

## ปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลที่พบบ่อย

ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ พยาบาลกับแพทย์ พยาบาลกับพยาบาล และพยาบาลกับหน่วยงาน (ลิวลี คิริไล, ๒๕๕๖; Taylor et al., 2011) ได้แก่

## ๑. การปกปิดความลับของผู้ป่วย (confidentiality)

การปกปิดความลับของผู้ป่วย เป็นหลักจริยธรรมที่พยาบาลต้องยึดถือปฏิบัติ เป็นการเคารพต่อคุณค่าของความเป็นมนุษย์และเป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (privacy right) (สิวลี ศิริไล, ๒๕๕๖) การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียต่อตัวผู้ป่วย และต่อกระบวนการรักษาพยาบาล และประเด็นสำคัญที่สุดคือ เป็นการไม่เคารพต่อความเป็นมนุษย์และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังถือเป็นความผิดทางกฎหมายอีกด้วย ไม่ว่าจะการเปิดเผยความลับนั้นจะมีความมุ่งหมายอันใดก็ตาม เว้นแต่จะเปิดเผยเพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อผู้ป่วย แม้ว่าตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ให้แนวทางไว้ว่า การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยอาจทำได้กรณีได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย (สภาการพยาบาล, ๒๕๔๑) แต่ในสถานการณ์จริง บางครั้งทำให้เกิดความอึดอัด ยุ่งยาก เพราะพยาบาลจะถูกถามจากผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลต้องยึดมั่นในหลักจริยธรรม และสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ และศิลปะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

## ๒. การบอกความจริง (veracity or truth telling)

การบอกความจริงเป็นปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (สิวลี ศิริไล, ๒๕๕๖) แม้ว่าพยาบาลยังไม่ได้รับสิทธิทางกฎหมายอย่างชัดเจนในการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลการรักษาและการดำเนินโรค การบอกความจริงอาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่ได้รับทราบความจริง ผลดี ได้แก่ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ ผู้ป่วยได้รับการเคารพในสิทธิอันชอบธรรมของตนเอง เกิดความเชื่อถือไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผลเสีย เช่น การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มักทำให้เกิดการสูญเสียความหวัง หมดกำลังใจในการต่อสู้ เป็นการทำร้ายและอาจทำให้

อาการทรุดหนักทั้งผู้ป่วยและญาติ ในขณะที่เดียวกันการไม่บอกความจริงก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการเตรียมการเกี่ยวกับตนเองและครอบครัว ทำให้การบอกความจริงเป็นสถานการณ์ที่อึดอัด ยุ่งยากใจว่าควรบอกผู้ป่วยอย่างไร การไม่บอกอาจเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องการได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน

หลักการที่สนับสนุนการบอกความจริง ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าของความจริงได้แก่

๑) หลักศาสนา เช่น ในศาสนาพุทธ มีเรื่องของศีล ๕ ซึ่งเป็นจริยธรรมขั้นพื้นฐานของศาสนาพุทธว่าห้ามพูดเท็จ เพราะจะเป็นผลเสียกับผู้อื่น

๒) หลักการเคารพความเป็นอิสระ ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง ในการตัดสินใจนี้ต้องอาศัยการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การบอกความจริงกับผู้ป่วยยังแสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การบอกความจริงทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและวางแผนในการดำเนินชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

๓) หลักการทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงช่วยให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกในสิ่งที่รับรู้ว่า เป็นประโยชน์สูงสุด และก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัวมากที่สุด

๔) หลักการไม่ทำในสิ่งที่เป็นอันตราย การหลอกลวงหรือพูดเท็จ เป็นสิ่งที่ไม่ดีและเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง อาจทำให้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ไม่ถูกต้องและไม่สามารถวางแผนหรือปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากขึ้น

๕) หลักความยุติธรรม การหลอกลวงหรือพูดเท็จเป็นการกระทำที่ไม่ยุติธรรม เพราะผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูลไม่ได้รับในสิ่งที่ตนเองเป็นเจ้าของ

๖) หลักความซื่อสัตย์ การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยแสดงถึงความซื่อสัตย์  
ของผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้ป่วย

๗) สิทธิผู้ป่วย ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

กระบวนการบอกความจริง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑) การประเมินสภาพ ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับ คุณค่า ความเชื่อ ความต้องการ ภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย จุดอ่อน จุดแข็ง การเผชิญปัญหา สภาพอารมณ์ และจิตใจ การสนับสนุนจากครอบครัว พัฒนาการ ได้แก่ อายุ วุฒิภาวะ ความสามารถในการตัดสินใจ พยาบาลประเมินคุณค่าและความเชื่อของตนเอง ประเมินผู้เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง เช่นแพทย์

๒) การพิจารณาทางเลือกของการบอกความจริง ทางเลือกของการบอกความจริงมี ๔ ลักษณะ คือ บอกความจริงทั้งหมด บอกความจริงบางส่วน การให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง และการชะลอการบอกความจริง (รายละเอียดในบทที่ ๕)

๓) การลงมือปฏิบัติ การบอกความจริงผู้ป่วยจะต้องเลือกผู้ที่มีความเหมาะสม คำนึงถึงเวลา สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ภาษาชัดเจน กะทัดรัด เหมาะสมกับระดับการศึกษา และความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และควรอนุญาตให้บุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยหากเป็นความต้องการของผู้ป่วย

๔) การประเมินผล ควรประเมินทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อประเมินว่าการบอกความจริงช่วยส่งเสริมความผาสุก และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยตามที่คาดหวังหรือไม่ และพยาบาลได้เรียนรู้อะไรจากการบอกความจริง

๓. การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent)

