณะกรรมการจริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองควรมีองค์ประกอบ คือ บุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายบริหาร ผู้แทนฝ่ายปฏิบัติงานและบุคลากรนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำองค์กรทางศาสนาในพื้นที่ ตัวแทนฝ่ายปกครอง ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดเครือข่ายไว้กระจายครอบคลุมทั่วประเทศ)

3. อายุของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาเรื่องอายุในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นแรกที่จะต้องพิจารณาในทางการแพทย์ถือกันว่าบุคคลที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ สามารถในการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เป็นไปตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อ 9 ซึ่งกำหนดว่า

“9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์³ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

³ เหตุที่ไม่ใช่อายุ 20 ปีบริบูรณ์ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เนื่องมาจากอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ดังกล่าวเป็นอายุที่ใช้ในการทำนิติกรรม และสัญญาตามกฎหมาย ซึ่งไม่ใช่การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิในชีวิตร่างกาย

ประเด็นถัดมาถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์จะดำเนินการอย่างไรมีข้อเสนอแนะดังนี้

- (1) หากผู้ป่วยมีความเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ (Maturity) ตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจได้เอง นอกจากบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลจากผู้ปกครองแล้ว จะต้องให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเท่าที่สภาพร่างกาย การรับรู้ของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย
- (2) หากเป็นทารก ผู้ปกครองเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

4. การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลมีประเด็นที่ต้องพิจารณาทั้งในเรื่อง (1) การให้ความยินยอมที่ได้รับ การบอกกล่าว (Informed Consent) (2) ความสามารถของผู้ให้ความยินยอม และ (3) ผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล โดยมีกฎหมายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง⁴ คือ มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ข้อ 2 และข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการบริการสาธารณสุขบุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

- (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน
- (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณีรับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

การบำบัดรักษาจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษารายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

⁴ หากสังเกตให้ดีจะพบว่ากฎหมายและแนวปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกันทั้งหมด

ข้อ 2 และข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

(1) การให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent)

การให้ความยินยอมเป็นไปตามหลักการความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว โดยบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการดูแลรักษา หรือข้อมูลทางการแพทย์อื่นๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แก่ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลและตัดสินใจแสดงเจตนารับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามที่ต้องการ โดยการแสดงเจตนานี้อาจจะใช้ภาษากายหรือเขียนเป็นหนังสือแสดงเจตนาก็ได้ (เขียนเอกสาร Consent Form กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่ซับซ้อน)

(2) ความสามารถของผู้ให้ความยินยอมได้

ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะอยู่สามารถให้ความยินยอมหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้ ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์แม้ว่าผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงจะเป็นผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล แต่ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย การดำเนินโรคและความมีวุฒิภาวะของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการตัดสินใจได้ เช่น เมื่อยังรับยาอยู่และไม่มีอาการ สามารถให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาลได้เหมือนผู้ป่วยปกติทั่วไป แต่หากยังคงมีอาการทางจิตเวชอยู่และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ควรให้ผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทน

(3) ผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

ผู้ที่ยินยอมให้บุคลากรด้านสุขภาพทำการดูแลรักษา ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะให้ความยินยอมได้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม กฎหมายและแนวปฏิบัติข้างต้นกำหนดให้ทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ได้แก่ คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน) ผู้ปกครอง (ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลของผู้ป่วย)⁵ ผู้ปกครองดูแล⁶ แล้วแต่กรณีเป็นผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ซึ่งหากไม่สามารถติดต่อบุคคลเหล่านี้ได้และเป็นกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย ให้บุคลากรด้านสุขภาพให้การรักษาพยาบาลได้เลยโดยไม่ต้องขอความยินยอม

5. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ⁷

⁵ ผู้ปกครองตามกฎหมาย

⁶ ผู้ปกครองดูแลในความเป็นจริง ซึ่งอาจไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายก็ได้ แต่ในความเป็นจริงคือคนที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะเป็นญาติ คนรู้จัก เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ ฯลฯ

⁷ อ่างแล้วในเชิงบรรทัดที่ 1

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการขอความยินยอมในการบอกกล่าวที่นำครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมหรือเกี่ยวกับกระบวนการและแนวทางในการรักษาพยาบาลต่างๆ ดังนั้นจึงนำหลักการในเรื่องการยินยอมในการรักษาพยาบาลข้างต้นมาประยุกต์ใช้ได้

6. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย (Living Will)

หนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นเครื่องมือในการสื่อสารในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวคือผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เช่น ขอรับการรักษาพยาบาลที่ไม่ทำให้ตนเองต้องทรมาน ขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยืดชีวิตตนเอง โดยมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ญาติพี่น้องหรือบุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แทนผู้ป่วยได้

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีกฎหมายรับรองคือ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

เมื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าแล้ว ในกรณีที่ต้องการให้เกิดความชัดเจนในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ หนังสือแสดงเจตนาฯ นี้มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการไม่มีผู้ที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ผู้ป่วยสามารถกำหนดการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการต่างๆ ได้ เช่น ต้องการการรักษาพยาบาลที่ทำให้รู้สึกสบาย ไม่ทรมาน ห้ามใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิต หรือเมื่อให้การรักษาแบบยืดชีวิตไปแล้ว หากเห็นว่าการรักษาไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป ก็ให้ยุติการรักษาพยาบาลเหล่านั้นได้ หรือขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ ยุติการให้ยาหรือสารอาหาร แบบนี้ก็สามารถทำได้ เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้ว กฎหมายมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ซึ่งเช่นนี้จะทำให้กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมีความรอบคอบ รัดกุมและสร้างความสบายใจแก่ ทุกฝ่าย เพราะผู้ป่วยเขียนแสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจน โดยขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จะเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง⁸ และแนวทางการปฏิบัติที่ออกตามความในกฎกระทรวง⁹

⁸ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

⁹ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ปัจจุบันมีคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุดที่ พ. 11/2558 รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวว่าไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต แต่เป็นการแสดงเจตนาที่จะชองตายตามธรรมชาติโดยปราศจากการยื้อชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือกฎหมาย ไม่ถือว่าเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

หากผู้ป่วยไม่ทำหนังสือแสดงเจตนา ไว้ แต่ผู้ป่วยแจ้งโดยวาจาว่าต้องการการรักษาพยาบาลแบบใด หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยื้อชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรด้านสุขภาพควรจัดความต้องการของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน

7. การปฏิเสธการรักษาพยาบาลโดยครอบครัว

ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอในการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองไว้ (ไม่ได้สั่งโดยวาจาหรือไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา ไว้) หรือไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ เมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้น บุคลากรด้านสุขภาพควรจัดประชุมกลุ่มครอบครัว (Family Meeting) กับญาติพี่น้องของผู้ป่วย (เกณฑ์การพิจารณาญาติพี่น้องของผู้ป่วยให้ใช้หลักการในข้อ 4 การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลข้างต้น) โดยควรเชิญญาติพี่น้องที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเข้ามาประชุมพร้อมกันทั้งหมด

บุคลากรด้านสุขภาพไม่ควรกังวลว่าผู้ที่มาประชุมจะเป็นญาติที่แท้จริงหรือไม่ เพราะไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะไปสืบหาความจริง และในความเป็นจริงก็ไม่มีทางทราบได้เลยว่าใครเป็นญาติที่แท้จริง บุคลากรด้านสุขภาพควรบันทึกลงในเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ว่ามีการจัดประชุมกลุ่มครอบครัวและมีผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ผู้ใดบ้าง และหัวข้อในการหารือคืออะไร ข้อสรุปที่ได้คืออะไร ในการประชุมกลุ่มครอบครัวอาจจะประชุมหลายครั้งก็ได้ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และในกรณีที่เป็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้อสรุปร่วมกันของแพทย์และครอบครัวอาจจะเป็นการให้ยุติการรักษาผู้ป่วยบางอย่าง เช่น ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิตอื่นๆ แต่ยังคงให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่นนี้ก็สามารถทำได้

