peaceful death

ล้อมวงสนทนา

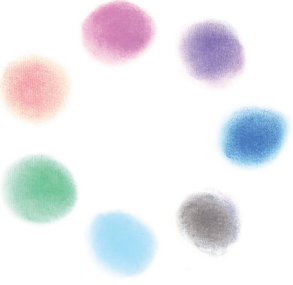
นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ



ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ
เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ

ล้อมวงสนทนา

ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ
เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ



นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)



ล้อมวงสนทนา:
ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ
เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ

ISBN 978-616-393-282-2

ผู้เขียน	นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
บรรณาธิการ	เอกภพ สิทธิวรรณธนะ
กองบรรณาธิการ	เอกภพ สิทธิวรรณธนะ ชุติมา เรืองแก้วมณี ฐนิดา อภิชนะกุลชัย เพ็ญจุรี วีระธนาบุตร
รูปเล่มและภาพ	วิจิตรา เตรตระกูล
พิมพ์ครั้งแรก:	จำนวน 2,000 เล่ม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์สามลดา
จัดทำโดย	โครงการชุมชนกรุณา เพื่อการอยู่และตายดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาธร กทม.
Facebook Fanpage:	Peaceful Death
ติดต่อสั่งซื้อหนังสือได้ที่	Line ID: @peacefuldeath

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

peaceful death

คำนำ

เมื่อบุคคลและครอบครัวประสบกับความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงและคุกคามต่อชีวิต ย่อมจะเกิดความทุกข์ทรมานอย่างยิ่งในทุกมิติสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสภาพทางกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับครอบครัว บทบาททางสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนไป เศรษฐสถานะที่แย่ลงหลังจากไม่สามารถทำงานได้ ต้องการคนดูแลมากขึ้น รวมถึงจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพมักทุ่มเททรัพยากรเพื่อรักษาโรคของผู้ป่วยให้หายขาด แต่เมื่อผู้ป่วยถึงระยะสุดท้ายของชีวิตกลับไม่ได้รับการดูแลให้ดีเท่าที่ควร ทั้งที่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลอีกมาก เพียงแต่เปลี่ยนรูปแบบไป จากการรักษาที่เน้นให้หายขาด เป็นการเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care

ตามนิยามองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2002 กล่าวไว้ชัดว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต เริ่มต้นดูแลตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วย จนถึงดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (bereavement care) ดูแลในทุกมิติอย่างองค์รวม โดยสหสาขาวิชาชีพ

ทั้งนี้ ทีมสุขภาพจะสามารถช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีได้นั้น ล้วนต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีทั้งสิ้น เพราะทักษะดังกล่าวมีความจำเป็นในการแจ้งความจริง การสื่อสารเพื่อร่วมกันวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การประเมินและการดูแลอาการทุกข์ทรมาน การดูแลจิตใจในช่วงที่ผู้ป่วยเผชิญความโศกเศร้าและสูญเสีย เป็นต้น

ล้อมวงสนทนา: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ เล่มนี้เขียนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพที่ประสบพบผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว หากสามารถทำเรื่องนี้ได้ดี นอกจากจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ในวันหนึ่งเมื่อตัวเราหรือญาติต้องเผชิญความเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน ทักษะการสื่อสารที่เรามี ย่อมเป็นทุนในการดำเนินชีวิต ดูแลตนเองและคนรอบข้างของทุกท่านเช่นกัน



สารบัญ



บทนำ (9)

ธรรมชาติจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงท้ายของชีวิต (11)

- สายสัมพันธ์ที่ยังสืบเนื่อง (15)
- โลกสองใบของการเผชิญความสูญเสีย (16)
- กลุ่มของผู้สูญเสีย (18)

ความสำคัญของการสื่อสารกับคนไข้และญาติ (21)

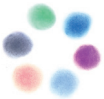
- ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานที่จำเป็นในการสื่อสารผู้ป่วยระยะท้าย (23)
- ทักษะการสื่อสารที่จำเป็น (24)
- ความเห็นใจ ความสงสาร และความเมตตากรุณา (25)





การสื่อสารในช่วงต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย (33)

- แจ้งข่าวร้าย หรือ การแจ้งความจริง (33)
- วางแผนดูแลล่วงหน้า (46)
- การสื่อสารในช่วงติดตามอาการ (62)
- การสื่อสารในช่วงสุดท้าย (74)
- การดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติ (78)
- บทบาทของทีมสุขภาพในกระบวนการสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิต (86)



บทส่งท้าย (90)

เกี่ยวกับ

- ผู้เขียน นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ (93)
- โครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี (95)
- Peaceful Death (96)

บทนำ

การแพทย์ยุคที่ผ่านมามองว่า ความตายคือความล้มเหลว ทางการรักษา แพทย์ได้รับการสอนให้รักษา แต่ไม่ได้รับการสอนให้เยียวยา หน้าที่ของแพทย์สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยหมดทางรักษา ทั้งยังเน้นให้แพทย์พึ่งพาการรักษาด้วยเทคโนโลยีเป็นส่วนใหญ่

บุคลากรทางการแพทย์เอง ลึก ๆ แล้ว จึงมีความกลัวที่ต้องสื่อสารและดูแลผู้ป่วยที่เราคิดว่าสิ้นหวัง การมีความเข้าใจและทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความสำคัญอย่างมาก

บทความนี้ได้รวบรวมแนวคิดอย่างง่ายเพื่อให้สามารถสื่อสารได้ดีขึ้นรวมถึงการสร้างทีมซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ



ธรรมชาติจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงท้ายของชีวิต

หลังจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับข่าวร้ายว่าป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต จะมีการตอบสนองที่แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานทางจิตใจ ลักษณะนิสัย รวมถึงประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวยังมีผลต่อการดูแลเช่นกัน

มีทฤษฎีมากมายที่ใช้อธิบายเรื่องนี้ การเข้าใจแนวคิดเหล่านี้จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และประยุกต์เพื่อการวางแผนดูแลผู้สูญเสียได้อย่างเหมาะสม

Elizabeth Kubler Ross นำเสนอลำดับขั้นตอนของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย คือ 1. การปฏิเสธ (denial) 2.โกรธ (anger) 3.ต่อรอง (bargaining) 4.ซึมเศร้า (depression) และ 5.การยอมรับ (acceptance) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่ได้แสดงปฏิกิริยาตอบสนองเป็นไปตามลำดับขั้นตอนดังกล่าวเสมอไป มีการสลับสับเปลี่ยนไปมา นอกจากนี้ ในช่วงเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียได้มากกว่าหนึ่งแบบ และยังขาดปฏิกิริยาบางอย่างที่ไม่ได้อธิบายไว้

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ มักทราบผลการวินิจฉัยเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายและอาจเหลือเวลาไม่นาน ในช่วงแรกของการได้รับข่าวร้าย ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อว่าเป็นความจริง พยายามแสวงหาการรักษาที่จะทำให้หายขาดโดยอาจไปหาแพทย์ในโรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้นหรือการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก ผู้ป่วยหลายคนโกรธแพทย์หรือบุคลากรที่ให้การรักษา เมื่อเวลาผ่านไป ความจริงปรากฏชัดว่ามะเร็งนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาด พบการลุกลามของโรค ทำให้ผู้ป่วยและญาติหมดหวังและเศร้า

ใช่ว่าผู้ป่วยทุกคนจะสามารถปรับตัวกับข่าวร้ายและโรคร้ายได้ ยิ่งหากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองที่ดีตั้งแต่แรกจะทุกข์ทั้งกายและใจ อีกทั้งหลังการเสียชีวิตพบว่า ญาติจะมีโอกาสเกิดภาวะเศร้าโศกผิดปกติ (complicated grief; CG) ได้มากกว่าปกติอีกด้วย

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ผู้ป่วยและครอบครัว จะมีอาการค่อย ๆ แย่ลง มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง และนอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ผู้ป่วยและญาติมักจะมีความหวังว่าจะสามารถฟื้นฟูให้หายเป็นปกติได้



จากประสบการณ์ผู้เขียน ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มมะเร็งและโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง เมื่ออาการแย่ลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า รู้สึกถูกทอดทิ้ง รวมถึงเกิดความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ เช่น โกรธว่าทำดีมาตลอดแต่ทำไมไม่ได้ดี รู้สึกหมดศรัทธาในสิ่งที่นับถือ รู้สึกขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความหวังสลับกับหมดหวัง บางช่วงรับมือได้ดี บางช่วงไม่สามารถรับมือได้



สายสัมพันธ์ที่ยังสืบเนื่อง



ขณะที่แนวคิดก่อน ๆ เสนอว่า ผู้เผชิญความสูญเสียจะต้องตัดขาดหรือลืมความสัมพันธ์เดิมระหว่างเขาและผู้จากไป เพื่อจะดำเนินชีวิตต่อไป ในปี ค.ศ. 1996 Dennis E. Klass, Phyllis R. Silverman และ Steven L. Nickman เสนอทฤษฎี “Continuing Bonds” กล่าวว่า แทนที่ผู้สูญเสียจะลบลืมความสัมพันธ์เดิม ผู้สูญเสียจะยังคงมีความสัมพันธ์ที่สืบเนื่องกับผู้เสียชีวิตต่อไป เพียงแต่ความสัมพันธ์นั้นเปลี่ยนรูปแบบไป ผู้เสียชีวิตจะยังคงอยู่ในความทรงจำ และผู้สูญเสียยังสามารถระลึกถึงได้เสมอ ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ตราบเท่าที่ยังดำรงชีวิตได้ดีและไม่เสียความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังอาจส่งผลดีต่อการปรับตัวอีกด้วย ความสัมพันธ์ที่ยังคงสืบเนื่องนี้ส่งผลดีต่อการฟื้นคืนสภาพ ดังเช่นในวัฒนธรรมจีน ผู้ตายมีความสัมพันธ์กับผู้สูญเสียในฐานะ “บรรพบุรุษ” และในวัฒนธรรมไทยเองก็มีการทำบุญให้กับผู้ตาย

โลกสองใบของการเผชิญความสูญเสีย

ในปี ค.ศ. 1999 Stroebe M. และ Schut H. ได้เสนอทฤษฎี Dual Process Model กล่าวว่า ผู้สูญเสียจะมีทั้งช่วงเวลาที่เผชิญหน้ากับความสูญเสีย (loss-orientation) สลับกับการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติและหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก (restoration-orientation) การเผชิญหน้ากับความเศร้าโศกจะเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกโหยหาถึงผู้เสียชีวิต