การยินยอมรับการรักษาโดยได้รับข้อมูลเป็นปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ โดยทั่วไปในกระบวนการรักษาพยาบาล ก่อนที่แพทย์ พยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ต้องให้รายละเอียดข้อมูลแก่ผู้ป่วยและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย

(สิวลี ศรีโล, ๒๕๕๖) การที่บุคลากรด้านสุขภาพให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน ถือว่าเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และใช้หลักจริยธรรมของควมมีอิสระ (autonomy) นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้บัญญัติว่าผู้บริโภคมีสิทธิได้รับการคุ้มครองในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสินค้าและบริการแล้ว ยังได้รับการคุ้มครองสิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ และสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหายอีกด้วย ซึ่งผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้บริโภคด้วย

การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ประกอบด้วย ส่วนข้อมูล และส่วนการให้ความยินยอม

ส่วนข้อมูล (information elements) หมายถึง การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ โดยไม่มีการบิดบัง เช่น กรณีเป็นผู้เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ความเสี่ยง ประโยชน์ ข้อสงสัย การถอนตัวจากการวิจัย ผู้ป่วยต้องเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และต้องใช้เวลาในการไตร่ตรองว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่

ส่วนการให้ความยินยอม (consent elements) หมายความว่า ผู้ป่วยสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยปราศจากการบังคับ และผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจจากการใช้เหตุผล (Fry & Johnstone, 2002) ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนด เรื่อง การศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์เกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาโดยได้รับข้อมูลไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๕๐ ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพผู้ทำการทดลองต่อมนุษย์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลองและต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ๆ”

การยินยอมของผู้ป่วยโดยสมัครใจให้รับการรักษาพยาบาลหลังจากได้รับข้อมูล และมีความเข้าใจ ย่อมไม่เกิดปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลแต่ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลอาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยขาดความรู้ หรือเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับความเชื่อ ค่านิยม อาจไม่ยินยอมรับการรักษา พยาบาลไม่อาจลงมือให้การพยาบาลได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม แม้ว่าพยาบาลคิดว่าน่าเกิดผลดีกับผู้ป่วย

#### ๔. ชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (euthanasia)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกะดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต

#### การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นความทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ (สันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๔๓)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง วิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกัน ประเมิน รักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย (WHO, 2002 อ้างในสันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๕๒)

คำศัพท์ที่ใช้ในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

palliative care คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญ

ความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และมีปัญหาด้านอื่นทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (WHO, 2005 อ้างในศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๕๓) ดังนั้น palliative care จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ รู้ผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และมุ่งให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ครอบคลุมจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตาย อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและหลังเสียชีวิตแล้ว

end of life care คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วย ที่รู้ว่ามีระยะเวลาเหลือจำกัด ส่วนใหญ่จะนับระยะเวลาประมาณ ๖ เดือน ก่อนเสียชีวิต

terminal care คือ การดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิต ประมาณ ๑ สัปดาห์ สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่า ระยะใกล้ตาย (dying)

องค์ประกอบสำคัญของ palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๕๕) ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ

๑. การควบคุมอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการปวด เบื่ออาหาร ผอมแห้ง หยุดหายใจหรือหายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย ปากแห้ง ถ่ายเหลวหรือท้องผูก และปัญหาผิวหนัง เช่น เป็นแผล ผื่นคัน

๒. การรักษาโรค ได้แก่ การรักษาในสภาวะที่แก้ไขได้ และการรักษาแบบประคับประคอง

๓. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์

การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา

องค์ประกอบขั้นต่ำสุดของ palliative care ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) มีดังนี้

๑. การบรรเทาความปวด
๒. การช่วยเหลือด้านจิตใจ
๓. การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษา เมื่อถึงระยะเวลานั้นการยืดชีวิตผู้ป่วยจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ฉะนั้น palliative care จึงเป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง การดูแลแบบ palliative care เป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่เน้นเรื่องการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ เพราะอยู่ในภาวะที่โรคลุกลามมาก หรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต หมายความว่า อาการทางกายต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการที่มีความสำคัญมาก คือ อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๕๓) นอกจากอาการทางกายแล้ว การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ก็เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตเช่นกัน

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ได้แก่ ผู้ป่วย

๑. มะเร็งระยะสุดท้าย
๒. โรคระยะสุดท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น
  - ๒.๑) โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย
  - ๒.๒) โรคปอดระยะสุดท้าย
  - ๒.๓) โรคไตวายระยะสุดท้าย
  - ๒.๔) โรคทางระบบประสาทระยะสุดท้าย
๓. ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย
๔. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย

## เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเป้าหมายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่มีความเป็นตัวกูของกูเหลืออยู่ การดูแลให้ตายดี จึงไม่ได้อยู่ที่การมีทีมดูแลให้สบาย (palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (hospice) เพื่อผลักระความรับผิดชอบในการดูแลไปให้ผู้อื่น และผลักไสผู้ป่วยให้ไปตายอย่างไม่สงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจตน (สันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๕๒) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมงานในการดูแลซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย อาจารย์ถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๕๓)

บทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการหรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของอาการ และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย

และความตาย ต้องไวต่อความรู้สึก อุดหนุน และสังเกตด้วยความระมัดระวัง เป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกริยาตอบรับพอสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ทำกิจกรรมตามความเชื่อและประเพณี วัฒนธรรม สังคม ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมความพร้อมของญาติในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้กำลังใจครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไป แม้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, ๒๕๕๖)

บทบาทของครอบครัว ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจ สนับสนุน ชี้แนะแนวทาง พยาบาลควรทราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพื่อใช้พิจารณาดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การได้พบบุตรที่อยู่ห่างไกลเพื่อกล่าวคำอาลาญาติพี่น้องควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และพยากรณ์ในประเด็นที่มีทั้งผลดี ผลเสีย หรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ ในร่างกาย สถานที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติพี่น้องควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการสำคัญต่าง ๆ และการช่วยเหลือดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระงานครอบครัว ได้ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเมื่อต้องให้การช่วยเหลือที่บ้าน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจและสนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก และให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย ได้พักทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, ๒๕๕๖)

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๕๒; สุมาลี นิมนานิตย์, ๒๕๔๗ อ้างในสุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, ๒๕๕๖) มีดังนี้

๑. การกล้าพูดความจริงของการป่วยหรือการแจ้งข่าวร้ายเมื่อวินิจฉัยโรคได้แล้ว เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบอกการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ การแจ้งข่าวร้ายต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ

ในการสื่อสารที่ดี มีจิตใจที่ดีงาม มีอารมณ์ที่มั่นคง มีความสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีไหวพริบ มีจิตใจหนักแน่นมั่นคง มีเมตตา กรุณา และอุเบกขา แนวทางในการแจ้งข่าวร้ายได้แก่

๑) การเตรียมความพร้อมต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องตามจริง รวมทั้งทางเลือกเกี่ยวกับการรักษา มีความรู้ทางด้านทางการแพทย์ รู้ว่าควรแจ้งกับใคร (ผู้ป่วยหรือญาติ) เมื่อใด (ผู้รับแจ้งต้องอยู่ในสภาพที่รับได้หรือไม่) และควรมีใครเข้าร่วมอยู่ด้วย มีการกำหนดเวลาและสถานที่ให้เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ควรจัดที่นั่งให้สบาย เตรียมกระดาษทิชชูไว้ให้พร้อมเสมอ และไม่ควรถูกแจ้งข่าวร้ายทางโทรศัพท์

๒) กระบวนการแจ้งข่าวร้าย ก่อนเริ่มการสนทนาควรสร้างบรรยากาศให้คู่สนทนารู้สึกผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง มีการรับฟังอย่างใส่ใจ ก่อนให้ข้อมูลควรสอบถามเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บมากน้อยเพียงใด มีพื้นฐานด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและอารมณ์อย่างไร ควรเกริ่นนำเพื่อให้ผู้รับข่าวมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจ เช่น อาจเกริ่นนำว่า “เรื่องที่จะบอกอาจจะทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจ แต่ข้อมูลที่ให้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาของคุณ” แล้วหยุดรับฟัง พร้อมสังเกตปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องเท่าที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ ใช้ภาษาที่ง่ายคนทั่วไปเข้าใจได้ ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ควรให้ข้อมูลอย่างกระชับและชัดเจน การให้ข้อมูลมากเกินไป ผู้ฟังมักรับไม่ได้และไม่เกิดประโยชน์ กรณีผู้ป่วยและญาติปฏิเสธไม่เชื่อและไม่ยอมรับความจริงในช่วงแรกที่ได้รับข้อมูล ควรเคารพความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ควรให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก ความกลัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

๒. การทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ  
ดังนี้

- ๑) ยอมรับความจริงของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย
- ๒) ลดความหลงใหลในความเป็นของเรา
- ๓) สิทธิในชีวิตและสิทธิในการเลือกวิธีการรักษาเป็นของผู้ป่วย (หรือของญาติสายตรงกรณีไม่รู้สีกตัว) ตามกฎหมาย
- ๔) การตายอย่างสุขสงบในบ้านที่ตนรัก ท่ามกลางญาติมิตรที่ตนรัก และรักตน
- ๕) การตายที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เต็มไปด้วยคนแปลกหน้า และความทุกข์ทรมานจากการรักษาต่าง ๆ ที่ทำไปด้วยความหวังดีที่จะยื้อชีวิตออกไปให้นานที่สุด
- ๖) แพทย์และพยาบาลไม่ยึดถือคติ "ยื้อสุดชีวิต" จนผู้ป่วยต้อง "ตายคามือ"
- ๗) การยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทรมานไปเรื่อย ๆ หรือช่วยดูแลให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุดและสั้นที่สุด

๓. การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ผู้ป่วยยอมรับการตายตามธรรมชาติ จะเป็นไปอย่างสุขสงบ เนื่องจากเบื่ออาหาร ทำให้ขาดน้ำ ขาดอาหาร ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphine) คีโตน (ketone) และอื่น ๆ ออกมา ทำให้รู้สึกสุขสบาย เจ็บปวดน้อยลง ซึมลง และหลับ จนกระทั่งหมดสติ ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับกลไกการตายตามธรรมชาติ จะประสบกับความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ค่อนข้างมาก การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (สุมาลี นิมนานนิตย์, ๒๕๕๒) ได้แก่ ความเจ็บปวด (pain) ความปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมินความปวดต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อความปวด อาการร่วมอื่น ๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การบำบัดความปวดเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่ จำเป็นต้องดูแลความปวดให้อยู่ในระดับที่

เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีวิธีการบรรเทาความปวดอยู่หลากหลายที่ไม่ใช่ยา เช่น การนวด การทำสมาธิ แต่การใช้ยาเพื่อบำบัดความปวดรุนแรงยังเป็นสิ่งจำเป็น เพราะให้ผลแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพสูงถ้าให้ได้อย่างถูกต้องหลักการ สามารถควบคุมผลข้างเคียงต่าง ๆ ได้

๔. การบรรเทาอาการทางใจ ญาติมักไม่ยอมให้ผู้ป่วยรู้ความจริง กลัวจะบั่นทอนกำลังใจ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงของตน ทำให้ไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ และสะสมสิ่งคั่งค้างในใจให้หมดหวังหมดกังวลก่อนวาระสุดท้าย หลักการบรรเทาอาการทางใจได้แก่ ต้องบอกความจริง การเอาใจใส่ดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย

๕. การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

๖. การตั้งสติและการปล่อยวาง

๗. การกล่าวลาและการบอกทาง

### การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

การพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความตายของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ การประเมินปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยตามทฤษฎีของ Kubler-Ross แบ่งเป็น ๕ ระยะ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.; มาลินี วงศ์พานิช, ๒๕๒๕) ดังนี้

**ระยะที่ ๑ ปฏิเสธ (denial)** เมื่อบุคคลรู้ว่าความตายใกล้เข้ามา บุคคลจะมีปฏิกิริยาปฏิเสธความจริง เช่น พูดว่า “มันไม่ใช่ความจริง” พฤติกรรมอื่น ๆ ที่พบคือ ผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาจากที่ต่าง ๆ การดูแลในระยะนี้คือ การยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยด้วยความจริงใจ

**ระยะที่ ๒ โกรธ (anger)** ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ เช่น พูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกใจไปเสียหมด ไม่มีอะไรถูก เช่น พูดว่า “พยาบาลทำไมมาซ้ำจ้ง” การพยาบาลในระยะนี้คือ ประเมินพฤติกรรม ยอมรับพฤติกรรม และ

มองว่าเป็นการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยครอบครัวให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกสบายขึ้น ช่วยในการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อม

**ระยะที่ ๓ การต่อรอง (bargaining)** เมื่อไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความตายที่กำลังจะมาถึง ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองให้ความตายเลื่อนออกไป

**ระยะที่ ๔ ซึมเศร้า (depression)** การพยาบาลในระยะนี้คือ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ช่วยครอบครัวให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

**ระยะที่ ๕ การยอมรับความตาย (acceptance)** การพยาบาลในระยะนี้คือ การสัมผัสทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ช่วยครอบครัวผู้ป่วยให้เข้าใจผู้ป่วย และช่วยกันประดับประดาผู้ป่วย

### หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นประโยชน์สูงสุด จะต้องลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุด เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกลา หรือขอโทษกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความหวังว่าจะได้เกิดในสุคติภูมิ หรือสู่ดินแดนของพระเจ้า พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย (สันต์ หัตถิรัตน์, ๒๕๔๓; พระไพศาล วิสาโล, ๒๕๔๙; กรรณจรียา สุขรุ่ง, ๒๕๕๐; ทศนีย์ ทองประทีป, ๒๕๕๒) สรุปได้ดังนี้

๑. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงเจ็บปวดทางกายเท่านั้น หากถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวจะถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งที่อยู่ข้างหน้าหลังสิ้นลม ดังนั้นความรักและกำลังใจจากญาติ ลูกหลานเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะช่วยลดความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ พิธีระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่สามารถพึ่งได้และพร้อมจะอยู่กับเขายามวิกฤต หากมีใครสักคนที่

พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มที่หรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีกำลังใจ  
เผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นทุกประการ พยาบาลต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะ  
เป็นผู้ที่หมดหวัง ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่น  
และการเอาใจใส่จากญาติและจากแพทย์ พยาบาลเหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ พยาบาล  
ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพัน  
ต่อสิ่งต่าง ๆ ความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ถึงอดีตที่เป็นความทรงจำที่ดีหรือ  
ความสำเร็จในชีวิต หรืออาจเป็นความรู้สึกที่แท้จริงบางอย่างที่เก็บซ่อนไว้นานแล้ว  
บางเรื่องไม่สามารถพูดให้สมาชิกครอบครัวฟังได้ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นคนกลาง  
ได้ดีในการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว ผู้ป่วยระยะนี้ญาติที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยคือ  
ญาติสนิท คนที่ผู้ป่วยรักจึงควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แม้ไม่สามารถพูด  
คุยได้ การสัมผัสทางกายหรือการนวดผิวหนังเป็นครั้งคราวจะเป็นสื่อถึงความรัก  
และความห่วงใยที่ดีวิธีหนึ่ง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตบางรายไม่สามารถสื่อสารด้วย  
คำพูดได้ แต่อาการลีบตา อาการกระวนกระวายใจคล้ายจะรอคอยใครบางคน  
ในหมู่ญาติใกล้ชิดจะรู้ว่าผู้ป่วยคอยใคร ซึ่งถ้าญาติคนนั้นได้มาบอกลาเพื่อให้ผู้ป่วย  
ได้ปล่อยวางเรื่องราวต่าง ๆ ผู้ป่วยก็จะสิ้นลมหายใจได้อย่างสงบ พยาบาลควร  
ตระหนักในบทบาทดังกล่าวเพื่อจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับญาติ

๒. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตน  
ใกล้เข้ามา ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่  
อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้ายโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อน ก็อาจ  
ทำให้อาการทรุดลงกว่าเดิม ดังนั้นแพทย์ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญจึง  
ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือให้ได้รับความไว้วางใจกับผู้ป่วย รวมทั้ง  
ต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนพร้อมที่จะฟังความในใจของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยใจที่  
เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญ  
กับการซักถามมากกว่าเทศนาสั่งสอน ในการบอกข่าวร้ายสิ่งที่ดีควรทำควบคู่ไปด้วย  
ก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า ญาติ แพทย์และพยาบาลจะไม่  
ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่ การบอกความจริงแก่

