สมุดใบาใจ

ความต้องการของฉันเกี่ยวกับ
สุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดี

ของ _____

ทำเสร็จวันที่ _____

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550
มาตรา 12

บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

สมุดเบาใจ

อะไรคือสมุดเบาใจ?

- สมุดเบาใจฉบับนี้คือรูปแบบหนึ่งของเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้าย และการตายดี เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Advance Directive หรือ Living will ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

- สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือช่วยสำรวจความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อท่านเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (ไม่นับรวมการป่วยเฉียบพลันหรืออุบัติเหตุ) ทั้งยังช่วยวางแผนและสื่อสารความต้องการของท่านให้ครอบครัวและทีมสุขภาพได้รับรู้ พวกเขาจะได้ไม่ต้องเดาใจในกรณีที่ท่านประสบภาวะวิกฤตในช่วงสุดท้าย อีกทั้งยังช่วยลดข้อขัดแย้งในหมู่ญาติและทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาดูแลอีกด้วย

- สมุดเบาใจจะให้ความรู้ในประเด็นการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายและวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า การดูแลความสุขสบาย การเลือกผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการร่างกายและงานศพ

- เพียงทำเครื่องหมายถูกหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่าง จากนั้นลงลายเซ็นกำกับในตอนท้ายของสมุด ก็จะได้เอกสารต้นฉบับสำหรับสื่อสารเจตนาของท่าน เพื่อให้ท่านเบาใจไปเปราะหนึ่ง

เจ้าของสมุดเบาใจ

สมุดเบาใจเล่มนี้เป็นของ _____

คนอื่นเรียกฉันว่า _____

ฉันเกิดวันที่ _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน_____

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ _____

_____

_____

เบอร์โทรศัพท์ _____

วันที่ทำสมุดเบาใจ_____

สถานที่ทำสมุดเบาใจ_____

_____

เกี่ยวกับตัวฉัน

พื้นเพของฉันและครอบครัว_____

_____

_____

นิสัยใจคอของฉัน_____

_____

_____

ความปรารถนาที่ฉันอยากบรรลุก่อนตายคือ _____

_____

_____

ผลงานหรือสิ่งที่ฉันภูมิใจในชีวิตคือ_____

_____

_____

การกู้ชีพ

การกู้ชีพ หรือปฏิบัติการนวดหัวใจ ผายปอด กู้ชีพ หรือ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) คือปฏิบัติการฉุกเฉินที่กู้ระบบหายใจให้คืนกลับมาทำงานตามปกติ โดยมากทำควบคู่กับการปั๊มหัวใจ การใช้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต การใช้ท่อช่วยหายใจ เจาะคอช่วยหายใจ และมักตามมาด้วยการรักษาในห้อง I.C.U. การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายสวนระบบขับถ่าย รวมถึงการรักษาโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

หากผู้ป่วยยังแข็งแรง แต่เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงฉับพลัน หรือประสบอุบัติเหตุ การกู้ชีพจะเป็นประโยชน์มากเพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาแข็งแรงดังเดิมยังมีมาก แต่ก็ยังคงต้องใช้เวลานานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เป็นปกติ

แต่โดยทั่วไป การกู้ชีพผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรคลุกลามไปมากแล้วให้ประโยชน์น้อย ผู้ป่วยจะถูกยืดเยื้อความทรมาน รู้สึกอึดอัดที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และมักมีชีวิตช่วงวันสุดท้ายในสภาพแวดล้อมที่วุ่นวายไม่เอื้อต่อการตายอย่างสงบ

ความต้องการของฉัน
เมื่อเข้าสู่วิกฤตช่วงสุดท้ายของชีวิต

ฉัน (ชื่อ - นามสกุล)_____

บัตรประชาชนเลขที่_____

เมื่อฉันเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ฉันต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมสุขภาพดูแลรักษาฉัน ตามความต้องการดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง "ฉันต้องการ" หรือ "ฉันไม่ต้องการ" พร้อมลงลายเซ็นกำกับ)

ฉันต้องการ	ฉันไม่ต้องการ	ข้อความ	ลายเซ็น
☐	☐	การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ	
☐	☐	การเจาะคอ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลม	
☐	☐	การล้างไต เมื่อไตวาย	
☐	☐	การให้อาหารทางสายยางที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย	
☐	☐	การให้ยาปฏิชีวนะ หรือสารน้ำใดๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย	

กรณีที่แพทย์ใช้เครื่องพยุงชีพโดยไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของฉัน ฉันต้องการให้แพทย์...

