



ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานนิตย์

ครั้งที่ ๘

เรื่อง

Palliative Care

เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย

โดย

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Siriraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อหนังสือ : ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานิตย์

จำนวนหน้า : 68 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 800 เล่ม

เดือน/ปีที่พิมพ์ : กันยายน 2559

ISBN :

พิมพ์ที่ : บริษัท แอทโพร์พริ้นท์ จำกัด

สงวนลิขสิทธิ์

ห้ามคัดลอก ถ่ายภาพ ถ่ายเอกสาร ทำสำเนา จัดเก็บหรือพิมพ์ขึ้นใหม่ ด้วยวิธีการ
ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเพียงบางส่วน หรือทั้งหมดของหนังสือเล่มนี้โดยไม่ได้รับอนุญาต

คำปรารภ

ผมรู้สึกยินดีที่คณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ริเริ่มจัดงาน Siriraj Palliative Care Day ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ World Hospice and Palliative Day ซึ่งมีการจัดงานเฉลิมฉลองขึ้นพร้อมกันทั่วโลกในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนตุลาคมเป็นประจำทุกปี โดยการจัดงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ประชาคมศิริราชและสังคมเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมและโครงการด้าน Palliative Care ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในปีนี้มีกำหนดจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2016 ระหว่างวันที่ 12 - 14 ตุลาคม 2559 โดยมี “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์” ครั้งที่ 8 เป็นปาฐกถาในการจัดงานครั้งนี้ เพื่อให้ชาวศิริราชได้ระลึกถึง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ ผู้บุกเบิกงานด้าน Palliative Care และ End-of-life care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ เป็นครูแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ ผลงานการสอนอันโดดเด่นของท่าน การให้ความรู้คำปรึกษา แนะนำแก่ศิษย์ รวมทั้งความสนใจอย่างลึกซึ้งที่ท่านมีต่อแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นที่ปรากฏชัด จนทำให้ท่านได้รับรางวัลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นครูแพทย์อย่างมากมายตัวอย่างเช่น รางวัลทุน “เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู นอกจากนั้นท่านยังเป็นผู้บริหารที่มีคุณธรรม มีวิสัยทัศน์ และมีผลงานเป็นที่ปรากฏ ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2544

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ มีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง โดยท่านได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง และท่านยังได้แนะนำชักชวนอาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ให้มีโอกาสได้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมาก ท่านเป็นผู้ผลักดันให้เกิดโครงการ “ศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อพัฒนาจิตและคุณธรรมจริยธรรม” สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปีจนถึงปัจจุบัน นอกจากนั้น ท่านยังเป็นผู้ริเริ่มจัดให้มีการฝึกวิปัสสนากรรมฐานสำหรับพยาบาล ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการ “พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข” สำหรับบุคลากรของคณะฯ ในปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่อง Palliative Care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ต้องดูแลทั้งกายและใจของผู้ป่วย และต้องดูแลผู้ป่วยให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” ด้วย ท่านจึงริเริ่มจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” และ “End-of-life care” สำหรับอาจารย์แพทย์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการอบรม “อาจารย์แพทย์สู่ความเป็นเลิศ” ในปัจจุบัน และยังได้ขยายผลไปสู่การจัดอบรมให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันอื่น ๆ อีกด้วย นอกจากนั้น ท่านยังสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์และพยาบาล ซึ่งมีโอกาสฝึกปฏิบัติและเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐานจัดทำโครงการ “รักษาใจยามเจ็บป่วย” ตั้งแต่ พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและคลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยให้เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิตตามจริง ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และยังคงดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของคณะฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต และท่านได้มีส่วนสำคัญในการเริ่มต้นผลักดันเรื่องนี้ จน

คณะกรรมการประจำคณะฯ เห็นชอบให้ประกาศนโยบาย Palliative Care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2550

ในวาระสุดท้ายของชีวิต ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ ป่วยด้วยโรคมะเร็ง แม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ท่านมิได้พรั่นพริ้งต่อทุกขเวทนาและความตาย ท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ ทำหน้าที่การงานต่างๆ เพื่อประโยชน์ของส่วนรวมอย่างไม่ย่อท้อ ผลงานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มีอาสาสมัครของภาควิชาอายุรศาสตร์ ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญให้คณะฯ นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบจิตอาสาต่อไป แม้วันนี้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ ได้จากพวกเราไปแล้ว แต่สิ่งที่ท่านสอนพวกเราตลอดชีวิตของท่าน คือ การแสดงตัวอย่างจากของจริงให้เห็นว่า ทำอย่างไรจึงเรียกว่า “อยู่เป็น” “ตายเป็น” และ “ตายดี”

ในปีนี้ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร ได้รับเลือกให้เป็นองค์ปาฐก แสดงปาฐกถาเกียรติยศสุมาลี นิมนานินิตย์ ในหัวข้อ “Palliative Care: เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย” ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2521 และจบประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงทางการแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2525 และจบปริญญา วว. อายุรศาสตร์ จากแพทยสภา พ.ศ. 2527 ประสบการณ์ในการทำงานท่านเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและปัจจุบันเป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ท่านได้รับรางวัลแพทย์ประจำบ้านดีเด่น ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2524 Quality Person of the Year 2009 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2552 ศิษย์เก่าดีเด่นสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2554 รางวัลบุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2555 เครื่องราชอิสริยาภรณ์

มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก พ.ศ. 2555 นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และรางวัลศิริราชเชิดชูเกียรติ ประจำปี 2557 - 2558 ท่านเป็นผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ มองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึงทั้งในระดับองค์กร ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยและให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาอย่างยาวนาน เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และได้ใช้เวลาอันมีค่าอยู่กับครอบครัวและคนที่รักอย่างมีความสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ในขณะที่ท่านดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลท่านให้การส่งเสริมสนับสนุนกับภาควิชา และหน่วยงานในการจัดอบรม จัดประชุมและจัดโครงการต่างๆเพื่อส่งเสริมความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบ Palliative Care ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนแนวคิดในการสร้างโครงการศิริราชสัปายสถานเพื่อการบริรักษ์ (Siriraj Hospice) เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากของประเทศที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ Palliative Care จึงนับว่าศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร เป็นผู้หนึ่งที่ได้สนับสนุนงาน Palliative Care อย่างเสมอมา

ดังนั้น ผมจึงขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร ที่แสดงปาฐกถาเรื่อง “Palliative Care: เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย” ในวาระสำคัญนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care และคณะกรรมการอำนวยการจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2016 ที่ได้จัดงาน อันทรงคุณค่าครั้งนี้ และขออวยพรให้การจัดงานครั้งนี้บรรลุผล สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ



ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



สารบัญ

	หน้า
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช	15
คำกล่าวสุดท้ายของศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เกี่ยวกับ Palliative Care	21
ประวัติ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร	25
ปาฐกถาเกียรติยศ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เรื่อง Palliative Care : เป็นแนวทางสำคัญ ที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย โดย ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร	43
บทความเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์	55



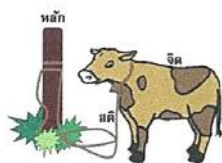
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์



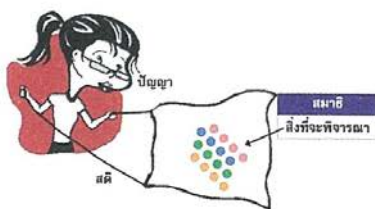




สติคืออะไร



สติ สมาธิ ปัญญา







ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์
ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ เกิดเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2484 ท่านเข้าเรียนแพทย์ สอบข้ามฟากมาเป็นแพทย์ศิริราช รุ่นที่ 70 และจบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ. 2508 ท่านได้เดินทางไปฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิต ได้รับ American Board of Internal Medicine และ Certificate of Nephrology Fellowship เมื่อพ.ศ. ๒๕๑๕ และกลับมาเป็นอาจารย์ในสาขาวิชาวิสัญญีวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่นั้นมา พ.ศ. 2516

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ เป็นครูแพทย์ ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา ให้ความเอาใจใส่แก่ศิษย์อย่างเสมอต้นเสมอปลาย เป็นที่ปรากฏจนได้รับรางวัลทุน “เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” พ.ศ. 2525 รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช พ.ศ. 2539 และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู พ.ศ. 2542 และท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์หญิงคนแรก ระหว่างปีพ.ศ. 2540-2544

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ เริ่มฝึกปฏิบัติ วิปัสสนากรรมฐานกับคุณแม่สิริ กรินชัย เป็นครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2531 โดยได้รับการชักชวนจากคนในครอบครัว และอยากทดลอง เนื่องจากเห็นหลานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากการฝึกปฏิบัติฯ หลังจากนั้นท่านมีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง จึงได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง ด้วยความศรัทธา เห็นคุณค่า และด้วยเมตตาธรรม ท่านจึงได้แนะนำชักชวน อาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ให้มีโอกาส

ได้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมาก ท่านผลักดันให้เกิดโครงการ “ศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อพัฒนาจิตและคุณธรรมจริยธรรม” สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่พ.ศ.2541 นอกจากนั้น ท่านยังเป็นผู้ริเริ่มจัดให้มีการฝึกวิปัสสนากรรมฐานสำหรับพยาบาลอายุรศาสตร์ เพื่อให้ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยหนักมีสติและจิตใจที่มั่นคง ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการ “พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข” สำหรับบุคลากรของคณะฯ ในปัจจุบัน และท่านยังสนับสนุนให้พยาบาลอายุรศาสตร์และอาจารย์แพทย์ ซึ่งมีโอกาสฝึกปฏิบัติฯ และเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐาน จัดทำโครงการ “รักษาใจยามเจ็บป่วย” ตั้งแต่พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและคลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยการพูดคุยเรื่องความเจ็บป่วย เติมน้ำใจ กำหนดลมหายใจ เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิต ตามจริง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่องการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, Palliative Care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีความซื่อสัตย์ในการพูด การถ่ายทอด การถาม การฟังอย่างใส่ใจ การใช้ภาษากายและภาษาพูด มีจิตใจที่ตั้งมั่น มีสติที่ไว มีความสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีไหวพริบปฏิภาณ สามัญสำนึก “รู้เขารู้เรา” และ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” นอกจากการดูแลกายที่ป่วยแล้ว แพทย์ต้องดูแลรักษาใจที่ป่วย และดูแลผู้ใกล้ตายให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” ด้วย ท่านจึงจัดให้มีการอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ เรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” เป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ.2544 และได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่องนี้สำหรับอาจารย์ของคณะฯ ในปีเดียวกัน ท่านริเริ่มจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง “End-of-life care” สำหรับอาจารย์ของภาควิชาที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเมื่อพ.ศ. 2546 ขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งคณะฯ เห็นความสำคัญและได้นำหัวข้อนี้มาผนวกเข้ากับการอบรม