ผู้ป่วยมีประโยชน์อีกอย่างคือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการหนัก จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างที่มี หรือให้งดวิธีดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการและปล่อยให้ค่อย ๆ ลื่นลมอย่างสงบ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วย ไม่ได้เตรียมตัวเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตนเอง ผลคือเมื่อเข้าสู่ภาวะหยุดหายใจ ญาติจึงไม่มีทางเลือกอื่น นอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงยืดความตายให้ยาวออกไป และไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกให้มากที่สุด ทุกครั้งที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การป้อนอาหาร น้ำ การเช็ดตัว และการเปลี่ยนที่นอน หากพยาบาลใช้โอกาสนี้เป็นผู้รับฟังที่ดี ทำความรู้จักและเรียนรู้ชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ใช้เทคนิคการสนทนาช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลควรค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจ หรือแหล่งสนับสนุนมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในความหมายของคุณค่าของชีวิต เป็นการสัมผัสคุณค่าของมนุษย์ที่มีคุณค่ายิ่ง ต่อการพัฒนาจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแล

๓. พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติตกใจ ผิดหวังและเจ็บปวดบ้างในตอนแรก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับประคับประคองจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุดและมีการวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่ อย่างสมเหตุสมผล บางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับกับความจริงบ้าง พยาบาลต้องให้เวลา อดทน และยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้

๔. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศล และบังเกิดความสุข และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ซึ่งการน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงาม เช่นการนำพระพุทธรูป ภาพครู อาจารย์ที่เคารพนับถือ

มาไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชวนให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์ เปิดเทปธรรมะ หรือบทสวดมนต์ การนิมนต์พระมาเยี่ยม หากนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายเป็นกุศลอาจทำได้โดยให้ผู้ป่วยได้ทำบุญบริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล หรือทำความดีตามหลักบุญกิริยาวัตถุ ๑๐ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่างกายอาจไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก แต่เราสามารถทำความดีได้เสมอเพราะความดีและบุญกุศลคือสิ่งที่เกิดจากใจเป็นหลัก ไม่ว่าจะร่างกายจะเป็นเช่นไรขอแค่มีจิตใจที่รับรู้ได้ มีสติ สมาธิอยู่กับความดีงามและพระเจ้าก็เป็นบุญ เป็นการทำความดีที่ใช้ต้นทุนทางใจเท่านั้น บุญกิริยาวัตถุ ๑๐ คือ สิ่งอันเป็นที่ตั้งแห่งการทำบุญสิบประการ คือ

(๑) การให้ทาน ทั้งในรูปแบบของการให้วัตถุสิ่งของ หรือ การให้เวลาให้ความคิด ให้กำลังใจ ในทางพุทธศาสนาการทำทานที่เชื่อว่าจะได้บุญมากคือการทำสังฆทาน

(๒) การรักษาศีล ซึ่งเป็นหนทางในการฝึกตนให้ลด ละ เลิกความชั่ว ไม่เบียดเบียนผู้อื่นและตนเอง

(๓) การเจริญภาวนา เป็นการพัฒนาจิตใจและปัญญา ทำให้จิตสงบ ผู้ที่เจริญภาวนาเป็นประจำจะมีความสุขและจิตสงบ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เยียวยาตัวเองได้ดีขึ้น

(๔) ความอ่อนน้อม เป็นคุณธรรมที่ขัดเกลาอัตตาตัวตน เราควรเรียนรู้ความอ่อนน้อมกับสภาวะธรรมคือ การเจ็บป่วยและความตายที่กำลังเกิดขึ้น การอ่อนน้อมและยอมรับความจริง จะทำให้เราคลายความเครียด ความกังวล และสามารถมีชีวิตอยู่จนกระทั่งวินาทีสุดท้ายอย่างสงบ

(๕) การช่วยเหลือสังคม เป็นการกระทำสิ่งที่เป็นคุณงามความดี ที่เกิดประโยชน์ต่อคนส่วนรวม

(๖) เปิดโอกาสให้ผู้อื่นทำความดีกับเรา

๒๒๒

(๗) ยอมรับความดี และขอมีส่วนร่วมในความดีของบุคคลอื่น ถึงแม้ว่าเราไม่มีโอกาสได้กระทำ ก็ขอให้มีโอกาสได้แสดงการรับรู้ด้วยใจปิติ ยินดีในบุญกุศลนั้น เช่น การอนุโมทนาบุญ

(๘) พึงธรรม ควรหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้พึงธรรมเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ เข้าใจชีวิตและยอมรับความตายอย่างสงบสว่หนทางเจริญต่อไป

(๙) แสดงธรรมหรือให้ธรรมเป็นทาน ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถทำให้คนรอบข้างเข้าใจสังขารชีวิตได้

(๑๐) การทำความเข้าใจให้ถูกต้องและเหมาะสม การปรับความคิดเห็นให้เข้าใจตามความเป็นจริง ยอมรับการเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด พยาบาลหรือญาติชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วยและบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติ

๕. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจเป็นภารกิจการทำงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งไม่เสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจ หรือโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิด ความปรารถนาที่จะพบใครบางคน เป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนเองรักหรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ซึ่งสิ่งค้างคาใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบ ซึ่งในทางพุทธศาสนาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไปสู่ทุกคติแทนที่การไปสู่สุคติ

๖. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริง เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ แพทย์ พยาบาล ควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางต่อสิ่งต่าง ๆ ให้มากที่สุด ไม่ยึดติดโดยให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลอย่างดี หรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สินสมบัติเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่น

ดูแลไป และการยึดติดที่ลึกซึ้งที่สุดคือ การยึดติดในตัวตน ความตายของคนบางคน หมายถึงการดับสูญของตัวตน เป็นสิ่งที่ทนไม่ได้และทำใจยาก ซึ่งการจะละซึ่งตัวตนได้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้

๗. พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดและพิจารณาการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เพื่อลดความเจ็บปวดและความทรมานของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ การให้ยาแก้ปวด ควรกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ระดับยาแก้ปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต การประเมินอาการหลังการให้ยาเพื่อรายงานแพทย์ในการปรับระดับยาอย่างเหมาะสม จึงมีการบริหารยาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ รู้ตัวในระดับที่จะสามารถปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือได้ เช่น การทำบุญ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การทำสมาธิ การภาวนา หรือ ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ความสงบสุข การเจริญสติและทำสมาธิภาวนา เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยสมานและเยียวยาร่างกายได้

๘. สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบ การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจได้นั้น บรรยากาศที่สงบย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบรรยากาศในที่นี้คือ สภาพแวดล้อมรวมถึงผู้แหวะเวียนอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วย ควรเป็นบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น อบอุ่นด้วยความรักและมิตรภาพ ควรเป็นห้องพักที่ไม่พลุกพล่าน มีรูปวิวสวย ๆ สบายตา หรืออาจใช้ภาพพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เปิดเพลงเบา ๆ เสียงธรรมชาติหรือเสียงสวดมนต์ มีกลิ่นนุ่มนวลที่ผู้ป่วยชอบ ผู้ดูแลผู้ป่วยควรรักษาใจให้เบิกบาน มีอารมณ์มั่นคง ผู้มาเยี่ยมอาจต้องคัดกรองผู้ที่จิตใจสงบ พอที่จะคุยหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี อารมณ์ขันเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้บรรยากาศไม่ตึงเครียดหรือเศร้าสลดเกินไป ช่วยให้ผู้ป่วยมองความตายเป็นเรื่องธรรมดา หากผู้ป่วยสนใจเรื่องสมาธิ ให้ครอบครัวและเพื่อนร่วมกันนั่งสมาธิหรือสงบนิ่งพร้อมกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยที่เลือกจะเสียชีวิตที่บ้าน ควรจัดบรรยากาศของบ้านให้น่าสนใจสู่ความสงบ เช่น อาจนำรูปที่ผู้ป่วยเคารพบูชามาวางใกล้ ๆ เปิดเพลงเทปธรรมะ หรือบทสวดมนต์เบา ๆ และญาติไม่ควรทะเลาะกันต่อหน้าผู้ป่วย

๙. กล่าวคำอามลา ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การน้อมจิตให้ผู้ป่วยมุ่งต่อ  
 สิ่งดีงามเป็นสิ่งสำคัญ โดยชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่มีต่อเขา พร้อมทั้ง  
 ขอขมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น ให้ผู้ป่วย  
 ได้ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งตัวตน และหลังจากนั้นก็กล่าวอามลา พยายามมีบทบาท  
 สำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และ  
 ความกังวลใจต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีเรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพ  
 หลอนเรื่องราวต่าง ๆ การปลอบโยนและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์หรือ  
 ความอัดอั้นในใจลดลง พยายามควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มี  
 ความหมายเพื่อกล่าวคำขอโทษโศกโศกกรรม กล่าวคำอามลาต่อกัน พยายามควรช่วย  
 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ญาติ เช่น แนะนำให้  
 ญาติสัมผัสผิวของผู้ป่วยบริเวณชอกคอหรือผิวหนังแก้มแทนการสัมผัสที่มือหรือเท้า  
 เพราะการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกายจะลดลง ทำให้การ  
 สัมผัสในบริเวณดังกล่าวเสียไป การกล่าวคำอามลาหรือขอโทษโศกโศกกรรม ญาติควร  
 กล่าวด้วยน้ำเสียงดังพอสมควร ไม่ควรกระซิบข้างหูเพราะผู้ป่วยได้ยินไม่ชัดเจน  
 การได้ยินจะเป็นการรับรู้สุดท้ายที่จะสูญเสียชีวิต ดังนั้นการพูดคุยข้างเตียงจึงควร  
 ระมัดระวัง ควรพูดในเรื่องที่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์หรือเอ่ยนามพระเจ้าที่ผู้ป่วย  
 นับถือ ญาติผู้ป่วยและพยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตด้วยความเคารพ

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการมิติจิตวิญญาณที่กล่าวมา  
 ไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย พยาบาลต้องประเมินปัญหาและ  
 ความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล หาแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละ  
 สถานการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ตามชุมชนท้องถิ่น  
 วัฒนธรรม ความเชื่อ ซึ่งการจะตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย  
 ได้ดี ขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทร และความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

**การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธหรือศาสนาอื่น ๆ**

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ (พระไพศาล วิสาโล, ๒๕๕๐)  
 โดยได้นำคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้ามาเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือทาง

จิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า จำแนกเป็น ๒ ส่วนคือ  
๑) การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัย และความมั่นใจในศีล หรือความดีที่ได้  
บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม และ ๒) การละ  
ความห่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่า ไม่มีอะไรที่  
จะยึดถือไว้ได้เลย จากคำสั่งสอนดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแล  
ช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตาย สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ดังนี้

๑. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ มีความอดทนอดกลั้น อ่อนโยน  
ให้อภัย และมีเมตตาจิต เช่น การใช้มือสัมผัสผู้อื่นด้วยความอ่อนโยน จับมือ  
แขนขาบีบเบา ๆ กอดไว้ พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่ผู้ป่วย ขณะที่สัมผัส  
ให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและมีสมาธิ จะเป็นพลังให้ผู้ป่วย  
สามารถสัมผัสได้ การแผ่เมตตาคือการน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย  
เคารพนับถือ ให้มีความรู้สึกว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือ  
ศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าท่านเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณา  
และการเยียวยาเป็นลำแสงอันนุ่มนวล อาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วย  
ผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจ  
สัมผัสมือของผู้ป่วยไปด้วย