กระบวนการนี้มีทั้งผลดีคือ ผู้เผชิญความสูญเสียสามารถเผชิญความจริงและมองการสูญเสียเป็นการเติบโตทางความคิด จิตวิญญาณ และมองผู้เสียชีวิตเป็นต้นแบบหรือคิดในเชิงบวก ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้สูญเสียที่หมกมุ่นในความคิดเชิงลบหรือประสบการณ์อันเจ็บปวดก็จะมีความเสี่ยง ส่วนการให้จดจ่อกับชีวิตประจำวันถือเป็นการช่วยให้หลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการสูญเสีย แต่ก็ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้





ทฤษฎีนี้มองว่าการปรับใจต่อการสูญเสีย และ การปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตในสังคมที่ไม่มีผู้เสียชีวิตอีกต่อไปเป็น ความเครียดของผู้สูญเสีย (stressors) ผู้เผชิญความสูญเสียบางคนอาจเด่นไปในทาง loss-orientated coping บางคนเด่นในทาง restoration-oriented coping ขึ้นกับปัจจัยเรื่องระยะเวลาของภาวะเศร้าโศก ปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมรอบข้าง โดยช่วงแรกจะอยู่ใน loss-orientation มากกว่า ผู้ที่รักษาสมดุลต่อความเครียดทั้งสองด้านได้ดีและมีมุมมองเชิงบวกต่อทั้งโลกภายในและภายนอกมักจะฟื้นคืนสภาพได้ดี



กลุ่มของผู้สูญเสีย

ในปี ค.ศ. 2002 Bonnano G. และคณะ ได้เสนอแนวคิดที่เปลี่ยนความเข้าใจต่อภาวะเศร้าโศก โดยค้นพบวิถีการดำเนินของภาวะเศร้าโศก (Trajectories of grief) พบว่า ผู้เผชิญความสูญเสีย มีการตอบสนองต่อความเศร้าโศก 5 รูปแบบ (รูปที่ 2) ได้แก่

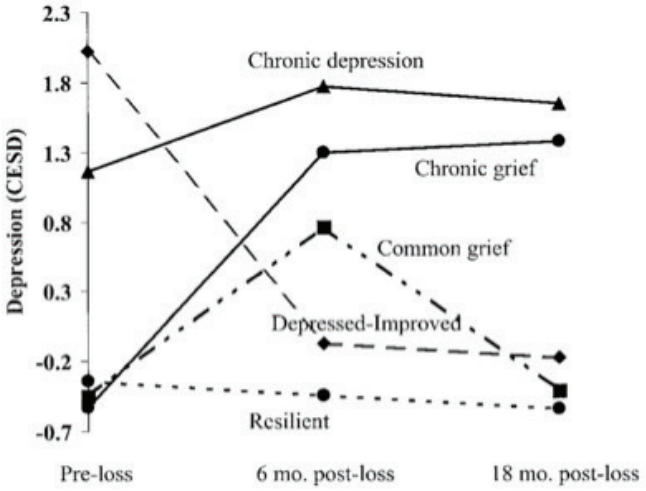


Figure 1. Patterns of depression (Center for Epidemiologic Studies Depression [CES-D] scores) from preloss to 18-months postloss (N = 185).

1. คนที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิมก่อนจะประสบกับการสูญเสีย (Chronic depression 10.2%)

2. คนที่มีภาวะเศร้าโศกเรื้อรัง เริ่มมีความเศร้าโศกเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเริ่มป่วยและไม่ดีขึ้นหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Chronic grief 15.6%)

3. คนที่มีภาวะเศร้าโศกอย่างมากในช่วงแรก แต่ดีขึ้นอย่างมากเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (Depressed-Improved 4.9%)

4. กลุ่มที่เป็นภาวะเศร้าโศกแบบปกติ คือ มีความเศร้าโศกมากที่สุดในช่วงที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (Common Grief 10.7%) และ

5. กลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกน้อยตั้งแต่ก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Resilience 45.9%)

งานวิจัยนี้ค้นพบว่า รูปแบบที่เคยเชื่อกันว่า Common grief เป็นกลุ่มที่พบบ่อยนั้น แท้ที่จริงมีสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มที่มีความยืดหยุ่น (Resilience) แย้งกับความเชื่อในอดีตว่า คนที่ไม่มีภาวะเศร้าโศกจะเป็นผู้มีความผิดปกติและเกิดภาวะเศร้าโศกตามมาในภายหลัง

ความสำคัญของการสื่อสารกับคนไข้และญาติ

การสื่อสาร เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง หากบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารได้ดีจะเกิดความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดีในอนาคต ผู้ป่วยมีโอกาสใช้เวลาที่เหลืออยู่จัดการเรื่องที่ยังค้างคา (unfinished business) และสุดท้ายจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ในทางกลับกัน หากขาดการสื่อสารที่ดี การปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูลการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับโรค จะเกิดผลเสียต่อการรักษา เพราะนอกจากจะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติแล้ว ยังกีดกันไม่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการ “วางแผนดูแลล่วงหน้า” (Advance Care Planning: ACP)

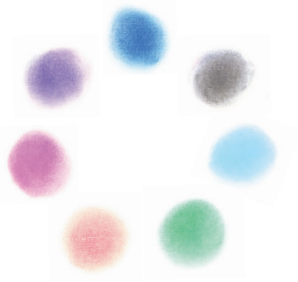
ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผนดูแลล่วงหน้า มักมีความเสี่ยงที่จะได้รับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และยื้อผู้ป่วย (medical futility) จนเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมหาศาล ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเองก็มิได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย หลายครั้งเกิดความขัดแย้งจนถึงขั้นฟ้องร้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ขาดการสื่อสาร



ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานที่จำเป็น ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย

ทักษะการสื่อสาร คือ สิ่งที่ถูกที่สุด และมีมูลค่ามากที่สุดในเวลาเดียวกัน... ถูกที่สุดเพราะไม่ต้องใช้เงิน แพงที่สุดคือ เมื่อทำได้ดีแล้วมันจะติดตัว ไม่มีวันล้าสมัย ยิ่งแก่ยิ่งดีขึ้น การสื่อสารที่ดีช่วยทั้งลดความขัดแย้ง เพิ่มความสัมพันธ์ แม้กระทั่งลด admission ใน ICU หรือเปลี่ยนศัตรูให้กลายเป็นมิตรได้

การสื่อสารที่มีคุณภาพและบรรลุเป้าหมาย คือ “การสื่อสารที่เป็นธรรมชาติของตนเอง” โดยเคารพความเป็นปัจเจกของกันและกันบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดี



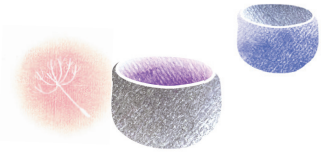
ทักษะการสื่อสารที่จำเป็น

"การฟัง" ถือเป็นทักษะที่สำคัญลำดับแรก และเป็นทักษะที่ผู้ป่วยและญาติต้องการอย่างมาก การฟังที่ดี คือฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน โดยฟังทั้งเนื้อความและความรู้สึก ฟังจนเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น

หลายครั้งการนั่งฟังเฉย ๆ เป็นเวลา 5-10 นาที อาจได้คำตอบโดยไม่ต้องเริ่มถามอะไรเลย การฟังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี รวมถึงยังเปิดโอกาสได้ระบายความทุกข์และอัดอั้นได้ดี ในการพบกันครั้งแรกผู้เขียนมักให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีโอกาสได้เล่าอย่างเต็มที่



ทักษะอีกประการ ที่มีความสำคัญในกระบวนการวางแผนล่วงหน้า คือ การประเมินแบบ Ask-Tell-Ask (ถาม-บอก-ถาม) ผู้นำการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า เป็นผู้ตั้งคำถามที่ดีและตอบสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากรู้ในจังหวะที่เหมาะสม จะทำให้การสนทนาตอบสนองความต้องการที่เฉพาะตัวของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเคารพและให้ความสำคัญกับตัวตนของผู้รับบริการ



ความเห็นใจ ความสงสาร และความเมตตากรุณา (Empathy Sympathy Compassion)

คำสามคำนี้มีความสำคัญมากในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ความเห็นใจ ความสงสาร และความกรุณามีความเชื่อมโยงกัน บุคคลที่ประสบกับความทุกข์ของผู้คน จะเคยรู้สึกทั้งสามแบบนี้ การตระหนักในตนเองว่า ขณะนี้ เรากำลังรู้สึกแบบใด จะช่วยให้เราดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น



Sympathy

คือ “ความสงสาร” ต่อสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยขาดความเข้าใจในผู้ป่วยและครอบครัว มักปฏิบัติตัวเพียงแค่ผู้สังเกต เฉยชา หรือ ให้คำแนะนำที่ไม่สัมพันธ์กับชีวิตผู้ป่วย

Empathy

คือ “ความเห็นอกเห็นใจ” เป็นการแสดงออกถึงความเข้าใจหรือรู้สึกเชื่อมโยง พยายามจะเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติที่ประสบกับความทุกข์ทรมาน “เอาใจเขามาใส่ใจเรา”

Compassion

เพิ่มเติมจากองค์ประกอบของ empathy คือ มีการให้ความช่วยเหลือมากกว่าที่ผู้ป่วยร้องขอ การกระทำเกิดจากแรงจูงใจโดยความรักปรารถนาดีกับผู้ป่วย ผู้เขียนอยากใช้คำว่า “ความเมตตากรุณา”



ผู้ป่วยมักบอกว่า “ไม่ชอบให้ใครมาสงสาร (sympathy) แต่รู้สึกดีและได้รับประโยชน์จากความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และ ความเมตตากรุณา (compassion)

ตัวอย่างบทสนทนาที่สื่อสารความเห็นอกเห็นใจและความเมตตากรุณา



ลุงดำเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับ เนื่องจากดื่มเหล้าหนักมาตลอด อายุ 60 ปี มีแม่เป็นผู้ดูแล ลุงดำประกอบอาชีพขายอาหาร อยู่ที่บ้านร่วมกับพี่น้อง ก่อนแพทย์จะเยี่ยมไข้ พยาบาลบอกว่าผู้ป่วยไม่ค่อยแสดงออก เมื่อภรรยามาเยี่ยม คนไข้ไม่ค่อยได้พูดคุย และเกือบทุกครั้งที่แม่ผู้ป่วยมาเยี่ยม เธอจะร้องไห้ เพราะอยากให้ลุงดำมีชีวิตอยู่นาน ๆ

ขณะที่แพทย์เข้าไปเยี่ยม ผู้ป่วยยิ้มเล็กน้อย แต่สีหน้าหมองคล้ำ

แพทย์: ผมชื่อหมอโรจนศักดิ์ แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาให้ผมมาช่วยดูแลคุณลุงครับ เห็นว่าปวดท้องเยอะ ตอนนี้เป็นยังไงครับ

