



ปาฐกถาเกียรติยศ “สุมาลี นิมมานนิตย์”

ครั้งที่ ๖

เรื่อง

“Providing Whole Person Care :The Palliative Care Way”

โดย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Sidraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ปาฐกถาเกียรติยศ
สุมาลี นิมมานนิตย์

ครั้งที่ ๖

เรื่อง

“Providing Whole Person Care : The Palliative Care Way”

โดย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Siriraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อหนังสือ : ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานิตย์

จำนวนหน้า : 56 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 800 เล่ม

เดือน/ปีที่พิมพ์ : กันยายน 2557

ISBN :

พิมพ์ที่ : บริษัท แอทโพรพริ้นท์ จำกัด

สงวนลิขสิทธิ์

ห้ามคัดลอก ถ่ายภาพ ถ่ายเอกสาร ทำสำเนา จัดเก็บหรือพิมพ์ขึ้นใหม่ ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเพียงบางส่วน หรือทั้งหมดของหนังสือเล่มนี้โดยไม่ได้รับอนุญาต

คำปรารภ

ผมรู้สึกยินดีที่คณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ริเริ่มจัดงาน Siriraj Palliative Care Day ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ World Hospice and Palliative Day ซึ่งมีการจัดงานเฉลิมฉลองขึ้นพร้อมกันทั่วโลก ในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนตุลาคมเป็นประจำทุกปี โดยการจัดงานนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ประชาคมศิริราชและสังคมเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมและโครงการด้าน Palliative Care ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในปีนี้มีกำหนดจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2014 ระหว่างวันที่ 15-17 ตุลาคม 2557 โดยมี “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์” ครั้งที่ 6 เป็นปาฐกถาในการจัดงานครั้งนี้ เพื่อให้ชาวศิริราชได้ระลึกถึงศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ ผู้บุกเบิกงานด้าน Palliative Care และ End-of-life care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ เป็นครูแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ ผลงานการสอนอันโดดเด่นของท่าน การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ศิษย์ รวมทั้งความสนใจอย่างลึกซึ้งที่ท่านมีต่อแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นที่ปรากฏชัด จนทำให้ท่านได้รับรางวัลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นครูแพทย์อย่างมากมายนับอย่างเช่น รางวัลทุน “เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู นอกจากนั้นท่านยังเป็นผู้บริหารที่มีคุณธรรมมีวิสัยทัศน์ และมีผลงานเป็นที่ปรากฏ ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชา

อายุรศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ.2540 - 2544 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง โดยท่านได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง และท่านยังได้แนะนำ ชักชวนอาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ให้มีโอกาสได้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมากท่านเป็นผู้ผลักดันให้เกิดโครงการ “ศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อพัฒนาจิตและคุณธรรม จริยธรรม” สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปีจนถึงปัจจุบัน นอกจากนั้น ท่านยังเป็นผู้ริเริ่มจัดให้มีการฝึกวิปัสสนากรรมฐาน สำหรับพยาบาล ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการ “พัฒนาจิตให้เกิด ปัญญาและสันติสุข” สำหรับบุคลากรของคณะฯ ในปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่อง Palliative Care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ต้องดูแลทั้งกายและใจของผู้ป่วย และต้องดูแลผู้ป่วยให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” ด้วย ท่านจึงริเริ่มจัดการประชุม เชิงปฏิบัติเรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” และ “End-of-life care” สำหรับอาจารย์แพทย์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นส่วนหนึ่งของ โครงการอบรม “อาจารย์แพทย์สู่ความเป็นเลิศ” ในปัจจุบัน และยังได้ขยาย ผลไปสู่การจัดอบรมให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันอื่น ๆ อีกด้วย นอกจากนั้น ท่านยังสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์และพยาบาล ซึ่งมี โอกาสฝึกปฏิบัติและเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐาน จัดทำโครงการ “รักษาใจยามเจ็บป่วย” ตั้งแต่ พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและ คลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยให้เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิตตามจริง ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และยังคงดำเนินงาน มาจนถึงปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน

นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของคณะฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต และท่านได้มีส่วนสำคัญในการเริ่มต้นผลักดันเรื่องนี้ จนคณะกรรมการประจำคณะฯ เห็นชอบให้ประกาศนโยบาย Palliative Care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2550

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

ในปีนี้ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล ได้รับเลือกให้เป็นองค์ปาฐก แสดงปาฐกถาเกียรติยศสุมาลี นิมนานนิตย์ ในหัวข้อ “Providing Whole Person Care : The Palliative Care Way” รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2519 ปัจจุบันเป็นหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเป็นนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society) ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยและให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กมาอย่างยาวนาน ท่านเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ขึ้นเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และได้ใช้เวลาอันมีค่าอยู่กับครอบครัว และคนที่รักอย่างมีความสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ท่านได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้การดูแลแบบ Palliative Care กระจายไปได้ทั่วถึงในทุกภาคส่วน ท่านเป็นผู้มีส่วนผลักดันให้เกิดการก่อตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society) เพื่อการส่งเสริมการดูแล Palliative Care ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง ท่านยังมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนในการจัดอบรมวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ Palliative Care ให้กับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง จึงนับว่ารองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นผู้ที่ได้สนับสนุนงาน Palliative Care อย่างเสมอมา