อาจารย์เรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” ในเวลาต่อมา และยังได้ขยายผลไปสู่การจัดอบรมให้แก่สมาชิกของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และอาจารย์แพทย์ของสถาบันอื่นๆ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่รังไข่ ตั้งแต่พ.ศ.2548 แม้จะป่วยท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจ ทำหน้าที่การทำงานต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ งานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มี “อาสาสมัคร” ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายใน เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ ถึงแก่กรรมอย่างสงบที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2550 สิริอายุรวม 66 ปี

คำกล่าวสุดท้ายของ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์
เกี่ยวกับ Palliative Care
เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2550

“Palliative Care เป็นคำที่ใช้กันมานาน แต่ก็เกิดความสับสนแยะ ในสมัยแรกก็ทำเป็น dichotomy คือ คนไข้จะตาย แล้วก็ค่อยเข้าไป Palliative Care หรือ hospice ทำให้เข้าใจผิดกันมาตลอดว่าจะต้องเป็นอย่างนั้น แต่ที่จริงแล้วมันมีวิวัฒนาการกันมาตลอด ถ้าไปดูจะเห็นว่าในที่สุด concept ของ Palliative Care คือ relief suffering และ improve quality of life ซึ่งไม่มีคนไข้คนไหนไม่ต้องการเลย แม้กระทั่งคนไข้ปวดหัว เพราะฉะนั้น Palliative Care เป็นสิ่งที่คนไข้ทุกคนต้องการ...ต้องการให้ทีมรักษาช่วยในทุกๆ ด้าน... physical, psychological, social และ spiritual ที่เป็น holistic care

Palliative Care เป็นหน้าที่ของทุกๆ คนในทีมรักษา โดยเฉพาะแพทย์ทุกแขนงสาขาวิชาจะละเลยสิ่งนี้ได้ และถ้าเราทำ Palliative Care แล้ว นี่คือการดูแลรักษาอย่างมีมนุษยธรรม มันคือ humanized medicine นั้นเอง ไม่ต้องไปหารูปแบบใหม่ ไม่ต้องไปหา วิธีการใหม่...เสียเวลา เพราะฉะนั้น ขอให้ชาวศิริราชได้ตระหนักถึงสิ่งนี้ โดยเฉพาะแพทย์ และให้การดูแลรักษาแบบนี้

Palliative Care นั้นมี spectrum กว้างมาก ตั้งแต่การ support ด้านจิตใจทั่วไป จนถึง end-of-life care ซึ่งหมอทุกๆ คนต้องทำเป็น และฝึกตัวเองให้ทำเป็น เราจะได้ทั้ง holistic, humanized... ต่างๆ ทุกอย่าง มันจะเบ็ดเสร็จอยู่ในตัวของ Palliative Care เพราะฉะนั้น ขอให้ศิริราชได้เป็นจุดเริ่มต้นในสิ่งเหล่านี้แล้วแพร่หลายไปให้เกิดประโยชน์กับมนุษยชาติโดยเฉพาะคนไข้ขอฝากไว้...และขอให้ช่วยกันทำให้สำเร็จในทุกๆ ด้าน...”





ประวัติและผลงาน
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร

- **ประวัติ**

ชื่อ-นามสกุล	ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร
วัน/เดือน/ปีเกิด	17 สิงหาคม พ.ศ. 2497
สถานที่ทำงาน	สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

- **ประวัติการศึกษา**

2.1 การศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดล

1. ระดับปริญญาตรี ปริญญา วทบ. (วิทยาศาสตร์การแพทย์) จากมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2519
2. ระดับปริญญาโท ปริญญา พบ.จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2521
ปริญญาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงทางการแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2525
3. ระดับปริญญาเอก ปริญญา วว. อายุรศาสตร์ จากแพทยสภา พ.ศ. 2527

2.2 การศึกษาอื่นๆ เพิ่มเติม

1. Certificate research fellowship training in Gastroenterology at University of California, San Diego, USA พ.ศ. 2531-2533

- **ตำแหน่งปัจจุบัน** อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

- ประวัติการทำงานที่สำคัญ

- 4.1 งานประจำ

- 4.1.1 อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 1 มกราคม 2558 – ปัจจุบัน
 - 4.1.2 คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วันที่ 9 ธันวาคม 2554 – 21 มกราคม 2558
 - 4.1.3 ประธานคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ วันที่ 9 ธันวาคม 2554 – 21 มกราคม 2558
 - 4.1.4 หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
วาระที่ 1 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2548 – 19 กุมภาพันธ์ 2552
วาระที่ 2 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2552 – 8 ธันวาคม 2554
 - 4.1.5 รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 12 ธันวาคม 2543 – 19 กุมภาพันธ์ 2548
 - 4.1.6 ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วันที่ 2 ธันวาคม 2534 -11 ธันวาคม 2543

- 4.2 เป็นสมาชิกหรือกรรมการ สมาคม มูลนิธิ ชมรม หรืออื่นๆ

- 4.2.1 เลขาธิการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 3 สมัย พ.ศ. 2538-2539, พ.ศ. 2540-2541 และ พ.ศ. 2542-2543
 - 4.2.2 ประธานกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2544-2545
 - 4.2.3 ประธานชมรม Thai Motility Club สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546-2547

- 4.2.4 อุปนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2550-2551
- 4.2.5 ประธานชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553
- 4.2.6 นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554
- 4.2.7 กรรมการสภามหาวิทยาลัย จากผู้บริหารระดับคณบดีมหาวิทยาลัยมหิดล 2 วาระเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 – มกราคม พ.ศ. 2558
- 4.2.8 กรรมการสภามหาวิทยาลัยโดยตำแหน่ง (อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล) พ.ศ. 2558- ปัจจุบัน
- 4.2.9 ประธานที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559

4.3 เกียรติประวัติ/รางวัลที่เคยได้รับ

- แพทย์ประจำบ้านดีเด่น ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2524
- Quality Person of the Year 2009 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2552
- ศิษย์เก่าดีเด่นสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2554
- เครื่องราชอิสริยาภรณ์ มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก พ.ศ. 2555
- ประธานการจัดประชุมวิชาการโรคระบบทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2555
- บุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2555
- ศิษย์เก่าดีเด่นบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555
- ศิษย์เก่าดีเด่นสมาคมศิษย์เก่าคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2556
- นักบริหารโรงพยาบาลดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2556
- รางวัลศิริราชเชิดชูเกียรติ ประจำปี 2557 - 2558

● **คุณสมบัติและผลงานดีเด่น**

- 5.1 เป็นผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ มองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึงทั้งในระดับองค์กรระดับประเทศ และระดับนานาชาติจึงชี้แนวทางที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และมหาวิทยาลัยมหิดล สามารถดำเนินการที่จะมีประโยชน์แก่ทุกฝ่าย รวมทั้งแก่ประชาชนชาวไทยด้วย ดังงานของท่านในฐานะคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- 5.2 เป็นผู้มีความซื่อตรง คิดพูดทำตรงกันเสมอ ทำให้บุคลากรมีความเชื่อถือ จะเห็นได้จากการทำงานเป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ที่มีอาจารย์ในภาควิชามากกว่า 120 คน และจากการทำงานเป็นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชมีพยาบาลและบุคลากรสายสนับสนุนอยู่ในความดูแลมากกว่า 9,000 คน หรือจากการเป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งมีบุคลากรมากกว่าในความดูแลมากกว่า 15,000 คน
- 5.3 เป็นผู้มีความเสียสละ อดทน ทุ่มเท ให้เวลาแก่งานและส่วนรวมอย่างไม่เห็นแก่เห็นดเห็น้อย ในฐานะคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีหน้าที่ต่อพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์ต่อวงการศึกษาระดับสูงและการวิจัย ต่อการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราช และต่อบุคลากรทุกระดับซึ่งอาจารย์อุดมสามารถบริหารงานบริหารเวลา และบริหารอารมณ์ได้อย่างดียิ่ง
- 5.4 เป็นผู้มีความใจกว้างใช้ถ้อยคำที่สุภาพ ให้เกียรติบุคลากรทุกระดับไม่เคยใช้อำนาจข่มขู่ผู้ใด สามารถผูกใจให้บุคลากรรับฟังและยินดีร่วมมือเป็นอย่างดี
- 5.5 เป็นกัลยาณมิตร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ เพื่อให้ปัญหาต่างๆคลี่คลายไปได้อย่างดี เมื่อมีผู้เดือดร้อนมาหา ก็ยินดีรับฟังความเดือดร้อนและช่วยปัดเป่าให้หายร้อน จึงมีทั้งรุ่นพี่รุ่นน้องมาพึ่งพาอยู่เสมอ

- 5.6 เป็นผู้มีความสามารถในการประสานงาน เพื่อให้งานใหญ่สำเร็จโดยทุกคนพอใจ ตัวอย่างเช่น การเป็นประธานการจัดประชุมวิชาการโรคระบบทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุม 2,700 คน จากนานาประเทศ ซึ่งเป็นอีกผลงานหนึ่งที่แสดงถึงความสามารถในการแบ่งงานและความเป็นผู้บริหารระดับสากล