ลุงดำ: ไม่ปวดแล้ว

แพทย์: คุณลุงนอนโรงพยาบาลมากว่า 2 สัปดาห์ ผมเห็นว่า คุณแม่มาเฝ้าตลอด

ลุงดำ: (นิ่งเงียบไปนาน ตามองไปบนเพดาน)

แพทย์: ที่เงียบเพราะคิดอะไรอยู่ครับ

ลุงดำ: (นิ่งเงียบไปอีก)

แพทย์: ได้ข่าวว่าลุงเป็นกุ๊ก ทำอาหารเก่ง

ลุงดำ: (สีหน้ายิ้มขึ้นมา แต่ก็ยังเงียบ)

แพทย์: ตอนที่อยู่ที่ร้านข้าวต้ม คุณลุงต้องทำอะไรบ้างครับ

ลุงดำ: ช่วยเขาไปทุกเรื่อง แต่ที่ผมทำเก่งก็คือตือฮวน

แพทย์: ที่ผ่านมา ลุงช่วยคุณแม่ขายอาหารมาตลอด

ลุงดำ: จริง ๆ ก็ไม่ได้ช่วยมาก

แพทย์: ที่ไม่ได้ช่วยคุณแม่มาก หมายความว่าอย่างไรครับ

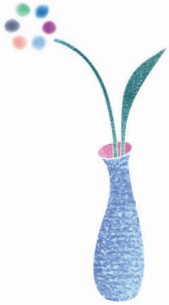
ลุงดำ: (เงียบนานหลายนาทีจนน้ำตาเริ่มซึม มองขึ้นไปที่เพดานอีกครั้ง)

แพทย์: วันนี้คุยไหวไหมครับ หรือจะพักก่อนดีครับ

ลุงดำ: คุยต่อได้ครับ

แพทย์: ลุงพอทราบไหมครับว่าตัวเองเป็นโรคอะไร หรือจะหายไหม

ลุงดำ: เป็นมะเร็ง คงไม่หายแล้ว



แพทย์: ถ้ากลับไปบ้านจะไปทำอะไร

ลุงดำ: ไปขอโทษแม่

แพทย์: ทำไมถึงต้องขอโทษครับ

ลุงดำ: (ร้องไห้) ผมไม่เคยดูแลแม่เลย แต่แม่ก็ยังดูแลผมดีมาตลอด จนกระทั่งวันสุดท้าย

แพทย์: แล้วแม่รู้ไหม ว่าคุณอยากขอโทษ

ลุงดำ: ไม่รู้ แต่ผมกลัวบอกแล้วแม่จะร้องไห้ ผมทำให้แม่ร้องไห้มาแล้วหลายครั้ง

แพทย์: ผมคิดว่าการร้องไห้เป็นการปลดปล่อยความไม่สบายใจ การร้องไห้ไม่ใช่เรื่องผิด ผมเชื่อว่าคุณแม่จะให้อภัย

ลุงดำ: (ผู้ป่วยดูสีหน้ากังวล ดูเหมือนจะไม่เห็นด้วยกับประโยคนี้) ผมคงทำอะไรไม่ได้แล้ว

แพทย์: ถ้าอย่างนั้น อยากให้ผมช่วยอะไรไหมครับ

ลุงดำ: คุณหมอและพยาบาลดีกับผมมาก ผมขอบคุณครับ

จากบทความ ความเงียบคือคำตอบ ตอนที่ 1 26 ม.ค. 2008

การสื่อสารในช่วงต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย

การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยจะเกิดขึ้นตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มพบกันครั้งแรก ติดตามการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้เขียนขอแบ่งแนวทางการสื่อสารตามช่วงเวลาการดูแล เพื่อสะดวกแก่การทำความเข้าใจและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

แจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) หรือ การแจ้งความจริง (Telling the truth)

การแจ้งข่าวร้าย และการแจ้งความจริง สองคำนี้ใช้สลับกันตามความถนัดของแต่ละท่านในช่วงเวลาของการแจ้งผลการวินิจฉัย หรือแจ้งพยากรณ์โรคที่แย่ลง

ข่าวร้าย คือ ข่าวที่มีผลกระทบต่ออนาคตในทางร้าย งานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วย 50-90 % ต้องการทราบผลการวินิจฉัยถึงแม้จะทำใจไม่ได้ก็ตาม อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรสาธารณสุขเองไม่ได้รับการอบรมทักษะการสื่อสารข่าวร้ายอย่างเพียงพอ มีงานวิจัยในวารสาร American Society of Clinical Oncology สำรวจแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง 400 ราย พบว่า มีแพทย์น้อยกว่า 5% เท่านั้นที่ได้รับการฝึกอบรมการแจ้งข่าวร้าย ในจำนวนนี้ มากกว่า 66% ต้องแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยและญาติ 5 - 20 ครั้ง/เดือน อีกทั้ง 74% บอกว่าตนไม่มีวิธีเฉพาะในการบอกข่าวร้าย จึงแจ้งข่าวร้ายตามประสบการณ์ของตนเอง และ 90% รู้สึกลำบากใจในการรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติหลังบอกการวินิจฉัย

เป้าหมายของการแจ้งข่าวร้าย คือ การสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ความจริง เตรียมการรับมือกับอนาคต ข่าวจะร้ายเพียงใดขึ้นกับความแตกต่างระหว่าง “สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง” กับ “ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น”

ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจะแจ้งข่าวร้ายได้ดี จึงจำเป็นต้องรู้ว่า ผู้ป่วยและครอบครัว คาดหวังอย่างไรกับการแจ้งข่าวร้าย





SPIKES แนวทางการแจ้งข่าวร้าย

"SPIKES" คือตัวย่อแนวทางการแจ้งข่าวร้ายที่ดี ประกอบด้วย Setting Perception Invitation Knowledge และ Empathy

Setting ผู้แจ้งข่าวร้ายเตรียมสถานที่มีความเป็นส่วนตัว/ไม่มีสิ่งรบกวน อาจมีคนที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ร่วมด้วย นั่งคุยในระดับเดียวกัน ไม่วอกแวก ไม่รีบร้อนและสบตา ก่อนเริ่มการสนทนา ผู้แจ้งข่าวต้องเตรียมข้อมูลทางการแพทย์เป็นอย่างดี และรับฟังอย่างตั้งใจ

Perception ประเมินว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าเป็นโรคอะไร ร้ายแรงเพียงใดทำไมจึงคิดเช่นนั้น เคยมีประสบการณ์หรือรู้อะไรเกี่ยวกับโรคนั้นบ้าง

Invitation ถามว่าผู้ป่วย/ประเมินโดยอ้อมว่าผู้ป่วยอยากรู้อะไรบ้าง (หรือไม่อยากรู้อะไร) เป็นการประเมินความต้องการผู้ป่วย

Knowledge ส่งสัญญาณเตือนว่ากำลังจะแจ้งข่าวร้าย (warning short) ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยใช้ หลีกเลี่ยงภาษาการแพทย์ที่ฟังไม่เข้าใจ

(medical jagon) ค่อย ๆ บอกข่าวร้ายทีละน้อย ตรวจสอบความเข้าใจเป็นระยะอาจจะไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียว

Empathy การตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกซึ่งต้องดำเนินอยู่ตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนจบการสนทนา การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : ฟังอย่างตั้งใจเพื่อเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกหลังทราบข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 2 : ทำความเข้าใจที่มาและต้นเหตุของอารมณ์นั้น

ขั้นตอนที่ 3 : แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เราเข้าใจความรู้สึกนั้น เช่น “หมอเข้าใจว่ามันยากที่จะยอมรับได้” หรือการทวนสะท้อนความรู้สึก เช่น “ดูเหมือนคุณกำลังรู้สึกกังวลหลังจากที่ได้ยินข่าวนี้”

Summary and Strategy เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกสบายขึ้น สรุปข้อมูลที่ได้สนทนา เปิดโอกาสให้ซักถามวางแผนการรักษาระยะสั้นร่วมกันนัดหมายและยืนยันว่าจะมีการดูแลต่อเนื่องโดยไม่ทอดทิ้ง

ตัวอย่างบทสนทนา การแจ้งข่าวร้าย



จากการเยี่ยมไข้ที่บ้านของป้าส้ม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้อุดตัน หลังจากแพทย์ตรวจอาการทางกายและตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลจนกระจ่าง แพทย์เปิดประเด็นสนทนาด้านจิตใจกับป้าส้ม

แพทย์: คุณป้ากลับมาบ้านเป็นอย่างไรบ้างครับ

ป้าส้ม: ป้าเหงาหมอ ไม่รู้ทำไม บางทีมีคนมาเยี่ยม แต่มันยังเหงา รู้สึกเหมือนบรรยากาศมันทึมๆ ใกล้จะมืด

แพทย์: ดูเหมือนป้าจะเหงา ถึงแม้จะมีญาติห้อมล้อมและได้รับการดูแลอย่างดี

ป้าส้ม: ไม่รู้ทำไมนะหมอ

แพทย์: เป็นไปได้ไหมครับว่า ป้ารู้สึกว่าคนรอบข้างอาจไม่เข้าใจความทุกข์ของป้า

ป้าส้ม: ใช่เลยหมอ เหงามาก เหมือนรอวันตาย

แพทย์: คนไข้ผมหลายคนก็เคยบอกผมอย่างนี้เหมือนกันครับ แม้คนรอบข้างจะพยายามช่วย แต่คนไข้ก็ยังทุกข์ใจ หลายคนรู้สึกกลัว

ป้าส้ม: ป้าไม่กลัวว่าจะตายนะ แต่มันทรมานเหลือเกิน ถ้าตายเร็ว ๆ ได้ก็ดี

แพทย์: ตายเร็วของป้านี่หมายถึงประมาณเท่าไหร่ครับ

ป้าส้ม: ถึงเดือนไหมหมอ

แพทย์: ถ้านานกว่านั้น ป้าคิดว่ายังไงครับ

ป้าส้ม: ก็พอไหว แต่ก็อยากให้เร็วกว่านั้น

แพทย์: แล้วถ้าสั้นกว่านั้นละครับ

ป้าส้ม: (ยิ้ม) ก็ดีน่ะซี

แพทย์: ตามความรู้ที่ผมมี หน่วยคงเป็นเดือนครับ ในความเป็นจริงก็ต้องบอกว่าเป็นเรื่องที่กะเกณฑ์ให้แม่นยำได้ลำบาก แต่ผมมองว่าเรื่องสำคัญกว่าคือ เราจะลดทุกข์ทั้งกายทั้งใจได้อย่างไร เรื่องทุกข์ทางกาย ผมกับทีมสุขภาพ และลูกสะใภ้จะดูแลอย่างเต็มที่ แต่ทุกข์ทางใจ ป้าเป็นคนที่สำคัญที่สุด ป้าคิดว่าตอนนี้ป้ายอมรับสิ่งที่เป็นอยู่ตอนนี้ได้ไหมครับ

ป้าส้ม: มันครึ่ง ๆ นะ บางครั้งก็รับได้ แต่บางครั้งก็เป็นอย่างบอกหมอ คือมันรู้สึกเดียวดายบอกไม่ถูก

แพทย์: ไม่ใช่เรื่องง่าย แต่คุณป้าเก่งมากที่ดูแลตัวเองมาอย่างดี และเป็นคนไข้ที่ดีมาตลอด ผมเป็นกำลังใจให้นะครับ บางครั้งยิ่งเราคุ่นคิดว่าจะลดทุกข์อย่างไร ใจก็ยิ่งฟุ้ง อาจจะดีกว่าถ้าเรามีสติรู้ทันความทุกข์และมองอย่างที่มันเป็น ค่อย ๆ ทำไปทีละน้อยครับ นึกถึงสิ่งที่ดีในชีวิตก็ช่วยได้ครับ ชีวิตคนเรามีสองด้านเสมอ

ป้าส้มยิ้ม ทั้งสองคุยกันต่ออีกพักใหญ่จนคุณหมอลากลับ

จากบทความ Malignant Bowel Obstruction ตอนที่ 1
"ป้าเหงา (ท่ามกลางครอบครัว)" 12 พ.ย. 2010 เวลา 00:42

กรณีศึกษา: ป้าแดง

แพทย์ได้รับคำปรึกษาจากแผนกศัลยกรรมให้ไปช่วยดูแลอาการของป้าแดง อายุ 70 ปี เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ กระจายไปยังตับ ป้าแดงเคยได้รับการผ่าตัดลำไส้และเคมีบำบัด แต่ผู้ป่วยไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ ปัจจุบันป้าแดงทุกข์ด้วยอาการขาบวม เมื่อถึงบ้าน เธอนั่งอย่างอิดโรยกับสามีที่เฝ้าอยู่ด้วยสายตาเป็นห่วง บรรยากาศในบ้านดูเงียบและอึดอัด

แพทย์: ตอนนี้ป้าเป็นยังไงบ้าง

ป้าแดง: ป้าจะหายไหมหมอ

แพทย์: ป้าทราบไหมว่าป้าไม่สบายเป็นอะไร

ป้าแดง: เหนื่อย เบื่อ เดินไม่ไหว

แพทย์: ป้าอยากให้ผมช่วยอะไรบ้าง

ป้าแดง: อยากกินได้ อยากเดิน

ลุง: สมัยก่อนยายเป็นคนแข็งแรงอยู่ไม่สุข ชอบทำนู่นทำนี่ ปีนต้นไม้ยังได้ ตั้งแต่ป่วยมา 3 เดือนผอมไปเยอะ

แพทย์: ลุงเป็นไงบ้าง ดูลุงเป็นกังวลมาก

ลุง: อยู่กันมา 50 ปี ไม่เคยป่วยหนักขนาดนี้

(เงียบไปสักพัก) คนรุ่นเดียวกับผมตายไปหลายคน เห็นป้าแล้วก็อดนึกไม่ได้

คำพูดนี้บอกถึงสัญญาณบางอย่าง คุณหมอยังไม่ทันถามต่อ ลูกสาวก็กลับมาจากโรงเรียนพอดี คุณหมอจึงไปคุยกับลูกสาว เธอบอกคุณหมอว่า “แม่ถามตลอดว่าตัวเองเป็นอะไร แม่บอกว่า ‘ถ้าหายจะรักษา ถ้าไม่หายก็ขอตายดีกว่า”

เข้าใจจากที่คุยกันมา รับรู้ได้ว่า

1. ป้าทรมานและอยากจะหายจากอาการที่ทุกข์ทรมาน
2. ลุงซึมเศร้าจากการที่กำลังจะสูญเสียคนที่อยู่ด้วยกันมากว่า 50 ปี
3. ลูกสาวทุกข์จากการที่ต้องทั้งทำงาน ดูแลผู้ป่วย และอึดอัดกับการที่ไม่กล้าบอกความจริงกับผู้ป่วย

แพทย์: ผมจะพยายามช่วยดูแลป้า แต่ก็ไม่แน่ใจว่าจะดีขึ้นมากน้อยเพียงใด เรื่องบวมอาจดีขึ้นได้บ้าง ผมจะให้พยาบาลเยี่ยมบ้านติดตามทุกสามวัน

ในกรณีนี้ผมประเมินว่า ป้าแดงอาจยังรับข่าวร้ายไม่ได้ในขณะนี้ เนื่องจากอาการทุกข์ทรมานมากจนไม่สามารถมีสติในการรับความทุกข์นี้ได้ ผมให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะหายหรือไม่ก็จะยังดูแลผู้ป่วย หนึ่งสัปดาห์ต่อมา ป้าแดงมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ขาบวม ผู้ป่วยยังถามลูกสาวว่าตนจะหายหรือไม่ ลูกสาวของป้าแดงจึงปรึกษาผมให้คุยกับคุณป้า เมื่อได้เจอลูกสาว หน้าตาของเธอเป็นกังวลมาก

แพทย์: คุณป้าเป็นไงบ้าง

ป้าแดง: ป้าจะหายไหมหมอ หมอบอกป้าเถอะ

แพทย์: ป้าอยากรู้เรื่องอะไรบ้าง

ป้าแดง: (ไม่พูด แต่ชี้ไปที่ท้องของตัวเองที่โตจากก้อนที่ตับ)

แพทย์: (จับมือป้า) ที่ท้องของป้าเป็นก้อนเนื้องอก

ป้าแดง: จะหายไหมหมอ

แพทย์: ก้อนนี้คงไม่หาย แต่ถึงจะหายหรือไม่ ผมก็จะดูแลป้า

ป้าแดง: (เงียบ สีหน้าเรียบเฉย)

แพทย์: ป้าอยากถามอะไรผมอีกไหม

ป้าแดง: ขอหมอช่วยป้าเถอะ

แพทย์: ผมจะช่วยเรื่องเหนื่อย และจัดการให้ป้าได้ดูแลอยู่ที่บ้านได้ครับ

จากบทความ ผู้อยู่ VS ผู้กำลังจะจากไป ตอนที่ 1
10 มิ.ย. 2007 เวลา 10:42

วางแผนดูแลล่วงหน้า
(Advance Care Planning: ACP)

การวางแผนดูแลล่วงหน้า คือกระบวนการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อวางแผนการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ในอนาคต รวมถึงการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ ไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หัตถการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ รวมถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกที่จะดูแลรักษาตัวในระยะท้ายและสถานที่เสียชีวิต



การสื่อสารในการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า จะช่วยกำหนดเป้าหมายการดูแล ค้นหาทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล แผนการดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป หลังการวางแผนสุขภาพ ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ ตามแผนที่ได้ตกลงร่วมกัน เช่น การบรรเทาอาการปวดหรืออาการรบกวน การสนับสนุนให้ได้รับการดูแลและเสียชีวิตได้ที่บ้าน เป็นต้น





จังหวะเหมาะที่จะพูดคุยเรื่อง ACP

- ยิ่งเร็วยิ่งดี ควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะและสามารถตัดสินใจได้ดี
- เมื่อแพทย์ถามตัวเองว่า “Would I be surprised if this patient died within the next 6 months?” “ฉันจะประหลาดใจไหม หากผู้ป่วยคนนี้เสียชีวิตภายในหกเดือนข้างหน้า”
- เมื่อคนไข้ เริ่มมีอาการระยะท้ายของโรคและเริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น HF stage D, COPD stage IV, ESRD, AIDS
- เมื่ออาการของผู้ป่วยเริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- เมื่อคนไข้หรือญาติถามเรื่องทางเลือกในการรักษา หรือพยากรณ์โรค เช่น เหลือเวลาเท่าไหร่ โรคจะหายหรือไม่ ทำไมไม่หาย
- เมื่อคนไข้อาการทรุด (exacerbation) หรือมีภาวะแทรกซ้อน (complication) แล้วอาการรอบนั้นดีขึ้น
- หรือเมื่อคนไข้สนใจเรื่องการสั่งเสีย การทำพินัยกรรมชีวิต การเขียนเอกสารแสดงเจตนาฯ หรือ Living Will



จะเริ่มต้นทำแผนสุขภาพล่วงหน้า (ACP) อย่างไร

เริ่มคุยเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เมื่อถึงโอกาสเหมาะสม บุคลากรสุขภาพอาจถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเข้าใจโรค และความคาดหวังต่อการรักษา ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความทุกข์ที่ผ่านมา รวมทั้งถามว่า อยากชวนใครเข้าร่วมสนทนาบ้าง

ลงลึกถึง prognosis: ใช้กระบวนการ “ถาม-บอก-ถาม” (ask-tell-ask) เพื่อสอบทานว่า คนไข้ทราบความรุนแรงของโรคแค่ไหน ทราบขั้นของโรคสอดคล้องกับความเป็นจริงอย่างไร ต้องการคุยเรื่องอาการของโรคและการดูแลขั้นต่อไปหรือไม่

เริ่มคุยเรื่องการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (advance care plan) ด้วยคำพูด เช่น

“Hope for the best and prepare for the worst.” แม้โรคตอนนี้จะยังดูดีอยู่ แต่เราก็น่าจะพูดคุยเตรียมการไว้บ้าง หรือ “หมอก็หวังว่าอาการจะดีแบบนี้ไปตลอดแต่ หมอคิดว่าเราควรจะเตรียมคุยกันไว้บ้าง”

“หากอาการของคุณทรุดลงจนไม่สามารถตัดสินใจเองได้บ้าง คนไข้อยากให้หมอถามญาติคนไหนที่จะตัดสินใจแทนคนไข้ได้”

“ในช่วงท้ายที่ลุงอาการหนักมาก ๆ ลุงอยากให้หมอดูแลลุงอย่างไร”

ในกระบวนการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า แพทย์ไม่ควรสนใจเฉพาะหัตถการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเท่านั้น (เช่น การปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ) แต่แพทย์ควรใส่ใจสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งที่ผู้ป่วยสนใจและอยากให้แพทย์ดูแล





กระบวนการวางแผนสุขภาพระยะท้าย ในบริบทสังคมไทย

ขณะที่ประเทศตะวันตกให้ความสำคัญกับสิทธิการตัดสินใจด้วยตัวเองของผู้ป่วย (autonomy) สังคมไทยกลับมีลักษณะที่ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมาก ดังที่พบบ่อยเวลาที่แพทย์หรือพยาบาลถามผู้ป่วยว่าจะตัดสินใจกับการรักษาอย่างไร โดยเฉพาะผู้ป่วยในต่างจังหวัด มักกล่าวว่า “ขอถามญาติก่อน”

ที่ผ่านมา การแจ้งความจริงกับผู้สูงอายุ ญาติมักขอทราบผลการวินิจฉัยก่อนผู้ป่วยหรือขอให้แพทย์ไม่แจ้งผลแก่ผู้ป่วย หากมองกันตามหลักการสิทธิ์ของผู้ป่วย การที่ญาติทำเช่นนี้เป็นเรื่องไม่ถูกต้องนัก และทำให้แพทย์ลำบากใจ

ในความเป็นจริงแล้ว การที่ญาติต้องการป้องกันผลกระทบของผู้ป่วยจากการทราบข่าวร้าย อาจมองได้ว่าเป็นปฏิกิริยารับมือกับความสูญเสียด้วยวิธี “ปฏิเสธความจริง” (denial) ในการแก้ไขปัญหาในช่วงแรก ซึ่งจริง ๆ แล้วอาจเป็นผลดีต่อครอบครัวที่ยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในช่วงต้น บุคลากรการแพทย์ควรเข้าใจ รับฟังอย่างลึกซึ้ง (active listening) และเห็นอกเห็นใจ (empathy) จะเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการการปิดบังการแจ้งข่าวร้าย การเผชิญหน้าโดยตรง (confrontation) อาจไม่ช่วยทำให้สถานการณ์ดีขึ้น กลับทำให้เสียความสัมพันธ์ที่ดี

ดังนั้นการสื่อสารโดยคนไข้เป็นศูนย์กลางในบริบทสังคมไทย ควรจะให้ความสำคัญกับครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล (family caregiver) และคนที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วย (proxy) ด้วย การประชุมครอบครัว (family conference) จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยลดความขัดแย้งและเพิ่มการสื่อสารได้อย่างดี แนวทางดังกล่าว ช่วยให้บุคลากรสุขภาพ ดึงเอาญาติผู้ป่วยเป็นแนวร่วม ช่วยให้แนวทางการสื่อสารวางแผนล่วงหน้า มีลักษณะที่เหมาะสมกับบุคลิกของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการสื่อสารที่ดี และการดูแลรักษาที่ได้ผลตัวอย่างบทสนทนาการวางแผนล่วงหน้า



กรณีศึกษา: ป้าส้ม

ป้าส้มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้อุดตัน ประสบปัญหาไม่สามารถรับประทานอาหารได้ แพทย์จึงเข้าไปเยี่ยมติดตามอาการ

แพทย์: ป้ารู้สึกยังไงที่กินไม่ได้

ป้าส้ม: มันไม่เหมือนคนอื่น เวลาเขากินกัน เราไม่ได้กิน

แพทย์: ป้าเลยอยากรู้ว่าใช่ไหมครับว่า ป้ายังจะกลับมากินได้อยู่หรือเปล่า

ป้าส้ม: ป้าต้องอยู่ไปอย่างนี้อีกนานไหม

แพทย์: จากข้อมูลที่ผมมีตอนนี้ ในที่ที่ดูแลผู้ป่วยแบบป้าหลาย ๆ คน เขาพบว่า ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่เฉลี่ยประมาณ 1-6 เดือน ขึ้นกับความรุนแรงของการอุดตันและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ป้าส้ม: (สีหน้าเรียบเฉย) แต่ป้ากลัวไม่ตายนะ

แพทย์: ป้าทรมานกับสภาพนี้?

ป้าส้ม: เราทำอะไรไม่ได้เลยหรือ ผ่าตัดได้ไหมหมอ

แพทย์: ถ้าผ่าตัดในตอนนี้จะเป็นผลเสียมากกว่าครับเนื่องจากลำไส้อุดตันในมะเร็งมักอุดหลายตำแหน่ง และเสี่ยงมากต่อเลือดออก ติดเชื้อ และแผลไม่ติด

ป้าส้ม: งั้นให้อาหารทางเส้นเลือดได้ไหม

แพทย์: เราเรียก TPN เป็นการให้อาหารทางเส้นเลือดใหญ่ ในงานวิจัยพบว่าไม่ทำให้ร่างกายดีขึ้นเนื่องจากมะเร็งเองเป็นกระบวนการหลักที่ทำให้ร่างกายแย่ มิใช่การขาดอาหาร นอกจากนี้ TPN ต้องทำใน รพ. และโอกาสติดเชื้อสูงมากครับ สรุปว่าเป็นโทษมากกว่าประโยชน์

ป้าส้ม: สภาพป้าทำอะไรไม่ได้แล้ว

แพทย์: สิ่งที่เราทำขณะนี้คือสิ่งที่เหมาะสมกับระยะของโรคครับ การรักษาใดที่ไม่เกิดประโยชน์และเป็นอันตราย เราควรหลีกเลี่ยง เราทุกคนจะพยายามอย่างดีที่สุดครับ

ป้าส้ม: (เงียบไปพักหนึ่ง) แล้วเราจะทำยังไงต่อไปดี

แพทย์: ในส่วนทางการแพทย์ทีมผมจะดูแลป้าอย่างเต็มที่เต็มศักยภาพของเรา ส่วนป้าเองมีงานสำคัญบางอย่างที่ต้องทำ

ป้าส้ม: งาน?

แพทย์: งานรักษาใจไม่ให้ทุกข์ครับ

ครั้งก่อนๆ ป้าบอกผมถึงเรื่องใจมันขุ่นมัว และป้าเล่าให้ฟังถึงทุกข์ทางกายที่ตอนนี้เบาลง แต่ทุกข์ทางใจกลับตรงกันข้าม ผมเห็นป้าทุกข์กับอดีตและกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง

ป้าส้ม: แล้วทำไงละหมอ



แพทย์: ป้าเป็นคนปฏิบัติธรรมอยู่แล้วพอจะนึกออกไหมครับตอนไปวิปัสสนา

ป้าส้ม: จำได้

แพทย์: วันแรก ๆ ที่วิปัสสนา อาจารย์จะไม่ให้พูด ไม่ให้ลุกไปไหน รู้สึกอึดอัด แต่พอไปวันหลัง ๆ ก็เริ่มสงบ ตอนนี้เตียงของป้าเปรียบเหมือนวัด ป้าลองปฏิบัติธรรมเหมือนอยู่ในวัดได้ครับ ดูทุกข์ ดูความคิดที่เกิดขึ้น แล้วไม่ขยายผลความคิด พอมีสติ ความคิดก็หยุดเอง เรื่องนี้ต้องฝึกบ่อย ๆ

ป้าส้ม: ป้าใช้วิธีนับประคำนะ เวลาไม่สบายใจช่วยได้เยอะเลย

แพทย์: ดีจังครับ

ป้าส้ม: ป้านับถือเจ้าแม่กวนอิมนะ ถ้าสวดบทเจ้าแม่กวนอิมได้เขาบอกว่าจะขึ้นสวรรค์

แพทย์: ดีแล้วครับ ป้าใช้วิธีที่เคยฝึกมาได้เลยครับ วิธีไหนใช้ได้ก็เอาวิธีนั้น

ถึงตอนนี้ป้าส้มยิ้มแย้มและดูจะมีความสุขมากขึ้น ก่อนกลับคุณหมอบอกคุณป้าว่า “ที่ผมมาทุกวัน ก็เป็นในฐานะกัลยาณมิตรต่างวัยนะครับ ผมเป็นห่วงคุณป้าครับ เรื่องที่เราเจอกันไม่ใช่เรื่องบังเอิญ ป้าเป็นคนดีและพิสูจน์ได้จากมีคนดูแลป้ามากมาย”



กรณีศึกษา: ป้าเขียว

ป้าเขียวเป็นมะเร็งปอดระยะที่ 4 มีก้อนที่ปอดทั้งสองข้าง เธอผ่านเคมีบำบัดมาแล้ว 8 รอบ ลูกสาวกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่สูงมาก การเงินที่บ้านเริ่มขาดสภาพคล่อง และการรักษาต่อไปอาจต้องใช้ยากินที่ราคาสูงมาก คือ 21 เม็ด 8 หมื่นบาท

ลูกทั้งสี่คนเห็นว่าแม่ผอมลง ไม่แน่ใจว่าจะได้ประโยชน์ของการรักษาจริง ๆ หรือไม่ และมีคำถามว่า แม่จะรู้สึกอย่างไร ถ้าลูกสาวไม่พาแม่ไปรักษาเคมีบำบัดในรอบนี้ เพราะสู้ราคาไม่ไหว ทีมสุขภาพจึงส่งต่อให้แพทย์ทำประชุมครอบครัว

แพทย์: สบายดีไหมครับป้า

ป้าเขียว: สบายดีจ้ะ

แพทย์: ทราบมาว่า ป้าไปรับเคมีบำบัดมา เป็นไงครับ

ป้าเขียว: ก้อนที่คอยุบแล้ว ตอนนี้กินได้ดี ไม่มีผมร่วงหรืออะไรที่เขาเป็นกัน

แพทย์: หมอบอกต้องให้อีกกี่ครั้งครับ



ป้าเขียว: ให้ไปเรื่อย ๆ

แพทย์: แล้วหมอว่าจะหายไหมครับ

ป้าเขียว: ให้ไปเรื่อย ๆ หมอบอกให้สู้

แพทย์: แล้วป้าว่าเคมีบำบัดมันดีไหม

ป้าเขียว: ก้อนยุบก็ดี

แพทย์: แล้วป้าว่าโรคนี้จะหายไหม

ป้าเขียว: ไม่รู้เหมือนกัน แล้วแต่บุญที่ทำมา

ลูกสาว: หมอบอกว่าถ้าไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก็ต้องใช้ยา 21 เม็ด ราคา 80,000 บาท

แพทย์: การให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่สี่ มีเป้าหมายเพื่อไม่ให้มะเร็งลุกลามมากขึ้น หากว่าตอบสนองต่อการรักษา ก็จะยืดเวลา ไม่ให้เกิดอาการทุกข์ทรมาน

ลูกสาว: หมอว่าควรให้เคมีบำบัดต่อไหม

แพทย์: ป้าจะว่าอย่างไร ถ้าต้องกินยา 21 เม็ด นั้น

ป้าเขียว: ไม่เอาละ ป้าแก่แล้ว เก็บเงินไว้ให้ลูก

ลูกสาว: แม่จะแย่ลงไหมถ้าหยุดยาเคมีบำบัด (สีหน้ารู้สึกผิด)

แพทย์: อาจเป็นได้ว่าหยุดยาแล้วแย่ลง แต่ โดยส่วนใหญ่เมื่อใช้ยาเคมีบำบัดไปซักระยะ จะเกิดการดื้อเคมีบำบัด โดยเฉพาะมะเร็งระยะที่เป็นมาก ๆ ผมคิดว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่จำเป็นต้องมีวิธีเดียว

แพทย์: ป้าคิดว่าลูก ๆ ดูแลป้าดีไหม

ป้าเขียว: ดีแต้ ลูกชายป้ายอมย้ายมาจากน่านมาอยู่ตาก พาแม่ไปเชียงใหม่ทุกครั้ง จริง ๆ ป้าเหนื่อยที่จะเดินทาง อยากอยู่บ้านมากกว่า ไปตรวจทุก 2 สัปดาห์ ได้เคมีบำบัดทุกเดือน ทำให้เพลียและเหนื่อย อยากพัก

ในกรณีนี้ ผู้ป่วยไม่ไปรักษาต่อ จึงนัดรักษาดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลซุมซน

จากบทความ จะรักษาต่อดีไหมคะหมอ? (medical ethical issue) ตอนที่ 1
12 ม.ค. 2008 เวลา 10:02

การสื่อสารในช่วงติดตามอาการ

ในช่วงติดตามอาการผู้ป่วย ผู้เขียนนิยมใช้ BATHE technique ซึ่งเขียนไว้ในหนังสือ Fifteen Minute Hours เทคนิคนี้ใช้เวลา 15 นาที ในการทำจิตบำบัดสั้น ๆ เทคนิคดังกล่าวนำมาประยุกต์ใช้ได้ดีในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว เช่นกัน

BATHE technique ประกอบด้วย

Background เข้าใจเนื้อหาเรื่องราว ให้คนไข้เล่าให้ฟังด้วยคำถามว่า “เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม?”