○ ถอดเครื่องพยุงชีพเหล่านั้น ○ ใส่เครื่องพยุงชีพต่อไป

ฉันต้องการเสียชีวิตที่ ○บ้าน ○โรงพยาบาล ○ที่อื่น_____

กรณีที่ฉันสื่อสารไม่ได้ ฉันมีผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ

เขาชื่อ _____โทร_____

ลายเซ็น_____

วันที่_____/_____/_____

*หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประเด็นการดูแลในภาวะวิกฤต สามารถปรึกษาหน่วยดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่

ทำเครื่องหมายถูก ✓ หน้าข้อความที่ท่านต้องการ

◯ ฉันต้องการรักษาตัวที่ (โปรดระบุ) _____

_____

◯ ฉันต้องการห้องพักที่สะอาด มีอากาศถ่ายเท

◯ ฉันต้องการห้องพักที่เห็นหน้าต่าง เห็นท้องฟ้าและทิวทัศน์สีเขียว

◯ ฉันต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ

◯ ฉันต้องการยาระงับหรือบรรเทาปวดในปริมาณที่ไม่มากจนฉันหมดสติ ฉันต้องการมีสติรับรู้ความเป็นไปของร่างกาย

◯ ฉันต้องการยาระงับปวดเพียงพอที่จะช่วยให้ฉันบรรเทาหรือหายปวด แม้จะทำให้ฉันสะลึมสะลือ หลับนานขึ้น และมีความรู้สึกตัวลดลง

- ◯ ฉันต้องการกินอาหารทางปาก มิใช่ด้วยสายยางให้อาหาร
- ◯ ฉันต้องการให้ญาติหรือทีมสุขภาพช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจสั้น หอบเหนื่อย ซึมเศร้า หรือเห็นภาพหลอน
- ◯ ฉันต้องการให้ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่แตกแห้ง และรักษาช่องปากให้สะอาด
- ◯ หากฉันมีไข้ ฉันอยากได้ผ้าชุบน้ำโปะหน้าผากและเช็ดตัวฉัน
- ◯ ฉันต้องการให้ร่างกายสะอาดสดชื่น ฉันต้องการอาบน้ำ เช็ดตัว ตัดผม ตัดเล็บ โกนหนวดเครา
- ◯ ฉันต้องการการนวดบรรเทาความปวด ความเมื่อยล้าจากการนอนหรือนั่งเป็นเวลานาน ฉันต้องการพลิกตัวบ่อยๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ
- ◯ หากฉันขับถ่ายไม่ได้ และต้องใช้สายสวนทวาร ฉันต้องการให้อุปกรณ์เหล่านั้น สะอาดปลอดเชื้อ และได้รับการเปลี่ยนเป็นประจำ

นอกจากนี้ ฉันยังต้องการความสุขสบายในแง่มุมอื่นๆ เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

การปฏิบัติจากคนอื่นๆที่ฉันต้องการ

ทำเครื่องหมายถูก ✓ หน้าข้อความที่ท่านต้องการ

- ◯ ฉันต้องการการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไป โดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ แก่ฉัน
- ◯ ฉันต้องการให้มีคนย้ำเตือนความดีงามที่ฉันเคยทำ ต้องการให้คนที่ฉันรักพูดสิ่งดีๆ แก่ฉัน รวมถึงการบอกรัก
- ◯ ฉันต้องการให้มีคนอยู่ใกล้ชิด มากเท่าที่เป็นไปได้
- ◯ ฉันต้องการการกุมมือ สัมผัส โอบกอด และพูดคุย แม้ฉันจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม
- ◯ ฉันอยากให้เพื่อนทำพิธีกรรมทางศาสนาร่วมกับฉัน เช่น บริจาคทาน อ่านคัมภีร์ เจริญภาวนา
- ◯ ฉันต้องการฟังเสียงสวดมนต์ เสียงบรรยายธรรม (ระบุ)_____
- ◯ ฉันต้องการให้มีภาพหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันเคารพประดับอยู่ในห้องของฉัน (ระบุ) _____
- ◯ ฉันต้องการการนำทางสู่สุคติ โดย_____
- ◯ ฉันต้องการฟังเพลง ฟังเสียงอ่านหนังสือ หรือบทกวี (ระบุ)_____ _____
- ◯ ฉันอยากเจอสัตว์เลี้ยง (ระบุ)_____
- ◯ ฉันต้องการความเข้าใจและการยอมรับในตัวฉัน ฉันไม่ต้องการคำเทศนาสั่งสอน