ดังนั้น ผมจึงขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่แสดงปาฐกถาเรื่อง “Providing Whole Person Care : The Palliative Care Way” ในวาระสำคัญนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care และคณะกรรมการอำนวยการจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2014 ที่ได้จัดงานอันทรงคุณค่าครั้งนี้ และขออวยพรให้การจัดงานครั้งนี้บรรลุผล สมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ



ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช	15
คำกล่าวสุดท้ายของศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เกี่ยวกับ Palliative Care	21
ประวัติ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	25
ปาฐกถาเกียรติยศ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เรื่อง “Providing Whole Person Care : The Palliative Care Way” โดยรศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	31
บทความเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์	45



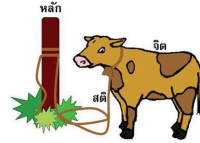
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิฆมานนต์



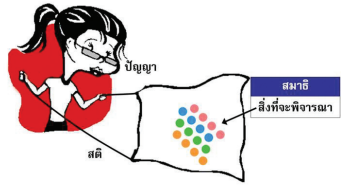





● สติคืออะไร




● สติ สมาธิ ปัญญา







ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์
ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ 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 และกลับมาเป็นอาจารย์ในสาขาวิชาวัชกะวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่นั้น พ.ศ. 2516

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

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

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่องการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, Palliative Care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีทักษะในการพูด 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 นิมนานินิตย์ ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่รังไข่ ตั้งแต่พ.ศ.2548 แม้จะป่วยท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจ ทำหน้าที่การทำงานต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ งานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มี “อาสาสมัคร” ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายใน เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์

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

คำกล่าวสุดท้ายของ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์
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 นั่นเอง ไม่ต้องไปหารูปแบบใหม่ ไม่ต้องไปหา วิธีการใหม่...เสียเวลา เพราะฉะนั้น ขอให้ชาวศิริราชได้ตระหนักถึงสิ่งนี้ โดยเฉพาะแพทย์ และให้การดูแลรักษาแบบนี้

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



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ประวัติ
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล



ประวัติการศึกษา :

- แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2519
- วุฒิปัตรมัธยมศึกษาความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ พ.ศ.2524
- Certificate Pediatric Pulmonology, Royal Hospital for Sick Children, Edinburge พ.ศ.2529-2530.
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์สาขาโรคระบบหายใจ แพทยสภา
- Postgraduate training. Pediatric Allergy and Clinical Immunology, Royal Children's Hospital, Melbourne พ.ศ.2539-2540.
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์สาขาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา แพทยสภา
- Certificate in Health (Palliative care), Flinders University. พ.ศ.2011.

ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ :

- อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2524 - 2533
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ พ.ศ.2533 - 2555.
- หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ พ.ศ.2536 - 2539.
- ประธาน โครงการพิทักษ์สิทธิเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2539 - 2555.
- ประธาน postgraduate training ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

- พ.ศ2542 – 2546.
- ประธานโครงการเพื่อชีวิตเด็กป่วย (Child life program) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2542-2555.
 - Adjunct Associate Professor, Department of Pediatrics, Case Western Reserve School of Medicine, USA.
พ.ศ2545 – ปัจจุบัน
 - Co-chair Technical committee, Child Health in Humanitarian Emergencies, International Pediatric Association.
พ.ศ2545 – ปัจจุบัน
 - กรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัดขอนแก่น พ.ศ พ.ศ2446 – 2450.
 - ผู้ช่วยคณบดี แพทยศาสตร์ศึกษา พ.ศ2548 – 2552.
 - ประธานโครงการผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2548-2555.
 - กรรมการ สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ2551 – 2553.
 - กรรมการจริยธรรมแพทยสภาชุดที่ 11 พ.ศ.2552 - 2553.
 - หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2554 – ปัจจุบัน
 - นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society) พ.ศ2556 – ปัจจุบัน
 - Committee: Asia Pacific Hospice Palliative Care Network.
พ.ศ2556 – ปัจจุบัน

การทำงานด้านผู้เชี่ยวชาญและวิชาการ :

Course director, Management of children in disasters workshop :

Khon Kean, Thailand, 28 กพ – 2 มีค 2544.

Pechawa, Pakistan, 21-28 มค 2545.

Khon Kean, Thailand, 2 – 6 มีค 2548.

Yangon, Myanmar, 11-15 สค 2552.

Vientiane, PRP Lao, February 20-24, 2013.

Conference Chair Person, Asia Pacific Hospice Conference 2013, October 11-13, 2013, Bangkok, Thailand

Keynote speaker :

Child Protection : Uninformed Public and Unsupported Professionals. Asian Regional Conference on Safe Communities. Bangkok Nov 2007.

Speaker and facilitator :

Management of Disasters: Focus on Children and Families, December 2-6, 2002. Addis Ababa, Ethiopia.

Disaster Management: focus on children and families, January 17-22, 2003. Damascus, Syria.

Management of Children in Disaster Affected Situations, March 23-27, 2004. New Delhi, India.

Disaster management: Focus on children and families. January 9-12, 2007. Peshawa, Pakistan.

Management of humanitarian emergencies: Focus on children and families. January 13 - 18, 2008. Riyadh, Saudi Arabia.

A training workshop on responses to the mental health needs of children affected by disasters. “Humanitarian Emergencies and Children: Emphasis on Psychosocial Issues”. Mumbai, India, February 9 – 13, 2009.

Psychosocial issues for children in disasters workshop. Port-au-Prince, Haiti, February 9-11, 2011.