Affect เข้าใจอารมณ์ของผู้เล่า เช่น การใช้คำถาม “รู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เล่ามา ตอนนี้รู้สึกอย่างไร, อยากให้คุณเล่าให้หมอฟังว่ารู้สึกอย่างไร”

Trouble ให้ผู้เล่าระบุปัญหาที่กำลังเผชิญ หากผู้เล่า เล่าหลายประเด็น ชวนให้จัดลำดับความสำคัญโดยตัวผู้เล่าเอง ใช้คำถามเช่น “ในมุมมองคนไข้/ญาติ คิดว่าปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง, ดูเหมือนจะมีหลายเรื่องที่กังวล อยากให้ช่วยเรียงลำดับว่าอะไรสำคัญที่สุด”

Handle สำรวจการจัดการปัญหาที่ผ่านมา และผลของการจัดการนั้น คำถามเช่น“ที่ผ่านมาคุณแก้ปัญหาอย่างไร เกิดผลอย่างไร”

Empathy ใช้คำพูดแสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยความจริงใจ เช่น “ขอบคุณที่เล่าให้ฟัง” “เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายที่ใครจะแก้ไขได้ “เป็นกำลังใจให้นะ” “มีอะไรที่ผมพอจะช่วยได้ไหม” เป็นต้น



ตัวอย่างการสื่อสาร ในช่วงติดตามอาการ



ผู้ป่วยชายอายุ 43 ปี ป่วยเป็นมะเร็งโพรงจมูก ที่ลุกลามไปถึงกระดูก ส่งผลให้เป็นอัมพาตท่อนล่าง คนไข้กลับบ้านไม่ได้ เนื่องจากแม่อายุมากและไม่มีคนพร้อมให้การดูแล

นี่คือตัวอย่างที่แพทย์คุยกับผู้ป่วยเรื่องการแสดงเจตนาไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ปั๊มหัวใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต และยืนยันการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

แพทย์: วันนี้เป็นไงบ้างครับ เรื่องจิตใจ

พี่ตาล: (เงียบไปพักหนึ่ง) มันเฉย ๆ หมอ

แพทย์: เฉย ๆ หมายถึงอะไรครับ

พี่ตาล: บอกไม่ถูกเหมือนกันหมอ เวลาผมจะไป มันจะเป็นไงครับ จะหลับไปเลยหรือเปล่าครับ



แพทย์: ที่ถามอย่างนี้เพราะอะไรหรือครับ?

พี่ตาล: ถ้าหลับไปได้อย่างนี้ก็ดี จะได้ไม่ทรมาน

แพทย์: ผมคิดว่าผมสามารถทำให้คุณไม่ปวดได้และไม่เหนื่อยมาก ๆ ได้ อย่างที่ผมทำให้คุณในขณะนี้

พี่ตาล: (ยิ้มอย่างโล่งอก)

แพทย์: คนเราก็มีทั้งช่วงอารมณ์ดีและหดหู่ อย่างที่คุยกันเมื่อวานว่า จิตที่สดใสจะช่วยทำให้เรามีอาการดี แม้ไม่หายแต่ทางพุทธก็เชื่อว่าจิตกุศลจะนำเราไปในทิศทางที่ดีครับ

จากบทความ order ที่แปลกตา ตอนที่ 1 : positive thinking
09 เม.ย. 2011 เวลา 13:10

กรณีศึกษา: ป้าแดง

ผู้ป่วยอายุ 70 ปี เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ เธอได้รับการดูแลอาการบวมที่บ้าน โดยลูกสาวและสามี นี่เป็นตัวอย่างสถานการณ์การเยี่ยมติดตามที่บ้าน

แพทย์: คุณป้าเป็นอย่างไรบ้างครับ คุณลุง

ลุง: หลังจากป้ากลับมาบ้านและคุยกับลูกสาวเรื่องต่าง ๆ คุณป้าก็ซึมลงมาก เมื่อคืนจะไปมิไปแหล่

แพทย์: อาการคุณป้าแย่ลงครับ

ลูกสาว: หมอคิดว่าแม่จะอยู่ได้นานไหม

แพทย์: คุณป้าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตามประสบการณ์ของผม อาการซึมลงมาก เป็นสัญญาณว่าอาจจะใกล้เวลา

ลูกสาว: พอประมาณได้ไหมคะ (สีหน้าเศร้า)

แพทย์: คงไม่สามารถประมาณได้แน่นอน แต่คงจะประมาณ 1-2 สัปดาห์

ลูกสาว: ป้ากินไม่ได้เลย หมอคิดว่าจะทำอย่างไรดี

แพทย์: เมื่อเข้าใกล้ช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยจะไม่หิว การให้กินจะทำให้แน่นอืดท้อง การใส่สายยางก็เจ็บและไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น

ลูกสาว: แล้วเราจะช่วยแม่ได้ยังไงคะ

แพทย์: คุณเป็นคนที่สำคัญที่สุด ครอบครัวสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดในเวลานี้ ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตถึงจะไม่รู้ตัว แต่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ การอยู่ใกล้ชิดสัมผัส เป็นสิ่งสำคัญครับ



กรณีศึกษา: ซิสเตอร์พลอย

ซิสเตอร์พลอยเป็นมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย เธอประกอบอาชีพเป็นครูในโรงเรียนเอกชนคริสเตียนแห่งหนึ่ง เธอปฏิเสธเคมีบำบัดและการรักษาแผนตะวันตก หันมาดูแลตัวเองด้วยสมุนไพร เธอเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นประสงค์ของคุณพระ เป็นการทดสอบที่เธอต้องยอมรับ การป่วยหรือหายเป็นพระประสงค์ของพระองค์ท่าน ต่อมาซิสเตอร์มีอาการปวดมาก แต่ปฏิเสธยาระงับปวด สามีของซิสเตอร์จึงขอให้ทีมแพทย์เข้าไปพูดคุย

แพทย์: สามีพี่บอกว่าพี่ปวดจนนอนร้องไห้

คุณครู: ทรมานมากเลยหมอ

แพทย์: ปัจจุบันเรามียาแก้ปวดที่ดีมากในการบรรเทาอาการ พี่น่าจะลองกินดูนะครับ

คุณครู: ไม่ค่อยอยากกิน พี่น่าจะทนได้

แพทย์: ทำไมต้องทนหรือครับ

คุณครู: กลัวว่าจะต้องพึ่งยามากเกินไป พระเจ้าคงจะให้บทพิสูจน์พี่

แพทย์: บางทีพระเจ้าอาจส่งผมมาหาพี่ก็ได้ อาการปวดทำให้พี่ไม่สามารถจะมีความสุขกับครอบครัวได้อย่างเต็มที่ ผมคิดว่าพี่สามารถจะมีความสุขได้มากขึ้นหากไม่ปวด

คนไข้ยอมกินยาแก้ปวดและอาการดีขึ้นมาก

จากบทความ ศรัทธาในพระเจ้า ตอนที่ 1 2 และ 3
23 พ.ค. 2009 เวลา 10:45



กรณีศึกษา: คุณสาย

ผู้ป่วยอัมพฤกษ์คนหนึ่งอาการเริ่มซึมลง และมีอาการติดเชื้อรุนแรง ต้องส่งมารักษาอาการที่โรงพยาบาล แต่คุณสาย ผู้เป็นภรรยาไม่อนุญาต เธอเมาเหล้าและพูดจารุนแรงกับทีมสุขภาพที่ไปเยี่ยมบ้าน

พยาบาลเห็นว่าคุณสายกำลังประสบความเครียดจากการดูแลหรือ Burnout จึงปรึกษาแพทย์ให้ไปสื่อสารกับเธอ ขณะที่สนทนาคุณสายมีสติดี และคนไข้ยังสามารถสื่อสารได้

แพทย์: เหนื่อยไหมครับพี่ต้องดูแลสามีมานาน

คุณสาย: เขาเป็นอัมพาตมานาน แล้วก็ดูกันมาตลอด แผลกดทับก็เกิดที่ รพ. หนูก็ทำจนแผลดีขึ้น

ญาติ: เขามีประสบการณ์ดูแลคนไข้มาหลายคนตั้งแต่พี่ชาย พ่อ จนมาถึงสามี

แพทย์: ผลเลือดของคนไข้บอกว่า คนไข้กำลังติดเชื้อในกระแสเลือด



ผู้ป่วย: อยู่บ้านก็ไม่ไหว พาผมไปโรงพยาบาลเถอะหมอ

คุณสาย: (สีหน้าเปลี่ยนและก้มหน้าเงียบ)

แพทย์: คุณมีความเห็นยังไง

คุณสาย: ลูกชายสองคนบอกจะมาดู เขาก็ไม่เห็นมา สงสัยที่เขายังทนรออยู่ก็เพราะลูก

แพทย์: อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้พี่ไม่อยากเอาคนไข้ไปโรงพยาบาลหรือครับ

คุณสาย: (เงียบ)

แพทย์: พี่คงเหนื่อยมาก ลุงยืนยันว่าแกอยากไปโรงพยาบาลถึงสองครั้ง แกคงรู้ว่าอาการเป็นมาก ช่วงนี้ผมจะให้พยาบาลไปช่วยอำนวยความสะดวกเรื่องการพักที่โรงพยาบาล ส่วนคุณสายพักอยู่บ้านให้หายเหนื่อยก่อนนะครับ ถึงลุงแกจะเป็นอะไรไป ก็ถือว่าเราทำอย่างเต็มที่ ลุงแกก็กลัวความตาย ให้แกได้เลือกชีวิตแกเองเถอะครับ ผมจะประสานที่หอผู้ป่วยว่าพี่คงไม่ไหว อาจยังไม่ต้องไปเฝ้าช่วงนี้

คุณสายเงียบและยอมรับคำแนะนำของแพทย์ สามีของเธอได้รับการดูแลต่อที่โรงพยาบาล ส่วนเธอดูมีสีหน้าดีขึ้น ยิ้มออกที่มีคนเห็นว่าเธอได้พยายามแล้ว



จากบทความ เมื่อจริยธรรมถูกท้าทาย
08 ก.ย. 2011 เวลา 01:57

การสื่อสารในช่วงสุดท้าย (Last Hour of Life)

หากทีมสุขภาพมีการติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างเสมอ จะเห็นพัฒนาการของโรค ความถดถอยของร่างกายของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับสภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในระหว่างนี้ ผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจถามท่านเกี่ยวกับการจัดการช่วงสุดท้าย หรือแสดงความกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตในชั่วโมงสุดท้ายอย่างไร ช่วงจังหวะดังกล่าวเป็นโอกาสที่ท่านจะสื่อสารเกี่ยวกับการดูแล โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตเสียก่อน

การประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลช่วงสุดท้ายหรือไม่ นั่นถือเป็นศิลปะ ท่าทีของการสื่อสารควรประกอบด้วยความกรุณา เห็นอกเห็นใจ มีความหวัง แต่ก็ไม่ประมาทและมีการเตรียมความพร้อม การสื่อสารเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเป็นไปเพื่อการเตรียมความพร้อมและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดีที่สุด บุคลากรสุขภาพอาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามความกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้าย เช่น

- ญาติมีคำถามหรือข้อกังวลใดเกี่ยวกับการดูแลช่วงสุดท้ายไหม
- ในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย คุณอยากให้หมอช่วยอะไรบ้าง
- ญาติต้องการให้หมอเตรียมเอกสารประกอบการดูแลและเสียชีวิตที่บ้านหรือไม่

คำถามดังกล่าวอาจนำไปสู่การสนทนาเกี่ยวกับการดูแลในช่วงสุดท้าย โดยหัวข้อสนทนาที่เกี่ยวข้องอาจประกอบไปด้วย

- ข้อแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทางกาย ทางใจ และทางสังคม ในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย
- การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ
- การเตรียมเอกสารประกอบการเสียชีวิตที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล
- การเตรียมผู้นำทางศาสนาหรือจิตวิญญาณมาประกอบพิธีทางศาสนา
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำพิธีขอขมา กล่าวอำลา การนำทางในช่วงสุดท้ายของชีวิต
- การประเมินความพร้อมและศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลการเสียชีวิต

ตัวอย่างการสื่อสาร ในช่วงสุดท้าย

กรณีศึกษา: ป้าเทา

กรณีการสื่อสารในช่วงสุดท้ายของแพทย์และผู้ป่วยหญิงระยะสุดท้ายท่านหนึ่งที่บ้าน แพทย์ประเมินว่า ชั่วขณะนี้ อาจเป็นชั่วโมงสุดท้ายของคนไข้

“ผมหมอโรจน์ที่ดูแลป้ามา 2 ปี เพิ่งกลับจากอังกฤษเลยรีบมาเยี่ยมครับ”

ป้าพยักหน้าแล้วยิ้มที่มุมปาก แพทย์วางมือที่ไหล่ของคุณป้าอย่างแผ่วเบา ตั้งจิตให้นิ่งและพูดอย่างมีสติ

“ป้าครับ ถ้าคุณป้าเหนื่อย อาจจะไม่ต้องพูดอะไรก็ได้นะครับ แต่อยากให้ตั้งใจฟังผมดี ๆ ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก หมออยากให้ป้านึกถึงแต่คุณงามความดีที่เคยทำมา ป้าดูแลลูกได้ดีมากจนลูกทั้งสองคนได้ดี มีหลักมีฐาน ป้าเป็นครูที่ดูแลเด็ก ๆ อย่างทุ่มเทมาตลอด เป็นที่รักของญาติพี่น้อง

“หมออยากให้ป้าปล่อยวางความทุกข์ ความกังวลทุกอย่างลง ปล่อยให้จิตใจสงบ ผมให้กำลังใจป้าเสมอนะครับ”

คนไข้พยักหน้าแล้วหลับตา ท่านเสียชีวิตหลังจากแพทย์เดินทางกลับได้สองชั่วโมง ก่อนคนไข้จะจากไป คุณป้ายกมือขึ้นพนม ค่อย ๆ หายใจช้าลง และจากไปอย่างสงบ

จากบทความ คุยกับคนไข้...สะท้อนใจตัวเอง ป้ารอผมจริง ๆ ด้วย
06 พ.ย. 2009 เวลา 23:29



การดูแลภาวะเศร้าโศกของญาติ (Bereavement care)

ภาวะโศกเศร้าของญาติเกิดขึ้นได้เมื่อพวกเขาได้รับรู้ความจริงว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ ภาวะเศร้าโศกสามารถเกิดตั้งแต่ก่อนการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Anticipatory grief) ญาติผู้ป่วยจะมีความกังวลกับการที่จะพลัดพรากจากคนที่ตนเองผูกพัน กังวลต่อผลของการสูญเสีย พยายามยอมรับความจริง และ หาวิธีแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดหลังความตายของผู้ป่วย

ความเศร้าโศกก่อนการเสียชีวิตของญาติ (anticipatory grief) ทำให้ญาติปรับตัวก่อนการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไป ได้ทำกิจธุระที่ยังคั่งค้าง (unfinished business) พูดคุยแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอดีต และวางแผนแก้ปัญหาล่วงหน้าได้

การแสดงออกดังตารางต่อไปนี้ คือปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยจากภาวะโศกเศร้าแบบปกติ

การแสดงออก	คำอธิบาย
อารมณ์	ซึมเศร้าเป็นพัก ๆ สิ้นหวัง กังวล รู้สึกผิด โกรธ โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ผ่อนคลาย (ผู้เสียชีวิตพ้นความทุกข์ทรมาน)
พฤติกรรม	อ่อนล้า ร้องไห้ กระสับกระส่าย
ทัศนคติ	สูญเสียความมั่นใจ สิ้นหวัง สงสัย แยกตัวจากสังคม ไม่เชื่อว่าเป็นความจริง
สรีรวิทยา	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ ปวดหัว ใจสั่น ปวดเมื่อยตัว ตาพร่า ถอนหายใจ รู้สึกปากแห้ง
ใช้สารเสพติด	เพิ่มปริมาณการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาจิตเวช
การเจ็บป่วย	ติดเชื้อง่ายขึ้น การเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด

คำแนะนำสำหรับทีมสุขภาพ ต่อการดูแลภาวะเศร้าโศกในบริบทสังคมไทย

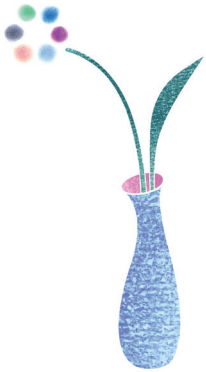
การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว ดังนี้

1. ในช่วงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

จัดบริการเข้าถึง palliative care ในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบตั้งแต่ระยะต้น มีหลักฐานว่าการจัดการดูแล palliative care ที่ดีสามารถลดภาวะโศกเศร้าที่มีความรุนแรง (complicated grief) ได้ ผู้เผชิญความเศร้าโศกอาจจะมาหาแพทย์บ่อยครั้ง ด้วยอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดเมื่อยตามตัว และอาการอื่น ๆ

2. ติดตามอาการทางกายและใจของญาติผู้ป่วย

อาจจะเยี่ยมบ้านหรือนัดพบที่สถานพยาบาลในช่วงเวลาที่เหมาะสม ในบางกรณี การไปร่วมงานศพในผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิดก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความสัมพันธ์





3. สนับสนุนเชื่อมโยงแหล่งความช่วยเหลือภายนอก

เช่น กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มศาสนา สังคมสงเคราะห์ หรือทรัพยากรชุมชนตามความจำเป็นของแต่ละราย

4. การให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้น

ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูญเสียได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ แสดงความกังวลต่อปัญหาที่ตามมาหลังการตาย บุคลากรสุขภาพอาจช่วยตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับสาเหตุของการเสียชีวิต เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารที่ดีในครอบครัว

หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาการสูญเสีย ประกอบด้วย

- การฟังอย่างตั้งใจ (active listening)
- การพูดคุยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
- เปิดโอกาสให้ผู้เศร้าโศกแสดงออก
- ให้คำปรึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยเคารพความแตกต่างของบุคลิกภาพ ศาสนา วัฒนธรรม

5. เฝ้าระวังอาการเศร้าโศกที่รุนแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปรึกษา ประสานงาน ส่งต่อให้กับจิตแพทย์โดยอาจใช้เกณฑ์ง่าย ๆ ดังนี้

- ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย
- มีปัญหาจิตเวชเดิมร่วมตั้งแต่ก่อนสูญเสีย
- มีอาการทางจิต
- มีความคิดฆ่าตัวตาย
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา



ตัวอย่างบทสนทนาสำหรับดูแลความเศร้าโศกของญาติ

กรณีศึกษา: ลูกป้าเขียว

ลูกสาวของคนไข้อายุ 64 ปีท่านหนึ่ง มาปรึกษาแพทย์ที่คลินิก เพราะอาการของคนไข้ทรุดลงอย่างรวดเร็ว เธอรู้สึกผิดและสงสัยว่าการดูแลที่ผ่านมานั้นดีเพียงพอหรือไม่

ลูกสาว: แม่แย่ลงเร็วมาก และหน้าตาเปลี่ยนไปมาก

แพทย์: พี่รู้สึกยังไง

ลูกสาว: ถ้า 2 ปีที่แล้ว ตอนที่ตรวจพบจุดที่ปอดแม่ แล้วเราตัดสินใจผ่าตัดและให้เคมีบำบัด เหตุการณ์คงไม่เป็นอย่างนี้ เราไม่น่าเชื่อหมอเลยว่า แม่เป็นแค่แผลเป็นในปอด ถ้าวันนั้นเรายืนยันให้หมอดูให้ละเอียด แม่คงไม่เป็นอย่างนี้”
(หลังจากนั้นเธอก็ร้องไห้สักพัก)

แพทย์: พี่รู้สึกว่าเป็นความผิดของพี่หรือครับ

ลูกสาว: ถ้าเราพาแม่ไปตรวจละเอียดก็คงไม่เป็นอย่างนี้

แพทย์: ถ้า 2 ปีที่แล้ว แพทย์ตรวจพบมะเร็งแล้วรักษา แต่ผ่าตัดแล้วเกิดความผิดพลาด คุณยายเป็นอะไรไปตอนนั้น พี่จะเป็นอย่างไร