● บทความวิชาการและ/หรือผลงานวิจัยที่ได้เผยแพร่

Publications

1. **Kachintorn U**, Chainuvati T, Chinapak O, Plengvanit U. Spontaneous Bacterial Peritonitis in Cirrhotics : Clinical and Ascitic Fluid Findings. Annals Academy of Medicine Singapore 1986;15:221-6.
2. Chinapak O, **Kachintorn U**, Plengvanit U. Efficacy of Tri-potassium di-citrato bismuthate and Cimetidine in PU disease, a comparative study of 40 GU and 80 DU. J Med Assoc Thai 1987;70:176-80.
3. Hitanant S, Tuchinda P, **Kachintorn U**, Pechroungrong B, Plengvanit U, Viranuvatti V. A comparison of Prostaglandin E2analogue (Enprostil) and ranitidine in the treatment of duodenal ulcer. Gastroenterology 1987;92:1436.(Abstract)
4. Chainuvati T, Viranuvatti V, Luengrojanakul P, **Kachintorn U**, Plengvanit U, Ponzetto A. The prevalence of delta infection among Thai hepatitis B carrier. Internal Medicine 1987; 3:47-48.
5. **Kachintorn U**, Atisook K, Tesjaroen S, Lertakyamanee N, Plengvanit U. Fasciola gigantica: The second case of human infection in Thailand. J Med Assoc Thai 1988;71(8) : 451-455.
6. Luengrojanakul P, **Kachintorn U**, Nilganuvong S, Parivisuth L, Damrongsuk J. Misoprostol (Cytotec) in treating NSAID-induced upper GI symptoms and lesions. Proceeding of Annual Meeting of Thai Gastroenterological Association 1988;page 20. (Abstract)

7. Luengrojanakul P, **Kachintorn U**, Chainuvati T, Hitanant S. Endoscopic variceal sclerotherapy 5-year experience at Siriraj Hospital Thailand. *Gastroenterology* 1989; 96(5): A309 (Abstract).
8. **Kachintorn U**, Traynor-Kaplan A, Dharmasathaphorn K. Characterization of inositol phosphate production in T84 cells stimulated with histamine and carbachol. *The FASEB Journal* 1990;4 (7):A 1778.(Abstract)
9. Vajanaphanich M, **Kachintorn U**, Traynor-Kaplan A, Barrett KE. Evidence for reciprocal control of epithelial Cl secretion by protein kinase C and calcium/calmodulin dependent protein kinase. *Gastroenterology* 1991;100(5):A707 (Abstract)
10. Vajanaphanich M, **Kachintorn U**, Barrett KE, Traynor-Kaplan A. Agents which modulate epithelial secretion alter accumulation of lipids in the PI pathway. *Gastroenterology* 1991;100(5):A707 (Abstract)
11. Tanwandee T, **Kachintorn U**, Chinapak O. Famotidine in the treatment of gastric ulcer. *Royal Thai Air Force Medical Gazette* 1992; 38:95-64.
12. **Kachintorn U**, Luengrojanakul P, Atisook K. et al. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer diseases : prevalence and association with antral gastritis in 210 patients. *J Med Assoc Thai* 1992; 75 : 386-92.
13. **Kachintorn U**, Vongkovit P, Vajanaphanich M, Dinh S, Barrett KE, Dharmasathaphorn K. Dual effects of a phorbol ester on calcium-dependent chloride secretion by T84 human colonic epithelial cells. *Am J Physiol* 1992; 262 (cell physiol. 31) : C15-C22
14. **Kachintorn U**, Vajanaphanich M, Traynor-Kaplan A, Dharmasathaphorn K, Barrett KE. Activation by calcium alone of chloride secretion in T84 epithelial cells. *Br J Pharmacol* 1993; 109:510-7.

15. **Kachintorn U**, Vajanaphanich M,Barrett KE,Traynor-Kaplan AE. Elevation of inositol tetrakisphosphate parallels inhibition of calcium-dependent chloride secretion in T84 cells. *Am J Physiol* 1993; 264 (Cell Physiol 33):C671-C676.
16. Vajanaphanich M, **Kachintorn U**, Barrett KE, Cohn JA, Dharmasathaphorn K, Traynor-Kaplan A. Phosphatidic acid modulates Cl^- secretion in T84 cells: varying effects depending on mode of stimulation. *Am J Physiol* 1993; 264 (Cell Physiol 33) : C1210-C1218.
17. **Kachintorn U**, Tanwadee T, Manatsathit S, Boonyapisit S, Chinapak O. An open study in outpatients on the efficacy and tolerance of Zefxon[®] (Omeprazole) in the treatment of duodenal ulcer. *Intern Med* 1993; 9:67-9.
18. Suwanagool P, Atisook K, Pongpech P, Dhiraputra C, Luengrojanakul P, **Kachintorn U**. Helicobacter pylori : A Comparison of CLO test and Gemsa's stain with culture in dyspeptic patients. *J Med Assoc Thai* 1993; 76:185-9.
19. Manatsathit S, **Kachintorn U**, Boonyapisit S, Luengrojanakul P, Tanwadee T, Chinapak O. Gastric acid secretion in thai patients with particular reference to the characteristics differentiating types of gastric and duodenal ulcer. *J Med Assoc Thai* 1993; 76:677-82.
20. Tanwadee T, Manatsathit S, Luengrojanakul P, **Kachintorn U**, Sattawatthamrong Y, Janyapoon K, Khonlamp J, Chainuvati T. Prevalence of Hepatitis B virus, Hepatitis C virus and Human Immune Deficiency virus in Cirrhotic Patients undergoing Sclerotherapy for Esophageal Varices at Siriraj Hospital. *Siriraj Hospital Gaz.* 1994; 46:129-134.
21. Tanwadee T, **Kachintorn U**, Sattawatthamrong Y, Manatsathit S, Luengrojanakul P, Chinapak O. Efficacy of colloidal bismuth subcitrate VS. cimetidine for treatment of Helicobacter pylori positive non-ulcer dyspepsia. *Siriraj Hosp Gaz* 1994; 46:358-62.

22. Das S, Traynor-Kaplan A, **Kachintorn U**, Aley SB, Gillin FD. GP 49, an invariant GPI - anchored antigen of *Giardia lamblia*. Brazilian J Med Biol Res 1994; 27:463-9.
23. Neungton N, **Kachintorn U**, Chinapak O, Ong-Ajyooth S, Umpornsirirat S. Significance of ascitic fluid white blood cells, pH, lactate, and other chemistry in immediate diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis. J Med Assoc Thai 1994; 7:266-70.
24. Boonyapisit S, Manatsathit S, **Kachintorn U**, Tanwandee T, Sattawatthamrong Y, Chinapak O. Effects of cigarette smoking on duodenal ulcer healing and relapse rate. J Med Assoc Thai 1994; 77:566-71.
25. **Kachintorn U**, Chinapak O, Vongphanich V, et al. Roxatidine versus Ranitidine in the treatment of duodenal ulcer : randomized, double blind, controlled, multicenter study in Thailand. J Med Assoc Thai 1995; 78:641-7.
26. Manatsathit S, Tansupasawasdikul S, Wanachiwanawin D, Setawarin S, Suwanagool P, Prakasvejakit S, Leelakusolvong S, Eampokalap B, **Kachintorn U**. Causes of chronic diarrhea in patients with AIDS in Thailand : A prospective clinical and microbiological study. J Gastroenterol 1996; 31:533-7.
27. Sattawatthamrong Y, **Kachintorn U**, Manatsathit S, Leelakusolvong S, Tanwandee T, Leungrojanakul P, Boonyapisit S, Chinapak O. Eradicating *Helicobacter pylori* and symptoms of non-ulcer dyspepsia : the effect of treatment with a combination of ranitidine and amoxicillin. Siriraj Hosp Gaz 1996; 48:683-8.
28. Leelakusolvong S, Manatsathit S, Sattawatthamrong Y, Tanwandee T, **Kachintorn U**, Luengrojanakul P, Boonyapisit S, Chinapak O. Causes and Clinical Courses of Chronic Diarrhoea in Siriraj Hospital. Siriraj Hosp Gaz 1997; 49:462-8.

29. Sukpanichanant S, Leenuttapong V, Dejsomritrutai W, Thakerngpol K, Wanachiwanawin W, **Kachintorn U**, Nitiyanant W. Pulmonary Dirofilaria in a patient with multisystem Langerhans cell histiocytosis-the first reported case in Thailand. J Med Assoc Thai 1998; 81:722-7.
30. Sookpaisal T, Tanwandee T. **Kachintorn U**. Detection of Helicobacter pylori antigen in feces using enzyme immunoassay. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14 (Supplement): S79.
31. Sukpanichnant S, Srisuthapan Hargrove N. **Kachintorn U**, et al. Clofazimine - induced crystal - storing histiocytosis - producing chronic abdominal pain in a leprosy patient. Am J Surg Pathol 2000; 24: 129-35.
32. Mahachai V, Kositchaiwat C, **Kachintorn U**, et al. Epidemiology of Helicobacter pylori infection in Thailand. Helicobacter Research 2000; 4:25-9.
33. **Kachintorn U**. Recommended regimens for H.pylori infection. Gastroenterology Today 2000;4(4):160-2.
34. Wong BC, Xiao SD, Hu FL, Huang NX, Li YY, Hu PJ, Daldiyono, Manan C, Lesmana L, Carpio RE, Perez Jy Jr, Fock KM, **Kachintorn U**, Phornphutkul K, Kullavanijaya P, Ho J, Lam SK. Comparison of lansoprazole-based triple and dual therapy for treatment of Helicobacter pylori-related duodenal ulcer : an Asian multicentre double-blind randomized placebo controlled study. Aliment Pharmacol Ther. 2000 Feb;14 (2):217-24.
35. Pootra-kul P, Sirankapracha P, Sankote J, **Kachintorn U**, et al. Clinical trial of deferiprone iron chelation therapy in β -thalassaemia/haemoglobin E patients in Thailand. Br J Haematol 2003;122:305-310.
36. Atisook K, **Kachintorn U**, Luengrojanakul P, et al. Histology of Gastritis and Helicobacter pylori Infection in Thailand : a Nationwide Study of 3776 Cases. Helicobacter 2003;8:132-141.