ในการลงนามในเอกสารที่เกี่ยวกับการแสดงเจตนาของญาติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระท้ายของชีวิตผู้ป่วย ไม่ควรนำเอกสารปฏิเสธการรักษาพยาบาลหรือ DNR (Do Not Resuscitate Order Form) ให้ญาติลงนาม เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับญาติ เพราะเนื้อความและถ้อยคำของหนังสือทำให้ญาติเข้าใจว่าเป็นการทอดทิ้งผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการนำกฎหมายมาใช้เป็นเครื่องมือในการพูดคุยปรึกษาหารือ

แนะนำว่าควรวางแผนการรักษาล่วงหน้ากับครอบครัวหรือญาติ เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะและควรปรับเปลี่ยนถ้อยคำในหนังสือดังกล่าวใหม่ เป็นการแสดงเจตนาที่จะตายตามธรรมชาติ หรือ AND (Allow Natural Death) ซึ่งเป็นการลดความรู้สึกที่ไม่ดีของผู้ป่วยหรือญาติว่าไม่ใช่การปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการตายตามธรรมชาติ นอกจากนั้นไม่ควรถามย้ำญาติว่ายังคงยืนยันการตัดสินใจแบบเดิมหรือไม่ เนื่องจากการถามเช่นนี้จะทำให้ญาติเกิดความลังเลที่จะตอบ เพราะเข้าใจว่ายังมีแนวทางอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลอีก ดังนั้นในเรื่องการสื่อสารและการสื่อความหมายในการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญมากในทุกขั้นตอน ควรมีการซักซ้อมความเข้าใจร่วมกันในทีมบุคลากรด้านสุขภาพถึงแนวทางการปฏิบัติต่อญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยเสมอ

8. การไม่ใช้ (Withhold) หรือการยุติการใช้ (Withdraw) เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพผู้ป่วย¹⁰

ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถร้องขอให้ยุติการรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment) ได้ โดยการรักษาดังกล่าว คือ การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษแก่ผู้ป่วยมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์ ซ้ำยังสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น การไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพไม่ใช่การฆ่าผู้ป่วย ไม่ใช่การุณยฆาต (Euthanasia) เพราะในวาระนั้นผู้ป่วยอยู่ได้เพราะเครื่องมือทางการแพทย์ หากไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ผู้ป่วยก็จะตายจากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพผู้ป่วยไว้จึงเหมือนเป็นการยื้อความตายเอาไว้เท่านั้น¹¹

ในทางจริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากล การไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพไม่มีความแตกต่างกัน เพราะการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์นี้ไม่มีประโยชน์กับอาการของผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นการไม่ใช้หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์จึงมีค่าเท่ากัน เนื่องจากไม่ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยด้วย และไม่ควรถูกตีตราเป็นผู้ถอดเครื่องมือทางการแพทย์เอง เพราะญาติไม่มีความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งหากญาติถอดเองอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ขั้นตอนในเรื่องการไม่ใช้หรือเรื่องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพ คือ

1. จะต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพว่ามีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ ไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่ใช่การการุณยฆาตผู้ป่วย แต่คือการให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยื้อชีวิตจากการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต

2. ต้องสื่อสารและเตรียมความพร้อมพร้อมกับญาติ (หรือผู้ป่วยในกรณีที่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่) ให้ยอมรับการตายตามธรรมชาติ และชี้ให้เห็นว่าการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพ ไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่ใช่การการุณยฆาต แต่คือการให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยื้อชีวิตจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต เครื่องมือทางการแพทย์เหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และแม้จะไม่ใช้หรือยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ได้ทอดทิ้งแต่อย่างใด

3. ในกรณีที่ญาติเป็นผู้แสดงเจตนาขอไม่ใช้หรือให้ยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อพยุงชีพแทนผู้ป่วย ญาติจะต้องลงนามอนุญาตให้บุคลากรด้านสุขภาพดำเนินการ โดยบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องแจ้งหัตถการและกระบวนการในการดำเนินการให้ญาติรับทราบ ซึ่งญาติทั้งหมดจะต้องเห็นด้วย หากยังมีข้อสงสัยหรือไม่เห็นด้วย จะต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นพ้องตรงกันทั้งหมด

4. การยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพ ไม่ใช่การยุติการใช้ทันทีหรือถอดเครื่องช่วยหายใจทันที แต่จะมีวิธีการในการดำเนินการโดยหลักการคือ จะต้องค่อยๆ ลดการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่พยุงชีพผู้ป่วยหรือลดปริมาณก๊าซออกซิเจนลงไปเรื่อยๆ ซึ่งเหล่านี้จะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน จนกระทั่งแม้จะมีเครื่องมือทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยแต่ก็ไม่มีการใช้งานแล้ว กล่าวคือ มีเครื่องมือทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยแต่ไม่ได้ใช้งาน โดยกระบวนการ

¹⁰ ผู้เขียนสรุปความมาจาก สรุปการสัมมนาวิชาการ “ไม่ใช่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)”

¹¹ อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 1

ทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์มีบทบาทน้อยลงเรื่อยๆ จนถึงที่สุดเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ช่วยอะไรแล้ว นอกจากนั้นยังเป็นการเยียวยาจิตใจแก่ญาติของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากการแสดงให้เห็นว่ามีได้ถอดเครื่องมือทางการแพทย์ทันที และเป็นการแสดงให้เห็นว่าแม้จะยุติหรือไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยก็ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

5. ควรแจ้งญาติว่าไม่สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าใด ไม่อาจประมาณเวลาที่แน่ชัดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้เป็นนาที ชั่วโมง หรือวัน หรือหลายวัน และอธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยอาจเกิดความไม่สุขสบาย เช่น มีอาการหอบ ภาวะวุ่นวาย มีเสมหะเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ ซึ่งสามารถจัดการอาการเหล่านี้ได้ทั้งหมดด้วยวิธีการอะไรบางอย่าง เพื่อให้ครอบครัวสบายใจว่าไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด

9. การใช้มอร์ฟินและกัญชาในการบรรเทาอาการปวด

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง หากระงับความปวดให้แก่ผู้ป่วยไม่ได้แล้ว ก็ไม่สามารถให้การดูแลในมิติอื่นได้เลย เพราะอาการปวดจะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายและใจให้แก่ผู้ป่วย สร้างความทุกข์ใจให้แก่ญาติ

การดูแลแบบประคับประคองมักจะใช้ มอร์ฟิน ในการระงับความปวด ซึ่งยานี้นอกจากจะช่วยระงับความปวดแล้ว ยังลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยระยะท้ายได้อีกด้วย แต่มอร์ฟินเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งกฎหมายห้ามไม่ให้ครอบครองหรือเสพ เว้นแต่จะเป็นการเสพยาภายใต้คำแนะนำของแพทย์เพื่อรักษาอาการหรือโรคของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์จึงสามารถสั่งมอร์ฟินเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวดและการหอบเหนื่อยให้แก่ผู้ป่วยได้ และตามกฎหมายก็ไม่ได้ห้ามนำมอร์ฟินออกไปใช้นอกโรงพยาบาล ดังนั้นในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แพทย์สามารถสั่งมอร์ฟินให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้านได้ด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยตายก่อนที่มอร์ฟินที่สั่งไปใช้ที่บ้านจะหมด แล้วมีผู้นำยาไปใช้ต่อ ในกรณีนี้แพทย์ผู้สั่งยาและโรงพยาบาลที่อนุญาตให้นำยาออกไปใช้ไม่มีความผิดตามกฎหมาย เพราะเป็นการสั่งยาให้ผู้ป่วยไปใช้ในการรักษาความปวด แต่บุคคลที่นำยาไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์จะมีความผิดตามกฎหมาย

การใช้กัญชาในการดูแลแบบประคับประคอง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้นำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ โดยมีการแก้ไขกฎหมายและออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อมาดำเนินการดังกล่าว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยนั้นสรุปได้ว่า แพทย์แผนไทยและหมอมพื้นบ้านสามารถจ่ายกัญชาเพื่อใช้ในการระงับความปวดได้ แต่แพทย์แผนไทยหรือหมอมพื้นบ้านที่จะส่งจ่ายกัญชานั้นจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดก่อน

10. การออกใบมรณะบัตรในกรณีที่ผู้ป่วยขอกลับไปตายที่บ้าน¹²

ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะบอกกับแพทย์หรือญาติว่าอยากกลับบ้าน เพื่อไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยที่มีญาติสนิท เพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดคอยอยู่ดูแล และตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ญาติหรือแพทย์ก็มักจะดำเนินการตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย แต่ญาติมักจะไม่ยินยอมเนื่องจากมีขั้นตอนทางกฎหมาย