ลูกสาว: (เงียบไป สีหน้าดูนิ่ง)

แพทย์: 2 ปีที่ผ่านมา แม่มีความสุขไหม

ลูกสาว: เราดูแลแม่อย่างดี กินข้าวด้วยกันทุกเย็น แม่มีความสุขมาก

แพทย์: แล้วในเวลานั้น พี่ทำดีที่สุดแล้วหรือยัง การรักษามะเร็งในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง เป็นไปได้ไหมว่า หากพวกเรารักษาแม่ที่ป่วยเป็นมะเร็งในวัย 62 ปี (สองปีก่อน) อาจทำให้ความสุขในสองปีนี้หายไป

ลูกสาว: (นิ่งเงียบ แต่หยุดร้องไห้)



แพทย์: เราไม่สามารถเปลี่ยนอดีตได้ และเราก็มักคาดการณ์อนาคตอย่างกังวล แต่สิ่งสำคัญคือการอยู่กับปัจจุบันให้ดีที่สุด พี่ทำดีที่สุดแล้ว ผมเชื่อว่าคุณแม่เข้าใจ และคุณแม่เป็นห่วงพี่มาก ท่านเข้าใจทุกอย่าง

หากพี่จะช่วยคุณแม่ได้ คือทำให้แม่สบายใจ หยุดร้องไห้ และใช้เวลาที่เหลือให้คุ้มค่า และผมเชื่อว่า พี่จะไม่ต้องรู้สึกผิดอีก”

ลูกสาวของผู้ป่วยทำใจได้ ครอบครัวและทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยต่ออีก 6 เดือน และจากไปอย่างสงบ ในงานศพ ลูกสาวคุณป้ากล่าวกับทีมแพทย์ว่า “คนไข้คุณหมอเข้มแข็งมากและไปอย่างสงบ เราจะตั้งศพคุณแม่ไว้ที่บ้านที่แม่รัก”

จากบทความ ความกลัว...สิ่งที่ยากจะเผชิญ 12 เม.ย. 2008 เวลา 11:12

บทบาทของทีมสุขภาพในกระบวนการสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิต

การสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิต การสร้างทีมสำคัญที่สุด เนื่องจากการดูแลประคับประคองเป็นงานที่ต้องใช้องค์ความรู้หลายศาสตร์เกินกว่าใครจะทำได้เพียงลำพัง

ในความเห็นของผู้เขียน การพูดคุยสื่อสารกันในทีมเองมีความสำคัญไม่แพ้การพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านล่างนี้ คือ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์จาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิง สุมาลี นิมมานนิตย์ เมื่อ 13 ปีก่อน ที่ผมได้มีโอกาสปรึกษาเรื่องการทำโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเป็นอายุรแพทย์โรคไต และเป็นปูชนียบุคคล ผู้ผลักดันการดูแลประคับประคองของประเทศไทยและโรงพยาบาลศิริราชในยุคแรก ๆ ท่านเสียชีวิตจากมะเร็งระยะสุดท้ายเช่นกัน ท่านพูดถึงเรื่องทีมไว้อย่างน่าสนใจ

โรจนศักดิ์คะ

ได้ดูโครงการที่ส่งมาให้แล้ว ส่วนใหญ่ก็ดี เรื่องสำคัญที่จะต้องทำ คือ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและแนวคิดของการรักษาให้ชัดเจน มี job description ของบุคลากรแต่ละประเภท และเน้นการที่ทุกคนในกลุ่มต้องคุยกัน และรู้งานของคนอื่นถึงแม้จะไม่ต้องทำเอง ขณะเดียวกันก็จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการตายและการประยุกต์ความเชื่อของผู้ป่วยกับเรื่องจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยในโครงการที่เขียน

ขอทำความเข้าใจว่า palliative care นั้น คือการดูแลประคับประคองและเริ่มตั้งแต่ยังให้ curative Rx ไม่ใช่เป็นแบบ cut off (หมายถึงดูแลประคับประคองร่วมกับการรักษาเพื่อการหายขาด) แล้วมาเริ่มตอนระยะ



สุดท้าย ในตอนแรกเริ่มอาจทำกันเช่นนั้นจริง แต่เมื่อทำไปได้ไม่นาน ก็พบปัญหาที่มาเริ่มทีหลัง จึงได้มีการปรับเปลี่ยน และขณะนี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่าต้อง merge (ผสมผสานร่วมกัน) ตั้งแต่ต้น สำหรับความเห็นส่วนตัวนั้นเห็นว่า palliative care เป็นหัวใจของการเป็นแพทย์ และใช้ได้กับคนไข้ทุกโรค...

สุมาลี นิมมานนิตย์

จันทร์ที่ 3 เมษายน 2006





บทส่งท้าย

การสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิตนั้น แม้เป็นทักษะที่บุคลากรสุขภาพหลายท่านรู้สึกหนักใจ กังวล และยาก แต่การเป็นผู้สื่อสารเอง ก็สำคัญไม่ต่างจากหัตถการอื่นๆ คำพูดที่ใช่ ท่าทีที่เข้าอกเข้าใจ ท่าทางที่เปี่ยมด้วยความกรุณา ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เป็นดั่งโอสถเยียวยาใจผู้ป่วย ปลอบโยนครอบครัว แม้กระทั่งเป็นแสงสว่างนำทางสู่การจากไปอย่างสงบ การสื่อสารที่ดีไม่เพียงช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคลากรสุขภาพเองได้เข้าถึงคุณค่าวิชาชีพ เข้าถึงความสุขจากงานดูแล

แน่นอนว่าการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย
ระยะท้ายนั้น เป็นทั้งศิลปะเฉพาะตัว ผู้สื่อสารไม่
จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือแบบแผนที่มีลักษณะเดียวกันและ
ตายตัว ขอเพียงการสื่อสารนั้นมีความจริงใจ เต็มใจ เข้าอกเข้าใจ
ที่จะช่วยเหลือผู้เผชิญความทุกข์ ให้ผ่านความยากลำบากนั้นได้ การ
สื่อสารนั้นย่อมประสบความสำเร็จไปมากกกว่าครึ่ง ซั่วโมงบินที่มากขึ้น
ประกอบกับการทำทีมดูแลที่มีความหลากหลาย เข้มแข็ง ร่วมแรงร่วมใจ
กัน ย่อมทำให้การสื่อสารนั้นมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้นไปอีก

คณะผู้จัดทำขอเป็นกำลังใจและอนุโมทนาในงานที่ท่านกำลังทำ
อยู่ หากท่านมีข้อแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนใด
ในหนังสือเล่มนี้ สามารถติดต่อได้ตามที่อยู่ด้าน
หลัง จักเป็นพระคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- J. R. Curtis. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. European Respiratory Journal Sep 2008, 32 (3) 796-803
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. Palliative Medicine, 31(5), 437–447.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำอย่างไร ? เมื่อญาติปิดบังมิให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็ง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2553; 2(5): 55-59
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2562; 1(1): 17-30
- ธารินทร์ เพ็ญวรรณ. การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2562; 1(1): 11-16
- Stuart, MR & Lieberman JA III The Fifteen Minute Hour: Therapeutic Talk in Primary Care, Radcliffe Publishing LTD, Oxford, UK 2008
- บทความประกอบกรณีศึกษาจาก เวบไซต์ https://www.gotoknow.org/blog/palliativelover เขียนโดย โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

เกี่ยวกับผู้เขียน

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

แพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สนใจงานการดูแลประคับประคองและเริ่มรวบรวมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน

ประวัติการศึกษา

2543	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2548	วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2554	Graduate Certificate in Health (Palliative Care), Flinders University, Adelaide, Australia
2556	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการบริการปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2562	Fellowship in Palliative Care, Institute of Palliative Medicine, India in partnership with Sanjeevan Palliative Care Project, Pondicherry, India and St Christopher's Hospice, London, United Kingdom.

เกี่ยวกับโครงการ

ชุมชนกรุณา เพื่อการอยู่และตายดี

เพราะการเผชิญความสูญเสียเป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต หน้าที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการตายดี จึงไม่อาจจำกัดเพียงครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เท่านั้น หากเป็นความรับผิดชอบของทุกคน

แม้จะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่เราทุกคนสามารถมีส่วนช่วยเหลือได้ตามศักยภาพ ความสามารถ และบทบาทหน้าที่ที่เป็นอยู่ ขอเพียงมีความกรุณาเห็นอกเห็นใจผู้ที่กำลังเผชิญความสูญเสีย แม้การช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

ชุมชนกรุณา คือแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้สามารถดูแลผู้เผชิญความสูญเสีย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยเน้นการป้องกันความทุกข์ การบรรเทาความรุนแรง และการเยียวยาฟื้นฟู ผ่านการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคม การทำงานโดยวิเคราะห์ระบบนิเวศน์ในชุมชน

การขับเคลื่อนชุมชนกรุณา สามารถทำงานให้ความช่วยเหลือในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับกลุ่มองค์กร ระดับโครงสร้างนโยบาย หรือในระดับวัฒนธรรมของสังคม

เกี่ยวกับกลุ่ม

Peaceful Death

peaceful death

เราคือกลุ่มเพื่อนกิจกรรมที่สนับสนุน “การอยู่ดีและตายดี” ของคนในสังคมไทย เราผลิตเนื้อหา เครื่องมือการเรียนรู้ จัดกิจกรรมเรียนรู้ชีวิตและความตายที่ง่ายต่อการเข้าถึงสำหรับผู้สนใจ เราหวังเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ

Peaceful Death ทำงานร่วมกับภาคีขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดี ภาคประชาสังคม หน่วยงานสุขภาพ โรงพยาบาล และชุมชนท้องถิ่น เรายินดีเป็นเพื่อนที่พร้อมแบ่งปันคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะท้าย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การดำเนินงานของเราจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งในยามที่สุขภาพดี และยามที่ความจริงของชีวิตได้ปรากฏ

ในปี 2561 - 2563 Peaceful Death ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการ “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” โดยการผลิตเนื้อหาแนวคิด และรูปธรรมของการสนับสนุนสุขภาวะของผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัว รวมทั้งผู้ผ่านความสูญเสีย นอกจากนี้ยังผลิตหลักสูตร บทความ เครื่องมือการเรียนรู้ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ท่านสามารถติดตามการดำเนินงานของเราได้ที่ช่องทางดังนี้

Website: www.peacefuldeath.co

Facebook: Peaceful Death

Youtube: Peaceful Death

Line: @peacefuldeath

(สำหรับสั่งซื้อหนังสือหรือสื่อการเรียนรู้)