37. Kositchaiwat C, Ovartharnporn B, **Kachintorn U**, et al. Low and high doses of rabeprazole versus omeprazole for cure of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18:1017-1021.
38. Charatcharoenwithaya P, Sattawattharong Y, Manatsathit S, Tanwandee T, Leelakusolvong S, **Kachintorn U**, et al. Predictive Factors for Synchronous Common Bile Duct Stone in Patients with Symptomatic Cholelithiasis. *J Med Assoc Thai* 2004;87: 131-136.
39. **Kachintorn U**. How do we define non-cardiac chest pain? *Journal of Gastroenterology and hepatology* 2005;20:S2-S5.
40. Danchaivijitr S, Rongrungrang Y, **Kachintorn U**, et al. Prevalence and Effectiveness of an Education Program on Intestinal Pathogens in Food Handlers. *J Med Assoc Thai* 2005;88 (Suppl 10):S31-5.
41. Leelakusolvong S, Sinpeng T, Pongprasobchai S, Tanwandee T, **Kachintorn U**, Manatsathit S. Effect of botulinum toxin injection for achalasia in Thai patients. *J Med Assoc Thai* 2006;89:S67-72.
42. Laohavichitra K, Akaraviputh T, Methasate A, Leelakusolvong S, **Kachintorn U**. Comparison of early pre-cutting vs standard technique for biliary cannulation in endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a personal experience. *World J Gastroenterol* 2007;13 (27):3734-7.
43. Park SH, Cho CS, Lee OY, Jun JB, Lin SR, Zhou LY, Yuan YZ, Li ZS, Hou XH, Zhao HC, **Kachintorn U**, Kositchaiwat C, Lertkupinit C. Comparison of Prevention of NSAID-Induced Gastrointestinal Complications by Rebamipide and Misoprostol: A Randomized, Multicenter, Controlled Trial-STORM STUDY. *J Clin Biochem Nutr.* 2007 Mar;40(2):148-155.

44. Lohsiriwat V, Sujarittanakarn S, Akaraviputh T, Lertakyamane N, Lohsiriwat D, **Kachintorn U**. Colonoscopic perforation : A report from World Gastroenterology Organization endoscopy training center in Thailand. *World J Gastroenterol*. 2008 21;14(43):6722-5.
45. Leung WK, Wu MS, Kakugawa Y, Kim JJ, Yeoh KG, Goh KL, Wu KC, Wu DC, Sollano J, **Kachintorn U**, Gotoda T, Lin JT, You WC, Ng EK, Sung JJ; Asia Pacific Working Group on Gastric Cancer. *Lancet Oncol*. 2008 Mar;9(3):279-87.
46. Tanwandee T, Kitikomunkun P, Charatcharoenwitthaya P, Chainuvati S, Prachayakul V, Pongprasobchai S, Manatsathit S, Leelakusolvong S, Pausawasdi N, Srikureja W, **Kachintorn U**, Udompunterak S. Prevalence and risk factors of virologic flare in inactive chronic hepatitis B. *Hepatol Int* 2009;3:133.
47. Tanwandee T, Setthasin S, Charatcharoenwitthaya P, Chainuvati S, Leelakusolvong S, Pausawasdi N, Srikureja W, Pongprasobchai S, Manatsathit S, **Kachintorn U**, Ekpo P, Senawong S. Clinical utility of lens culinaris agglutinin-reactive alpha-fetoprotein in the diagnosis of hepatocellular carcinoma : evaluation in a Thai referral population. *J Med Assoc Thai* 2009;92:S49-56.
48. Arakawa T, Fujiwara Y, Sollano JD, Zhu Q, **Kachintorn U**, Rani AA, Hahm KB, Takahashi S, Joh T, Kinoshita Y, Matsumoto T, Naito Y, Takeuchi K, Yamagami H, Agustanti N, Xiong H, Chen X, Jang EJ, Furuta K, Terano A; IGICS study group. A questionnaire-based survey on the prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs by physicians in East Asian countries in 2007. *Digestion*. 2009;79(3):177-85.
49. Lohsiriwat V, Sujarittanakarn S, Akaraviputh T, Lertakyamane N, Lohsiriwat D, **Kachintorn U**. What are the risk factors of colonoscopic perforation? *BMC Gastroenterology* 2009; 9:71:1-6.

50. Fujiwara Y, Takahashi S, Arakawa T, Sollano JD, Zhu Q, **Kachintorn U**, Rani AA, Hahm KB, Joh T, Kinoshita Y, Matsumoto T, Naito Y, Takeuchi K, Furuta K, Terano A; IGICS Study Group. A 2008 questionnaire-based survey of gastro-esophageal reflux disease and related diseases by physicians in East Asian countries. *Digestion*. 2009; 80(2):119-28.
51. Fock KM, Katelaris P, Sugano K, Ang TL, Hunt R, Talley NJ, Lam SK, Xiao SD, Tan HJ, Wu CY, Jung HC, Hoang BH, **Kachintorn U**, Goh KL, Chiba T, Rani AA; Second Asia-Pacific Conference. Second Asia-Pacific Consensus Guidelines for Helicobacter pylori infection. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009;24(10):1587-600.
52. Amornyotin S, Prakanrattana U, **Kachintorn U**, Chalayonnavin W, Kongphlay S. Propofol-based sedation does not increase rate of perforation during colonoscopic procedure. *Gastroenterology Insights* 2010; 2(e4):13-16.
53. Pongprasobchai S, Jianjaroonwong V, Charatcharoenwittaya P, Komoltri C, Tanwandee T, Leelakusolvong S, Pausawasdi N, Srikureja W, Chainuvati S, Prachayakul V, Manatsathit S, **Kachintorn U**. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the prediction of severity of acute pancreatitis. *Pancreas*. 2010 Nov;39(8):1226-30.
54. Ghoshal UC, Singh R, Chang FY, Hou X, Wong BC, **Kachintorn U**. Functional Dyspepsia Consensus Team of the Asian Neurogastroenterology and Motility Association and the Asian Pacific Association of Gastroenterology. Epidemiology of uninvestigated and functional dyspepsia in Asia: facts and fiction. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011 Jul;17(3):235-44.
55. Amornyotin S, **Kachintorn U**, Chalayonnawin W, Kongphlay S. Propofol-based deep sedation for endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedure in sick elderly patients in a developing country. *Ther Clin Risk Manag*. 2011;7:251-5.

56. Chierakul N, Pongprasobchai S, Boonyapisit K, Chinthammitr Y, Pithukpakorn M, Maneesai A, Srivijitkamol A, Koomanachai P, Koolvisoot A, Tanwandee T, Shayakul , **Kachintorn U**. Can we predict final outcome of internal medicine residents with n-training evaluation. J Med Assoc Thai. 2011 Feb;94 Suppl 1:S246-9.
57. Tanwandee T, Pithukpakorn M, Vipatakul N, Charatcharoenwithaya P, Chainuvati S, Nimanong S, Prachayakul V, Pongprasobchai S, Manatsathit S, Leelakusolvong S, Pausawasdi N, **Kachintorn U**, Limwongse C, Udompunturak S. Genetic polymorphism of low-density lipoprotein receptor did not affect treatment outcome of chronic hepatitis C genotype 3. J Med Assoc Thai. 2011 Feb; 94 Suppl 1:S147-53.
58. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Bleeding hepaticojejunostomy anastomotic varices successfully treated with Histoacryl injection, using single-balloon enteroscopy. Endoscopy. 2011 Aug;43 Suppl 2:E153. Epub 2011
59. Sung JJ, Chan FK, Chen M, Ching JY, Ho KY, **Kachintorn U**, Kim N, Lau JY, Menon J, Rani AA, Reddy N, Sollano J, Sugano K, Tsoi KK, Wu CY, Yeomans N, Vakil N, Goh KL. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gut. 2011 Sep;60(9):1170-7. Epub 2011
60. Vilaichone RK, Mahachai V, Tumwasorn S, **Kachintorn U**. CagA genotype and metronidazole resistant strain of Helicobacter pylori in functional dyspepsia in Thailand. J Gastroenterol Hepatol. 2011 Apr;26 Suppl 3:46-8.
61. **Kachintorn U**. Epidemiology, approach and management of functional dyspepsia in Thailand. J Gastroenterol Hepatol. 2011 Apr;26 Suppl 3:32-4.
62. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. EUS-guided choledochoduodenostomy for biliary drainage using tapered-tip plastic stent with multiple fangs. Endoscopy. 2011 Aug;43 Suppl 2:E109-10. Epub 2011

63. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Atypical clinical presentation of typical endoscopic finding of Bouveret's syndrome. *Endoscopy*. 2011 Aug;43 Suppl 2:E55-6. Epub 2011
64. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Complete obstructive esophageal cancer with esophagopleural fistula successfully treated by combined antegrade and retrograde rendezvous technique. *Endoscopy*. 2011;43 Suppl 2 UCTN:E354-5.
65. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Overtube-assisted direct peroral pancreatoscopy using an ultraslim gastroscope in a patient suspected of having an intraductal papillary mucinous neoplasm. *Endoscopy*. 2011;43 Suppl 2 UCTN:E279-80.
66. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Common bile duct stone removal with overtube-assisted direct peroral cholangioscopy, without balloon inflation, using an ultra-slim gastroscope following electrohydraulic lithotripsy. *Endoscopy*. 2011;43 Suppl 2 UCTN:E273-4.
67. Miwa H, Ghoshal UC, Fock KM, Gonlachanvit S, Gwee KA, Ang TL, Chang FY, Hongo M, Hou X, **Kachintorn U**, et al. Asian consensus report on functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2012; 27:626–641.
68. Ishimura N, Amano Y, Sollano JD, Zhu Q, **Kachintorn U**, Rani AA, Hahm KB, Takahashi S, Arakawa T, Joh T, Matsumoto T, Naito Y, Suzuki H, Ueno F, Fukudo S, Fujiwara Y, Kamiya T, Uchiyama K, Kinoshita Y. Questionnaire-Based Survey Conducted in 2011 concerning Endoscopic Management of Barrett's Esophagus in East Asian Countries. *Digestion*. 2012 Jul 27;86(2):136-146.
69. Naito Y, Uchiyama K, Kinoshita Y, Fukudo S, Joh T, Suzuki H, Takahashi S, Ueno F, Fujiwara Y, Arakawa T, Matsumoto T, Hahm KB, **Kachintorn U**, Syam AF, Rani AA, Sollano JD, Zhu Q. A Questionnaire-Based Survey on Screening for Gastric and Colorectal Cancer by Physicians in East Asian Countries in 2010. *Digestion*. 2012 Jul 27;86(2):94-106.