ฉันอนุญาตให้เข้าเยี่ยมเฉพาะรายชื่อต่อไปนี้ หรือมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้เท่านั้น

_____

_____

_____

ฉันต้องการรายการสิ่งของดังต่อไปนี้ ประกอบการดูแลในช่วงท้ายของชีวิต
(เช่น ซีดีเพลง ของรัก สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เอกสารสำคัญ)

_____

_____

_____

นอกจากนี้ ฉันยังต้องการให้คนอื่นๆ ปฏิบัติต่อฉันดังนี้

_____

_____

_____

_____

ฉันอยากให้คนใกล้ชิดของฉันรู้ว่า...

ทำเครื่องหมายถูก ✓ หน้าข้อความที่ท่านต้องการ

- ◯ ฉันรักพวกเขา
- ◯ ฉันขอโทษ ขออโหสิกรรม และให้อภัยในความผิดพลาด การทะเลาะ กระทบกระทั่งระหว่างกัน ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม
- ◯ ฉันไม่กลัวความตาย ฉันยอมรับในความตายที่กำลังจะมาถึง
- ◯ ฉันเชื่อว่าการตายไม่ใช่จุดสิ้นสุด เรายังคงพบและเกื้อกูลกันอีก
- ◯ ในขณะที่ฉันกำลังจะตาย ฉันต้องการให้รักษาบรรยากาศแห่งความสงบ และรักษาสันติในใจ
- ◯ ฉันอยากให้ครอบครัวเคารพและยอมรับในความปรารถนาของฉัน แม้พวกเขาจะไม่เห็นด้วยในบางข้อก็ตาม
- ◯ ฉันอยากให้ทุกคนรู้ว่า ช่วงขณะที่ฉันกำลังจะตายเป็นช่วงเวลาแห่งการเติบโต ทางจิตวิญญาณ การตายคือความหมายอันประเสริฐ และคือการทำหน้าที่ อันบริบูรณ์ของชีวิต
- ◯ ฉันอยากให้สมาชิกในครอบครัวที่ประสบปัญหาอันเนื่องจากความโศกเศร้าสูญเสีย นานเกิน 6 เดือน ได้รับคำปรึกษาหรือการช่วยเหลือจากนักบำบัด
- ◯ ฉันต้องการให้คนในครอบครัวจดจำภาพฉันเมื่อครั้งแข็งแรงและมีความสุข หรือไม่ก็จดจำภาพของฉันในแง่มุมต่อไปนี้

_____

_____

การจัดการร่างกายและงานศพ

ฉันต้องการบริจาคร่างกายหรืออวัยวะ

◯ ฉันไม่ต้องการ

◯ ฉันต้องการ *ฉันเก็บเอกสารบริจาคร่างกายไว้ที่* _____

_____

ฉันต้องการให้จัดการศพของฉันด้วยวิธีการ *(โปรดระบุ)*

_____

_____

*ฉันต้องการให้จัดงานศพเป็นเวลา*_____*วัน*

งานศพของฉันควรมีค่าใช้จ่ายประมาณ _____*บาท*

ฉันต้องการให้งานศพของฉัน (ทำเครื่องหมายถูกได้หลายข้อ)