๒. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

๓. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงาม ช่วยให้จิตใจเป็นกุศล  
และบังเกิดความสงบ ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีที่พระพุทธเจ้า  
และพระสาวกมักแนะนำให้ผู้ใกล้ตายปฏิบัติก็คือ การระลึกถึงและมีศรัทธามั่นใน  
พระรัตนตรัยคือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ ตั้งตนอยู่ในศีล และระลึกถึง  
สิ่งที่ดีบำเพ็ญมา

๔. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

๕. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

๖. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

๗. กล่าวคำอาลา

สรุปการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม พยาบาลที่ให้การดูแลต้อง  
มีความสามารถ ๙ ประการ หรือ 9C (Cassem, 1975 อ้างใน สถาพร ลีลำนันทกิจ,  
๒๕๔๗) ดังนี้

๑. competence มีความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลด  
ความวิตกกังวล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา

๒. concern ให้ความสนใจ ใส่ใจต่อความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ของ  
ผู้ป่วยและครอบครัว

๓. comfort ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบาย ไม่เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกาย  
และจิตใจ

๔. communication มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย พูดในเรื่อง  
ที่เหมาะสม จริงใจ ถูกต้องกับกาลเทศะ การสื่อสารควรเป็นไปในรูปแบบของฐานะ  
ความเป็นบุคคลที่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่ฐานะบุคลากรการแพทย์กับผู้ป่วย

๕. children หากอาการเจ็บป่วยไม่ใช่โรคติดต่อน่ากลัว การให้ลูกหลานที่  
อยู่ในวัยเด็กได้มีโอกาสเข้ามาเยี่ยมเยียน เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ควรถาม  
ความสมัครใจของญาติด้วย เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ

๖. cohesion and integration การจัดให้คนในครอบครัวและคนสนิทได้  
มีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดเวลา ความอบอุ่น ความผูกพัน ความ  
แนบแน่นในครอบครัว ช่วยประคับประคองจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง

๗. cheerfulness ให้การปลอบใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการ  
ผ่อนคลาย

๘. consistency and perseverance ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่าง  
สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ ความมุ่งมั่นตั้งใจให้การดูแล  
อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

๙. calmness of mind and temper (equanimity) จัดหาสิ่งที่สามารถ  
ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสงบ เกิดความสุขทั้งด้านจิตใจและอารมณ์

## แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต มีดังนี้

๑. กระทำด้วยความนุ่มนวล สมศักดิ์ศรี
๒. ควรดูแลทันทีก่อนที่เนื้อเยื่อจะผิรุปร่างหรือถูกทำลาย
๓. ดูแลจัดสภาพผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดีก่อนให้ญาติ

เข้าเยี่ยม

๔. อุปกรณ์ต่าง ๆ ควรถอดออกจากผู้ป่วย
๕. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายคล้ายผู้ป่วยกำลังหลับ
๖. ทำความสะอาดร่างกาย ใส่ฟันทบม หวีผม แต่งตัวให้เรียบร้อย
๗. ให้ความแก่ญาติบอกกล่าวผู้ป่วย

## สรุปหลักการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวทางดังนี้

๑. ช่วยจัดการความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

แก่ผู้ป่วย

๒. ช่วยประคับประคองชีวิตและกระบวนการตายให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ

๓. ไม่มุ่งหวังที่จะเร่งรัดหรือยืดการตายออกไป แต่เป็นการดูแลโดยใช้เวลา  
ของชีวิตนั้นเป็นไปตามปกติที่ควรจะเป็น

๔. เป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ  
และจิตวิญญาณ

๕. ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย

๖. ช่วยประคับประคองญาติผู้ป่วยต่อการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย  
ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานของญาติต่อการจากไป  
หรือสูญเสียผู้ป่วย

๗. เป็นการดูแลที่ประกอบด้วยทีมให้บริการ ที่จะช่วยให้สามารถตอบสนอง  
ความประสงค์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

๘. ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และอาจช่วยให้ผลการดูแลการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี โดยเฉพาะหากสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ร่วมกับการรักษาหลักอื่น ๆ ของโรค

ประเด็นทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีประเด็นกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีการออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิที่จะตาย (the right to die laws) ในสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีแนวคิดในเรื่องพินัยกรรมชีวิต (living will) คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ หรือเรียกว่า advance directives คือ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐ หน้า ๑-๑๘ ได้กำหนดการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ดังนี้

“มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความผิดทั้งปวง”

การกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่กำหนดให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่าง ๆ ส่วนข้อความ

ที่กล่าวถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ก็เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญ  
ได้บัญญัติรับรองไว้

กฎกระทรวงในราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๒๗ ตอนที่ ๖๕ ก วันที่ ๒๒ ตุลาคม  
๒๕๕๓ หน้า ๑๘-๒๒ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดง  
เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ  
สุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้ความหมาย  
ของคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดง  
เจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบ  
วิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตาม  
มาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะ  
เวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร  
ของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสาร  
อย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้  
จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น และให้ความหมายคำว่า “การทรมาน  
จากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำ  
หนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้  
และ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือ  
ทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่  
อาจรักษาให้หายได้ นอกจากนี้ยังมีสาระสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจอีก คือ

ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการ  
ตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำ  
หนังสือ ดังต่อไปนี้

(๑) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ  
นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์  
ที่ติดต่อได้

(๒) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๓) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และ ความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(๕) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียน หรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วยหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ ๔ หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๕ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๒) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(๓) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ ๓ วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(๔) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้ เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

## เมตตามรณะ หรือ การุณยฆาต (euthanasia)

euthanasia มาจากภาษากรีก eu หมายถึง good และ thanatos หมายถึง death รวมความหมายถึง การตายอย่างสงบ หรือตายดี (good death) นั้นเอง มีคำที่นิยมพูดกันคือ mercy killing (Berman et al., 2008) หรือ แพทย์ช่วยคร่าชีวิต (physician-assisted suicide) หมายถึง การทำให้บุคคลตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ไม่รุนแรงหรือวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวก หรือ การงดเว้นการช่วยเหลือ หรือรักษาบุคคลโดยปล่อยให้ตายไปเองอย่างสงบ

เมตตามรณะ หรือ การุณยฆาต มี ๒ รูปแบบ คือ

๑. การุณยฆาตเชิงรุก (active euthanasia) เป็นการกระทำให้ซึ่งเร่งความตายของผู้ซึ่งใกล้ตายและกำลังทุกข์ทรมานอยู่ (assisted suicide) ทั้งที่ได้รับ ความยินยอมและไม่ได้รับความยินยอม หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ คือเป็นการ ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตาย เช่นการให้ยาอันตรายเพื่อสิ้นสุดความทุกข์ทรมาน และเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย แบ่งเป็นอีก ๒ รูปแบบ ได้แก่

๑.๑) การุณยฆาตสมัครใจ (voluntary euthanasia) บุคคลซึ่งเจ็บป่วยสาหัสหรือได้รับทุกขเวทนาจากความเจ็บป่วย สามารถแสดงเจตนาให้บุคคลอื่น กระทำการุณยฆาตแก่ตนได้

๑.๒) การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจ (involuntary euthanasia) บุคคลที่ไม่อยู่ในฐานะจะแสดงเจตนาให้ทำการุณยฆาต มีผู้แทนโดยชอบธรรม กล่าวคือ ทายาทโดยธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์หรือผู้อภิบาลตามกฎหมาย ตลอดจนศาลอาจพิจารณาใช้อำนาจตัดสินใจให้กระทำการุณยฆาตแก่บุคคลนั้นแทนได้

๒. การุณยฆาตเชิงรับ (passive euthanasia) เป็นการกระทำที่ทำให้ตายโดยอ้อม หรือกระทำโดยตัดการรักษาให้แก่ผู้ป่วย หรือเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยนั้นตายไป เพราะเชื่อว่าเขาจะไม่รอด หรือเห็นว่าเขาทรมานมาก จะไม่ทำการใด ๆ ที่จะประวิงการตายออกไป หรือเป็นการรักษาเพื่อยื้อชีวิต หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ คือการปล่อยให้ผู้ป่วยตายลงอย่างสงบ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจออก และให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามสภาพของความเจ็บป่วย (Berman et al., 2008) วิธีนี้

ได้รับการยอมรับมากที่สุดทั้งทางกฎหมายและจริยธรรมมากกว่า active euthanasia

### ๕. ปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่มีจำกัด

ในหลายสถานการณ์ พยาบาลอาจต้องเผชิญกับปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่มีจำกัด เช่น มีเครื่องช่วยหายใจ ๑ เครื่อง แต่มีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ๒ คน พยาบาลจะตัดสินใจให้ใครดี ในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลต้องยึดหลักจริยธรรมของความยุติธรรม ให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกชั้น วรรณะ หรือฐานะทางสังคม แต่จะพิจารณาให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุดก่อน

### ๖. ปัญหาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

- พยาบาลขาดความรู้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ทำให้ขาดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- พยาบาลขาดประสบการณ์/ทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ยากและซับซ้อน ต้องอาศัยการคิดเชิงวิเคราะห์ร่วมกับการฝึกทักษะและประสบการณ์การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมกับสถานการณ์ตัวอย่าง เพื่อช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น
- การไม่เห็นด้วยกับการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเกินจำเป็นทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียค่าใช้จ่ายมาก
- การต้องปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลทั้งที่รู้ว่าทำให้เกิดความไม่มีคุณภาพในการให้บริการ เช่น การขาดแคลนบุคลากร ทำให้ต้องทำงานมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น
- ขาดอำนาจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เนื่องจากทำงานร่วมกับแพทย์ ซึ่งแพทย์มีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าพยาบาล
- ภาระงานมากเนื่องจากบทบาทหน้าที่กว้างมาก ทำให้ไม่มีเวลาเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากนัก

## ๗. ปัญหาจริยธรรมอื่นๆ

- การใช้เทคโนโลยีและให้บริการเกินความจำเป็น เช่น กรณีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้มีการลงทุนจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีทันสมัยซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้มีราคาแพง และโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องบริหารจัดการให้มีการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวให้คุ้มค่า จึงพบว่าอาจมีการสั่งใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เกินความจำเป็นกว่าอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ปรากฏ

- มีปัญหาการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน

- ขาดเอกสารคู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

- ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม ทำให้ขาดที่ปรึกษาในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

- หน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และละเอียดอ่อน ทางการแพทย์ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายทั้งที่เป็นบุคคลและหน่วยงาน ต้องใช้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ คิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและไม่เป็นการกระทำผิดกฎหมาย ทางการแพทย์ไม่อาจตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง ดังนั้นจึงมีหลายหน่วยงานที่มีการตั้งคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อทำหน้าที่ในการให้ความรู้ จัดกิจกรรมสร้างเสริมทักษะ กำหนดนโยบาย ทบทวนกรณีที่มีปัญหาจริยธรรม เป็นที่ปรึกษา และศึกษาวิจัย (Taylor et al., 2011)

## ใบงาน

1. ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ที่พบบ่อย ได้แก่

ตอบ.....

2. บุญกิริยาวัตถุ 10 คือ

ตอบ.....