¹² อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 8 หน้า 116-118

ในการขอใบมรณะบัตรตามมามาก่อนข้างมาก เนื่องจากกระบวนการทางกฎหมายที่จะตามมาภายหลังจากการตายของผู้ป่วยมีความยุ่งยากและเสียเวลาในการจัดการมาก โดยเจ้าบ้าน^{13,14} จะต้องไปแจ้งตายและขอออกใบมรณะบัตรที่อำเภอหรือสำนักงานเขตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการตาย ซึ่งบ่อยครั้งที่นายทะเบียนไม่ยินยอมออกใบมรณะบัตรให้และให้เจ้าบ้านนำร่างของผู้ป่วยที่ตายที่บ้านไปทำการชันสูตรพลิกศพก่อนที่จะออกใบมรณะบัตร เหตุการณ์นี้สร้างความเสียใจและหนักใจให้กับเจ้าบ้านอย่างมาก ซึ่งการนำศพเข้าสู่กระบวนการชันสูตรพลิกศพจะสร้างความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก ดังนั้นในกรณีที่จะนำผู้ป่วยกลับบ้าน โรงพยาบาลควรจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลควรเขียนหนังสือสรุปอาการและความประสงค์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) ติดตัวก่อนจะออกจากโรงพยาบาล โดยหนังสือฉบับนี้ญาติผู้ป่วยจะใช้อยู่ต่อเจ้าพนักงานทะเบียนหรือตำรวจแล้วแต่กรณี เพื่อเป็นข้อมูลให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรและมีความต้องการที่จะกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้าน โดยในหนังสือควรมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อมาสอบถามข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ด้วย

2. โรงพยาบาลควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน หากโรงพยาบาลมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อและตายที่บ้านสามารถแจ้งข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่ายในชุมชนซึ่งได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายจิตอาสาอื่นๆ และเครือข่ายเหล่านี้จะเข้ามาช่วยเจ้าบ้านในการยืนยันกับเจ้าพนักงานทะเบียนหรือผู้ใหญ่บ้านว่าผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อและตายที่บ้านจริงๆ

หากไม่มีการเตรียมความพร้อมให้ญาติก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้เกิดปัญหาการชันสูตรพลิกศพโดยไม่จำเป็นซึ่งจะเป็นปัญหาแก่ญาติ แพทย์และโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

¹³ ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 ได้กำหนดความหมายของคำว่า “บ้าน” ว่าหมายถึง โรงเรียนหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีเจ้าบ้านครอบครอง และให้หมายความรวมถึงแพ หรือเรือซึ่งจอดเป็นประจำและใช้เป็นที่อยู่ประจำ หรือสถานที่ หรือยานพาหนะอื่นซึ่งใช้เป็นที่อยู่อาศัยประจำได้ด้วย

¹⁴ ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 ได้กำหนดความหมายคำว่า “เจ้าบ้าน” ว่าหมายถึง ผู้ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครองบ้านในฐานะเป็นเจ้าของ ผู้เช่า หรือในฐานะอื่นใดก็ตาม ในกรณีที่ไม่มีปรากฏเจ้าบ้าน หรือเจ้าบ้านไม่อยู่ ตาย สูญหาย สบสูญหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจการได้ให้ถือว่าผู้มีหน้าที่ดูแลบ้านในขณะนั้นเป็นเจ้าบ้าน

เอกสารอ้างอิง

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตาม
กฎหมายวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ.2562
ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข
ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง
เพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
ภคคพงศ์ วงศ์คำ. นโยบายและกฎหมายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง [สารนิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
นิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Care) สำหรับประเทศไทย (ซึ่งปัจจุบันรอประกาศลงราชกิจจานุเบกษาอยู่)
แสวง บุญเฉลิมวิภาสและคณะ, บรรณาธิการ, สรุปรการสัมมนาวิชาการ “ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจ
ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and Withdrawing of Life-sustaining Treatment)”.
การประชุมวิชาการกองทุนศาสตราจารย์ จิตติ ดั่งสภักดิ์ ครั้งที่ 24. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :
บริษัท พิมพ์ลิริพัฒนา จำกัด; 2562.

ภาคผนวก 2

แบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย

ภาคผนวก 2.1

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจกรรมประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง / บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจกรรมประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ (แปลจาก PPS Version 2 ของ Victoria Hospice Society, Canada โดย ผศ. พญ. บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะกรรมการ Palliative Care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่)

วิธีการใช้ PPS

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวาง ไล่จากซ้ายไปขวา
2. เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40 % แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40 % ตาม ช่องซ้ายสุดเท่านั้น
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาประเมินมากที่สุด
4. ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย และใช้ประเมินการ พยากรณ์โรคโดยคร่าว

ภาคผนวก 2.2

แบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยระยะสุดท้าย



Department of Family Medicine, Ramathibodi Hospital

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย / อ่อนเพลียมากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีรุนแรงที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการร่วงซึม / สะลึมสะลือ มีอาการร่วงซึม / สะลึมสะลือมากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

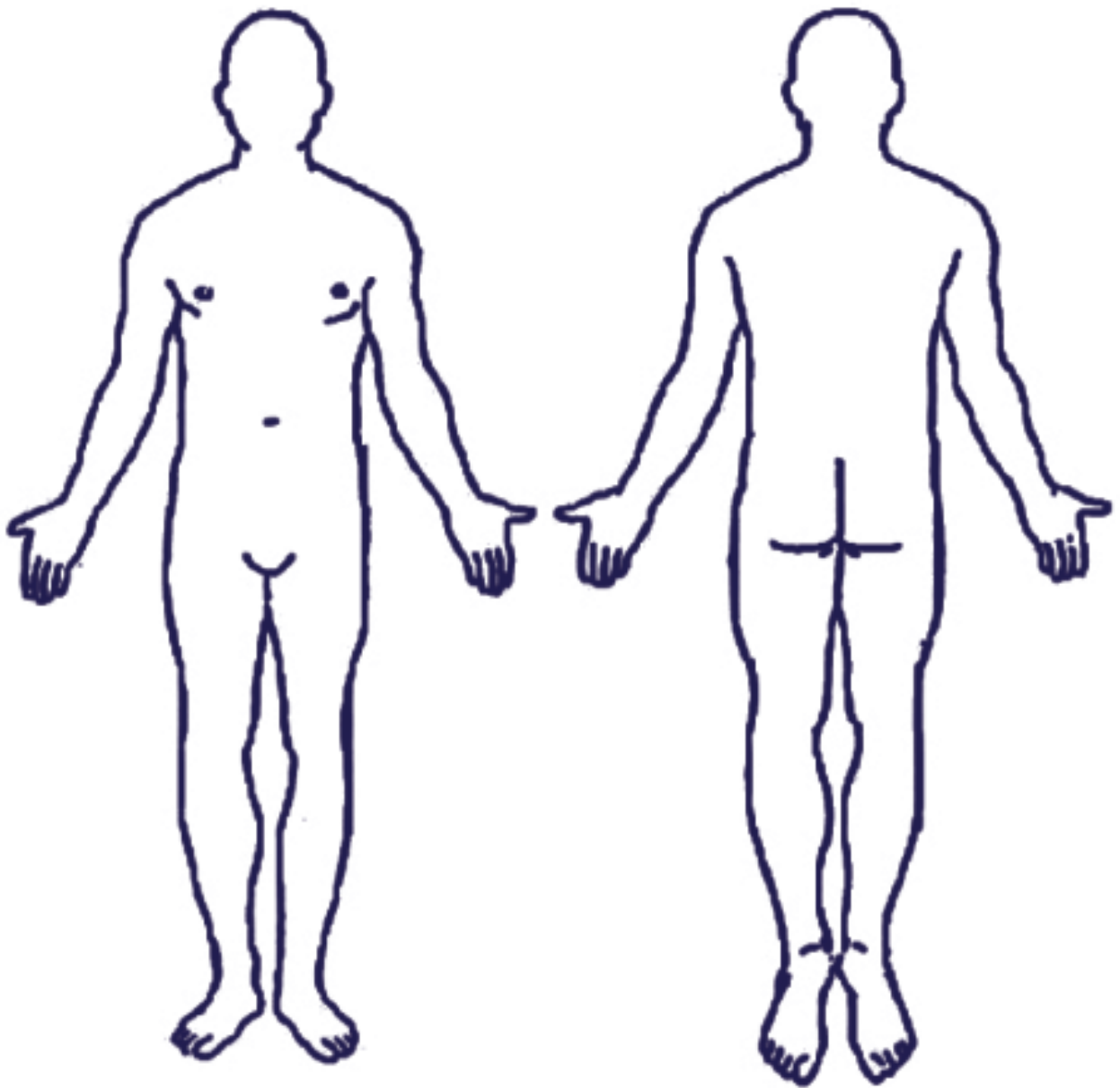
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ชื่อผู้ป่วย _____
 วันที่ _____ เวลา _____