70. Aswakul P, Prachayakul V, Lohsiriwat V, Bunyaarunnate T, **Kachintorn U**. Screening Colonoscopy from a Large Single Center of Thailand - Something Needs to be Changed? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1361-4.
71. Amornytin S, **Kachintorn U**, Kongphlay S. Anesthetic management for small bowel enteroscopy in a World Gastroenterology Organization Endoscopy Training Center. *World J Gastrointest Endosc*. 2012 May 16;4(5):189-93.
72. Prachayakul V, Sriprayoon T, Asawakul P, Pongprasobchai S, Pausawasdi N, **Kachintorn U**. Repeated endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration (EUS-FNA) improved diagnostic yield of inconclusive initial cytology for suspected pancreatic cancer and unknown intra-abdominal lymphadenopathy. *J Med Assoc Thai*. 2012 Feb;95 Suppl 2:S68-74.
73. Prachayakul V, Aswakul P, Pongprasobchai S, Pausawasdi N, Akaraviputh T, Sriprayoon T, Methasate A, **Kachintorn U**. Clinical characteristics, endosonographic findings and etiologies of gastroduodenal subepithelial lesions: a Thai referral single center study. *J Med Assoc Thai*. 2012 Feb;95 Suppl 2:S61-7.
74. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. EUS guided fine needle aspiration cytology of liver nodules suspicious for malignancy: yields, complications and impact on management. *J Med Assoc Thai*. 2012 Feb;95 Suppl 2:S56-60.
75. Maneerattanaporn M, Pongpaibul A, Pongprasobchai S, **Kachintorn U**, Manatsathit S. Acute hemorrhagic rectal ulcer syndrome: the first case series from Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2012 Feb;95 Suppl 2:S48-55.
76. Miwa H, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Gwee KA, Ang TL, Chang FY, Fock KM, Hongo M, Hou X, **Kachintorn U**, Ke M, Lai KH, Lee KJ, Lu CL, Mahadeva S, Miura S, Park H, Rhee PL, Sugano K, Vilaichone RK, Wong BC, Bak YT. Asian consensus report on functional dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012 Apr;18(2):150-68.

77. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Duodenal perforation due to plastic stent migration successfully treated by endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2012 Jun;75(6):1265-6.
78. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Incidental removal of distal common bile duct adenoma after plastic stent placement. *Endoscopy*. 2012 Apr;44 Suppl 2 UCTN:E11-2.
79. Prachayakul V, Aswakul P, Limsrivilai J, Anuchapreeda S, Bhanthumkomol P, Sripongpun P, Prangboonyarat T, **Kachintorn U**. Benefit of "transparent soft-short-hood on the scope" for colonoscopy among experienced gastroenterologists and gastroenterologist trainee: a randomized, controlled trial. *Surg Endosc*. 2012 Apr;26(4):1041-6.
80. Pongprasobchai S, Chitsaeng S, Tanwandee T, Manatsathit S, **Kachintorn U**. Yield, etiologies and outcomes of capsule endoscopy in Thai patients with obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc*. 2013 Mar 16;5(3):122-7.
81. Prachayakul V, Aswakul P, **Kachintorn U**. Electrohydraulic lithotripsy as an highly effective method for complete large common bile duct stone clearance. *J Interv Gastroenterol*. 2013 Apr;3(2):59-63.
82. Goh KL, Choi MG, Hsu WP, Chun HJ, Mahachai V, **Kachintorn U**, Leelakusolvong S, Kim N, Rani AA, Wong BC, Wu J, Chiu CT, Chu R, Shetty V, Bocobo JC, Chan MM, Lin JT. Unmet treatment needs of gastroesophageal reflux disease in Asia: gastroesophageal reflux disease in Asia Pacific survey. *J Gastroenterol Hepatol*. 2014 Dec;29(12):1969-75.
83. Hida N, Nakamura S, Hahm KB, Sollano JD, Zhu Q, Rani AA, Syam AF, **Kachintorn U**, Ueno F, Joh T, Naito Y, Suzuki H, Takahashi S, Fukudo S, Fujiwara Y, Kinoshita Y, Uchiyama K, Yamaguchi Y, Yoshida A, Arakawa T, Matsumoto T. A questionnaire-based survey on the diagnosis and management of inflammatory bowel disease in East asian countries in 2012. *Digestion*. 2014;89(1):88-103.

84. Vasavid P, Chaiwatanarat T, Pusuwan P, Sritara C, Roysri K, Namwongprom S, Kuanrakcharoen P, Premprabha T, Chunlertrith K, Thongsawat S, Sirinthornpunya S, Ovarlarnporn B, **Kachintorn U**, Leelakusolvong S, Kositchaiwat C, Chakkaphak S, Gonlathanvit S. Normal Solid Gastric Emptying Values Measured by Scintigraphy Using Asian-style Meal: A Multicenter Study in Healthy Volunteers. *J Neurogastroenterol Motil.* 2014 Jul 31;20(3):371-8.
85. Fukudo S, Hahm KB, Zhu Q, Sollano JD, Rani AA, Syam AF, **Kachintorn U**, Suzuki H, Kamiya T, Joh T, Uchiyama K, Naito Y, Takahashi S, Kinoshita Y, Ueno F, Yamagami H, Chan FK, Fock KM, Arakawa T; International Gastrointestinal Consensus Symposium Study Group. Survey of clinical practice for irritable bowel syndrome in east asian countries the international gastrointestinal consensus symposium study group. *Digestion.* 2015;91(1):99-109.
86. Tangkittikasem N, Boonyaarunnate T, Aswakul P, **Kachintorn U**, Prachayakul V. Clinical, Radiologic, and Endoscopic Manifestations of Small Bowel Malignancies: a First Report from Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(18):8613-8
87. Matsuzaki J, Hayashi R, Arakawa T, Ueno F, Kinoshita Y, Joh T, Takahashi S, Naito Y, Fukudo S, Chan FK, Hahm KB, **Kachintorn U**, Fock KM, Syam AF, Rani AA, Sollano JD, Zhu Q, Fujiwara Y, Kubota E, Kataoka H, Tokunaga K, Uchiyama K, Suzuki H; IGICS (The International Gastroenterology Consensus Symposium) Study Group. Questionnaire-Based Survey on Diagnostic and Therapeutic Endoscopies and H. pylori Eradication for Elderly Patients in East Asian Countries. *Digestion.* 2016;93(1):93-102
88. Goh KL, Choi MG, Hsu PI, Chun HJ, Mahachai V, **Kachintorn U**, Leelakusolvong S, Kim N, Rani AA, Wong BC, Wu J, Chiu CT, Shetty V, Bocobo JC, Chan MM, Lin JT. Pharmacological and Safety Profile of Dexlansoprazole: A New Proton Pump Inhibitor- Implications for Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in the Asia Pacific Region. *J Neurogastroenterol Motil.* 2016 Jul 30;22(3):355-66.



ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์

ครั้งที่ 8

วันพุธที่ 12 ตุลาคม 2559

เรื่อง

Palliative Care

เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย

โดย

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร

Palliative Care : เป็นแนวทางสำคัญ ที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย

ศ.คลินิก น.พ.อุดม คชินทร

ในระยะเวลาอันใกล้นี้มีแนวโน้มใหญ่ที่จะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทยอย่างน้อย 2 ปัจจัยคือ สังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ noncommunicable diseases (NCD) ที่เพิ่มสูงมากขึ้น ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2548และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2570 กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ ขณะเดียวกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงมากขึ้น แม้วิทยาการทางแพทย์ของไทยจะก้าวหน้าไปมาก แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ก็ยากที่จะรักษาให้หายขาด อีกทั้งค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคงสูงอีกด้วย ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทุกข์ทรมานกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตในระยะสุดท้าย หรือไม่ก็ทรมานเพราะอาการเจ็บปวดเนื่องจากตัวโรคเช่นมะเร็งอันเป็นผลจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ แต่ในวันนี้ ผู้ป่วยระยะท้ายมีทางเลือกใหม่แล้ว ด้วยการรักษาแบบประคับประคองที่ไม่มุ่งเน้นการยื้อชีวิต แต่จะช่วยจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และการเตรียมตัวเพื่อการจากไปอย่างมีความสุข ความสงบ เรียกการดูแลรักษานี้ว่า “Palliative Care” หรือการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งปัจจุบันคนไทยเริ่มเข้าใจและรู้จักการนำแนวคิดการรักษาแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ซึ่งมีความสำคัญและสอดคล้องกับรูปแบบสังคมไทย จะเห็นว่าประเทศไทยเริ่มมีสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ้างแล้วในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ในสถานพยาบาลเอกชนหรือองค์กรการกุศล แต่ยังไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายมากนัก

ข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความชุกของประชาชนที่เป็นโรคมะเร็งเพิ่มจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มจาก

ร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 ข้อมูลการสำรวจ 5 ปีระหว่างปี 2553 ถึง 2557 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่โรคเบาหวานและโรคอ้วนประมาณ 1 ล้าน 5 แสนคน และผู้ป่วยใหม่โรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ล้านคน ทั้ง 3 โรคจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นแนวโน้มใหญ่ที่สำคัญของปัญหาสุขภาพของประเทศไทยและทั้งโลก โดยนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพหรือโรคในอีกหลายอวัยวะเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต เป็นต้น ในอดีตคนไทยตายด้วยโรคติดต่อเฉียบพลันมากที่สุด แต่ปัจจุบันการแพทย์ดีขึ้นมาก สถิติจึงเปลี่ยนไปเป็นโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 อัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 และมีแนวโน้มว่าต่อไปในอนาคตคนไทยจะตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องอัตราการตายในปี 2548-2549 ของอาจารย์ชุตินา อรรถสิทธิ์ พบว่า สาเหตุการตายกว่าครึ่งของคนไทยคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ ฯลฯ ซึ่งคนไข้เหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน แปลว่าคนไข้กลุ่มนี้ยังขาดระบบรองรับให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบและไม่เจ็บปวด จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการเกี่ยวกับการบริการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประมาณการว่าในระยะ 10 ปีที่ ผ่านมา (2542 - 2552) ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (102,330 คน เป็น 113,548 คน) (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพ ประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในที่สุดท้ายก่อนเสียชีวิตยังสูงมากด้วย ประมาณ 10,000-230,000 บาท และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจำนวนนี้เกือบจะล้มละลาย เพราะต้องเอาเงินมารักษาโรคระยะสุดท้ายหมด ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2558 อยู่ที่ประมาณ 160,000 ล้านบาท ในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะป่วยบ่อย มีอาการรุนแรง รักษาอาจไม่หายขาด แต่มีค่าใช้จ่ายสูง ขณะเดียวกันจะมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นซึ่งรักษาแล้วมักไม่หายขาด นำไปสู่ระยะสุดท้ายของโรค ค่าใช้จ่ายยิ่งสูงมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าประเทศจะมีกองทุนใหญ่ที่ดูแลด้านสุขภาพ 3 กองทุนแต่รัฐบาลคงไม่สามารถจัดหางบประมาณมาสนับสนุนให้เพียงพอที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งยอมที่จะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตัวเองโดยไปกู้ยืมเป็นหนี้สินจนตนเองเกือบจะล้มละลาย สุดท้ายระบบสุขภาพไทยอาจต้องล้มละลาย การรักษาแบบประคับประคองที่ไม่มุ่งเน้นการยืดชีวิตอาจเป็นทางออกที่สำคัญซึ่งเน้นนำมาใช้ในการรักษาทุกขั้นตอนในโรคที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตยากที่จะรักษาให้หายขาด หรือโรคในระยะสุดท้าย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้จากโลกนี้ไปด้วยจิตที่ผ่องใสผ่อนคลายที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวและผ่านวิกฤตในช่วงนี้ไปได้อย่างราบรื่น และที่สำคัญจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมหาศาลทั้งของส่วนตัวและของประเทศ อันเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล้มละลาย

คำจำกัดความของ Palliative Care

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ Palliative Care หรือการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2545 ไว้ว่า Palliative Care มุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life – threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

ประเด็นสำคัญของ Palliative Care มีดังนี้

1. บริบาลเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลแบบประคับประคอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

2. มุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค หมายถึงการดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค โดยหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น จึงไม่ดึงความสนใจไปที่การรักษาเพื่อยื้อชีวิต และไม่ควรเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ

3. มุ่งช่วยลดและควบคุมอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต

4. ดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบ

6. ดูแลครอบคลุมถึงญาติและผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ และหลังเสียชีวิตแล้ว

7. ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยเลือกเอง ถ้าเป็นไปได้)

8. อาศัยการสนับสนุนอย่างจริงจังจากอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมจำนวนมาก

เข้าใจความหมายของความตาย

ในความหมายทางพุทธศาสนาเชื่อว่าความตายเป็นการดับของขั้น 5 ประกอบด้วย รูป วิญญาณ สัญญา เวทนา และสังขาร เมื่อขั้น 5 ดับ คือกายกับจิตดับลง

จุดนั้นเรียกว่าความตาย ในทางการแพทย์ให้ความหมายของความตายว่า “หัวใจหยุดเต้น” หรือ “สมองหยุดทำงาน” จึงจำกัดอยู่เฉพาะทางกายหรือรูปเท่านั้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นเฉพาะมิติทางกาย แต่ในทางพุทธศาสนา ความหมายของความตาย ไม่ใช่เฉพาะทางกาย แต่ยังรวมถึงการดับลงของจิตด้วย ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางพุทธ จึงต้องดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ใจ และจิตวิญญาณ

พระไพศาล วิสาโล กล่าวว่าในทางพระพุทธศาสนานั้น การตายอย่างสงบคือการตายอย่างมีสติ รู้ตัว ปล่อยวางจากสิ่งต่างๆ ที่เคยผูกพัน ไม่ว่าจะเป็นการงาน ทรัพย์สิน เงินทอง สามเณร ภรรยา ลูกหลาน ฯลฯ ตายด้วยใจที่โปร่งเบา ปล่อยวางพร้อมรับกับความตาย ไม่ปฏิเสธ ไม่ผลักไส เป็นการยอมรับความตายโดยศุภวิี จริ่งๆ เราอยากจะไปให้ไกลกว่านั้นคือ ตายด้วยใจที่สว่างด้วย ไม่ใช่ตายด้วยใจที่สงบอย่างเดียว อยากให้ตายอย่างเกิดปัญญา รู้และเข้าใจความจริงของชีวิต จนสามารถที่จะปล่อยวางความยึดถือในตัวตนได้ ตามที่อาจารย์พุทธทาสเรียกว่า ตายก่อนตายมันสำคัญมากในทางพระพุทธศาสนา ถ้าคุณตายด้วยใจที่เกิดปัญญา และเห็นความจริงของธรรมชาติว่า มันต้องเกิดแก่เจ็บตาย ไม่มีอะไรที่น่ายึดถือ ถ้าทำอย่างนั้นได้ จะปล่อยวางได้อย่างสิ้นเชิง สามารถที่จะบรรลุนิพพานได้ คนที่จะมาถึงจุดนี้เป็นเรื่องยาก เพราะฉะนั้นในขั้นต้น เราตั้งเป้าว่าช่วยให้ได้ตายอย่างสงบก่อน และโอกาสที่จะนำไปสู่การตายอย่างสว่างทางปัญญาก็อาจจะเกิดขึ้นได้

ความสำเร็จและความล้มเหลวของแพทย์และพยาบาลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้อยู่ที่ว่าเขาตายในมือเราหรือไม่ แต่น่าจะอยู่ที่ว่าเขาตายอย่างสงบหรือตายด้วยความทุกข์ทรมาน พูดอีกอย่าง หากแพทย์และพยาบาลช่วยประคับประคองให้เขาตายอย่างสงบ โดยที่ขณะยังมีลมหายใจอยู่ ก็ช่วยให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่นมีความสุข ไม่มีความปวดร้าวความจิตใจรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิตของตัวที่ผ่านมา ถ้าทำอย่างนี้ได้ย่อมถือได้ว่าแพทย์และพยาบาลประสบความสำเร็จ หากแพทย์หรือพยาบาลเข้าใจว่าความตายของผู้ป่วยคือความล้มเหลวของตน เมื่อเห็นคนใกล้ตายส่วนมากจะมีท่าทีอย่างใดอย่างหนึ่ง

ในสองประการ ประการแรกคือยื้อเต็มทีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตาย หรือบางกรณีก็ยื้อเพื่อไม่ให้เขาตายขณะที่อยู่ในความดูแลของตัวเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงถูกกระทำสารพัดเพื่อไม่ให้ตาย ประการที่สองคือ ปลอ่ยเลย เมื่อช่วยผู้ป่วยไม่ได้ก็ปลอ่ยเลย ไม่อยากเสียเวลาไปกับผู้ป่วยที่หมดหวังแล้ว สู้เอาเวลาที่มีอยู่น้อยนิดไปช่วยผู้ป่วยที่ยังพอมีหวังว่าจะหายจะดีกว่า ที่จริงแล้วยังมีสิ่งที่แพทย์และพยาบาลสามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องยื้อ ซึ่งมักกลายเป็นการยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ระหว่างปลายสุดสองข้างของการยื้อกับการปลอ่ย มีวิธีที่อยู่ตรงกลางนั่นก็คือการช่วยเหลือให้เขาผ่านความตายไปได้ด้วยใจสงบน่าจะเป็นเป้าหมายประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ถ้ารักษาให้หายไม่ได้ ก็ช่วยให้เขามีคุณภาพชีวิตอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และช่วยให้เขาตายอย่างสงบ ถ้าหากตั้งเป้าเช่นนี้ก็เป็นไปได้ที่แพทย์และพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้ในทุกกรณี แต่ถ้าตั้งเป้าว่าผู้ป่วยต้องไม่ตายในมือของเราเลยจึงจะถือว่าเป็นความสำเร็จ ก็เป็นไปได้เลยที่เราจะประสบความสำเร็จทุกกรณี เราไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยของเรามีชีวิตรอดได้ทุกคน แต่เป็นไปได้ที่เราจะช่วยให้เขาตายอย่างสงบและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด จะทำเช่นนี้ได้ลำพังทักษะหรือความสามารถทางหัตถการอย่างเดียวไม่พอ เพราะหัตถการเป็นเรื่องกายภาพเป็นส่วนใหญ่ สิ่งที่ต้องทำควบคู่กันก็คือ การช่วยเหลือทางจิตใจด้วย แม้แพทย์หรือพยาบาลจะไม่สามารถดูแลร่างกายให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ แต่ยังสามารถทำหลายๆ อย่างให้แกจิตใจของเขา เช่น อยู่เป็นเพื่อนเขา ให้กำลังใจเขา ที่ผ่านมามีแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่เน้นแต่การดูแลทางกาย หรือการทำหัตถการ การใช้เทคโนโลยีการฉายา แต่มองข้ามความสำคัญของการดูแลทางจิตใจ ซึ่งเพียงแค่อยู่อ้อมก็ช่วยได้มาก เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ยังมีเพื่อนอยู่ ไม่ใช่คนที่ไร้คุณค่าที่รอวันตายอย่างเดียว สิ่งเหล่านี้เป็นมิติทางด้านจิตใจที่ไม่ควรมองข้าม

การให้ยาเป็นสิ่งสำคัญ แต่การใส่ใจถามผู้ป่วยว่า ปวดอย่างไร ก็มีความหมายกับผู้ป่วย เพราะแสดงถึงความพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ในยามทุกข์ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจ ไม่ได้ต้องการคนที่มาสอนเขาว่าให้อดทน หรือทำใจ ออย่าอ่อนแอ เพราะฉะนั้นเมื่อเจอผู้ป่วยที่มีความทุกข์ ร้องโอดโอย เราไม่ควรตัดสินเขาว่าอ่อนแอ หรือบอกให้เขาอดทน ซึ่งมีนัยยะว่าเขายัง

อดทนไม่พอ การที่มีคนเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่เขากำลังแย่หรือใกล้ตาย นั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยมาก ไม่น้อยไปกว่ายา น้ำเกลือ หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการด้าน Palliative Care ให้เป็นจริง

การแพทย์ของไทยเจริญขึ้น แต่การดูแลแบบ Palliative Care ยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร การที่ผู้ป่วยและทีมแพทย์ไม่เข้าใจในแนวทางของ Palliative care จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างทรมานและได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป็นภาระกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งตนเองและของประเทศอย่างมหาศาล จึงมีความจำเป็นที่ต้องผลักดันการพัฒนาเรื่อง Palliative Care อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ และมีความต่อเนื่องจากสถานพยาบาลจนถึงบ้านผู้ป่วย โดยมีข้อเสนอแนะคือ

1. ในระดับประเทศรัฐบาลควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลรักษาแบบ Palliative Care ให้มีการเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียม มีการบริการอย่างต่อเนื่องในทุกระดับของการดูแล โดยเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ การดูแลที่บ้าน และครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง แนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการ Palliative Care มีได้หลายแบบได้แก่ 1) บริการแบบผู้ป่วยนอกอย่างเดียว 2) บริการแบบผู้ป่วยในมีทั้งแบบที่เป็นหน่วยดูแลโดยตรงหรือเป็น consultation team 3) Home care 4) Nursing home 5) Hospice การเลือกแนวทางปฏิบัติแบบใดขึ้นอยู่กับความพร้อมและบริบทที่แตกต่างกันรัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน สนับสนุนและพัฒนาด้านบุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถด้าน Palliative Care เป็นอย่างดี สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นใน Palliative Care เช่นต้องให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายแม้ในโรงพยาบาลชุมชนและการใช้ยาแก้ปวดที่บ้าน พิจารณาการจัดบริการของ Palliative Care ให้ถูกระบุอยู่ในสิทธิในระบบประกันสุขภาพในทุกกองทุน ในระดับสถานพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ว่าควรจะทำอย่างไรเช่นระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดกลางควรให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care และจัดเป็นมาตรฐานหนึ่ง

ในระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือ HA (Hospital Accreditation) ในระดับสถานพยาบาลที่เล็กสมควรให้มีการพัฒนาศูนย์การดูแลรักษาแบบ Palliative Care ในบริบทของตนเอง การทำงานของทีมดูแลรักษา คือ พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวันว่าต้องการอะไร ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการกับความเจ็บปวดให้เร็วที่สุด การประชุมทีมทุกวันจะทำให้มั่นใจได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะท้ายมีความสมดุลระหว่างการช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ และการแพทย์

2. สถานการศึกษาทั้งแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ควรบรรจุเรื่อง Palliative Care เข้าไปอยู่ในหลักสูตร การแพทย์ไทยจะสอนแพทย์ให้รักษาคนไข้ให้หายจากโรค แพทย์ส่วนใหญ่จึงเน้นการรักษาเป็นหลัก แต่เมื่อรักษาไม่หายแล้ว แพทย์ก็บอกเพียงแต่ว่าโรคถึงขั้นสุดท้ายแล้ว ต้องดูแลแบบประคับประคอง ในความเข้าใจของคนไข้คือกลับบ้านไปดูแลตนเอง เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ได้เรียนเรื่อง Palliative Care หรือไม่ทราบในรายละเอียดในศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับทราบถึงแนวทางในการดูแลตนเองที่จะลดอาการทุกข์ทรมานจากโรคและที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นแม้โรคจะไม่หาย ในด้านการศึกษาควรเริ่มด้วยอาจารย์ทั้งแพทย์และพยาบาลควรปรับทัศนคติและเรียนรู้หลักการรวมทั้งแนวทางปฏิบัติในเรื่อง Palliative Care อย่างดี แล้วถ่ายทอด ทฤษฎี ทักษะ และประสบการณ์ไปยังนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้นำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อจบออกไปปฏิบัติงาน การทำงานต้องมีการกำหนดมาตรฐานหรือคู่มือต่างๆ เพื่อให้คนทำงานได้ฝึกทักษะไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย และยึดถือเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพทุกระดับ แม้แต่ระดับชุมชนก็ต้องเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย สถานการศึกษาเกี่ยวกับด้านแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข จะต้องเป็นหลักในการดำเนินงานเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาสาสมัครด้วย

3. การสร้างทีมสหสาขาวิชาด้าน Palliative Care ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก บุคลากรทุกคน ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร นอกจากต้องมีใจรักและศรัทธาแล้วจะต้องผ่านการอบรมด้านการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังจะจากไป แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาด้าน Palliative Care โดยจะทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยที่อยู่บ้านรวมทั้งอาจไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นครั้งคราว พยาบาลทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ในทีม โดยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาอย่างดี นักสังคมสงเคราะห์จะทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติที่เกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการในสถานการณ์ต่างๆ ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครจะช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญของทีมงาน ช่วยในกระบวนการจากไปและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ หน้าที่ของอาสาสมัคร เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ การคลายทุกข์และช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และดูแลเรื่องความสูญเสียต่างๆ เพราะอาสาสมัครทำงานด้วยใจและมีแรงบันดาลใจจากข้างในทำให้อาสาสมัครจึงตั้งใจดูแลและรับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ใช่การฟังที่เพียงได้ยินแค่คำพูด แต่ต้องเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย นี่คือพื้นฐานของอาสาสมัครทุกคนที่เราให้ลงไปดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้เวลาและพูดคุยกับผู้ป่วยมากกว่าปกติ การมีอาสาสมัครมาช่วยพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น เพราะว่าอาสาสมัครมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ พยาบาล ทำให้สามารถใกล้ชิดเข้าถึงใจและดูแลผู้ป่วยได้ดี การช่วยผู้ป่วยให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง เพราะถ้าเขายอมรับได้ ย่อมสามารถจะปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เคลียร์ความรู้สึกนึกคิดกับคนที่ยังอยู่ การปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจเป็นเรื่องสำคัญ เพราะมีหลายอย่าง เช่น ความกังวล โดยเฉพาะชีวิตคนที่เขารัก ความยึดติดทำให้หวาดกลัวความพลัดพราก ถ้าช่วยให้เขาปล่อยวางเรื่องชีวิตเรื่องตัวตนได้จะดียิ่ง ซึ่งทีมดูแลจะต้องละเอียดอ่อนใส่ใจที่จะรู้ว่าเขามีความกังวลเรื่องอะไร เขามีภารกิจค้างคาที่เราจะช่วยเหลือได้ไหม และช่วยให้เขาได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาเป็นครั้งสุดท้าย รวมทั้งอาจช่วยเติมเต็มด้านจิตวิญญาณซึ่งอาจเป็นเรื่องศาสนาหรือเรื่องอื่นๆที่มีความหมายต่อชีวิตของบุคคล

นั้นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว การดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเตรียมใจของญาติก็เป็นงานสำคัญอย่างยิ่งของทีมดูแลผู้ป่วยด้วย อีกประเด็นที่สำคัญคือการสื่อสารและเชื่อมโยงของทีมดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ควรทำในรูปแบบเครือข่ายให้สามารถครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดี โดยเฉพาะการติดต่อส่งตัวผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้าน

4. การสร้างการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับเรื่อง Palliative Care เป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อให้ตระหนักว่าถ้าเป็นโรครยะสุดท้าย เขาต้องเตรียมตัวและมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายถ้าเขาไม่เคยรับรู้ถึงการรักษาแบบประคับประคอง เขาจึงไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจริงๆ ไม่ใช่เข้าไปตอนที่เขากำลังจะเสียชีวิต แต่ต้องดูแลตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อาจอยู่ได้ไม่นาน เช่น ไม่เกิน 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งเป็นการดูแลรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้และจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

บทสรุป

การดูแลแบบ Palliative Care นั่นก็คือการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคอันคุกคามต่อชีวิต ยากที่จะรักษาให้หายขาดหรือเป็นโรคในระยะสุดท้าย เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้และใครๆ ก็สามารถทำได้ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัคร โดยดูแลทั้งด้านร่างกายไม่ให้เจ็บปวดหรือมีอาการทรมานอื่นๆ ร่วมกับการดูแลใส่ใจด้านอารมณ์และจิตวิญญาณด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้จากโลกนี้ไปอย่างสงบ รวมทั้งการใส่ใจดูแลครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ทุกคนผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปพร้อมๆ กันได้อย่างราบรื่น เราต้องสร้างความเข้าใจและความตระหนักในเรื่อง Palliative Care อย่างกว้างขวางให้แก่ประชาชน ผู้ป่วยและญาติ แพทย์และพยาบาล เพื่อให้ทุกคนสามารถเลือกและเข้าสู่การดูแลแบบ Palliative Care ได้สะดวก ทำให้เรา

เราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ตั้งแต่เนิ่นๆ โดยไม่ต้องรอให้ถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างที่หลายคนเข้าใจ ซึ่งจะช่วยลดการใช้ทรัพยากรในด้านต่างๆ ได้อย่างมากและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มหาศาลเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ถ้าจะยื้อให้มีชีวิตต่อไปจะมีค่าใช้จ่ายสูงมากทั้งสิ้น เชื่อว่าในอนาคตอันใกล้นี้เราจะเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นอย่างมากพร้อมกับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีแต่จะสูงขึ้นๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ดังนั้นทุกคนจะต้องใส่ใจและร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาคำคัญนี้ โดยนำหลักการของ Palliative Care มาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเห็นได้ชัดว่าการดูแลแบบ Palliative Care จะมีบทบาทและเพิ่มความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งจะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพไทยไม่ล่มสลาย



ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์

ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์*

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนเคยได้ยินได้ฟัง และเป็นสิ่งต้องเกิดขึ้นกับทุกคน ไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อใดก็เมื่อนั้น แต่คนทั่วไปส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่สนใจและรู้จักว่าความตายคืออะไร หรือมีเช่นนั้นก็ไม่รู้จักความตายตามจริง หากแต่รู้จักตามภาพที่ตนเองจินตนาการขึ้น ซึ่งมักจะทำให้รู้สึกกลัวความตายมากขึ้น ท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวไว้ในเรื่องความตายไม่มี ? ว่า “ความตายทั้งทางกายและทางวิญญาณ เป็นจตุรรมของความกลัวทุกชนิด” จึงไม่แปลกที่มนุษย์เกือบทุกคนกลัวความตาย ไม่อยากพูดถึง ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากให้มาเยือนตนเองหรือผู้อื่นที่แวดล้อมอยู่รอบตัว และไม่สนใจจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความตาย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลให้ความกลัวตายเพิ่มเป็นทวีคูณ กับทั้งทำให้ตั้งอยู่บนความประมาท คิดว่าความตายยังอยู่ไกลตัว โดยพยายามผลักความตายให้ออกห่างตนเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ และไม่อยู่ในบังคับบัญชาของมนุษย์ แต่มนุษย์โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และคนป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วย

* ท่านเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันโครงการ “รักษาใจ ยามเจ็บป่วย” ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเป็นวิทยากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านถึงแก่อนิจกรรมเมื่อปี พ.ศ. 2550 คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณน้องสาวของท่านที่ให้ความอนุเคราะห์บทความนี้

เจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ได้ บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น “การุณยฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ยุคปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมตามธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เป็นปัญหาระดับโลก จนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้น ในบางประเทศว่า คนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าได้จะอย่างไร ถ้าไม่ได้จะอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นมิใช่แต่ในด้านกฎหมายหรือด้านการแพทย์ หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหาด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนืองๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยผู้ใกล้ตายและแม้แต่ตนเองในที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับ

ความรู้ว่าอย่างไรคือการ “ตายดี” ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สนใจดังนี้

ด้านร่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้น โดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

๑ เมื่อใกล้ตาย ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่

๒ คนใกล้ตายจะเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคดีโนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคดีโนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

๓ คนใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรือดื่มน้ำเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาด

ชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีผึ้งทาริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอด น้ำตาเทียม

๑ คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกง่วงและอาเจียนจนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

๑ เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สึกตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

๑ การร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาบรรเทาอาการเหล่านี้ได้

๑ คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

ด้านจิตใจ

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็น

ผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้ออกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

ความรู้เกี่ยวกับการตาย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ในยุคก่อนไม่สนใจเรื่องความตายเลย จนเกือบจะเป็นสิ่งต้องห้ามที่ไม่ควรพูดถึง ก็ได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นแล้ว วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้มนุษย์มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ในบางประเทศคนไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่รอบตัว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการตื่นตัวในเรื่องเกี่ยวกับความตายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า “การตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วย และญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม”

ส่วน “การตายดี” ในแง่พุทธศาสนานั้น ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ เรื่องช่วยให้ตายเร็ว หรือช่วยให้ตายช้าว่า

“ในคัมภีร์พุทธศาสนาพูดถึงเสมอว่า อย่างไรเป็นการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มัสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือ มัสติ ไม่หลงตาย”

“ที่ว่าไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่ฟั่นเฟือน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่า จะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า “บอกอรหัง” ก็เป็นคติที่รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยว ในทางใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับ พระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา เป็นต้น

“อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีกคือ ให้เป็นการตายที่มีความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่ว่าคนที่จะตายมีจิต ยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศล ความดี กันแน่แล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็มีความสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ชื่นนี้แหละถือว่าดีที่สุด”

นอกจากนั้นท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับ จิตตอนที่ให้ตายว่า

“เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกติได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้”

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำจิตให้ผ่องใสในเวลาที่ตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจ ซึ่งศาสนาอื่นทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนานั้นมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่มุมมองของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดในชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุนิพพานในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

แนวทางการช่วยเหลือคนใกล้ตาย

เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของคนใกล้ตาย และความตายดังกล่าวแล้ว ก็สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้โดย

๑ มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ

จิตใจที่อยากช่วยเหลือเป็นคุณสมบัติแรกที่ต้องมี เพราะจิตใจนั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

๑ รู้เขารู้เรา

คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ และทัศนคติ คนใกล้ตายก็เช่นเดียวกัน แม้จะเหมือนและคล้ายกันในบางเรื่อง แต่

ก็มีความต่างกันด้วย ในการให้ความช่วยเหลือ จึงต้องรู้จักคนใกล้ตายในด้าน ความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งทราบได้จากแพทย์ที่ให้การรักษา และรู้จักสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะรู้ได้ไม่ยาก ด้วยการให้คนใกล้ตายได้มีโอกาสระบายความรู้สึก บอกความต้องการ โดยผู้ให้ความช่วยเหลือใส่ใจรับฟังและใช้ความสังเกต เมื่อ “รู้เขา” แล้ว ก็สามารถช่วยเหลือได้ ถูกต้องและเหมาะสม โดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้จิตใจสบายของแต่ละคน อาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ใกล้ตาย เป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติ โดยไม่ถูกรบกวน และช่วยให้คนใกล้ตายได้ใช้พลังในตัวเองเผชิญกับความตายที่จะมาถึง

สำหรับการ “รู้เรา” คือการรู้จักความสามารถและสภาพจิตใจของตนเองก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ต้องมีจิตใจหนักแน่นมั่นคงและสติตั้งมั่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วนอกจากเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อตนเองด้วย ผู้ที่เคยช่วยเหลือคนใกล้ตาย มีประสบการณ์ตรงกันว่าเกิดพลังขึ้นในตนเอง เมื่อการช่วยเหลือนั้นประกอบด้วยเมตตา กรุณา และอุเบกขา

๑ เอาใจเขามาใส่ใจเรา

การเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะทำให้สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่เขาต้องการคือใครสักคนที่พยายามเข้าใจเขา และให้ความเอาใจใส่เขา แม้เมื่อเขาไม่สามารถโต้ตอบได้ การสัมผัส การจับมือ ก็สามารถช่วยให้เขารู้สึกดีและสงบได้

ที่กล่าวนี้เป็นเพียงส่วนน้อยนิดเท่านั้น เรื่องเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายยังมีอีกมากมาย และล้วนแต่น่าสนใจและน่าศึกษา ทั้งในด้าน

การแพทย์และด้านศาสนา สำหรับหนังสือภาษาไทยที่มีให้หาอ่านได้คือ “เหนือห้วงมหรณพ และประตูลู่ภาวะใหม่” ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แปลจากหนังสือเรื่อง The Tibetan Book of Living and Dying โดยท่านโซเกียล รินโปเช ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตาย และวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างดีเยี่ยมควรแก่การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนหนึ่งที่ท่านไพศาลแปลไว้มีความว่า

“การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อบกตีสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี”

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลาหรือยังที่เรา ไม่ว่าจะเป็นใคร ควรที่จะให้ความสนใจศึกษาและฝึกฝนตนเองให้สามารถเผชิญกับความตายของผู้อื่นและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเองตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือ มีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น เป็นสัจธรรมอยู่แล้ว หากเราช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากกันและกัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการตาย สิ่งที่จะได้ก่อนคือศิลปะในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพและเกิดความสงบสุขโดยทั่วกัน

หนังสือแสดงเจตนาขอเลือกใช้บริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอจากไปตามวิถีธรรมชาติ

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ที่อยู่

- 1. ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2. หากข้าพเจ้าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าขอให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติต่อข้าพเจ้าดังความประสงค์ต่อไปนี้ (กรุณาทำเครื่องหมาย หรือ ลงนามกำกับในหัวข้อที่ท่านเลือกเพียงช่องเดียวในแต่ละบรรทัด กรณีที่ท่านยังไม่ตัดสินใจให้เว้นว่างไว้)

การบริการสาธารณสุข	ข้าพเจ้าต้องการ	ข้าพเจ้าไม่ต้องการ
2.1 การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจและการเจาะคอ		
2.2 การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น (กดหน้าอก บีบหัวใจ)		
2.3 การใส่ยาเพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต		
2.4 การใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้สูดน้ำ สารอาหาร และยา		
2.5 การฟอกไต หรือการฟอกเลือดทดแทนไต		
2.6 การฟอกเลือดเพื่อพองระบบการหายใจและไหลเวียนเลือด		
อื่นๆ		
อื่นๆ		

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือฉบับนี้ หรือ กรณีที่มีความแน่นอนว่าการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการเสียชีวิต ข้าพเจ้าขอให้บุคลากรด้านสาธารณสุข

- ให้บริการสาธารณสุขนั้นแก่ข้าพเจ้าต่อไป
- ยุติการบริการสาธารณสุขในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการหรือเป็นการบริการที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการเสียชีวิตเท่านั้น
- ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขปรึกษากับผู้แทนทางด้านสุขภาพของข้าพเจ้าโดย

ข้าพเจ้ามอบหมายให้ ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้แทนทางด้านสุขภาพของข้าพเจ้าโดยทำหน้าที่ตัดสินใจแทนข้าพเจ้า

3. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือ ไม่อาจสื่อสารได้ ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ผู้แทนทางด้านสุขภาพของข้าพเจ้าที่ระบุไว้ข้างต้น เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนข้าพเจ้าหากข้าพเจ้าไม่ได้รับความต้องการไว้ในข้อ 2

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่า แม้ว่าข้าพเจ้าจะเลือกปฏิเสธการบริการสาธารณสุข ตามที่ข้าพเจ้าระบุในข้อ 2 ข้าพเจ้าจะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลเพื่อให้ลดความปวด ความทุกข์ทรมาน และ เสียชีวิตตามวิถีธรรมชาติ ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาขึ้นต่อหน้าพยาน และ/หรือ บุคคลใกล้ชิด

ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด

(ชื่อ-สกุล)

(ชื่อ-สกุล)

พยานคนที่ 1

พยานคนที่ 2

(ชื่อ-สกุล)

(ชื่อ-สกุล)





เว็บไซต์คือ<http://www1.si.mahidol.ac.th/Palliative>
เบอร์โทรศัพท์ 024199679 024199680
กองทุนศูนย์บริรักษ์ศิริราช D002918



ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
Siriraj Palliative Care Center