Management of disasters: Focus on children and families. Pre-congress workshop, IPA meeting. Melbourne, August 24, 2013

Psychosocial issues for children in disasters workshop. Manila, Philippines, January 16-18, 2014.

Speaker :

Non-pharmacological pain control in children. 24th International Congress of Pediatrics. Cancun, Mexico, August 14-19, 2004.

Child health in humanitarian emergencies. 24th International Congress of Pediatrics. Cancun, Mexico, August 14-19, 2004.

Child Protection in Tsunami Affected Communities: Guiding Principles and Best Practices. Unicef Thailand, July 14, 2005. Khao Lak, Thailand.

Community-Based Follow-up of Orphans and Vulnerable Children: A Basic Skills Training for Field-Based Social Workers. UNICEF Thailand, May 19-26, 2005. Khaolak, Thailand.

Reproductive, maternal and child health: Affects of Tsunami on health of Thai Children. WHO Conference on The Health Aspects of the Tsunami Disaster in Asia. Phuket Thailand.

Psychosocial effects of disasters on Thai children. CINP Asia Pacific Regional Meeting. March 12-15, 2007, Bangkok, Thailand.

Acute and long-term effects of disaster on children: experience from tsunami, Thailand. November 22, 2008. Chengdu, China

Psychosocial interventions: the practical challenges of program implementation. A two-day advanced program for graduates of management of complex humanitarian emergencies focus on children and families. Cleveland, USA, June 18-19, 2009.

Child health in catastrophe symposium. 13th Asian Pacific Congress of Pediatrics and 3rd Asian Pacific Congress of Pediatric Nursing. Shanghai, China, October 14-18 2009

Disaster management. Sixth Pediatric Continuing Medical Education Conference. Vientiane, Laos, February 26, 2010

Children needs in humanitarian crises. Disasters and trauma workshop. Johannesburg, South Africa, August 3, 2010

Rapid health assessment and infectious control in disasters. 27th International Congress of Pediatrics. Johannesburg, South Africa, August 4-9, 2010.

Psychosocial care and child protection in disasters. 9th International Congress in Tropical Pediatrics, Bangkok, Thailand, October, 12-14, 2011.

Meet the expert – Child protection. 9th International Congress in Tropical Pediatrics, Bangkok, Thailand, October, 12-14, 2011.

Development and barriers to pediatric palliative care in Thailand. 22th CHI World Congress. Bangkok, Thailand.

Medical ethics. Seven Pediatric Continuing Medical Education Conference. Vientiane, Laos, March 1, 2012.

International Workshop: Public Health Approach in Palliative care – Sharing Kerala's Experience. February 11-12, 2013. Cochin, India.

Helping the children cope after the Asian tsunami. Asia Pacific Hospice Conference 2013, October 11-13, 2013, Bangkok, Thailand.

Program/Project director :

UNICEF program - project director – Psychological first aid program

for children affected by tsunami of December 26th, 2004 in 6 affected provinces of Thailand, 2005.

UNICEF program - project director – Teacher training program on psychosocial rehabilitation of school children affected by tsunami, 2005.

Enfant et Development - project director - Psychosocial care and protection system for children affected by the tsunami of December 26th, 2004 In Ranong Province Thailand, 2005-2007.

Consultant for UNICEF Lao PDA – Preparation of guideline manual on disaster management for the Ministry of Health, 2005.

UNICEF program - project director: Developing one-stop-crisis-centers in 6 Southern provinces affected by tsunami disaster, 2007-2008.

UNICEF program - project director: “A Smile for Children Project” Psychosocial rehabilitation for children affected by the great flooding in Thailand



ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์

ครั้งที่ 6

วันพุธที่ 15 ตุลาคม 2557

เรื่อง

“Providing Whole Person Care : The Palliative Care Way”

โดย

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



“Providing Whole Person Care: The Palliative Care Way”

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ความรู้สึกของคนไข้ที่เผชิญกับโรคในระยะท้าย

“ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคมะเร็งชนิดร้ายแรงและจะมีเวลาเหลือไม่นาน ท่านรู้สึกอย่างไร เพราะอะไรถึงรู้สึกอย่างนั้น” ไม่ว่าใครที่อยู่ในสถานการณ์เช่นนี้คงไม่สามารถยอมรับและทำใจได้ ความรู้สึกตกใจ สิ้นหวัง ท้อแท้ และไม่รู้ว่าจะรับกับสถานการณ์นี้อย่างไร ความกลัว กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด ความพลัดพราก การสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างที่มี คงไม่สามารถจะบรรยายได้

ในความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวหรือบางครั้งตัวแพทย์เองด้วย เมื่อหมดหนทางรักษาหมายถึง...แพทย์ได้ทำการรักษาเต็มความสามารถเท่าที่ความรู้ความสามารถและเทคโนโลยีที่มีอยู่ที่แพทย์จะนำมาใช้ได้ ซึ่งตามความเข้าใจของแพทย์และตัวผู้ป่วยและครอบครัวอาจเข้าใจว่าแพทย์หมดหน้าที่ในการให้การดูแลแล้วผู้ป่วยควรกลับไปดูแลตนเอง/เสียชีวิตที่บ้าน แพทย์บางท่านยังอาจเข้าใจว่าไม่ควรสูญเสียทรัพยากรให้แก่ผู้หมดหนทางรักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งต้องเผชิญกับระยะท้ายของโรคด้วยตนเอง ในปัจจุบันที่การแพทย์สนใจแต่มิติทางกาย การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคแบบแยกส่วน รวมถึงการขาดความตระหนักและขาดความเข้าใจศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่เรียกว่า Palliative Care ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้และครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

Palliative care team เราคือใคร?

เราเป็นทีมสหสาขาที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสา รวมถึงอาจมีผู้นำด้านจิตวิญญาณที่ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยให้การดูแลผู้ป่วยทั้งตัวตน ในทุกมิติไม่ว่าด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงดูแลครอบครัวผู้ป่วย เราช่วยเขาดับทุกข์

ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม และอาการต่างๆ ที่มีกพบในผู้ป่วยระยะท้าย เราอยู่เป็นเพื่อน เป็นเพื่อนคู่คิด ช่วยแนะนำทางเลือกที่ดีที่สุด ให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาที่เหลืออย่างมีคุณค่า เราอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเขากำลังจะตาย ให้เขาอุ่นใจว่าเขาจะไม่ทรมานและเราจะดูแลครอบครัวเขาให้ผ่านพ้นวิกฤติ จากการสูญเสียได้ นี่คือการดำเนินงานของทีม Palliative Care

Palliative Care Never Says “There is Nothing We Can Do”

เราไม่สามารถรักษาโรคของเขาให้หายแต่เราสามารถจัดการอาการต่างๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบาย เราไม่สามารถทำให้ความเจ็บปวดจากการสูญเสียของเขาหายไปได้ แต่เรายินหยัดเป็นเพื่อนคู่คิดสำหรับผู้ป่วยและผู้สูญเสียและร่วมรับรู้ความทุกข์ของเขา เราไม่มีคำตอบสำหรับคำถามทั้งหมด แต่เรายินดีรับฟังปัญหาเหล่านั้น นี่คือการปฏิบัติงานของทีมที่ให้การดูแลแบบ Palliative Care เราก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยระยะท้ายหมายถึงผู้ป่วยประเภทใด?

ผู้ป่วยระยะท้ายหมายถึงผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่ได้ หรือโรคเรื้อรังที่โรคดำเนินมาถึงระยะท้ายของโรค ตัวอย่างเช่น มะเร็งที่รักษาไม่ได้ หรือมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย โรคหัวใจที่มีอาการหัวใจวายเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองลำบากแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว โรคไตวายเรื้อรังที่ไม่เริ่มล้างไตหรือยุติการล้างไต โรคถุงลมโป่งพองที่ต้องได้ออกซิเจนตลอดเวลา นอกจากนี้โรคอีกกลุ่มใหญ่คือผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมรุนแรง โดยทั่วไปเมื่อแพทย์คาดเดาว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่เกินหนึ่งปี หรือผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ถึงสมรรถนะที่ถดถอยลงต้องพึ่งพิงมากขึ้น มี comorbidity ซึ่งเพิ่มโอกาสเสียชีวิต มีโรคที่ลุกลามมากขึ้นหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ แพทย์สมควรให้การดูแลผู้ป่วยแบบ palliative ในสมัยก่อนเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ตามความเข้าใจคือแพทย์ไม่มีอะไรจะทำให้แล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวต้องไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนมากไม่สามารถยอมรับการยุติการดูแลจากแพทย์ได้ อาจขอร้องแพทย์ให้รักษาต่อต่างๆ ที่การรักษาตัวโรคนั้นไม่ก่อเกิดประโยชน์แต่ยิ่งสร้างความทุกข์ทรมาน

และภาวะ ผู้ป่วยบางส่วนต้องกลับบ้านไปดูแลตนเอง ทั้งๆ ที่มีอาการไม่สุขสบายแต่ไม่ได้รับการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายเหล่านั้น ในปัจจุบันเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย ยังมีแนวทางการดูแลคือการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ไม่มุ่งเน้นรักษาตัวโรค แต่มุ่งเน้นการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยเตรียมตัวในระยะเวลาสุดท้ายและจากไปอย่างสงบ

ทำไมต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง?

จากการที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้ทั้งแพทย์และประชาชนทั่วไปเข้าใจว่าเทคโนโลยีเหล่านี้จะช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งความเข้าใจนี้ไม่ถูกต้องเสมอไป ปัจจุบันยังมีโรคจำนวนมากที่ไม่สามารถรักษาได้ นอกจากนี้แพทย์มักมีแนวโน้มที่สนใจแต่การรักษาตัวโรค โดยอาจละเลยการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ แพทย์อาจไม่มีความเข้าใจหรือความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้วัฒนธรรมความเชื่อที่แพทย์ไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยโดยตรงแต่มักใช้วิธีบอกกับครอบครัวแล้วให้ครอบครัวตัดสินใจเองว่าจะบอกความจริงกับผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่มักต้องการปกปิดความจริง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ตรงจริง ทำให้ไม่สามารถวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายตามความต้องการของผู้ป่วยได้ การเลือกแนวทางการดูแลมักเป็นการตัดสินใจของครอบครัว ซึ่งมักออกมาในรูปแบบการยืดชีวิตทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและจากไปอย่างไม่สงบ

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางอย่างมาก โดยเฉพาะด้านจิตใจและรวมถึงจิตวิญญาณ จากการที่ต้องเผชิญกับความกลัวตาย ความพลัดพราก การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ตามความต้องการ เช่น การกำหนดรูปแบบการดูแลในระยะท้าย สถานที่ที่ต้องการใช้เวลาในช่วงท้ายรวมถึงสถานที่ตาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงการกลัวความเจ็บปวดในระยะสุดท้ายที่อาจเกิดขึ้น การควบคุมอาการที่ขาดประสิทธิภาพและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจัดการอาการในระยะท้าย ประกอบกับการขาดการวางแผนล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษาที่เกินจำเป็นและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งยิ่งสร้างความทุกข์

ทรมาณแก่ผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ความสุขสบายในระยะสุดท้ายมีผลต่อจิตใจของผู้สูญเสีย ช่วยให้ผู้สูญเสียสามารถปรับตัวกับการสูญเสียได้ดี

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านสภาวะสุขภาพของประชากร ไม่แตกต่างจากประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆทั่วโลก คือแนวโน้มของปัญหาโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็งที่พบเป็นสาเหตุการตายที่สูงขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สาเหตุการตายอันดับต้นๆของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าภายใน 40 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาในระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น (การสาธารณสุขไทย 2551-2553) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการรักษาแบบประคับประคอง มาช่วยรองรับการดูแลผู้ป่วยที่โรคเข้าสู่ระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะเวลาที่เหลืออยู่

การศึกษาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนเสียชีวิต ในประเทศไทยแม้จะมีหลักประกันสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวพบมีปัญหาเศรษฐกิจที่รุนแรง เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การขาดรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล หนึ่งในสามของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง

การดูแลแบบ Palliative Care นอกจากจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ จากการใช้การจัดการอาการที่ดีทำให้สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ และการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ทำให้หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์และอาจไม่ใช่ความต้องการของผู้ป่วย

การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองหมายถึงการดูแลอย่างไร?

Palliative Care เป็นทางเลือกของการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้าย โดยจุดมุ่งหมายของ Palliative Care คือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่โรครักษาไม่ได้หรือรักษาลำบาก หลักการของ Palliative Care คือการยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่โดยไม่ไปยึดหรือเร่งเวลาที่เหลือ เราให้การดูแลผู้ป่วยโดยยอมรับว่าความตายเป็นมิติของชีวิต ไม่เร่งให้เขาตายเร็วขึ้นเพื่อให้เขาพ้นจากความทุกข์ทรมาน ขณะเดียวกันเราไม่พยายามใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มายืดชีวิตผู้ป่วยถ้าพิจารณาแล้วว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

การที่โรคอยู่ในระยะท้ายหมายถึงผู้ป่วยมีเวลาเหลืออีกไม่นาน อาจจะเป็นปีหรือไม่กี่เดือน ดังนั้นจึงต้องให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายมักเผชิญกับอาการทางกายที่ทำให้ไม่สุขสบาย เช่นอาการปวด หายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร อ่อนล้า ที่สำคัญกว่านี้คือปัญหาด้านจิตใจ ความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียความหวัง การกลัวความทุกข์ทรมานที่จะได้รับในระยะท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลประคับประคองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและให้สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและใช้เวลาที่เหลืออย่างมีคุณค่า การดูแลแบบ Palliative Care มีองค์ประกอบที่สำคัญคือการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการไม่สุขสบายทางกาย ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการปวดที่รุนแรงหรืออาการหายใจไม่อิ่ม ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมาน ดังนั้นศาสตร์ของ Palliative Care คือการจัดการอาการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยอยู่อย่างปราศจากอาการหรือให้มีอาการน้อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้เวลาที่เหลือของผู้ป่วยมีคุณค่า อยู่อย่างสบายที่สุดแทนที่ต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด เมื่ออาการทางกายสบายขึ้นก็ทำให้จิตใจของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณก็เป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งในบางครั้งอาจมีความสำคัญมากกว่าด้านร่างกาย การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย การประคับประคองจิตใจ เปิดโอกาสรับฟังความคับข้องใจของผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว การให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในชีวิต วางแผนการใช้เวลาที่เหลืออย่างมีคุณค่า

หัวใจที่สำคัญอีกอย่างคือการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่เป็นจริง รวมถึงทางเลือกต่างๆ ในการรักษาทั้งข้อดีและข้อเสีย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยมีทีม palliative เป็นเพื่อนคู่คิด ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสคิดทบทวนและวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแล แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลดีผลเสียของการทำหัตถการหรือการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในระยะที่ร่างกายเปราะบาง การรักษาบางอย่างนอกจากไม่เกิดผลดียังอาจก่อเกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยหรือเพิ่มภาระให้ผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น การจัดหาระบบการช่วยเหลือแก่ครอบครัว ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และอาจมีผลดีต่อการดำเนินโรค จากประสบการณ์การทำงานด้าน Palliative Care พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สภาวะโรคมักมีการเตรียมตัว และมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกรานและต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ World Health Organization ให้ข้อแนะนำว่าในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะท้ายควรเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care และสามารถให้การดูแลได้ตั้งแต่วะยะแรกของโรค สามารถให้ควบคู่กับการดูแลแบบ curative care คือการรักษาตัวโรคได้ เช่นการให้เคมีบำบัด การฉายแสงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายมีความสำคัญอย่างไร?

ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ป่วยเป็นโรคที่การรักษาทำได้ลำบากหรือไม่ได้ผลดี ควรต้องมีการคิดทบทวนไว้ล่วงหน้าว่าเมื่ออยู่ในระยะท้ายของโรค เขาต้องการได้รับการดูแลอย่างไร เมื่อร่างกายเข้าสู่ในระยะท้ายจะมีสมรรถนะลดลง ช่วยเหลือตนเองลำบากมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อพยายามยืดเวลาออกไปอาจช่วยยืดเวลาได้แต่เป็นเวลาที่ไม่มีความหมายชีวิต และแน่นอนการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ ต้องแลกด้วยความไม่สุขสบาย เช่นการเจาะเลือด การใส่ท่อต่างๆ เข้าร่างกาย และที่สำคัญต้องใช้เวลาในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่อยู่มองไม่สบาย การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care planning) ช่วยให้

ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคอยู่ในระยะสุดท้ายได้ ทำให้ครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ได้รับความต้องการของผู้ป่วยผู้สูงอายุ ที่เป็นสมองเสื่อมอาจไม่สามารถรับรู้อะไรได้อย่างมีความหมาย เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น จึงยังมีความสำคัญในการกำหนดแผนการรักษาที่ตนเองต้องการไว้ล่วงหน้าและเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยสามารถทำเป็นเอกสารแจ้งความจำนงไว้ล่วงหน้า ที่เรียกว่า advance directives ซึ่งในประเทศไทย คือ มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

บริการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

ประเทศไทยเรามีการพัฒนาาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า Palliative Care ซ้ำมาก ไม่ทันการกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่รุดหน้า การบริการที่มีประสิทธิภาพแบบทีมสหสาขามักพบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ แต่การบริการนี้มีความสำคัญอย่างมากและมีความจำเป็นที่ต้องทำให้เกิดขึ้นอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศเรากำลังจะเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงสาเหตุการตายส่วนใหญ่คือโรคมะเร็ง ซึ่งสองในสามของโรคมะเร็งมักจะรักษาไม่ได้และมักเสียชีวิตในหนึ่งปี จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีบริการแบบ Palliative Care แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative Care หรือแพทย์ที่เข้าใจหลักการและมีความรู้ความชำนาญในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจหลักการการพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย ที่สำคัญสามารถให้ข้อมูลสภาวะของโรคและแนวทางการดูแลที่สามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการในระยะท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการทำงานของสหสาขา พยาบาลที่เข้ามาช่วยประเมินและจัดการพยาบาลให้ผู้ป่วยสุขสบาย สอนผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านด้วยตนเองและให้เกิดความมั่นใจในการดูแล มีนักสังคมสงเคราะห์ที่เข้ามาช่วยประสานทรัพยากรและแหล่งช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีทีมที่เข้ามาช่วยเยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วยโดยการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและ

ความหมายของชีวิต การใช้ศาสนามาเยียวยาจิตใจต่างๆ เป็นต้น ในประเทศที่พัฒนาแล้วการบริการด้านนี้มีอยู่ในระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านและในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย (hospice) ประเทศไทยเรายังต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลนี้อีกมาก เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้น จึงต้องอาศัยแรงผลักดันจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้อย่างเท่าเทียมกัน

การจัดบริการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะท้ายแบบ Palliative Care เริ่มมีการพัฒนา มา 40 กว่าปีในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งพบว่า การดูแลดังกล่าวช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นอย่างมาก รวมถึงช่วยประหยัดงบประมาณของการบริการสาธารณสุขซึ่งเกิดจากการตรวจและรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ก่อประโยชน์แต่เพิ่มความทุกข์ทรมานและสร้างภาระที่หนักหน่วงให้กับครอบครัวผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

ระดับการบริการด้าน palliative care ของประเทศไทย

World Palliative Care Alliance ได้มีการจัดระดับการบริการด้าน Palliative Care ของประเทศต่างๆทั่วโลก โดยมีการแบ่งกลุ่มของพัฒนาการบริการเป็น 4 กลุ่ม (Lynch et al, 2011; WPCA 2011) ประเทศในกลุ่มทวีปยุโรป อเมริกาเหนือและออสเตรเลียจัดในกลุ่มประเทศที่มีระบบ Palliative Care อยู่ในระดับ Group 4b - advance integration คือมีการดูแลนี้อยู่ในระบบบริการสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ ประเทศไทยจัดอยู่ใน Group 3a – isolated provision คือมีการบริการด้าน Palliative Care เฉพาะแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่พบการบริการนี้ในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ จากการที่ประเทศไทยมีพัฒนาการการดูแลด้าน Palliative Care ล้าช้ามากเมื่อเทียบกับประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์เทียบเคียงกับเราเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เกาหลี ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันและผู้สูงอายุที่โรคลุกลามและอยู่ในระยะท้ายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ และทนทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆในระยะท้ายที่ไม่สามารถควบคุมได้ดีโดยเฉพาะอาการปวด

จากปัญหาด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมถึง

จำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการพัฒนาการบริการด้าน Palliative Care ของประเทศไทยที่มีความล่าช้า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาบริการด้านนี้อย่างก้าวกระโดด เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ที่คุกคามกับระบบสุขภาพของประเทศ การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทั้งในภาคสังคมและภาคระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและให้สามารถตายดีในส่วนของบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ต้องมีการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและ cost effective โดยการจัดการความรู้และวิจัยระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นความจำเป็นที่ต้องทำอย่างรีบด่วน

การศึกษาาระบบบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมและคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย

เป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน เพื่อนำไปสู่การพิจารณาจัดบริการนี้ในระบบประกันสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการจัดงบประมาณ ประเทศไทยมีระบบการบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิที่แข็งแกร่งและทั่วถึง ดังนั้นระบบบริการที่เหมาะสมควรเป็นระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้การบริการระดับปฐมภูมิมาเป็นตัวรองรับ แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาทดลองระบบ สร้างการเชื่อมต่อของบริการระดับต่างๆ พร้อมกันนี้ควรใช้ระบบและทุนทางสังคมในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาการจัดบริการผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลตลอดเวลา โดยอาจศึกษาความคุ้มค่าของการจัดดูแลแบบ hospice เปรียบเทียบกับ palliative ward/bed ในโรงพยาบาล

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อหาระดับความรุนแรงของปัญหา เช่นจำนวนผู้ป่วย ชนิดของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวก็มีความสำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดบริการ

การสร้างเสริมของระบบ palliative care และให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากการประชุมของ World Health Assembly ในปี ค.ศ. 2014. World Health Organization ได้สนับสนุนให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการด้าน Palliative Care ดังนี้

1) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลแบบ Palliative Care และดำเนินการโดยกำหนดเป็นนโยบายที่ให้การสนับสนุนระบบสุขภาพ ที่นำหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่าของบริการ การเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมของ Palliative Care และการให้บริการนี้อย่างต่อเนื่องในทุกระดับของการดูแล โดยเน้นการดูแลแบบปฐมภูมิ การดูแลที่บ้าน และครอบครัวชุมชนทั้งหมด

2) ให้มั่นใจว่ามีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การสนับสนุนด้านบุคลากรในระดับที่เหมาะสมเพื่อขับเคลื่อน Palliative Care ในทุกด้าน ตั้งแต่ นโยบาย การพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นใน Palliative Care รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการ

3) ให้บริการการดูแลขั้นพื้นฐานโดยผ่านความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ในการให้การดูแลครอบครัวและจิตอาสาในชุมชนและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ภายใต้การควบคุมดูแลของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว

4) ตั้งเป้าหมายให้ Palliative Care เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ตามบทบาทและความรับผิดชอบ โดยยึดหลักการดังนี้

- การฝึกอบรมขั้นพื้นฐาน และอบรมอย่างต่อเนื่องด้าน Palliative Care ต้องเข้าไปอยู่ในหลักสูตรของการศึกษาระดับปริญญาและหลังปริญญาของ แพทยศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ และเป็นส่วนหนึ่งของ in-service training ของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ กลุ่มอาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณและด้านสังคม

- ให้การฝึกอบรมระดับกลางแก่บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illnesses) รวมถึงผู้ทำงานในสาขาโรค มะเร็ง โรคติดเชื้อ กุมารเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และอายุรศาสตร์

- มีการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative Care ซึ่งมีความจำเป็นในการเตรียมบุคลากรด้านสุขภาพ ให้้นำการดูแลแบบ Palliative Care เข้าไปในงานประจำของการดูแลผู้ป่วย

5) มีการประเมินความต้องการเฉพาะภายในท้องถิ่น รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดที่บ้านและยาที่จำเป็น ให้มั่นใจว่ามีใช้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดแคลน

6) มีการทบทวนและปรับปรุงนโยบายและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาควบคุม โดยอ้างอิง WHO policy guidance เพื่อให้มีมาตรการการใช้ยาและการเข้าถึง ยาระงับปวด และยึดตาม United Nations international drug control conventions

7) มีการปรับยาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย โดยยึดการเพิ่มเติมล่าสุดของ WHO ซึ่งมีการเพิ่มยาด้านระงับปวดและยาที่จำเป็นต้องใช้ใน Palliative Care เข้าใน WHO Model List of Essential Medicines และ WHO Model List of Essential Medicines for Children

8) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐบาลและภาคส่วนประชาสังคม รวมถึงองค์กรผู้ป่วยต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการ Palliative Care แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการนี้

9) ดำเนินการและติดตามกิจกรรมต่างๆด้าน Palliative Care ตาม WHO's global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020.

บทสรุป

การดูแลระดับประคองแบบ Palliative Care มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด ซึ่งประเทศไทยต้องเริ่มการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดเพื่อผลักดันให้มีการพัฒนาระบบการดูแลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ให้มีบริการนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลในทุกระดับเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงบ้านผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

1. การสาธารณสุขไทย 2551-2553.
http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaihealthProfileT2010T.pdf. (Access September 16, 2013).
2. ชูติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์และพวก. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ.2548-2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พศ.2550.
3. Seshamani M, and Gray AM. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on healthcare costs. *Age Ageing* 2004;33(6):556-61.
4. Stjernward J, Foley K, and Ferris F. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symp Manage* 2007;33:486-93.
5. 67th World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. WHO Agenda item 9.4, January 23, 2014. *http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (Access September 22, 2014)*
6. WPCA. Global atlas for palliative care at the end of life. *http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/ (Access March 1, 2014).*



ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์



ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์*

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนเคยได้ยินได้ฟัง และเป็นสิ่งต้องเกิดขึ้นกับทุกคนไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อใดก็เมื่อนั้น แต่คนทั่วไปส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่สนใจและรู้สึกว่าความตายคืออะไร หรือมีเช่นนั้นก็ไม่มีใครรู้จักความตายตามจริง หากแต่รู้จักตามภาพที่ตนเองจินตนาการขึ้น ซึ่งมักจะทำให้รู้สึกกลัวความตายมากขึ้น ท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวไว้ในเรื่องความตายไม่มี ? ว่า “ความตายทั้งทางกายและทางวิญญาณ เป็นจุดรวมของความกลัวทุกชนิด” จึงไม่แปลกที่มนุษย์เกือบทุกคนกลัวความตาย ไม่อยากพูดถึง ไม่อยากได้ยิน ไม่อยากให้มาเยือนตนเองหรือผู้คนที่แวดล้อมอยู่รอบตัว และไม่สนใจจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความตาย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลให้ความกลัวตายเพิ่มเป็นทวีคูณ กับทั้งทำให้ตั้งอยู่บนความประมาท คิดว่าความตายยังอยู่ไกลตัว โดยพยายามผลักความตายให้ออกห่างตนเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ และไม่อยู่ในบังคับบัญชาของมนุษย์ แต่มนุษย์โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และคนป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วย

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

เจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าจะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ได้ บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น “การุณฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ยุคปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมดาธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เป็นปัญหาระดับโลก จนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในบางประเทศว่า คนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าได้จะทำอย่างไร ถ้าไม่ได้จะทำอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นมีชี้แต่ในด้านกฎหมายหรือด้านการแพทย์หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหาด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนือง ๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าจะเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยผู้ใกล้ตายและแม้แต่ตนเองในที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับ

ความรู้ว่าอย่างไรคือการ “ตายดี” ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีใจดังนี้

ด้านร่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษาสสามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้น โดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

๑ เมื่อใกล้ตาย ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่

๑ คนใกล้ตายจะเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

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

ชุปน้ำแฉะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีผึ้งทาริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอดน้ำตาเทียม

๑ คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกกังวลและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

๑ เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้าง ๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

๑ การร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

๑ คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

ด้านจิตใจ

โดยทั่วไปเมื่อกายป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ซิดก็ควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็น

ผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึง ความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การ ประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการ และความตั้งใจได้เสมอ

ความรู้เกี่ยวกับการตาย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศ สหรัฐอเมริกา ที่ในยุคก่อนไม่สนใจเรื่องความตายเลย จนเกือบจะเป็นสิ่งต้องห้าม ที่ไม่ควรพูดถึง ก็ได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความ ตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นแล้ว วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำ ให้มนุษย์มีโอกาสตายตามธรรมชาติได้น้อยลง ความตายอย่างสงบจึงไม่เกิดขึ้น ใน บางประเทศคนไม่มีโอกาสได้ตายอย่างสงบที่บ้าน แต่ตายอย่างโดดเดี่ยวและ ทรมานในโรงพยาบาล โดยตายกับสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกายและ เครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่รอบตัว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการตื่นตัวในเรื่อง เกี่ยวกับความตายมากขึ้น โดยเฉพาะในวงการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ใน ประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า “การตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของคนป่วย และญาติ บนพื้นฐานของการรักษาด้านการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้ มาตรฐานและดีงาม”

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

“ในคัมภีร์พุทธศาสนาพูดถึงเสมอว่า อย่างไรก็ตามการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มีสติไม่หลงตาย และที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย”

“ที่ว่าไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่ว่า จะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า “บอกอรหัง” ก็เป็นคติที่ให้ความรู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา เป็นต้น

“อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีกคือ ให้เป็นการตายที่ใจมีความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่ว่าคนที่จะตายมีจิต ยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศล ความดี ก็นับว่าดีแล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็มีความสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ชั้นนี้แหละถือว่าดีที่สุด”

นอกจากนั้นท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับจิตตอนที่ตายว่า

“เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกดีได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้”

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ จะตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำจิตให้ผ่องใสในเวลาที่จะตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจ ซึ่งศาสนาอื่นทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนา นั้นมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่มุมของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึก และลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ยังมีไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดในชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญา รู้เท่าทันชีวิตและบรรลुरुธรรมในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

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 เรื่องที่จะทำให้จิตใจสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่มีผู้ใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติ 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 “เหนือ ห้วงมหรณพ และประตูสู่ภาวะใหม่” ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แปลจากหนังสือ เรื่อง The Tibetan Book of Living and Dying โดยท่านโซเกียล รินโปเซ ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตาย และวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างดีเยี่ยมควรแก่ การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนที่ท่านไพศาลแปลไว้มีความว่า

“การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญ ยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนา สอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ ใกล้ตาย

“ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วย ให้บุคคลตายด้วยดี”

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลา หรือยังที่เรา ไม่ว่าจะเป็ใคร ควรที่จะให้ความสนใจศึกษาและฝึกฝนตนเองให้ สามารถเผชิญกับความตายของผู้อื่นและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเอง ตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือ มีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการ ดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่าง นั้น เป็นสังขารมอยู่แล้ว หากเราช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และ เรียนรู้จากกันและกัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการตาย สิ่งที่จะได้ก่อนคือศิลปะ ในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่มีคุณภาพและเกิดความ สงบสุขโดยทั่วกัน



ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
Siriraj Palliative Care Center

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



ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
Siriraj Palliative Care Center