ทำโดย

 ผู้ป่วย ผู้ดูแล อื่นๆ ได้แก่ _____



ภาคผนวก 2.3
แบบประเมินคุณภาพชีวิต

(The Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire Version 2)

1. คนส่วนมากมักมีความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดกับโรค สำหรับท่านมีความรู้สึกซึมเศร้าบ่อยแค่ไหน
(0) ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) นานๆ ครั้ง (3) ไม่เคยเลย
2. ท่านสามารถที่จะแก้ไขหรือลดอาการเครียดในแต่ละวันได้ดีแค่ไหน
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดถึงอาการป่วยของท่าน
(0) ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) คิดบ้าง (3) ไม่คิดมาก
4. ท่านสามารถที่จะทำกิจกรรม ทำเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือเล่นได้หรือไม่
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
5. หลังจากที่ท่านได้รับการรักษาแล้ว หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านสามารถทำงานประจำได้หรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น กวาดบ้าน, ล้างจาน, รดน้ำต้นไม้, ปลูกต้นไม้, ซ่อมแซมบ้าน)
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้น้อยกว่าปกติ (3) ได้ตามปกติ
6. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง
(0) รู้สึกไม่ดีเลย (1) รู้สึกดีบ้างไม่ดีบ้าง (2) รู้สึกดี (3) รู้สึกดีมาก
7. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกสบายพอที่จะทำอาหารรับประทานหรือทำงานบ้านหรือไม่
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคที่ท่านเป็น ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อผู้ใกล้ชิด เช่นสามี ภรรยา ลูก หลาน หรือไม่
(0) ยุ่งยากมาก (1) ยุ่งพอสมควร (2) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3) ไม่รู้สึกเลย
9. ท่านมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ลึกลับต่อชีวิตของท่านแค่ไหน
(0) รู้สึกตลอดเวลา (1) รู้สึกมาก (2) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3) ไม่รู้สึกเลย
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านพอใจกับกิจกรรมที่ทำ รวมทั้งงานบ้านด้วยแค่ไหน
(0) ไม่พอใจ (1) พอใจนิดหน่อย (2) พอใจบ้าง (3) พอใจมาก
11. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความลำบากหรือไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร
(0) ไม่สะดวกมาก (1) ไม่สะดวกนิดหน่อย (2) สะดวก (3) สะดวกดีมาก
12. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกที่ท่านเป็นเหตุให้เกิดความเดือดร้อนยุ่งยากแก่ผู้ใกล้ชิดหรือไม่
(0) รู้สึกยุ่งยากมาก (1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง (2) รู้สึกเล็กน้อย (3) ไม่รู้สึกเลย
13. อาการเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบายที่เป็นอยู่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยขนาดไหน
(0) อุปสรรคมาก (1) อุปสรรคปานกลาง (2) อุปสรรคเล็กน้อย (3) ไม่เป็นอุปสรรคเลย
14. โรคที่ท่านเป็นอยู่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างไร
(0) รู้สึกยุ่งยากมาก (1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง (2) รู้สึกเล็กน้อย (3) ไม่รู้สึกเลย
15. ท่านสามารถทำงานประจำวันที่บ้านได้เรียบร้อยตามความต้องการหรือไม่
(0) ทำไม่ได้เลย (1) ทำได้เล็กน้อย (2) ทำได้ปานกลาง (3) ทำได้ตามปกติ
16. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอยากออกจากบ้านไปพบเพื่อนหรือร่วมงานสังสรรค์หรือไม่
(0) ไม่อยากไปเลย (1) อยากไปบ้างบางครั้ง (2) อยากไปมาก (3) อยากมากที่สุด
17. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มากแค่ไหนใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
(0) มีมากที่สุด (1) มีมาก (2) มีบ้างเล็กน้อย (3) ไม่มีเลย

18. ท่านมีความกลัวเรื่องอนาคตแค่ไหน
(0) กลัวมากที่สุด (1) กลัวมาก (2) กลัวบ้างเล็กน้อย (3) ไม่กลัวเลย
19. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านอยากไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนมากแค่ไหน
(0) ไม่อยากไปเลย (1) อยากไปเป็นบางวัน (2) อยากไปบ่อยๆ (3) อยากไปทุกวัน
20. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอาการป่วยของท่านมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่ท่านเป็นอยู่มากน้อยแค่ไหน
(0) เกี่ยวมากที่สุด (1) เกี่ยวมาก (2) เกี่ยวบ้างเล็กน้อย (3) ไม่เกี่ยวเลย
21. ท่านมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์มากแค่ไหน (มั่นใจว่าแพทย์รักษาถูกต้อง)
(0) ไม่แน่ใจ (<50%) (1) มั่นใจบ้าง (50%) (2) มั่นใจมาก (50-80%) (3) มั่นใจที่สุด (>80%)
22. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร
(0) ไม่สบายเลย (1) สบายดี (2) สบายมาก (3) สบายมากที่สุด

ภาคผนวก 3

ตำรับยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
ปวดตามร่างกาย กล้ามเนื้อ	ยาพสมเถาวัลย์ เปรียง	รับประทานครั้งละ 900 มิลลิกรัม -1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากเถาวัลย์เปรียงมีกลไกออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยาแก้ปวดในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) - การใช้นี้อาจทำให้เกิดการระคายเคืองของระบบทางเดินอาหาร - อาการไม่พึงประสงค์ ปวดท้อง ท้องผูก บัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น
	ยาพสมโคคลาน	<p>ชนิดขง รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p> <p>ชนิดต้ม นำตัวยาทิ้งหมดมาเติมให้น้ำท่วมตัวยา ต้มน้ำเคี่ยว 3 ส่วน เหลือ 1 ส่วน ต้มครั้งละ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p>	
	ยากษัยเส้น	รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร และก่อนนอน	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้ - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets)

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
			<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
ปวดเส้นเอ็น ข้อ กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตึงหรือชา	ยาแก้ลม อัมพฤกษ์	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนดื่มประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้และเด็ก - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
	ยาสหัศธารา	รับประทานครั้งละ 1 - 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้ - ขณะใช้ยาในช่วงหน้าร้อนต้องระมัดระวังปริมาณการใช้ยาและควรดื่มน้ำให้มาก หรือเมื่อมีผื่นแพ้ร้อนในปากควรหยุดใช้ยา - ควรระวังการบริโภคในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก และโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา Phenytoin, Propranolol, Theophylline และ Rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ร้อนใน กระจายน้ำ

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
	ยาแก้อัลยัเปรี๊ยง	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ทันที	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ - ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรค แผลเปื่อยเพปติก เนื่องจาก แก้อัลยัเปรี๊ยงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) - อาจทำให้เกิดการระคายเคือง ระบบทางเดินอาหาร
	ยาสารสกัด แก้อัลยัเปรี๊ยง	รับประทานครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที	
	ยาชี้ผึ้งไฟล (ยามายนอก)	ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการ วันละ 2 - 3 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามทายาขึ้นบริเวณขอบตาและ เนื้อเยื่ออ่อน - ห้ามทายาขึ้นบริเวณผิวหนังที่มี บาดแผลหรือมีแผลเปิด
	ยาประคบ (ยามายนอก)	นำยาประคบไปนึ่ง แล้วใช้ประคบ ขณะยังอุ่น วันละ 1 - 2 ครั้ง โดยหลังใช้แล้ว ผึ่งให้แห้ง ก่อนนำ ไปเก็บไว้ในตู้เย็น	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามประคบบริเวณที่มีบาดแผล - ห้ามประคบเมื่อเกิดการอักเสบ เฉียบพลัน - ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็น แผลมาก่อนหรือบริเวณที่มี กระดูกยื่น และต้องระวังเป็นพิเศษ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานอัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึก ในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจ ทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย - หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จ ใหม่ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะ เป็นการล้างตัวยาจากผิวหนัง และ ร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (จากร้อนเป็นเย็นทันที ทันใด) อาจทำให้เป็นไข้ได้ - ควรระวังการใช้กับผู้ที่มีแพ้ส่วน ประกอบของยาประคบ

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เคล็ดขยอก บวม ฟกช้ำ	ยาพริก (ครีม, เจล) (ยาภายนอก)	ทาบริเวณที่ปวด 3-4 ครั้ง ต่อวัน	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ Capsaicin - ห้ามสัมผัสสบริเวณตา - ระวัง อย่าทายาพริกบริเวณผิวหนังที่บอบบางหรือบริเวณผิวหนังที่แตก เนื่องจากทำให้เกิดอาการระคายเคือง - การใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจ กลุ่ม Angiotensin-Converting enzyme Inhibitor (ACE inhibitor) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น - อาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ Theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน - ควรระวังเมื่อใช้ยาพริกร่วมกับยากลุ่มต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> • Angiotensin Converting enzyme Inhibitors • Anticoagulants • Antiplatelet Agents • Barbiturates • Low Molecular Weight Heparins • Theophylline • Thrombolytic Agents
	ยาไฟล (ครีม, เจล) (ยาภายนอก)	ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการ วันละ 2 - 3 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน - ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด
	ยาน้ำมันไฟล (ยาภายนอก)		
เหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด ตาลาย คลื่นไส้ วิงเวียน ใจสั่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย	ยาหอมทิฟโอสถ ยาหอมเทพจิตร	รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง น้ำกระสายยาที่ใช้ (น้ำดอกไม้อหรือน้ำสุก)	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มี

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
			ความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้
วิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุก แน่นในอก) เบื่ออาหาร ท้องอืด อ่อนเพลีย	ยาหอมนวโกฐ	รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง น้ำกระสายยาที่ใช้ • กรณีแก้ลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ใช้ น้ำลูกผักชี (15 กรัม) หรือเทียนดำ (15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา • กรณีแก้ลมปลายไข้ ใช้ ก้านสะเดา (33 ก้าน หรือ 15 กรัม) ลูกกระดอม (7 ลูก หรือ 15 กรัม) และเถาบอระเพ็ด (15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา • ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำสุก	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้มี มิใช่ - ควรระวังการรับประทานร่วม กับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และ ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ ละอองเกสรดอกไม้
วิงเวียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ	ยาหอมแก้ลม วิงเวียน	รับประทานครั้งละ 600 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุก เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน วันละ 3 ครั้ง	
จุกเสียด คลื่นเหียน อาเจียน	ยาหอมอินทจักร์	รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน วันละ 3 ครั้ง	
เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	ยาบำรุงโลหิต	รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ก่อนอาหาร	
อ่อนเพลีย ไม่มีแรงหลังฟื้น จากไข้ ท้องเสีย	ยาตรีเกสรมาศ	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ดื่มขณะยายังอุ่น วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและ ก่อนนอน	- ไม่ควรรับประทานติดต่อกันเกิน 1 เดือน - หากใช้เกินจากขนาดที่แนะนำ อาจทำให้ท้องผูก - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่ แพ้ละอองเกสรดอกไม้

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
ไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อนภายใน	ยามะระซิงก	ชนิดขง รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในเด็กหรือหญิงให้นมบุตร เนื่องจากมีรายงานว่าทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมากจนเกิดอาการชักได้ - ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก - หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วันแล้ว อาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ - ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents) อื่นๆ หรือร่วมกับการฉีดอินซูลิน เพราะอาจทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์กันได้ - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคตับ เพราะเคยมีรายงานว่าทำให้เกิดตับอักเสบได้
	ยาเขียวหอม	ชนิดผง รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ชนิดเม็ด รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้ - ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก - หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
	ยาจันทน์ลีลา	ชนิดผง รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ละลายน้ำสุก ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก - หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
	ยาประสะจันทน์แดง	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้ - ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก - กรณีบรรเทาอาการไข้ ร้อนในกระหายน้ำ หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วันแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นจุกเสียด	ยาขิง	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการเมารถ เมาเรือ รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ก่อนเดินทาง 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ - ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) - ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์ - ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ
ท้องผูก	ยาชุมเห็ดเทศ	<p>ชนิดชง รับประทานครั้งละ 3 - 6 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร นาน 10 นาที วันละ 1 ครั้งก่อนนอน</p> <p>ชนิดแคปซูล รับประทานครั้งละ 3 - 6 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (Gastrointestinal Obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ - ควรระวังการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วย Inflammatory Bowel Disease - การรับประทานยานี้ในขนาดสูง อาจทำให้เกิดไตอักเสบ (Nephritis) - ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เพราะจะทำให้ท้องเสีย ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากเกินไปโดยเฉพาะโพแทสเซียมและทำให้ลำไส้ใหญ่ชินต่อยา ถ้าไม่ใช้ยาจะไม่ถ่าย - อาการไม่พึงประสงค์ อาจทำให้เกิดอาการปวดมวนท้อง เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
	ยามะขามแขก	ชนิดขง รับประทานครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตรก่อนนอน ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1.2 กรัม ก่อนนอน	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (Gastrointestinal Obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ - ควรระวังการใช้อยานี้กับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วย Inflammatory Bowel Disease - การรับประทานยาในขนาดสูง อาจทำให้เกิดไตอักเสบ (Nephritis) - ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ท้องเสียซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากเกินไปโดยเฉพาะโพแทสเซียมและการใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้ไตใหญ่ขึ้นต่อยา ถ้าไม่ใช้ยาจะไม่ถ่าย
	ยาดรีผลา	รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ทิ้งไว้ 3 - 5 นาที ต้มในขณะยังอุ่น	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ท้องเสียง่าย
ท้องผูก เถาดาน	ยารรณีสัณตะฆาต	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้และเด็ก - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) - ควรระวังการใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้อยานี้ร่วมกับยา Phenytoin, Propranolol, Theophylline และ Rifampicin

อาการ / อาการแสดง	ตำรับยา	ขนาดและวิธีใช้	ข้อห้ามและข้อควรระวัง
			เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ
ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ	ยาธาตุนรรจบ	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยาวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเมื่อมีอาการ	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีไข้ - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไตเนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
	ยาธาตุนอบเชย	รับประทานครั้งละ 15 - 30 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร	
ท้องเสีย ธาตุไม่ปกติ	กล้วยผง	รับประทานครั้งละ 10 กรัม ชงน้ำร้อน 120 - 200 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร	- ไม่ควรใช้กับผู้ที่ท้องผูก - การรับประทานยานี้ติดต่อกันนานๆ อาจทำให้ท้องอืดได้
	ยาธาตุนรรจบ	- รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา หรือ ครั้งละ 3 - 4 เม็ด รับประทานเช้า / เย็น	
	ยาเหลืองปิดสมุทร	รับประทาน 0.1 กรัม / เม็ด กินครั้งละ 5 - 7 เม็ด 3 เวลา ก่อนอาหาร	
	4. ยามันทธาตุ	รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีไข้ - ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบ เนื่องจากเป็นยารสร้อน ทำให้ลิ้น ปากแสบร้อนได้

ภาคผนวก 4

อันตรกิริยา (Drug Interaction) ยาแผนปัจจุบันที่ใช้บ่อยกับยาสมุนไพรบำบัดมะเร็ง

ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์ พบ., เวชศาสตร์ครอบครัว

สมุนไพรเป็นสารออกฤทธิ์ที่ร่างกายรับเข้าไปก็ย่อมเข้าไปอยู่ในกระบวนการต่างๆ ของร่างกาย เช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน ดังนั้นการใช้สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันย่อมเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันได้ แม้แต่สมุนไพรด้วยตนเองหรือยาแผนปัจจุบันด้วยตนเอง หรือแม้แต่กับอาหาร / อาหารเสริมก็สามารถเกิดอันตรกิริยาได้ เช่นกัน อันตรกิริยา (Drug Interaction) คือ ผลลัพธ์ของกระบวนการต่างๆ ในร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับยาหรืออาหาร ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีผลให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วย หรือลดประสิทธิภาพจากการรักษาตามที่คาดหวังลง

สิ่งที่สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์แผนไทย ควรตระหนักในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย มีดังนี้

1. ตรวจสอบองค์ประกอบสมุนไพร
2. ตรวจสอบยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับ
3. พิจารณาฤทธิ์ยาว่าเป็นในทางเดียวกัน หรือต้านฤทธิ์กัน หรือไม่มีผล
4. พิจารณาผู้ป่วยว่าคุ้มค่าต่อการให้ยาหรือไม่
5. เฝ้าระวังอันตรกิริยาที่เกิด
6. แก้ไขเมื่อเกิดอันตรกิริยา

1. การตรวจสอบองค์ประกอบของยาหรืออาหารที่ให้ความ มีสมุนไพรตัวใดที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยา ได้บ้าง การศึกษาอันตรกิริยาที่มีข้อมูล ไม่ได้มีในสมุนไพรทุกชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นสมุนไพรฤทธิ์ร้อน เช่น ชิง ดิปลี พริกไทย เป็นต้น ที่จะมีผลต่อยาแผนปัจจุบันกลุ่มต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ถึงไม่มีข้อมูลการศึกษาในสมุนไพรที่ให้ก็พึงสังวรไว้

2. การตรวจสอบยาแผนปัจจุบัน ควรทำการศึกษายาแผนปัจจุบันที่ให้ความชื่อยาอะไร อยู่ในกลุ่มออกฤทธิ์อะไร ปัจจุบันการหาข้อมูลยานั้นไม่ยาก ทำได้รวดเร็ว ใน Website ที่น่าเชื่อถือ ในทางปฏิบัติ เราควรทราบกลุ่มที่ใช้บ่อย และมีอันตรกิริยาบ่อย ดังนี้

- 1) Antiplatelet ยาต้านเกร็ดเลือด: Aspirin ,Clopidogels (Plavix)
- 2) Anticoagulant ยาต้านการแข็งตัวของเลือด : Warfarin (Coumadine), Heparin (ฉีด)
- 3) ยาลดความดันโลหิต : Enalapril, Captopril, Amlodipine, Nifedipine, Losatan, ยาขับปัสสาวะ (Hydrochlorothiazide: HCTZ, Furosemide, Spinololactone)
- 4) ยาลดน้ำตาล : Glibenclamide (Daonil), Glipizide, Metformin, Insulin (ฉีด)
- 5) ยาด้านมะเร็ง : 5 FU, Tamoxifen
- 6) ยาแก้ปวด : Morphine, NSAID (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Diclofenac, Aspirin, Ibuprofen, piroxicam), Tramadol, Paracetamol

3. การพิจารณาลักษณะอันตรกิริยา (ดูข้อควรระวังในภาคผนวก 4 ประกอบ)

3.1 **อันตรกิริยาจากเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamic Drug Interaction)** คือ ยามีการออกฤทธิ์ในทำนองเดียวกัน ก็จะเสริมฤทธิ์กัน หรือออกฤทธิ์ตรงข้ามกันก็จะลดฤทธิ์กันเช่น หมายความว่ายาขับปัสสาวะใช้ร่วมกับ Hydrochlorothiazide (HCTZ) ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะเช่นกันก็จะทำให้ขับปัสสาวะมากขึ้นจนเป็นอันตรายได้

3.2 **อันตรกิริยาจากเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic Drug Interaction)** ยาที่มีผลกระทบต่อในวงจรการเข้ามาในร่างกาย จนถึง การขับออกจากร่างกายของยาอีกตัว ตั้งแต่การดูดซึม การกระจายตัว การจับกับโปรตีนในเลือดขณะลำเลียง การถูก Metabolite ที่ตับ โดยเฉพาะด้วย Cytochrome P450 ที่จะทำให้อายาเปลี่ยนรูปไปเป็นสารใหม่ การเก็บสะสม และการขับออกจากร่างกายทั้งนี้ยาอาจจะเสริมกันเพิ่มปริมาณยาอีกตัว, แย่งตำแหน่งกันหรือทำปฏิกิริยาต่อกันจนเกิดสารใหม่จนลดปริมาณสารออกฤทธิ์ มีผลรวมทำให้ เสริมฤทธิ์ ลดฤทธิ์ หรือเพิ่มผลข้างเคียง ตามมา

การพิจารณาอันตรกิริยา เมื่อใช้สมุนไพร ต้องดูว่าผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบันอะไรอยู่ ตามการศึกษาแล้วมีอันตรกิริยากับสมุนไพรตัวใดบ้าง

- 1) เสริมฤทธิ์กัน
- 2) ต้านฤทธิ์กัน
- 3) เกิดสารใหม่ที่เป็นพิษต่อร่างกาย

โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งอาจทานยากลุ่มเคมีบำบัด อาจทำให้อายาเป็นพิษต่อร่างกายมากขึ้น กลุ่มยาต้านเลือดแข็ง ยาต้านเกร็ดเลือด อันตรกิริยาอาจทำให้เลือดออกมากขึ้น กลุ่มยาลดน้ำตาล อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำหมดสติได้ กลุ่มยาลดความดันโลหิต อาจเสริมฤทธิ์ลดความดันโลหิตลดลงจนช็อกได้

4. การปฏิบัติเมื่อต้องใช้สมุนไพรที่มีอันตรกิริยากับยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้

4.1 พิจารณาผู้ป่วย สภาพการเจ็บป่วย ระยะโรคที่เป็น มีประโยชน์คุ้มค่าต่อการใช้ยาหรือไม่

1) เป็น Specific Treatment หวังผลในการแก้ไขสาเหตุของโรค ส่วนมากในระยะท้ายของโรคมักจะไม่หวังผลนี้

2) เป็น Supportive Treatment หวังผลเพื่อคงสภาพหรือพยุงการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย (Maintenance Optimal Physiology) เช่น รักษาระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การขับถ่ายปัสสาวะ การหายใจคล่องตัว เป็นสิ่งที่ควรทำเสมอ

3) เป็น Symptomatic Treatment หวังผลเพื่อลดอาการเพื่อความสบายของผู้ป่วย ควรทำทุกอาการ เช่น ลดความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อยเพลีย ทั้งนี้การการรักษาตามอาการต้องไม่ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายแย่ลง เช่น ให้ยาแก้ปวดจนกดการหายใจ

4.2 ดูว่าสมุนไพร เพิ่มหรือลดการออกฤทธิ์ของยาแผนปัจจุบัน หรือเพิ่ม/ลดผลข้างเคียง ควรพิจารณาดูให้ สลับช่วงให้ในช่วงที่หยุดยาแผนปัจจุบันแล้ว ให้แต่ปรับขนาด หรือติดตามใกล้ชิด เช่น การให้ยาเบญจอำมฤต ในผู้ป่วยมะเร็งที่ทานยา Warfarin ซึ่งและพริกไทยในยาเบญจอำมฤตจะเสริมฤทธิ์ Warfarin ทำให้เลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้เลือดออกง่ายมากขึ้น ควรลดขนาดเบญจอำมฤต หรือติดตามการเจาะเลือดดู INR บ่อยขึ้น

5. การแก้ไขเมื่อเกิดอันตรกิริยา ควรปรึกษาแพทย์ที่ร่วมรักษาด้วย

1) อันตรกิริยาที่ไม่รุนแรง พิจารณาลดขนาดการให้ ลดความถี่การให้ ติดตามอาการใกล้ชิด และเจาะเลือดติดตามบ่อยขึ้น

2) อันตรกิริยาที่รุนแรง ควรลดสมุนไพรนั้น และติดตามใกล้ชิด

คำถามที่พบบ่อย

1. เป็นแพทย์แผนไทย สนใจทำงาน Palliative Care ยังไม่มีทีมงาน ควรเริ่มอย่างไร

ตอบ เป็นสิ่งที่ดีมาก ควรมุ่งมั่นอยู่เสมอไม่ทอดทิ้ง ให้ศึกษาหลักการตามบทที่ 1 ให้เข้าใจ แล้วลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มี เท่าที่ทำได้ก่อน จนเป็นนิสัย เป็นประจำ ต้องเชื่อมั่นว่าสิ่งที่เรากำลังทำนั้นดีต่อผู้ป่วยและญาติอยู่แล้ว โดยเฉพาะการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ให้การดูแลโดยไม่ใช้ยาไปก่อน เพราะการใช้ยาอาจกระทบกับแพทย์ผู้รักษาหาโอกาสใน Case ที่ใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วยังไม่ได้ผลดีพอ คุยกับแพทย์ผู้รักษาว่าจะใช้ยาทางแผนไทยร่วมด้วย จะต้องทำการบ้านมาก่อนว่า ยาที่จะใช้นี้ออกฤทธิ์อย่างไร มีความปลอดภัย อยู่ในบัญชียาหลัก ผลข้างเคียงและอันตรกิริยา

ต่อยาแผนปัจจุบันที่ใช้อย่างไร เมื่อได้ลองใช้เกิดผลดี แล้วจะได้รับการเชื่อถือมากขึ้น และอาจถูกเรียกใช้งานมากขึ้น หลักการนำเสนอกับแพทย์ ควรรักษาความสัมพันธ์ที่ดี ไม่ควรเอาหลักการมาขัดแย้งกัน เพราะโดยหลักการรักษาแล้ว มีผลดีต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น ค่อยๆ แลกเปลี่ยนความรู้กับแพทย์ ดูทัศนคติว่าแพทย์ยังไม่เข้าใจเรื่องแผนไทยด้านใด เช่น สมุนไพรทำให้เกิดพิษมากขึ้น ก็หาข้อมูลมาคุยกัน ตรงไหนยังตอบไม่ได้ก็ขอโอกาสไปศึกษาเพิ่มเติม เมื่อได้ทำงานบ่อยขึ้น และความสัมพันธ์ที่ดี อาจมีบุคลากรอื่นสนใจ เข้าร่วมมากขึ้น ก็เปิดโอกาสให้มาร่วมงาน ค่อยๆ เรียนรู้ร่วมกัน เมื่อเป็นปึกแผ่นดีแล้วจึงค่อยจัดตั้งเป็นหน่วย Palliative Care ภายหลัง

2. ยังไม่รู้ว่าแพทย์แผนปัจจุบันใช้ยาอะไร คำสั่งใช้ยาหมายความว่าอย่างไร ควรเริ่มอย่างไร

ตอบ ต้องเริ่มจากการเข้าไปอ่านเวชระเบียน ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการศึกษา ติดตามไหน ลองถามพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นดู ถ้าเริ่มคุ้นเคยกับแพทย์ ก็ถามจากแพทย์โดยตรง เรื่องศัพท์แพทย์ ชื่อยา ศึกษาเพิ่มเติมในอินเทอร์เน็ตได้ สิ่งที่ควรเข้าใจคือ แพทย์วินิจฉัยโรคอะไร ก็ไปอ่านโรคนั้น ยังไม่ต้องไปอ่านโรคที่ไม่ได้ศึกษา ใช้ยาอะไรรักษา ให้ไปดูกลุ่มยา ออกฤทธิ์อย่างไร มีอันตรกิริยากับสมุนไพรใด อาจถามจากเภสัชกร ลองเชื่อมโยงกับการรักษาทางแผนไทยว่าจะเสริมได้ตรงไหน

3. การใช้ยาสมุนไพร ในการลดอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำอย่างไร

ตอบ ควรรู้จักผู้ป่วย โรคที่เป็น สภาพปัจจุบัน และการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อน ควรปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ แล้วดูว่า การจัดการอาการต่างๆ ทำอย่างไรได้บ้าง ทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ที่ต้องใช้ยา ดูว่าใช้ยาอะไรได้บ้าง (ดูตามคู่มือบทที่ 3 และรายละเอียดยาในภาคผนวก 3) พิจารณาว่าได้ประโยชน์และไม่เสี่ยงต่ออันตรายแล้ว ในกรณีที่มียาในบัญชียาหลัก ก็สามารถใช้ได้เลย ถ้าไม่มีต้องปรุงยาตามตำรับต่างๆ ก็เลือกใช้ในลำดับต่อไป

การจัดหายา ให้จัดในบัญชียาหลักก่อน ถ้าผู้ป่วยไม่มาก อาจเตรียมเฉพาะรายการที่ใช้บ่อยไว้ ขาดเหลืออาจยืมจากโรงพยาบาลที่เลี้ยง การปรุงยานอกบัญชียาหลัก เป็นไปตามความสนใจและความถนัดส่วนบุคคล

4. การใช้สมุนไพรเมื่อเกิดอันตรายหรือผลข้างเคียง ควรทำอย่างไร

ตอบ การเกิดอันตรายที่เราอาจรู้ล่วงหน้า หรืออาจเกิดโดยไม่คาดคิด ทั้งนี้ ต้องเรียนปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ร่วมกันแก้ไข อาต้องลดยา ลดความถี่การให้ หรือหยุดยา อาจต้องเฝ้าระวังอาการใกล้ขีด หรือเจาะเลือดดูผลเลือดบ่อยขึ้น ดูรายละเอียดในภาคผนวกเรื่อง อันตรกิริยา

5. กรณีที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน ควรช่วยเหลืออย่างไร

ตอบ ควรเข้าไปพบผู้ป่วยและญาติ ด้วยความสงบ ปรึกษาแพทย์เรื่องถอดสายต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อสร้างความสงบ อยู่เป็นเพื่อนจนกว่าจะเสียชีวิต

กรณีที่สวดมนต์ได้ก็ช่วยสวดมนต์ นำญาติสวดมนต์ เช่น เลือบทสวดสั้นที่ทุกคนสวดได้ การสวดมนต์อาจไม่เหมาะกับทุกกรณีขึ้นอยู่กับความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ แต่สิ่งสำคัญคือสร้างบรรยากาศสงบ และอยู่เป็นเพื่อน

ในกรณีคุ้นเคย อาจบอกให้ผู้ป่วยสวดตาม หรือสวดในใจ ตั้งสติให้มั่นคง และบอกให้ญาติอยู่ในความสงบ เพื่อไม่รบกวน การตั้งสติในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ดูบทที่ 5 การดูแลระยะใกล้เสียชีวิตและการดูแลภายหลังเสียชีวิตประกอบ

ภาคผนวก 5

ดรรชนีคำสำคัญ

	หน้าที่
Active Dying	10
Advance Care Plan	14, 16, 38, 74, 77
AND, Allow Natural Death	15, 16
Cytochrome P450	100
DNR, Do Not Resuscitation	79
End-of-Life Care	11
ESAS, Edmonton Symptom Assessment System	17, 50, 71, 86
Five Stage Reaction	31, 32
Good Death (ดูที่ ตายดี)	7
Holistic Care	11, 50
Informed Consent	14, 76, 77
Integrative Palliative Care	10, 11, 12, 15
Interdisciplinary Team	19
LIFESS	17
Living Will	15, 16, 38, 74, 78
NRS, Numerical Rating Scale	19, 21
Palliative Care	68, 71, 73, 83, 85, 100, 101
PPS, Palliative Performance Scale	17, 25, 26, 50, 71, 84, 85
Spiritual Care	38
SKT	33
Spirituality	11
T-FLIC	18
Touching (ดูที่ สัมผัส)	24, 25
TTM, Thai Traditional Medicine	25-27
Withhold / Withdraw	15, 16, 74, 80, 83
กล้วยพวง	98
กัญชา	13-15, 23, 24, 30, 40, 66, 81, 83
ขอขมา	53
จิตวิญญาณ ; การดูแล	38
ชีกงวีถีไทย	44
ดนตรีบำบัด	14, 24, 37, 57, 59
ตายดี	7, 11, 49
ธรรมโอสถ	63
แบบประเมินความผาสุกทางวิญญาณ	17
แบบประเมินคุณภาพชีวิต	88

ภาคผนวก 5

ดรรชนีคำศัพท์ - 2

	หน้าที่
ปฏิภิกิริยาต่อการเจ็บป่วย	32
ปฏิภิกิริยาต่อการสูญเสีย	56
ปฐวีธาตุ	19
ปัญญาและอุเบกขา	60
ปีตะ	18, 25, 26, 27
เภสัชจลนศาสตร์	100
เภสัชพลศาสตร์	99
ยากษัยเส้น	90
ยาแก้ไข้สันนิบาติ	29
ยาแก้ลมอัมพฤกษ์	91
ยาขมื่นชั้น	22
ยาชิง	22, 24, 27-28, 96
ยาชิปะกะโอสถ	30
ยาชี้ผึ้งไพล	92
ยาเซียวหอม	24, 95
ยาจันทลีลา	24, 29, 95
ยาจันทฤทัย	24, 29
ยาชุมเห็ดเทศ	22, 96
ยาตรีเกสรมาศ	94
ยาตรีผลา	22, 97
ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง	22
ยาเถาวัลย์เปรียง	90, 92
ยาธรณีลั่นทมะฆาต	22, 97
ยาธาตุบรรจบ	22-23, 98
ยาธาตุอบเชย	22, 28, 98
ยานหารูพิการ	30
ยาน้ำสมานฉันทน์ (วัดคำประมง)	29
ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง)	22-23, 30
ยาน้ำรูงโลहित	94
ยาเบญจกูล	22
ยาประคบ	92
ยาประสะกะเพรา	22
ยาประสะจันทน์	96
ยาประสะจันทน์แดง	24
ยาประสะเจตพังคี	22

ภาคผนวก 5

ดรรชนีคำศัพท์ - 3

	หน้าที่
ยาพสมโคคลาน	90
ยาพริก	93
ยาพอก	24-25
ยาไพล	24, 93
ยาฟ้าทะลายโจร	24
ยามะขามแขก	22, 97
ยามะระขึ้นก	95
ยามะเร็งท่อน้ำดี	29
ยามันทรธาตุ	23, 98
ยาคุชไสยาศน์	23-24, 26, 28
ยาสหัตถาราร	91
ยาสันนิบาตเจริญอากาศ	29
ยาหญ้าไต้ใบ	29
ยาหญ้าปักกิ่ง	24
ยาหอมแก้ลมวิงเวียน	24, 94
ยาหอมทิพย์โอสถ	24, 93
ยาหอมเทพจิตร	23-24, 26-28, 93
ยาหอมนวโกฐ	23, 28, 94
ยาหอมอินทจักร์	23-24, 27-28, 94
ยาเหลืองปิดสมุทร	98
รอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม	60
วัดคำประมง	2, 4, 8, 9
วาทะ	19, 25, 26, 27
วาระท้ายของชีวิต	52
สมาธิบำบัด	14-16, 22, 24-28, 33, 35, 59
สมุนไพร ; หลักการใช้	39
สวดมนต์บำบัด	24, 28, 34, 35
สัมผัส ; การ	24, 25, 33, 51, 55
สูญเสีย ; แนวทางการรับมือ	57
เสมหะ	19, 25, 26, 27
เสียชีวิตอย่างกระทันหัน ; การดูแล	101
อโหสิกรรม	53
อันตรกิริยา	99, 100, 101
อาหารแสง	42
อัมลา	53

ภาคผนวก 6

รายงานผู้ร่วมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
แบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ) ในหน่วยงานต่างๆ

ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ | อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 2. นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 3. ผศ.พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ | ที่ปรึกษากรมการแพทย์ |
| 4. รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล | นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย |
| 5. พระปพนธ์พัชร จิรธัมโม | เจ้าอาวาสวัดคำประมง |

ผู้ร่วมจัดทำ

บทนำ **นิยามศัพท์ แนวคิด เป้าหมายและขอบเขตการดูแล**

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ | ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 2. ผศ.ดร.ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางเอื้อกานต์ วรไพฑูริย์ | สถาบันการแพทย์แผนไทย |

บทที่ 1 **โครงสร้างและกระบวนการจัดบริการ**

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. นางเอื้อกานต์ วรไพฑูริย์ | สถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 2. พท.สันทนต์ ชมภูพวงษ์ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 3. ภาณุ.ดลิตชา ชั่งสิริพร | โรงพยาบาลอุ้มถ่อง |

บทที่ 2 **การประเมินและการวินิจฉัย**

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. ผศ.ดร.ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. อาจารย์วันทนี เจตนธรรมจักร | คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ธรรมานุรักษ์ |
| 3. พท.สันทนต์ ชมภูพวงษ์ | โรงพยาบาลราชบุรี |

บทที่ 3 **การจัดการอาการ**

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นายแพทย์ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์ | นายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว |
| 2. อาจารย์พัฒนิกรณ์ ไวยสิงห์ | อาจารย์แพทย์แผนไทยจิตอาสา |
| 3. อาจารย์วันทนี เจตนธรรมจักร | คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ธรรมานุรักษ์ |
| 4. รศ.ดร.ภาณุ.อรุณพร อธิรัตน์ | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. พท.สันทนต์ ชมภูพวงษ์ | โรงพยาบาลราชบุรี |

บทที่ 4 **การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการตามหลักธรรมานามัย**

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์มนตรี หนองคาย | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองมะโมง |
| 2. ดร.วิภาณี สุขเอิบ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 3. รศ.ดร.ภาณุ.อรุณพร อธิรัตน์ | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. อาจารย์พัฒนิกรณ์ ไวยสิงห์ | อาจารย์แพทย์แผนไทย |
| 5. อาจารย์วันทนี เจตนธรรมจักร | คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ธรรมานุรักษ์ |
| 6. พท.สันทนต์ ชมภูพวงษ์ | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 7. นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล | โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยด่านมะเร็งสกลนคร (วัดคำประมง) |
| 8. อาจารย์สุนิสา รัตนศรีบัวทอง | นักวิชาการอิสระจิตอาสา |

บทที่ 5 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตและการดูแลภายหลังเสียชีวิต

1. นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยด้านมะเร็งสกลนคร
(วัดคำประมง)
2. ดร.วิภาณี สุขเอิบ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. อาจารย์พัฒนิกรณ์ ไวยสิงห์ อาจารย์แพทย์แผนไทย
4. อาจารย์สุนิสา รัตนศรีบัวทอง นักวิชาการอิสระจิตอาสา
5. นางเกื้อจิตร แซรัมย์ พยาบาลวิชาชีพจิตอาสา
6. นายพิสิทธิ์ ศรีอัคโคภิน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
7. นางเอื้อกานต์ วรไพฑูรย์ สถาบันการแพทย์แผนไทย

ภาคผนวก 7

รายนามคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

ที่ปรึกษา

- | | |
|--|--|
| 1. นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ | อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 2. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย | อธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 3. นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลิณฑรังกูร | ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 4. รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล | นายกสภามคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย |
| 5. พระปพนพัชร จิรธัมโม | เจ้าอาวาสวัดคำประมง |
| 6. นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ | เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |

คณะกรรมการ

- | | |
|---|---------|
| 1. นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย | ประธาน |
| 2. นายแพทย์จักราวุธ เผือกคง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี | กรรมการ |
| 3. ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 4. นายแพทย์มนตรี หนองคาย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท | กรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ท่อรัตนารื่อง
นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | กรรมการ |
| 6. นายแพทย์ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์
นายแพทย์จิตอาสา | กรรมการ |
| 7. รศ.ดร.ภญ.อรุณพร อีจรัตน์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| 8. ผศ.ดร.ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 9. ดร.วิภาณี สุขเอิบ
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | กรรมการ |
| 10. นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล
พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง (กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง) วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร | กรรมการ |
| 11. อาจารย์พัฒนิกรณ์ ไวยสิงห์
อาจารย์แพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 12. นางเกื้อจิตร์ แซร์มย์
พยาบาลวิชาชีพจิตอาสา | กรรมการ |
| 13. อาจารย์สุนิสา รัตนศรีบัวทอง
นักวิชาการอิสระ | กรรมการ |
| 14. ภญ.ดลิดา ชั่งสิริพร
โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี | กรรมการ |

- | | |
|--|----------------------------|
| 15. นายสันทัต ชมภูพงษ์
แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลราชบุรี | กรรมการ |
| 16. ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 17. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 18. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทย
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 19. หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยการแพทย์แผนไทย
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 20. หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| 21. นางกันทิมา สิทธิธัญกิจ
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| 22. นางเอื้อกานต์ วรไพฑูรย์
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการและเลขานุการ |
| 23. นางสาวธัญชนก ทับทิม
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 24. นางสาวกรรณิศา อนุสิน
สถาบันการแพทย์แผนไทย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