◯ *ประหยัด ไม่สิ้นเปลือง*

◯ *เรียบง่าย ได้ปัญญา*

◯ *เป็นงานรวมญาติ สมัครสมานสามัคคี*

◯ *ปลอดอบายมุข ปลอดเหล้า ปลอดการพนัน*

ฉันอยากให้บุคคลรายชื่อดังต่อไปนี้ เป็นผู้ดูแลงานศพของฉัน

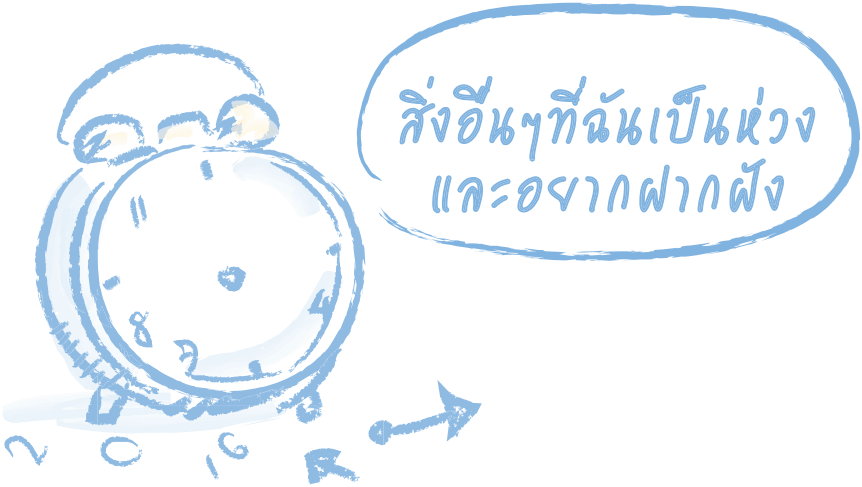
_____

ระบุความต้องการอื่น ๆ เกี่ยวกับงานศพฉัน
(เช่น ของที่ระลึกงานศพ การจัดการเงินบริจาค เป็นต้น)

_____

_____

_____



เช่น การมอบหมายการงาน ภารกิจที่ยังสะสางไม่แล้วเสร็จ
การฝากฝังคนที่เป็นห่วง การจัดการสัตว์เลี้ยง ของรักของหวง
สิ่งที่อยากได้ยินในช่วงเวลาสุดท้าย เป็นต้น

_____

_____

_____

_____

_____

** กรณีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพย์สมบัติ ขอแนะนำให้ท่านทำพินัยกรรมมรดกแยกต่างหาก เนื่องจากเอกสารพินัยกรรมจะมีข้อกฎหมายคุ้มครองแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาฯ*

ผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ

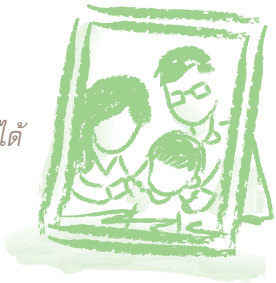
ผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ (ต่อไปจะเรียกว่า“ผู้แทนฯ”) คือผู้ที่จะตัดสินใจแทนท่านเรื่องการดูแลสุขภาพและเรื่องอื่นๆ ในยามที่ท่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต รักษาไม่หาย สื่อสารไม่ได้

โดยมากผู้ป่วยมักเลือกคนใกล้ชิดเป็นผู้แทนฯ เช่น สามี ภรรยา บุตร แต่หลายครั้ง คนใกล้ชิดก็ไม่พร้อมที่จะตัดสินใจ กรณีนี้ ท่านอาจเลือกเพื่อนหรือคนรู้ใจเป็นผู้แทนฯ

ผู้แทนฯ ควรจะเป็นคนที่ท่านและครอบครัวให้ความไว้วางใจ เขาควรรู้จักความต้องการและคุณค่าที่ท่านให้ความสำคัญเป็นอย่างดี เขาควรมีเวลา มีใจที่จะดูแลท่าน สื่อสารความต้องการแทนตัวท่านได้

หากท่านต้องการเปลี่ยนผู้แทนฯ ในเอกสารชิ้นนี้ทำได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ทำลายเอกสารชิ้นนี้แล้วเขียนใหม่ หรือขีดฆ่า เขียนคำว่า **“ยกเลิก” ตัวโต ๆ** ลงลายเซ็นกำกับ พร้อมระบุวันที่ และรายชื่อผู้แทนฯ คนใหม่

ผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ



เมื่อฉันเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและสื่อสารความต้องการไม่ได้ ฉันขอให้บุคคลต่อไปนี้ช่วยตัดสินใจแทนฉัน

ผู้แทนฯ อันดับ 1

ชื่อ – นามสกุล_____ชื่อเล่น_____

เขาเป็น_____ของฉัน

โทรศัพท์ติดต่อ_____

ที่อยู่ _____

อีเมล_____

(กรณีที่ผู้แทนฯ อันดับหนึ่งเสียชีวิต ไม่สามารถติดต่อได้ หรือปฏิเสธการทำหน้าที่ ขอให้รายชื่อต่อไปนี้เป็นผู้แทนฯ ของฉันแทน)

ผู้แทนฯ อันดับ 2

ชื่อ – นามสกุล_____ชื่อเล่น_____

เขาเป็น_____ของฉัน

โทรศัพท์ติดต่อ_____

ที่อยู่ _____

อีเมล_____

สิ่งอื่นๆ ที่อยากบอก ผู้แทนตัดสินใจด้านสุขภาพ

ลายมือชื่อและพยาน

ลงลายมือชื่อของท่าน ผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ และพยาน(ถ้ามี) เพื่อรับรองเอกสาร

ฉัน (ระบุชื่อ) _____

ขอรับรองว่าขณะทำเอกสารแสดงเจตนาฯ ฉบับนี้ ฉันมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ฉันขอให้ครอบครัว แพทย์ บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่มีรายชื่อในเอกสาร ได้โปรดเคารพและปฏิบัติตามความต้องการของฉันให้มากที่สุด เว้นแต่เกิดเหตุสุดวิสัย

นอกจากนี้ ฉันยังขอยกเลิกเอกสารแสดงเจตนาฯ ฉบับก่อนหน้าทั้งหมด

ลายเซ็นเจ้าของสมุดเบาใจ_____

(_____)

วันที่ _____/_____/_____

ลายเซ็นผู้แทนฯ คนที่ 1

(_____)

วันที่____/_____/_____

ลายเซ็นผู้แทนฯ คนที่ 2

(_____)

วันที่____/_____/_____

ลายเซ็นพยานคนที่ 1 (ถ้ามี)

(_____)

วันที่____/_____/_____

ลายเซ็นพยานคนที่ 2 (ถ้ามี)

(_____)

วันที่____/_____/_____

เขียนสมุดเบาใจเสร็จแล้ว ทำอย่างไรต่อ?

- หากพบข้อความที่ไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจที่จะตอบ ท่านสามารถปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของโรงพยาบาลที่ท่านรักษาตัวอยู่

- ตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับการกำกับลงลายเซ็น ท่านอาจปรึกษาแพทย์ประจำตัวหรือทนายความเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะได้รับและความคุ้มครองทางกฎหมาย

- พูดคุยถึงความต้องการของท่านที่ระบุไว้ในสมุดเบาใจกับแพทย์ประจำตัว คนใกล้ชิด คนในครอบครัว และผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพของท่าน

- เก็บสมุดเบาใจไว้ในที่ที่หาเจอได้ง่าย ทำสำเนามอบให้คนใกล้ชิด และผู้แทนฯ ของท่าน

- ถ่ายสำเนาสมุดเบาใจเฉพาะหน้า 5 สอดไว้กับแฟ้มประวัติในโรงพยาบาลที่ท่านรักษาตัวอยู่ และนำสำเนาสมุดเบาใจติดตัวไปโรงพยาบาลด้วยเสมอ

- ตัดกระดาษตามเส้นประในหน้า 19 เพื่อทำเป็นบัตรประจำตัวสอดในกระเป๋าสตางค์ บัตรนี้จะทำหน้าที่สื่อสารกับหน่วยแพทย์ในกรณีที่ท่านเข้าสู่ภาวะวิกฤต

- หมั่นทบทวนข้อความในสมุดเบาใจเป็นประจำทุกปี หรือทุกครั้งที่เจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อแสดงเจตนาของท่านให้เป็นปัจจุบันเสมอ

- ผู้ที่จะถือสำเนาสมุดเบาใจของฉัน ได้แก่ _____

บันทึกเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิงและอ่านเพิ่มเติม

- ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
  ดูเพิ่มเติมที่ www.thailivingwill.in.th

- Five Wishes : ดูเพิ่มเติมที่
  www.agingwithdignity.org

- ปทานุกรมความตาย :
  จัดพิมพ์โดยเครือข่ายพุทธิกา

- เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 2 :
  จัดพิมพ์โดยเครือข่ายพุทธิกา

- ตาย-เป็น (Being Mortal) เขียนโดย
  Atul Gawande พิมพ์โดยสำนักพิมพ์ Open World

ฉันชื่อ_____
หากฉันเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและสื่อสารไม่ได้
ฉันมีหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือ Living Will
กรุณาติดต่อผู้แทนตัดสินใจด้านสุขภาพของฉัน
เขาชื่อ_____
โทร_____

ตัดบัตรส่วนนี้ใส่กระเป๋าสตางค์
เพื่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ
กรณีท่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายของ
ชีวิตและอยู่ในภาวะวิกฤต

เพลงเบาใจ

ศิลปิน: มินท์ แตรตุลาการ

คำร้อง ทำนอง เรียบเรียง: มินท์ แตรตุลาการ

เบา เบา เบา เบา
เบา เบา เบา เบา ...เบาใจ (สองครั้ง)

เรากำลังเรียนรู้กาลเวลา บนถนนชีวิตที่ทอดยาวแสนไกล
เรากำลังเรียนรู้ความเป็นไป กับสิ่งที่เกิดและดับไปพร้อมกัน

* ดั่งใบไม้ที่ร่วงโรยหล่นมา ก็เกิดอีกใบเริ่มต้นใหม่เช่นกัน
หากเธอมองดีๆ คือความจริงที่ไม่ต่าง
ที่เราต่างคนต้องเรียนรู้ (ให้เราต่างคนได้เรียนรู้)

** เบา เบา เบา เบา
เบา เบา เบา เบา ...เบาใจ ให้เธอกับฉันได้เรียนรู้
เบา เบา เบา เบา
เบา เบา เบา เบา ...เบาใจ กับความเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

หากเธอมองพายุฝนที่กระหน่ำ อีกสักพักมันก็หยุดลงเหมือนเคย
ก็แค่ความจริงที่เราต่างคุ้นเคย แล้วใยต้องกังวลแค่ฝนพรำ

ซ้ำ *, **

ก็แค่เข้าใจในความเป็นจริง ปล่อยให้ใจเบาๆ เป็นไปตามสบาย
มีพบก็มีพราก อย่าไปยึดให้มันมาก
บทชีวิตที่หลายหลาก ฉากสุดท้าย ...ก็เช่นนั้น

ซ้ำ **, **, **

(ฟังเพลงได้ที่ https://youtu.be/kC4T7rsvfkc)

สมุดเบาใจ:
ความต้องการของฉันเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดี

ผู้เรียบเรียง
เอกภพ สิทธิวรรณธนะ

ภาพประกอบ และจัดรูปเล่ม
ณัฐชยา ปอวงศ์สว่าง

พิมพ์ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 จำนวน 10,000 เล่ม
พิมพ์ที่ โรงพิมพ์สามลดา

จัดทำโดย
โครงการความตาย พูดได้ เครือข่ายพุทธิกา
45/4 ซ.อรุณอมรินทร์ 39 บางกอกน้อย กทม. 10700
Website: www.happydeathday.co
Facebook: Peaceful Death

ติดต่อขอรับหนังสือและบริจาคสมทบค่าจัดพิมพ์ได้ที่
เครือข่ายพุทธิกา
email: budnet2500@gmail.com
โทร. 02-882-4387, 02-886-0863, 098-906-3488
Line id: 0989063488

ดาวน์โหลดไฟล์ pdf สมุดเบาใจ http://happydeathday.co/baojai
ดูวีดีโอแนะนำการเขียน https://youtu.be/ZQPmWS6-9wU

สนับสนุนโดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS)

โครงการความตาย พูดได้ เครือข่ายพุทธิกา

เครือข่ายพุทธิกา

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

THAPS
สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย