



ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานนิตย์

ครั้งที่ ๗

เรื่อง

“Pain management in low resource developing country
and opioid accessibility”

โดย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาพะเกษจวิน

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Siriraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ปาฐกถาเกียรติยศ
สุมาลี นิมนานิตย์

ครั้งที่ ๗

เรื่อง

“Pain management in low resource developing country
and opioid accessibility”

โดย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพวงค์ภารดี เจาทะเกษตริน

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Siriraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อหนังสือ : ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานิตย์

จำนวนหน้า : 76 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 800 เล่ม

เดือน/ปีที่พิมพ์ : ตุลาคม 2558

ISBN :

พิมพ์ที่ : บริษัท แอทโพร์พริ้นท์ จำกัด

สงวนลิขสิทธิ์

ห้ามคัดลอก ถ่ายภาพ ถ่ายเอกสาร ทำสำเนา จัดเก็บหรือพิมพ์ขึ้นใหม่ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพียงบางส่วน 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 2015 ระหว่างวันที่ 14-16 ตุลาคม 2558 โดยมี “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานนิตย์” ครั้งที่ 7 เป็นปาฐกถาในการจัดงานครั้งนี้ เพื่อให้ชาวศิริราชได้ระลึกถึงศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิกงานด้าน Palliative Care และ End-of-life care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เป็นครูแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ ผลงานการสอนอันโดดเด่นของท่าน การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ศิษย์ รวมทั้งความสนใจอย่างลึกซึ้งที่ท่านมีต่อแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นที่ปรากฏชัด จนทำให้ท่านได้รับรางวัลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นครูแพทย์อย่างมากมายตัวอย่างเช่น รางวัลทุน “เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู นอกจากนั้นท่านยังเป็นผู้บริหารที่มีคุณธรรมมีวิสัยทัศน์ และมีผลงานเป็นที่ปรากฏ ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ.2540 - 2544 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง โดยท่านได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง และท่านยังได้แนะนำชักชวนอาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ

ให้มีโอกาสได้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมากท่านเป็นผู้ผลักดันให้เกิดโครงการ “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 ซึ่งมีโอกาสฝึกปฏิบัติและเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐาน จัดทำโครงการ “รักษาใจยามเจ็บป่วย” ตั้งแต่ พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและคลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยให้เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญารู้เท่าทันโลกและชีวิตตามจริง ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และยังคงดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์ 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 นิมนานิตย์ ป่วยด้วยโรคมะเร็ง แม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ท่านมิได้

พรุ่งนี้ต่อทุกขเวทนาและความตาย ท่านกลับยิ่งทู่แท้ทั้งร่างกาย แรงใจ ทำหน้าที่การงานต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ของส่วนรวมอย่างไม่ย่อท้อ ผลงานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มีอาสาสมัครของภาควิชาอายุรศาสตร์ ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์ สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญให้คณะฯ นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบจิตอาสาต่อไป แม้วันนี้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง สุมาลี นิมนานินิตย์ ได้จากพวกเราไปแล้ว แต่สิ่งที่ท่านสอนพวกเราตลอดชีวิตของท่าน คือ การแสดงตัวอย่างจากของจริงให้เห็นว่า ทำอย่างไรจึงเรียกว่า “อยู่เป็น” “ตายเป็น” และ “ตายดี”

ในปีนี้ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน ได้รับเลือกให้เป็นองค์ปาฐก แสดงปาฐกถาเกียรติยศสุมาลี นิมนานินิตย์ ในหัวข้อ “Pain management in low resource developing country and opioid accessibility” รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2519 และจบวุฒิปัตระ วิสัณณูวิวิทยา จากภาควิชา วิสัณณูวิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2523 ประสบการณ์ในการทำงานท่านเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาวิสัณณูวิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นหัวหน้าหน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัณณูวิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นนายกสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย และเป็นประธานศูนย์บริรักษ์ ศิริราช นอกจากนี้ ท่านได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2554 และ พ.ศ.2556 ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative Care ที่มีต่อผู้ป่วยและให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาอย่างยาวนาน ท่านเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดก่อตั้งศูนย์ บริรักษ์ ศิริราชขึ้น โดยให้ทำงานร่วมกับคลินิกระงับปวด เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และได้ใช้เวลาอันมีค่าอยู่กับครอบครัวและคนที่รักอย่างมีความสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ท่านได้เขียนตำรา ทำวิจัยและจัดทำโครงการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเช่น จัดทำโครงการผลิตยาน้ำมอร์ฟินไซรัป

ร่วมกับแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช เพื่อใช้ระงับปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลศิริราช ศึกษาผลของการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเพื่อการบำบัดรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมที่ทำให้โรงพยาบาลศิริราชมียาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวด เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากของประเทศที่จำเป็นต้องได้รับยา แต่การนำยามัดในรูปแบบของการออกฤทธิ์เน้นจำเป็นต้องนำเข้าจากต่างประเทศ จึงมีราคาสูงและมีการขาดครวเป็นระยะๆ การมียาน้ำมอร์ฟินโซลรัปจึงช่วยประหยัด ลดค่าใช้จ่ายให้กับประเทศ และยังใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาการกลืนได้อีกด้วย นอกจากนี้ท่านยังมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนในการจัดอบรมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบ Palliative Care ให้กับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง จึงนับว่ารองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศภารดี เจาทะเกษตรินเป็นผู้หนึ่งที่ได้สนับสนุนงาน Palliative Care อย่างเสมอมา

ดังนั้น ผมจึงขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศภารดี เจาทะเกษตริน ที่แสดงปาฐกถาเรื่อง “Pain management in low resource developing country and opioid accessibility” ในวาระสำคัญนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care และคณะกรรมการอำนวยการจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2015 ที่ได้จัดงานอันทรงคุณค่าครั้งนี้ และขออวยพรให้การจัดงานครั้งนี้บรรลุผลสมดังวัตถุประสงค์ทุกประการ



ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนภา
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช	15
คำกล่าวสุดท้ายของศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ เกี่ยวกับ Palliative Care	21
ประวัติ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน	25
ปาฐกถาเกียรติยศ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ เรื่อง “Pain management in low resource developing country and opioid Accessibility” โดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน	37
บทความเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์	63



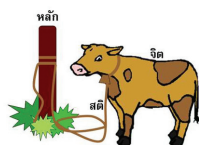
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์



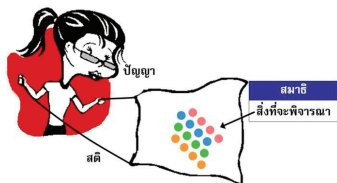




สติคืออะไร



สติ สมาธิ ปัญญา





ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์
ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์

ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ 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 และกลับมาเป็นอาจารย์ในสาขาวิชาเวชวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่นั้นมา พ.ศ. 2516

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ 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 นิมนานินิตย์ เริ่มฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานกับคุณแม่สิริ กรินชัย เป็นครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2531 โดยได้รับการชักชวนจากคนในครอบครัว และอยากทดลอง เนื่องจากเห็นหลานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากการฝึกปฏิบัติฯ หลังจากนั้นท่านมีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง จึงได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจังด้วยความศรัทธา เห็นคุณค่า และด้วยเมตตาธรรม ท่านจึงได้แนะนำชักชวนอาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน 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 นิมนานนิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่องการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, Palliative Care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมียุทธศาสตร์ในการพูด การถ่ายทอด การถาม การฟังอย่างใส่ใจ การใช้ภาษากายและภาษาพูด มีจิตใจที่ตั้งมั่น มีสติที่ไว มีความสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีไหวพริบปฏิภาณ สามัญสำนึก “รู้เขารู้เรา” และ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” นอกจากการดูแลกายที่ป่วยแล้ว แพทย์ต้องดูแลรักษาใจที่ป่วย และดูแลผู้ใกล้ตายให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” ด้วย ท่านจึงจัดให้มีการอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ เรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” เป็นประจำทุกปี ตั้งแต่พ.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 แม้จะป่วยท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งร่างกายแรงใจ ทำหน้าที่การทำงานต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ งานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มี “อาสาสมัคร” ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายใน เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ 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 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 แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน



ประวัติ

รองศาสตราจารย์หญิงพงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน



ประวัติการศึกษา :

อดีต รองศาสตราจารย์ หัวหน้าหน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อดีตประธานศูนย์บริรักษ์ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบัน ข้าราชการเกษียณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทย์ที่ปรึกษาเฉพาะทางการระงับปวด โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท และโรงพยาบาลพระรามเก้า เป็นบุตรคนที่สี่ของตระกูลธารมงคล สมรสกับนายแพทย์ไพรัช เจาทะเกษตริน มีบุตรด้วยกันสองคน คือ นางสาวกุลภา เจาทะเกษตริน และ แพทย์หญิงจินธนา เกษมสุวรรณ (สมรสกับนายตรีบุร เกษมสุวรรณ)

การศึกษาและการฝึกอบรม

ปี พ.ศ.	ประกาศนียบัตร/ปริญญา/คุณวุฒิ	สถานศึกษา
2500-2512	ชั้นประถม และ มัธยมต้น	โรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์
2512-2514	ชั้นมัธยมปลาย	โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา
2515-2516	วิทยาศาสตร์บัณฑิต	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2517-2519	แพทยศาสตรบัณฑิต	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2520	แพทย์ฝึกหัด	โรงพยาบาลศิริราช
2521	ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก	บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

การศึกษาและการฝึกอบรม

ปี พ.ศ.	ประกาศนียบัตร/ปริญญา/คุณวุฒิ	สถานศึกษา
2521-2523	วุฒิปัฒราวุฒินุญวิทยา	ภาควิชาวุฒินุญวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล
2524	ประกาศนียบัตร ฟิงเข็มและ Moxibustion	Nanjing College of Traditional Chinese Medicine. The People's Republic of China
2528	Clinical training in Interventional Pain Management	Guy's Hospital ,London UNITED KINGDOM
2532	Clinical training in Multidisciplinary Pain Management	Multidisciplinary Pain Center. University of Washington, Seattle , USA

ประวัติการรับราชการ

ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง	สังกัด
2521	อาจารย์	ภาควิชาวุฒินุญวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล
2525	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	ภาควิชาวุฒินุญวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล
2534	รองศาสตราจารย์	ภาควิชาวุฒินุญวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล

ประวัติการทำงาน/ประสบการณ์

ปี พ.ศ.

- 2513-2515 หัวหน้านักศึกษาแพทย์หญิง ชั้นปีที่ 1 และ 2
- 2522 หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน วิสัญญีวิทยา
- 2532 หัวหน้าหน่วยระงับปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
- 2533 กรรมการก่อตั้ง ชมรมศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย
เครือข่ายของ สมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดนานาชาติ
(IASP ,The International Association for the Study of Pain)
- 2533 ตัวแทนประสานงาน เพื่อ WHO Cancer Pain Relief Programme
ของ องค์การอนามัยโลก
- 2536 คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขั้น
สุดท้าย ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
และ Thai Pain Society (IASP Chapter)
- 2542-2545 นายกสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
- 2546 ที่ปรึกษาคณะกรรมการสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่ง
ประเทศไทย
- 2551 ประธานกรรมการจัดทำแนวทางการรักษาความปวดทางระบบ
ประสาท Neuropathic pain treatment guideline ของสมาคม
การศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
- 2551 ประธานคณะทำงานเพื่อการกระจายและการมียาโอปิออยด์เพื่อใช้
ในทางการแพทย์ Taskforce on opioid accessibility
and availability for Thailand
(since Boracay Opioid Accessibility Meeting 2008)
- 2554 ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการรักษาความปวดจากมะเร็ง
Cancer Pain Treatment guideline ของสมาคมการศึกษาเรื่อง
ความปวดแห่งประเทศไทย

ประวัติการทำงาน/ประสบการณ์

ปี พ.ศ.

- 2554-2555 คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
- 2555 ประธานศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

ประวัติการทำงาน/ประสบการณ์ระดับนานาชาติ

ปี พ.ศ.

- 2533 IASP Task Force on Cancer Pain
- 2533 WHO Liaison for Cancer Pain Relief Program
- 2536 IASP Task Force on Pain in Elderly
- 2537 IASP Task Force on Pain in AIDS
- 2539 IASP Committee on Membership
- 2542-2545 Scientific Program Committee ของ 10th World Congress
on Pain จัดโดย The International Association for
the study of Pain
- 2546 Chairman, Scientific Program Committee ของ 7th Biennial
Congress of AOSRA –PM จัดโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยา
- 2546-2553 IASP Task Force on Developing Countries
- 2546-ปัจจุบัน IASP Liaison for The Association for South-East Asian Pain
Societies
- 2548 ประธานโครงการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางการบำบัดความปวดแก่
วิสัญญีแพทย์ไทยและ ต่างชาติ Clinical Fellowship Training Program,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital

ประวัติการทำงาน/ประสบการณ์ระดับนานาชาติ

ปี พ.ศ.

- 2549 Secretariat, Organizing Committee of the First Hands-on Interventional Cadaveric Workshop
โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ Interventional Pain Institute
- 2551-2554 Liaison for IASP/WFSA Clinical Fellowship Program for Developing the Countries in Southeast
- 2551-ปัจจุบัน อาจารย์สอนใน Long distance master program in Pain Management จัดโดย Faculty of the University of Santo Thomas, Manila, Philippines
- 2553-2557 IASP Developing Country Working Group for Pain Education
- 2553-2557 International Advisory Panel of SIG on Pain Education
- 2554 Chairman, Organizing Committee of the 4th ASEAPS (Association for South-East Asian Pain Societies) Congress on Pain
- 2554 Chair, Organizing Committee” The First IASP Pain Management Camp” for Asia, April 1-5, 2011, at Salaya Pavillion, Mahidol University hosted by The International Association for the study of Pain

ผลงานดีเด่น / รางวัลที่ได้รับ

- 2526 -2527 ทุนวิจิัย กรมพระยาชัยนาทนเรนทรและทุนสภาวิจัยแห่งชาติเรื่อง
Acupuncture treatment In Allergic Rhinitis
- 2530 ทุนวิจิัย มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง Oral Morphine Syrup for
the Treatment of Cancer Pain
- 2530 จัดทำโครงการผลิตยาน้ำมอร์ฟินไซรัป ร่วมกับ แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาล
ศิริราชเพื่อใช้ระงับปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลศิริราช ศึกษาผลของ
การใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเพื่อการบำบัดรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
นับเป็นนวัตกรรม ที่ทำให้โรงพยาบาลศิริราชมียาเพื่อใช้กับผู้ป่วยปวด ด้วยมี
ผู้ป่วยจำนวนมาก ของประเทศที่จำเป็นต้องได้รับยา แต่การนำยาเม็ดในรูป
แบบของ การออกฤทธิ์เน้นจำเป็นต้งนำเข้ามาจากต่างประเทศ จึงมีราคาสูง
และ มีการขาดครวเป็นระยะๆ การมียาน้ำมอร์ฟินไซรัปจึงช่วยประหยัด
ลดค่าใช้จ่ายให้กับประเทศ และยังใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหา
การกลืนได้อีกด้วย
- 2533-2555 ได้รับมอบหมายจากภาควิชาวิสัญญีวิทยาให้จัดการบริการระงับปวด
แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช โดยจัดตั้งเป็นคลินิกระงับปวด ให้บริการ
แก่ผู้ป่วย Acute , Chronic และ Cancer Pain โดยจะประเมิน วินิจฉัย
และรักษาความปวดให้แก่ผู้ป่วย ในระยะแรกวิธีการรักษาที่ใช้ในคลินิกจะ
เน้นตามความเชี่ยวชาญวิสัญญีวิทยา จึงให้การสกัดเส้นประสาทเป็นหลัก
ต่อมาเมื่อมีการผลิตยาน้ำมอร์ฟินไซรัป ก็มีการใช้ยาแก้ปวดต่างๆร่วมด้วย
เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่ปรึกษาเริ่มมีความซับซ้อนมากขึ้น ปี พศ. 2536 จึงจัดการ
ประชุมเพื่อปรึกษาหารือปัญหาปวดของผู้ป่วย Pain Confer ences โดยเชิญ
อาจารย์แพทย์ต่างสาขาวิชาเข้าร่วม ได้แก่ จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู
อายุรแพทย์สาขารูมาติสม ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ศัลยแพทย์ประสาท
วิทยา พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งนอกจาก การประชุมแล้ว
ยังเกิดการบริการระงับปวดในแบบสหสาขาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
มีการปรึกษาระหว่างสาขาวิชา เกิดความร่วมมือและวางหลักการรักษาที่
ไปในทิศทางเดียวกัน มีการติดต่อพูดคุยกันเพื่อการรักษาผู้ป่วย มีความ
เข้าใจในบทบาทของกันและกัน และได้มีการจัดการประชุมวิชาการ การ
บรรยายหมู่ การเรียนการสอน รวมทั้งต่อมาเมื่อมีการจัดการฝึกอบรมแพทย์
ให้เชี่ยวชาญทางการระงับปวด ก็ได้ใช้แนวทางของสหสาขาในการฝึกอบรม

ผลงานดีเด่น / รางวัลที่ได้รับ

- 2534-2549 จัดการบริหารระงับปวดหลังการผ่าตัดด้วยเครื่องมือ Patient-controlled Analgesia ขึ้นเป็นครั้งแรก จัดหาเครื่องมือเพื่อใช้ในการบริการ และการเรียนการสอน จัดทำ Protocol สำหรับการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟินเข้าเส้นจัดการอบรมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการประเมิน ภายหลังปริมาณความต้องการการบริการ มีมากขึ้น ภาควิชาวิสัญญีจึงจำเป็นต้องจัดระบบการบริการขึ้นใหม่ โดย จัดตั้งหน่วย Acute Pain Service ขึ้น ในปี 2549
- 2547 Pain Assessment ได้รับการบรรจุในหลักสูตร Introduction to Internal Medicine บรรยายแก่นักศึกษาแพทย์ปี 4 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล การศึกษาจะส่งผลให้มีการปรับปรุงพฤติกรรมกาดูแลรักษาอย่างถูกต้อง การจัดการศึกษาเรื่อง Pain Management จึงถือว่าเป็นภาระกิจที่สำคัญที่ต้องทำให้แก่แพทย์และบุคลากรทุกระดับทั้งในและนอกคณะฯ รวมทั้งการปลูกฝังเจตคติ ความรู้ และทักษะให้แก่ นักศึกษาแพทย์ ซึ่งนับว่าเป็นรากฐานความรู้ทางคลินิกที่จำเป็นในการบำบัดรักษาความปวด
- 2547 จัดตั้งโครงการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านการระงับความปวด เนื่องจากมีความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยต้องเดินทางเข้ามารับคำปรึกษาจากโรงเรียนแพทย์ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา จึงได้เปิดการฝึกอบรมเพื่อความสามารถเฉพาะทางขึ้น โดยได้เชิญอาจารย์จากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องคือ จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เข้าร่วมเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร และดำเนินการคัดเลือกนักศึกษา และสอบสัมภาษณ์ก่อนเข้ารับการฝึกอบรมร่วมกัน ในปี 2548 มีวิสัญญีแพทย์ มาเลเซีย สมัครเข้ารับการอบรมเป็นคนแรก ทำให้เกิดแนวคิดเพื่อการแบ่งปัน ความรู้ และทักษะแก่แพทย์จากประเทศที่กำลังพัฒนา จากโครงการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในประเทศจึงถูกปรับปรุงให้เป็น International Clinical Fellowship Training Program in Pain Management
- 2550 ได้รับทุน IASP Initiative for Improving Pain Education เพื่อจัดการฝึกอบรมแก่แพทย์พลีโลว์ไทยและต่างชาติ จำนวน 1 ทุน
- 2551 ได้รับทุนจาก IASP และ WFSa เพื่อจัดการฝึกอบรมแก่แพทย์จากประเทศกำลังพัฒนา 1 ทุน
- 2553 ได้รับทุนจาก IASP และ WFSa เพื่อจัดการฝึกอบรมแก่แพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 2 ทุน

ผลงานดีเด่น / รางวัลที่ได้รับ

- 2554 ได้รับการยกย่องและประกาศเกียรติคุณในการประชุม Combined Scientific Meeting of The Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Hong Kong College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine ให้เป็น Honorary Fellowship of the Faculty of Pain Medicine
- 2554 รางวัลบุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- 2555 ได้รับการยกย่องและประกาศเกียรติคุณในการประชุม 13th World Congress on Pain ให้เป็น Honorary Member of The International Association for the Study of Pain
- 2556 รางวัลบุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

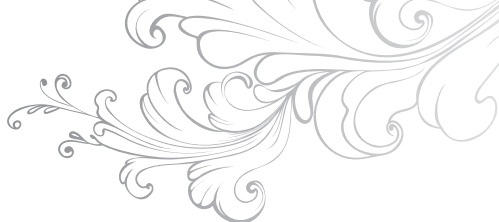
ตำรา / งานแปล / ผลงานวิจัยและงานตีพิมพ์

1. การรักษาอาการปวดมะเร็ง.Cancer Pain Relief พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน สำนักพิมพ์ผีเสื้อ 2547 ได้รับลิขสิทธิ์ให้แปลและจัดพิมพ์เป็นภาษาไทยจาก องค์การอนามัยโลก
2. ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่ม 1, 2 (Pain Textbook) พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน และคณะบริษัททิมส์ (ประเทศไทย) จำกัด 2547
3. Chaudakshetrin P., Bunnag C., Sarasombat S., Acupuncture treatment in perennial rhinitis. Siriraj hosp Gaz 1989; 4 (9)488-92
4. Chaudakshetrin P. Phanchareonworakul K., Puangwarin N., the Out-patient Survey at Siriraj Hospital. Siriraj Hosp Gaz 1990;42 :659-64
5. Chaudakshetrin P., Suwannakitti L., Rashatamukayanant W., Sirojanakul W., Kururattanapun S. A Retrospective Study of Cancer Pain Management in Siriraj Hospital. The Thai Journal of Anesthesiology 1990; 2:80-7
6. Chaudakshetrin P. Thailand: Status of Cancer Pain and Palliative Care. J Pain Symp Management 1993 :8 ;434-6

7. Pusuwan P, Chaudakshetrin P, Verawat N, et al. Efficacy and Toxicity of ¹⁵³ Sumarium Radiopharmaceuticals in the palliative treatment of painful skeletal metastases in Thailand.. Thai Nuclear Medicine Newsletter 1998; 4;1: 16-23.
8. Pongparadee Chaudakshetrin. Anesthetic Pain Management in Siriraj Hospital. in Proceeding of the 3rd annual congress of Bangladesh Society or the Study of Pain 25-26 February, 2000. Dhaka. Bangladesh.
9. Pongparadee Chaudakshetrin. Pain management in Thailand. in Proceeding of the 24th annual convention of the Thai Physician Association of America, July 2-7 , 2000
10. Pongparadee Chaudakshetrin . Complex Regional Pain Syndrome in Proceeding of the 6th Biennial Congress of Asia Oceanic Regional Anesthesia Meeting, October 4-7 , 2001. Hotel Lotte World, Seoul., Korea
11. Pongparadee Chaudakshetrin. Roles of anesthetist in the management of Post herpetic Neuralgia. In Proceeding of the 6th Biennial Congress of Asia Oceanic Regional Anesthesia Meeting, October 4-7, 2001. Hotel Lotte World, Seoul., Korea
12. Pongparadee Chaudakshetrin. Spinal Opioid in Cancer pain. In proceeding of the 13th Asian congress of Anesthesiology. Shangrila, Surabaya. Indonesia ,15-19, October 2003
13. Chaudakshetrin P, Ketuman P. Anesthetic pain management in Siriraj Hospital: a retrospective review. J Med Assoc Thai 2002 Sep;85 Suppl 3:S858-65.
14. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, Jackson KA, Lickiss N, Muirden N, Pisasale M, Moulin D, Schulz VN, Rico Pazo MA, Serrano JA, Andersen H, Henriksen HT, Mejholm I, Sjogren P, Heiskanen T, Kalso E, Pere P, Poyhia R, Vuorinen E, Tigerstedt I, Ruismaki P, Bertolino M, Larue F, Ranchere JY, Hege-Scheuing G, Bowdler I, Helbing F, Kostner E, Radbruch L, Kastrinaki K, Shah S, Vijayaram S, Sharma KS, Devi PS, Jain PN, Ramamani PV, Beny A, Brunelli C, Maltoni M, Mercadante S,

- Plancarte R, Schug S, Engstrand P, Ovalle AF, Wang X, Alves MF, Abrunhosa MR, Sun WZ, Zhang L, Gazizov A, Vaisman M, Rudoy S, Gomez Sancho M, Vila P, Trelis J, Chaudakshetrin P, Koh ML, Van Dongen RT, Vielvoye-Kerkmeer A, Boswell MV, Elliott T, Hargus E, Lutz L; Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An International survey. *Palliat Med.* 2004 Apr; 18(3):177-83.
15. Chaudakshetrin P. A Survey of Patients with Neuropathic Pain at Siriraj Pain Clinic. *J Med Assoc Thai* 2006:354-61.
 16. Chaudakshetrin P., Prateepavanich P., Chira-Adisai W., Tassanawipas W., Leechavengvongs S., Kitisomprayoonkul W. Cross-cultural adaptation to the Thai language of the neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *J Med Assoc Thai* 2007; 90(9): 1860-1865
 17. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in Cancer Patients. *J Med Assoc Thai* 2009; 92 (1): 34-40
 18. Raymond Rosales, Guy Bashford, Pongparadee Chaudakshetrin, Uichol Kim, Doo-Ik Lee, Carina Ching-Fan Li, Lucas Meliala, Setsuro Ogawa, Ramani Vijayan, Shuu-Jiun Wang, Alex Sow-Nam Yeo and Miroslav Backonja. Developing Neuropathic Pain Treatment Guidelines For Asia Pacific. Letters to the editor. *Pain Practice* 2009 (9); 4: 322-323
 19. P Euasobhon, P Chaudakshetrin, P Rushatamukayanunt, S Mandee, C Chinthammit. Characterization of Treatment Strategies for Neuropathic Pain: Evidence From A Pain Specialist Setting In Thailand. *Value Health : International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.* 2010 ;13(7) 1524-4733
 20. Sitdhiraksa N, Mintrasak E, Singhakant S, Sittironnarit G, Ratta-apha W, Saisavoey N, Pariwatcharakul P, Sanguanpanich N, Chaudakshetrin P. The prevalence of depression among the pain patients at the Pain Clinic, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010; 55(2): 191-201

21. Chaudakshetrin P, Penserga, David Jeng-Shiang Lee, Shun-leChen, Ranjit Singh Gill, Abdulbar Hamid, Kumthornthip W., Yi Liu, Meliala L., H Jusuf Misbach, Tan KH, Swan Sim Yeap, Yeo SN, Hsiao Yi Lin. Current considerations for the management of musculoskeletal pain in Asian countries: a special focus on cyclooxygenase-2 inhibitors and non-steroid anti-inflammationdrugs. International Journal of Rheumatic Diseases 2012; 08 15(4):341-7. 1756-185X



ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานิตย์

ครั้งที่ 7

วันพุธที่ 14 ตุลาคม 2558

เรื่อง

“Pain management in low resource developing country
and opioid accessibility”

โดย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน

การระงับปวดในประเทศกำลังพัฒนาและการเข้าถึงยาโอปิออยด์
Pain management in low resource developing country
and opioid accessibility

พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน

ดิฉันใคร่ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และศูนย์บริการ
ศิริราช ท่านคณบดีและท่านคณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นอย่างสูง ที่มอบโอกาสให้ดิฉันมาแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ใน “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานิตย์” ครั้งที่ 7 ในโอกาสนี้
ขอน้อมรำลึกถึงพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์
ผู้บุกเบิกวิชาการด้าน Palliative Care ในศิริราช กระตุ้นให้ทุกภาควิชา มีความ
สนใจ สอนฝึกปฏิบัติแก่ศิษย์ทั้งที่เป็นแพทย์และพยาบาล ทั้งภายในและภายนอก
คณะฯ กระตุ้นให้จัดการเรียนการสอนด้าน Palliative Care อย่างเป็นระบบ
ริเริ่มการตั้งศูนย์บริการเพื่อจัดให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานบริการ ท่านมิได้
เป็นเพียงผู้นำและครูผู้สั่งสอนวิชาความรู้แก่ศิษย์ แต่เป็นครูผู้เป็นแบบอย่างใน
การทำงาน ในการดำเนินชีวิต และในทางธรรม ศิษย์ขอน้อมรำลึกถึงพระคุณด้วย
ความรักยิ่งจากใจ

การที่คณะกรรมการฯ เลือกเรื่อง “การระงับปวดในประเทศที่กำลังพัฒนา
และการเข้าถึงยาโอปิออยด์” ให้เป็นหัวข้อของการปาฐกถาในครั้งนี้เพื่อให้สอดคล้อง
กับหัวข้อที่ Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) and
the International Children’s Palliative Care Network (ICPCN) ประกาศ
เชิญชวนให้สมาชิกมุ่งความสนใจไปที่ ‘Hidden Lives / Hidden Patients’ ด้วย
ความปวดเป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ มีความสำคัญมากกว่าการ
รับความรู้สึกโดยทั่วไป มิมีทิศทาง กาย จิตใจ และสังคม (Biological-Psychological-
Social) เป็นองค์ประกอบหลักของอาการ และมีพฤติกรรม (behavior) เป็นการแสดง
ออกที่สื่อให้ผู้อื่นทราบถึงความรู้สึก ความปวดถือว่าเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล หาก
ปราศจากการประเมินอย่างละเอียดทุกแง่มุมก็ยากที่บุคคลอื่นจะเข้าใจ ผู้ป่วยที่มี
ความปวดทุกชนิด จึงนับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่ได้รับความเข้าใจและการช่วยเหลือ

อย่างถูกต้อง เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการและพฤติกรรมปวดทั้งที่พยาธิทางกายไม่ปรากฏให้สืบค้นหรือเข้าใจได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยปวดเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรค HIV/AIDS ซึ่งโรคถูกเข้าใจว่าร้ายแรง รักษาไม่หาย ความพยายามที่จะต่อสู้กับโรค การให้ความสำคัญและน้ำหนักไปในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่เกิด จนลืมนึกถึงความรู้สึก ความไม่สบายที่เกิดขึ้น เป็นผลกระทบต่องานจิตใจ การละเลยหรือปฏิเสธการรักษาที่มีอยู่ ทำให้ไม่เข้าถึงการรักษา สุดท้ายจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง คนใกล้ชิด และสังคม

Myth in Pain and the management

ความปวดแม้จะเป็นทุกขเวทนาที่สูงสุดของมนุษย์มาทุกยุคทุกสมัย แต่กลับไม่ได้รับความสนใจจากผู้ให้การรักษา เพราะถูกเห็นว่าเป็นเพียง ‘อาการ’ ที่อาจจะหายได้เอง เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุแล้ว หรือเมื่อร่างกายเข้าขบวนการเยียวยาด้วยตนเองตามธรรมชาติ ความเป็นจริงข้อนี้อาจมิได้เกิดขึ้นกับทุกสถานการณ์ มีหลายสภาวะที่ความรู้สึกวดยังคงอยู่ เช่นเมื่อพยาธิโรคเป็นมากหรือการบาดเจ็บเข้าข่ายรุนแรงถึงรุนแรงมาก เช่น กระดูกหัก เส้นประสาทขาด แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือแผลจากการผ่าตัด ในกรณีเช่นนี้ การบรรเทาหรือระงับอาการปวดย่อมเป็นประโยชน์ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ขยับหรือเคลื่อนไหว ส่วนบาดเจ็บได้โดยไม่ปวด ย่อมฟื้นตัวได้เร็วกว่า และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลัง

ความเข้าใจผิดที่มีมาตลอดในการรักษาอาการปวดคือ การระงับหรือบรรเทาอาการปวดจะบดบังอาการและอาการแสดงอื่นจนทำให้ไม่เกิดการรักษาอย่างถูกต้อง แท้จริงพยาธิที่เป็นสาเหตุของอาการปวดย่อมได้รับการวินิจฉัยแล้วในขั้นตอนแรกอาการปวด ไม่ใช่หลักฐานเดียวที่ชี้วัดสาเหตุของการบาดเจ็บ หากแต่มีอาการแสดงอื่นๆ อีกที่ตรวจได้ในขั้นตอนแรก ซึ่งสามารถใช้ในการติดตามผลและประเมิน ความหวาดระแวงนี้เป็นสาเหตุที่ปิดกั้นการรักษาที่เหมาะสม

แพทย์และผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่า ยาระงับปวดควรถูกใช้ตามอาการ เมื่อผู้ป่วยมีความปวดและต้องการจริงๆ ด้วยเทคนิคการให้แบบนี้จะส่งผลให้อาการปวดเกิดขึ้นเป็นระยะๆ ยาระงับปวดชนิดที่ถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรก มักจะเป็น

ยาพาราเซตามอล ส่วนยาระงับปวดที่แรงกว่าจะถูกเก็บไว้ใช้ในอันดับหลังๆ เพราะเกรงว่ายายาจะออกฤทธิ์แรงไป บ้างก็กลัวว่าจะเกิดผลเสียจากยา กลัวการติด กลัวการกดหายใจ

ความกลัวนี้เป็นเสมือนหลุมพรางที่กีดกันมิให้มีการใช้ยาที่มีอย่างเหมาะสม ในปี ค.ศ 1987 องค์การอนามัยโลกโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากนานาประเทศร่วมกันประกาศให้การใช้ยาระงับปวดตามลำดับขั้น (WHO Analgesic Ladder) เป็นวิธีสากลในการระงับปวด ความปวดต้องได้รับการประเมินในตอนแรกก่อนการรักษา ในระยะต่อมาและภายหลังเพื่อติดตามผล pain score หรือตัวเลขสมมติของปริมาณความปวดที่จะระบุโดยคนที่รู้สึกเท่านั้น เป็นเสมือนเครื่องมือที่เปลี่ยนความปวดให้เป็นรูปธรรม เป็นตัวเลขอ้างอิงที่คนป่วยใช้ในการสื่อสารให้ผู้ให้การรักษาระดับหรือปริมาณความรู้สึกไม่สบายที่ตนมี ในแง่ประโยชน์ทางการรักษา คะแนนปวดเป็นดัชนีชี้วัดความรุนแรงที่ใช้ช่วยเลือกชนิดยา เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามผล ที่บันทึกได้ในแต่ละวัน แต่ละชั่วโมง ขึ้นกับข้อบ่งชี้ที่ต้องการ

‘การควบคุมอาการปวดที่เป็นในช่วงเฉียบพลันจะสามารถป้องกันอาการเรื้อรังได้’

ผลเสียที่ไม่คาดคิดอีกประการที่เราพึงจะทราบจากการรักษาปวดที่ไม่เพียงพอคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกปวดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมามาก่อน ถูกปล่อยให้มีในระหว่างที่มารักษาหรือหลังจากรักษา จะมีโอกาสปวดเรื้อรังได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีการปวดพบว่า 30-80 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย limb amputation, 47 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ที่ทำ thoracotomy และ 50 เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ทำ breast surgery มีปัญหาปวดเรื้อรังภายหลังการผ่าตัด เป็นความจริงที่ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของความปวดเรื้อรัง เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาท จิตใจ และอารมณ์ที่ไม่ปกติ หรือแม้แต่ประสบการณ์ นิสัยใจคอ และบุคลิกภาพที่เป็นพื้นหลังของบุคคล ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิด ดังนั้นแนวทางการรักษาความปวดใหม่ๆจึงเน้นที่การป้องกันเมื่อเห็นว่ายาหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดอาการปวด และหากปวดก็ต้องรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

‘ความปวดแบบเฉียบพลันเป็นความปวดชนิดที่รักษาให้หายได้ด้วยยา และวิธีที่ไม่แพง’

คุณสมบัติที่ต้อันหนึ่งของความปวดชนิดนี้คือ ความปวดจะแปรตามพยาธิ การบาดเจ็บ จึงทำให้ง่ายต่อการประเมิน การระงับหรือบรรเทาอาการปวดควร ให้อย่างจริงจังและต่อเนื่องในช่วงหนึ่งถึงสองวันแรก หากไม่มีการบาดเจ็บเพิ่มเติม ความปวดจะเริ่มลดระดับลง จนหายไปได้เอง เนื่องจากกลไกหลักของความปวด นี้เกี่ยวข้องกับขบวนการอักเสบ การรักษาด้วยยาต้านการอักเสบกับยาระงับปวด จึงให้ผลดีถึง 80-90 เปอร์เซ็นต์ การที่ระยะอาการปวดสั้น จึงไม่จำเป็นต้องใช้ ยาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ค่อยเกิดปัญหาจากการใช้ยานาน

‘ปวดเรื้อรัง คือโรคชนิดหนึ่ง ไม่ใช่อาการ’

เมื่ออาการปวดไม่หาย คนป่วยจะเริ่มมีอาการทางจิต มีความวิตกกังวล และเครียดอย่างต่อเนื่อง การรักษาตามอาการที่ขาดการเข้าถึงเหตุปัจจัย ขาดการ ป้องกัน ประสบการณ์ความล้มเหลวจากการรักษาครั้งแล้วครั้งเล่า จะมีผลทำให้ หมดหวัง ท้อแท้ นอนไม่หลับ จากภาวะโรคซึมเศร้า จากอาการปวดที่มีผลน้อย ต่อร่างกาย ก็ค่อยๆ ขยายผลออกเป็นวงกว้าง ปวดเรื้อรังทุกชนิดมีผลต่อจิตใจ การทำงาน การดำเนินชีวิต โดยเฉพาะความปวดที่เกิดจากมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่รักษา ไม่หาย เหตุที่คุกคามต่อสุขภาพกายและจิตนี้ จะส่งผลให้ความปวดยิ่งซับซ้อน มากขึ้นไปอีก ภาวะปวดเรื้อรังจึงไม่ใช่อาการ หากแต่เป็นโรคที่ควรได้รับการ ค้นหสาเหตุอย่างถี่ถ้วน และต่อเนื่อง เป็นภาวะโรคที่ไม่ใช่เรื่องเล็ก ตรงไปตรงมา เหมือนอาการปวดเฉียบพลัน เพราะนอกจากจะเกิดจากหลายสาเหตุแล้วยังส่ง ผลกระทบได้เป็นวงกว้าง การรักษาภาวะปวดเรื้อรังจะไม่ได้ผล ถ้าไม่แก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นจากผลกระทบ ที่อาจมีต่อจิตใจ สังคม และพฤติกรรม การรักษาภาวะ ปวดเรื้อรังจึงต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ผู้ป่วยปวดเรื้อรังมักจะเปลี่ยนผู้รักษา บ่อย เพราะเขาไม่รู้ว่าการปวดเรื้อรังนั้นรักษาไม่หายขาด ได้แค่เพียงบรรเทาลง เท่านั้น คลินิกเฉพาะทางที่ให้การดูแลอย่างเป็นระบบ และได้รับความร่วมมือจาก แพทย์และบุคลากรในสาขาอื่นเท่านั้นที่จะช่วยเหลือดูแลคนไข้ปวดเรื้อรังได้อย่าง เข้าถึงปัญหาอย่างครบถ้วน

การระงับปวดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประโยชน์ ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกายได้ ตัวอย่างเช่นคนป่วยหนักที่โรคและพยาธิดำเนินมาจนถึงขั้นรุนแรงและวิกฤติ การบรรเทาปวดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยเหลือให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณภาพ แม้จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพยาธิที่เกิดขึ้นได้ เมื่อเวทนาทางกายลดลงคนป่วยย่อมมีโอกาสที่จะครองสติอยู่กับเวทนาทางใจและความคิด ความช่วยเหลือคำจูงทางจิตและวิญญาณจากผู้รักษา จากครอบครัว หรือผู้ที่ใกล้ชิด จะไม่เห็นผลหากการรักษาอาการปวดและอาการอื่นๆที่ได้รับยังไม่เพียงพอ

ปัญหาความปวดของประเทศที่กำลังพัฒนา (Developing country)

ความปวดเป็นปัญหาสุขภาพที่ยังพบได้ในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ความปวดเป็นปัญหาคู่ขนานที่มีร่วมกับปัญหาสุขภาพในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา สหประชาชาติแบ่งกลุ่มประเทศทั่วโลกตามระดับการพัฒนาเป็นสองกลุ่ม คือ Developed และ Developing country ในขณะที่สถาบันทางการเงินนานาชาติ มีการแบ่งสถานภาพทางการเงินของประเทศต่างออกไป World Bank และ IMF หรือ International Monetary Fund ใช้รายได้เฉลี่ยต่อประชากร (gross national income (GNI) per capita) เป็นตัวกำหนด เพราะเชื่อว่าสภาพทางการเงินของประชากรในประเทศจะเป็นตัวชี้วัด และสะท้อนให้เห็นภาพในการพัฒนา

World Bank แบ่งประเทศออกเป็น 4 กลุ่ม ตามรายได้เฉลี่ยของประชากร (GNI) ต่อปี ดังนี้

World Bank income classifications by GNI (Gross National Income) per capita (ref. <http://data.worldbank.org/news/new-country-classifications>)

- Low income: \$1,035 or less
- Lower middle income: \$1,036 to \$4,085
- Upper middle income: \$4,086 to \$12,615
- High income: \$12,616 or more

ประเทศที่ถูกจัดให้อยู่ใน Upper-middle, Low-middle income และ Low income ของ World Bank คือประเทศที่อยู่ในกลุ่ม Developing country ของสหประชาชาติ วิธีการจัดกลุ่มประเทศของ World Bank อาจจะเป็นที่นิยม เพราะค่ารายได้ต่อประชากรของประเทศเป็นตัวเลขที่มีขอบเขตชัดเจน และยังสามารถประกาศปรับสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงในทุกปี แต่รายได้ของประชากรไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงระดับการพัฒนาทั้งหมด การพัฒนาของประเทศประกอบด้วยหลายมิติ คุณภาพของคนทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ก็อาจจะขึ้นกับ ระดับการศึกษา การเข้าถึงสถานที่ให้การศึกษา สุขภาพและอนามัยที่ดี การมีสถานบริการสุขภาพที่ทันสมัยและสามารถเข้าถึง มีศิลปะและวัฒนธรรม มีความโปร่งใส มีสิทธิและเสรีภาพ มีประชาธิปไตย และสิทธิมนุษยชน มีรายได้จากผลผลิตภายในประเทศหรือ GDP หรือมีรายได้เฉลี่ยของประชาชนอยู่ในระดับสูง ไม่มีคนยากจน มีเสรีทางการค้า และมีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ถูกสุขอนามัย ไม่มีมลพิษทางอากาศ ทางเสียง มีการอนุรักษ์ทางธรรมชาติ

ด้วยเหตุนี้ สหประชาชาติจึงพัฒนาวิธีการแบ่ง Human Development Index (HDI) ภายใต้โครงการ United Nation Development Program (UNDP) ขึ้น โดยให้การแบ่งขึ้นกับ มิติทางสุขภาพ การศึกษา และมาตรฐานการครองชีพ และมีตัวชี้วัด เป็น life expectancy at birth, mean years of schooling, expected years of schooling และ GNI per capita UNDP แบ่งประเทศ เป็น 3 กลุ่มตามลำดับของการพัฒนา คือ Low-human development countries , Medium-human development countries และ High-human development countries

ไม่ว่าจะใช้วิธีใดเป็นเกณฑ์ตัดสิน ประมาณ หนึ่งในสี่ ถึงหนึ่งในห้า ของประเทศทั่วโลกเท่านั้นที่ถูกจัดว่าเป็นประเทศพัฒนา (Developed countries) มีประเทศจำนวนมากที่อยู่ในระดับกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศเกือบทั้งหมดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งประเทศไทย

หลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา กำลังมีปัญหา ในเรื่องการระงับปวด เพราะการขาดแคลนทรัพยากร บุคลากรที่มีความรู้ ยารักษาโรคและรักษาอาการปวด รวมทั้งเครื่องมือที่จำเป็นทางการแพทย์ ในบาง

ประเทศ ขาดแคลนแพทย์ที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในชนบท ที่ซึ่งห่างไกลความเจริญ

ยาแก้ปวดชนิด strong opioids มีราคาสูงกว่าปกติในประเทศกำลังพัฒนา มีการวิจัยของ De Lima และคณะ ได้ศึกษาเปรียบเทียบราคาปลีกของยาแก้ปวด strong opioids ชนิดต่างๆ ในประเทศกำลังพัฒนากับประเทศที่พัฒนา พบว่าราคาของยาเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ต่อประชากรคิดเป็น 36 เปอร์เซ็นต์ สำหรับประเทศ กำลังพัฒนา ในขณะที่คิดเป็น 3 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ต่อประชากรของประเทศที่พัฒนา แสดงว่านอกจากกฎระเบียบที่เข้มงวดในการควบคุมแล้ว ราคาของยาแก้ปวดก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยา

ปัญหาปวดของประเทศกำลังพัฒนาต้องมีมากกว่าประเทศที่พัฒนา แต่ปริมาณและลักษณะของปัญหานั้นอาจแตกต่างกันตามลำดับขั้นของความเจริญหรือการพัฒนา แม้จะไม่มีการศึกษาความชุกของปัญหาปวดของประเทศกำลังพัฒนาเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันอย่างจริงจัง แต่อาจจะเห็นได้คร่าวๆจาก อัตราการเกิดของอุบัติเหตุ การต่อสู้ ความรุนแรงและอาชญากรรมที่เป็นเหตุให้บาดเจ็บทุพพลภาพ และเสียชีวิต ซึ่งสูงโดยเฉพาะในประเทศ Low-income developing country และอัตราการเกิดภาวะหรือโรคที่เป็นสาเหตุของความปวดที่พบได้บ่อย เช่น มะเร็ง HIV / AIDS และ sickle cell disease หากมีอัตราการเกิดสูงย่อมคาดคะเนได้ว่าอุบัติการณ์ของปัญหาปวดจะสูง ประมาณสองในสามของผู้ป่วยที่เป็นโรคที่กล่าวมานี้พบในประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องการการรักษาปวดที่เพียงพอ แต่ยังต้องการการบริหาร รักษาและเยียวยาปัญหาทางจิตและสังคมด้วย

ในปี ค.ศ. 1984 องค์การอนามัยโลก เริ่มโครงการ Cancer Pain Relief Program กำหนดให้ปริมาณการใช้มอร์ฟินในแต่ละปี เป็นตัวชี้วัดการรักษาอาการปวดที่รุนแรงจากมะเร็งของประเทศ แม้ปริมาณการใช้มอร์ฟินต่อปีของประเทศจะมีใช้สิ่งเดียวที่สะท้อนความจริงข้อนี้ในระดับปฏิบัติการ แต่ก็เป็นวิธีเดียวในขณะนั้นที่ช่วยให้ติดตามผลการปรับปรุงการรักษาความปวดของแต่ละประเทศได้ ในปี ค.ศ. 1992 พบว่าปริมาณการใช้มอร์ฟินของโลกเพิ่มขึ้นมาก ในระยะ 20 ปี ต่อมาวิวัฒนาการทางยาทำให้มียาแก้ปวดชนิดใหม่ๆเกิดขึ้นหลายชนิด เช่น

Fentanyl patch, hydromorphone, sustained release oxycodone ดังนั้น การชี้วัดการรักษาก่อนการปวดรุนแรงจึงได้นับรวมยาชนิดอื่นเข้ามาด้วย แต่ต้องเปลี่ยนให้เป็นปริมาณมอร์ฟีนที่ให้ฤทธิ์เท่ากัน การเฝ้าระวัง morphine consumption จึงเปลี่ยนมาเป็น opioid consumption โดยแสดงผลเป็น morphine equivalence (ME)

ในปี 2011 Seya et al. เสนอวิธีวัดความพอเพียงในการใช้ยาโอปิออยด์ (Adequacy of consumption measure. ACM) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพในการรักษาอาการปวดของแต่ละประเทศ โดยคำนวณความต้องการยา strong opioid เพื่อการรักษาของประชากรที่มีภาวะโรคร้ายแรง 3 ภาวะ คือ terminal cancer, lethal injuries และ end stage HIV/ AIDS วิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้เปรียบเทียบความพอเพียงในการใช้ยาโอปิออยด์ของประเทศทั่วโลก (ตามภาพที่ 1 ในภาคผนวก)

จากข้อมูลของ Pain & Policy Studies Group. University of Wisconsin / WHO Collaborating Center ในปี 2007 พบว่า 91 เปอร์เซ็นต์ของมอร์ฟีนถูกใช้เพื่อการรักษาในประเทศที่พัฒนา ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีการใช้มอร์ฟีนเพียง 9 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่ามากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของประเทศทั่วโลกมีปัญหาในการเข้าถึงมอร์ฟีนเพื่อการรักษา ปัจจุบัน ความไม่สมดุลของการใช้มอร์ฟีนของประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนายังคงอยู่ มีประชากรโลกที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงถึง 79 เปอร์เซ็นต์ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาโอปิออยด์ได้ แท้จริงแล้วประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศอาจพบว่าไม่เคยมีการระงับความปวดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยซ้ำ โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อประชากรอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Low-income developing countries) ปริมาณมอร์ฟีนที่ใช้ในแต่ละปีจะต่ำมากถึงกับไม่มีการบันทึกในระบบ

การบำบัดรักษาอาการปวด ณ จุดเกิดเหตุและในห้องฉุกเฉิน อาจไม่เพียงพอรวมทั้งในขณะที่ได้รับการรักษาและพักฟื้น ปัญหาในการบำบัดรักษาอาการปวดจึงมีอยู่ทั่วไป การบริบาลแม่ เด็กและทารก รวมทั้งสุขอนามัยของประเทศซึ่งยังไม่ถูกพัฒนา ก็อาจเป็นสาเหตุให้ไม่มีการลดอาการเจ็บท้องคลอดให้กับมารดาหรือหากมีก็ไม่เพียงพอ ปัญหาปวดจากสาเหตุต่างๆของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น

มะเร็ง HIV /AIDS sickle cell disease ย่อมไม่ได้รับการประเมิน วินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมหรือ Palliative care จึงไม่อาจเกิดขึ้นได้ ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นลูกโซ่ที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการขาดแคลนของประเทศที่กำลังพัฒนา

สาเหตุที่ทำให้การใช้มอร์ฟินเพื่อการรักษาของประเทศกำลังพัฒนาน้อยกว่าที่ควร เนื่องมาจากความกลัวของแพทย์และผู้ป่วยในการใช้ยามอร์ฟินกลัวติด การที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องความปวด ขาดทักษะในการรักษาความปวด ความกลัวยาถูกใช้ในทางที่ผิด กฎระเบียบการสั่งยาที่ไม่ยืดหยุ่น การขาดนโยบายสนับสนุน

สถานการณ์การรักษาความปวดของประเทศไทยและปริมาณการใช้มอร์ฟินของประเทศไทย

ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศ ‘กำลังพัฒนา’ ในกลุ่ม South East Asia ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมี GNI (รายได้เฉลี่ยต่อประชากร) อยู่ในอันดับ Upper middle income ตามหลักการแบ่งของ World Bank (ref. <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups#IDA>)

ประเทศเพื่อนบ้านที่สถานภาพเหมือนกันคือ ประเทศมาเลเซีย มองโกเลีย และจีน

ประเทศที่อยู่ในอันดับ Lower middle-income ได้แก่ ประเทศพม่า ลาว เวียดนาม ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย อินเดีย ปากีสถาน ศรีลังกา และภูฏาน

ประเทศที่อยู่ในอันดับ Low income ได้แก่ ประเทศเนปาล เชมร และเกาหลีใต้

ประเทศที่อยู่ในอันดับ High income ได้แก่ ญี่ปุ่น ไต้หวัน สิงคโปร์ และเกาหลีใต้

ข้อมูลสถิติพื้นฐานของประเทศไทย จาก Country statistics and global health estimates โดย WHO and UN partners (<http://www.who.int/gho/en/>) (last updated January 2015)

indicators	Statistics	Years
Population (thosands)	67010	2013
Population aged under 15 (%)	18	2013
Population aged over 60 (%)	15	2013
Median age(years)	37	2013
Population living in urban areas (%)	48	2013
Total fertility rate (per woman)	1.4	2013
Number of live births(thousands)	686.7	2013
Number of deaths (thousands)	506.8	2013
Birth registration coverage (%)	99	2012
Gross national income per capita (PPP int. \$)	13510	2013
WHO region	South-East Asia	2013
World Bank income classification	Upper middle	2013

ข้อมูลล่าสุด (2012) ของ INCB. International Narcotic control Board. และ Pain & Policy Studies Group. University of Wisconsin / WHO Collaborating Center จาก website พบว่าประเทศไทยใช้ยา opioid consumption เพื่อการรักษาไป (ME) เท่ากับ 2.2727 mg/person

ในอดีตก่อนที่จะมีคลินิกบริการระงับปวด การรักษาความปวดเป็นการรักษาตามอาการโดยแพทย์ที่ให้การดูแล โดยที่อาการอาจไม่ได้ถูกเข้าใจทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรง ลักษณะ และผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็ง

เมื่อมีอาการปวด ก็จะได้รับ การรักษาที่สาเหตุ ด้วยการฉายแสง ด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อให้อาการที่เกิดจากก้อนทุมลดลง ส่วนยาแก้ปวดที่ให้ผู้ป่วยได้ใช้ที่บ้านก็มักจะมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะลดบรรเทาอาการปวด เมื่อมีอาการปวดรุนแรง ผู้ป่วยจะอาศัยการพบแพทย์และฉีดยาที่คลินิกใกล้บ้าน ซึ่งไม่ใช่มอร์ฟิน เพราะกฎหมายที่ควบคุมไม่อนุญาตให้ครอบครอง ยาแก้ปวดมอร์ฟินและยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์จะให้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แม้ในสถานอนามัยของชุมชนก็ไม่อาจครอบครองยาแก้ปวดในกลุ่มนี้เนื่องจาก พ.ร.บ ที่ควบคุมการใช้วัตถุเสพติด มีความเข้มงวดต่อระเบียบปฏิบัติในการใช้ยา ในปี 1990 การใช้มอร์ฟินของประเทศไทยมีปริมาณเพียง 5 กิโลกรัม ในขณะที่ปริมาณที่คาดว่าจะต้องการมีถึง 15 กิโลกรัม (*Chaudakshetrin P. Thailand : Status of Cancer Pain and Palliative Care. J Pain Symp Management 1993 :8 ;434-6*)

ในปี พ.ศ. 2530 โรงพยาบาลศิริราชเตรียมยาน้ำมอร์ฟินในรูปแบบของมอร์ฟินไฮรป 1 มิลลิกรัมต่อซีซี เพื่อใช้เป็นครั้งแรกของประเทศ โดยเตรียมจากมอร์ฟินผง น้ำมาละลายกับน้ำและน้ำเชื่อม ใส่สีและแต่งกลิ่น ในระยะแรกยาน้ำมอร์ฟินไฮรปถูกจำกัดให้ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและเฉพาะกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น แต่ต่อมาก็ถูกนำมาใช้กับปวดจากมะเร็งทุกระยะ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจัดผลิตยาน้ำเองได้ มักจะใช้มอร์ฟินชนิดฉีดที่อยู่ใน ampoule ผสมกับน้ำเพื่อใช้รับประทาน ในปีเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รับบริจาคยามอร์ฟินเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่นโดยมีชื่อทางการค้าว่า MST (morphine slow release tablet) จากบริษัท Purdue ในประเทศอังกฤษจำนวน 7 กิโลกรัม หลังจากนั้นจึงมียามอร์ฟินเม็ด เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยแพร่หลาย แต่ราคาของมอร์ฟินเม็ดสูงกว่ามอร์ฟินน้ำถึง 10 เท่า ดังนั้นมอร์ฟินไฮรปนอกจากจะมีประโยชน์ที่ออกฤทธิ์รวดเร็วในระยะสั้นแล้วยังลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

ยามอร์ฟินไฮรป ตำรับแรกของโรงพยาบาลศิริราช

Concentration	0.05 %
Volume	120 ml.

Batch size 3600 ml.

■	Morphine sulphate	1800	mg
■	Simple syrup	2880	ml
■	Conc.paraben	36	ml
■	10% Sunset yellow	9	ml
■	Purified water	3600	ml.

ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่นำจะมีผลต่อปริมาณการใช้มอร์ฟินในประเทศไทย

ปี ค.ศ	เหตุการณ์สำคัญ
1984	Implementation of WHO Cancer Pain Relief Program
1986	*เริ่มมียาน้ำมอร์ฟินไซรัป ใช้รักษาอาการปวดมะเร็ง ที่โรงพยาบาลศิริราช
1987	*เริ่มมียามอร์ฟินเม็ด MST โดยรับบริจาค จากบริษัท Purdue จำนวน 7 Kg.
1990	ก่อตั้งชมรม TPS (Thai Pain Society) เริ่มมีคลินิกระงับปวดเปิดให้บริการในโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งที่ โรงพยาบาลศิริราช
1992	ชมรม TPS ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จัดการประชุมเชิงปฏิบัติ National Workshop on Cancer Pain
1997	มีการจัดให้ความรู้เรื่อง Palliative Care Workshop ครั้งแรก
1999	*เริ่มมียา Fentanyl TTS เพื่อใช้ระงับปวด
2002	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2545) แก้ไขกำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษที่ผู้อนุญาต จะอนุญาตให้ผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองได้ มีผลให้ กระทรวงสาธารณสุขออกกฎหมายใหม่ เพิ่มปริมาณที่อนุญาตให้สถานพยาบาล ครอบครองยาเสพติด

ปี ค.ศ	เหตุการณ์สำคัญ
2004	เข้าร่วมกับประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก่อตั้งสมาคม Association of Southeast Asian Pain Society. ASEAPS เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการพัฒนาการระงับปวด แบ่งปันทรัพยากรเพื่อพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมของภูมิภาค
2003	สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย TASP จัดทำ National Clinical Practice Guideline on Cancer Pain
2008	“Opioid Accessibility Workshop” by Open Society & PPSG at Boracay, Philippines *เริ่มผลิตยามอร์ฟินเม็ดเพื่อใช้ในประเทศ โดยองค์การเภสัชกรรม

ในการเปรียบเทียบคุณภาพในการรักษาอาการปวดของแต่ละประเทศของ Duthey B, Scholten W. ในปี 2010 พบว่าความพอเพียงในการใช้ยาโอปิออยด์ (Adequacy of consumption measure. ACM) ของประเทศไทยได้เพียง 1.65 เปอร์เซนต์ หากเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกันเช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ ความพอเพียงในการใช้ยาโอปิออยด์เพื่อการรักษาก็น้อยกว่าหลายเท่า และยิ่งถ้าเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาเช่น ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา ลำดับการพอเพียงของการใช้โอปิออยด์ของประเทศไทยจะถือว่า ไม่ปรากฏ หมายความว่า ไม่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศใดได้ (virtually non-existence)

ปัญหาและอุปสรรค ในการรักษาความปวดและแนวทางแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาความปวดของประเทศกำลังพัฒนามีความสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ เนื่องจากประเทศที่กำลังพัฒนามีจำนวนประชากรมากกว่าประเทศที่พัฒนามาก คาดว่าความรุนแรงของปัญหาความขาดแคลนจะมีมากในประเทศที่รายได้ต่อประชากรต่ำ (low income countries) สำหรับประเทศที่อยู่ในกลุ่ม middle income ปัญหาจะเด่นชัดในชนบท ส่วนของอำเภอ/ ตำบลที่ความเจริญยังเข้าไปไม่ถึง เนื่องจากการกระจายของการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง

โครงสร้างหลักของปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาความปวดที่มีประสิทธิภาพ อาจจำแนกตามผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาความปวดหลักๆ ได้ 3 กลุ่มดังตาราง

ผู้ให้การรักษา (Healthcare Provider)	องค์กร (Organizational)	ผู้ป่วยและสังคม (Patient and Society)
1. บุคลากรขาดความรู้ และทักษะในการประเมิน วินิจฉัยและรักษาความปวด	1. ไม่ได้รับการยอมรับ และสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากองค์กร 1.1 ไม่จัดสถานที่ ให้การบริการ 1.2 ไม่ให้เวลา 1.3 ไม่ให้ทีมงาน	1. ขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องความปวด 1.1 กลัวที่จะบอกอาการ กลัวติดยาแก้ปวด 1.2 ไม่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 1.3 ไม่ทราบว่าอาการปวดรักษาได้
2. ขาดบุคลากรที่จะให้การรักษาความปวด	2. ไม่มีนโยบายในการรักษาอาการปวด (ไม่พัฒนาและไม่สนับสนุนให้ทำ)	2. เข้าไม่ถึงการรักษาที่มีอยู่เนื่องจาก 2.1 สื่อสารกันไม่ได้ เป็นชาวต่างชาติ ชนกลุ่มน้อย ไม่เข้าใจภาษาไทย 2.2 ยากจน 2.3 อาศัยในที่ทุรกันดาน ไม่สามารถเดินทางเข้ามารับการรักษาได้

ผู้ให้การรักษา (Healthcare Provider)	องค์กร (Organizational)	ผู้ป่วยและสังคม (Patient and Society)
3. ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ ศึกษา/ฝึกอบรม อย่างต่อ เนื่อง	3. ไม่จัดให้มียาโอปิออยด์ ยาจำเป็นอื่นๆ ใน การรักษาอาการ ปวด ไม่จัดการให้ผู้ป่วย เข้าถึงยาเหล่านั้น 3.1 ราคาแพง 3.2 ระบบประกัน สุขภาพไม่ครอบคลุม 3.3 กฎระเบียบการ จ่ายยาเข้มงวด	3. วัฒนธรรม ความเชื่อ ว่า 3.1 ความปวดเป็นกรรม ที่ต้องชดใช้ 3.2 ความอดทน จะเอา ชนะความปวดได้ 3.3 การแสดงออก ทางอาการเป็น สัญญาณของ คนอ่อนแอ
4. ขาดทีมงาน ผู้ช่วย บุคลากรฝ่ายสนับสนุน	4. ไม่มีระบบการส่งต่อ ให้กับผู้ป่วย	4. เชื่อว่าการรักษาโดย ธรรมชาติ / ยาสมุนไพร การแพทย์แผนโบราณ จะช่วยให้
5. ไม่ใส่ใจ/ไม่มีเจตคติในการ รักษาผู้ป่วยปวด		
6. ไม่ให้เวลาในการรักษา ผู้ป่วย		
7. กีดกัน ไม่ให้ผู้ป่วยใช้ยา แก้ปวดโอปิออยด์ กล่าว่า โทษและขู่ว่าจะติดยา		

หากพิจารณาจากโครงสร้างปัญหา สิ่งที่ต้องพิจารณาให้การแก้ไขโดยเร็ว ได้แก่ การจัดการความรู้ และการจัดการเรื่องยาโอปิออยด์และการเข้าถึงยา

การจัดการความรู้

การศึกษาเรื่องความปวด นอกจากจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ยังเป็นสิ่งที่เดียวที่แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการรักษาความปวดได้ดีที่สุด

1. จัดการความรู้ให้บุคลากรทางการแพทย์ (medical) โดยมีจุดประสงค์ ให้มีความรู้ และนำไปประยุกต์ใช้รักษาผู้ป่วยได้ประมวผลวิชาการประกอบด้วย

- a. วิชาความรู้พื้นฐานของ pain medicine ความปวดชนิดต่างๆ และกลไก, ความปวดเฉียบพลัน, ปวดมะเร็ง, ปวดเรื้อรัง, ฯลฯ
- b. วิชาการบำบัดรักษาความปวด: ประเมิน วินิจฉัย และรักษา
- c. วิชาสหสาขาวิทยา (multidisciplinary concepts) และบทบาทที่มีต่อการรักษาความปวด
- d. Behavioral medicine

2. จัดการความรู้ให้ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (non-medical) ซึ่งอาจได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้บริหารองค์กร ผู้มีอำนาจจัดการเรื่องยา โดยมีจุดประสงค์ให้เห็นความสำคัญ รู้จักและเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น

- a. ภาวะติดยา (addiction) , ภาวะดื้อยา (tolerance)
- b. ยาแก้ปวด
- c. ปวดเรื้อรังคือโรคชนิดหนึ่ง ไม่ใช่อาการ
- d. การบรรเทาปวด เป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะได้รับ (pain relief is human right)

การจัดการเรื่องยาโอปิออยด์และให้มีการเข้าถึง

คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board, INCB) ตระหนักถึงความไม่สมดุลในการใช้ยากลุ่ม

โอปิออยด์เพื่อระงับความรู้สึกปวดรุนแรงของประเทศที่พัฒนาและประเทศกำลังพัฒนามานานแล้ว จึงมิได้ละเลยโอกาสที่จะทบทวนปัญหาการรักษาความปวดของประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก อย่างเช่นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ผ่านมา เมื่อ ‘การส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง และ Palliative Care เป็นองค์ประกอบของการรักษาแบบบูรณาการตลอดช่วงชีวิต’ เป็นวาระสำคัญ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศได้ถือโอกาสประกาศย้ำให้ยาโอปิออยด์ซึ่งถูกควบคุมโดยกฎหมายระหว่างประเทศ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ มีความพร้อมใช้และเพียงพอที่จะใช้งานในทุกประเทศ และได้เน้นให้ประเทศที่มีปัญหา ยึดแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการสร้างความมั่นใจต่อคุณภาพระหว่างนโยบายระดับชาติ

นอกจากนี้เหตุการณ์สำคัญระดับนานาชาติที่เกิดขึ้นเป็นประจำแล้ว ก็ยังมีโครงการที่ให้ความรู้ จัดโดย Pain and Policy Studies Group (PPSG) ซึ่งเป็นศูนย์ให้ความช่วยเหลือของ WHO (WHO Collaborating center) เน้นให้การฝึกอบรมแพทย์จากประเทศ Low และ Middle income countries ให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาให้มีโอปิออยด์พร้อมใช้และเข้าถึงได้ และยังให้การสนับสนุนเมื่อมีการนำความรู้ไปปฏิบัติในประเทศของตน

Pain and Policy Studies Group (PPSG) ยังร่วมมือกับ Open Society, WHO และองค์กรระหว่างประเทศ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดให้มียาโอปิออยด์ ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2551 ได้จัดการอบรมให้กับ ประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และประเทศไทยพร้อมกัน ที่เกาะ Boracay ประเทศฟิลิปปินส์ การฝึกอบรมนี้มีจุดประสงค์

1. ให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับนโยบาย เครื่องมือ และ infrastructure ที่ใช้ในการทำให้มียาโอปิออยด์พร้อมใช้
2. สนับสนุนให้ผู้เข้าอบรมประเมินตนเอง ในเรื่องนโยบายของประเทศต่อยาควบคุม กฎหมายควบคุมที่อาจมีผลต่อการมียาโอปิออยด์พร้อมใช้ และเข้าถึง
3. ช่วยเหลือผู้เข้าอบรมให้ทำแผนการปฏิบัติงาน (action plan) ที่จะประชาสัมพันธ์ให้ผู้อื่นได้รู้ถึงปัญหา การมียาโอปิออยด์ พร้อมใช้และการเข้าถึง และแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้แผนงานมีประสิทธิภาพ

สรุป ประเทศที่กำลังพัฒนาประสบปัญหาในการรักษาความปวด บางประเทศมีการรักษาแต่ไม่พอเพียง และบางประเทศอาจไม่มีการรักษา หลักฐาน ประจักษ์ในข้อเท็จจริงนี้คือ ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์เพื่อการรักษา โรคและภาวะ ที่พบว่ามีปัญหาปวดได้บ่อย คือ มะเร็งในระยะลุกลาม โรค HIV/AIDS sickle cell disease ปัญหาและอุปสรรคในการรักษาความปวดของโรคเหล่านี้ เกิดจากการขาดความรู้ของบุคลากรและผู้ป่วย และปัญหาการจัดให้มียาพร้อมใช้และเข้าถึง การจัดการความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ในด้านความปวดและการรักษา กับ ความรู้ด้านนโยบาย ที่เกี่ยวกับยาควบคุม จะเป็นแนวทางพัฒนาที่ ช่วยลดช่องว่างที่เกิดจากความแตกต่างของปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ของประเทศ ที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา

References:

1. Classifications of Countries Based on Their Level of Development : How it is Done and How it Could be Done. Lyngne Nielsen 2011. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2011/wp1131.pdf>
2. De Lima L, Sweeney C, Palmer JL, Bruera E. Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. J Pain Palliat Care Pharmacother 2004;18:59-70.
3. INCB. International Narcotics Control Board; WHO population data. By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin / WHO Collaborating Center, 2014
4. INCB. International Narcotic control Board. United Nation และ World Bank country classification 2010
5. Country statistics and global health estimates โดย WHO and UN partners (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
6. Spencer, M. Pain relief in Thailand. Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy.2003; 17(3/4): 53-61.

7. Chaudakshetrin P. Thailand : Status of Cancer Pain and Palliative Care. J Pain Symp Management 1993 :8 ;434-6
8. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage 2013 Jul 16
9. Lohman et al.: Access to pain treatment as a human right. BMC Medicine 2010 8:8.
10. Bond M, Breivik H. Why pain control matters in a world full of killer diseases. Pain: Clinical Updates 2004: 12 (4): 1–4.
11. Size M. et al. Pain management in developing countries. Anaesthesia, 2007, 62 (Suppl. 1), pages 38–43
12. Namukwaya E et al. Cancer Pain Management in Resource-Limited Settings: A Practical Review. Pain Research and Treatment, 2011, p1-6
13. Soyannwo O. Obstacles to Pain Management in Low Resource Setting. Pain Clinical Updates March 2009 : 17 (1)
14. Goh CR. Tackling Pain in the Asia Pacific. European Journal of Pain Supplements 1 (2007) 1-5
15. Vijayan R. Managing Acute Pain in the Developing World. Pain Clinical Updates. June 2011; 19(3):1-7.

ภาคผนวก

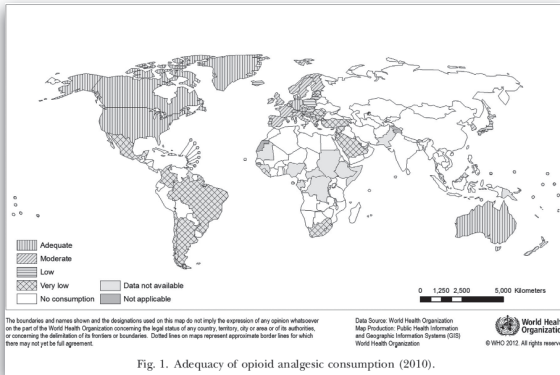
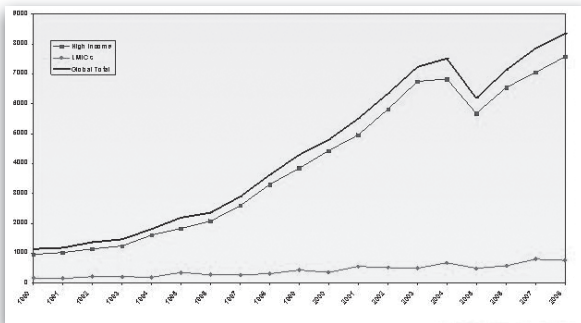
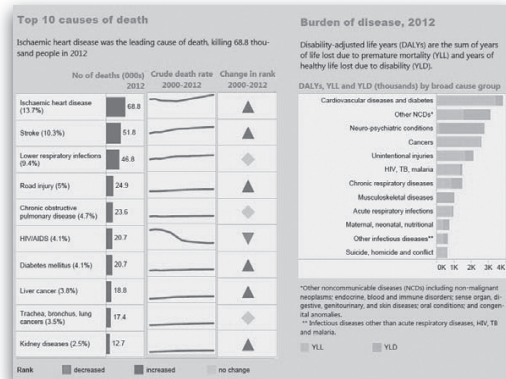


Fig. 1. Adequacy of opioid analgesic consumption (2010).

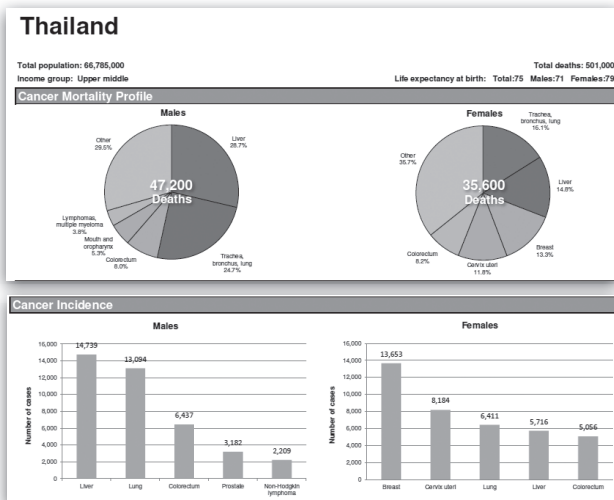
ภาพที่ 1. แสดงความพอเพียงในการใช้ยา opioid ของประเทศทั่วโลก (Ref. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage 2013 Jul 16)



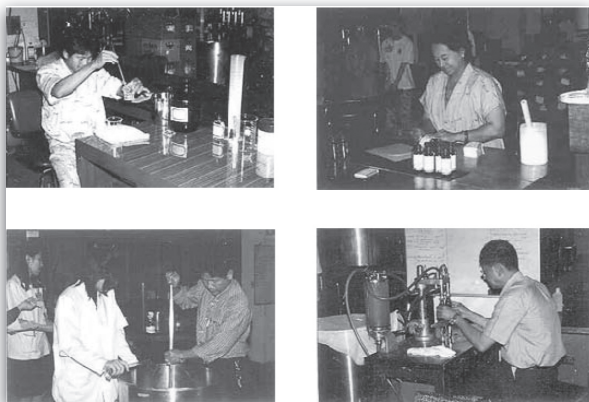
ภาพที่ 2. ปริมาณมอร์ฟีนที่ใช้ ME(Morphine equivalence) mg/ person ของประเทศพัฒนาเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา (ข้อมูลจาก INCB. International Narcotic control Board. United Nation และ World Bank country classification 2010)



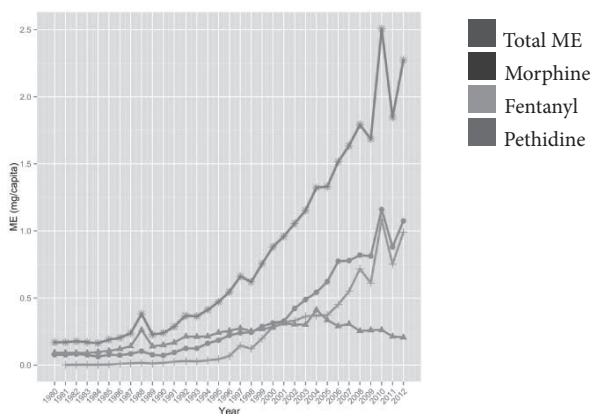
ภาพที่ 3. Thailand: Leading cause of death, Burden of Disease 2012 จาก Country statistics and global health estimates โดย WHO and UN partners (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/) last updated January 2015



ภาพที่ 4. Cancer Mortality Profile and cancer incidence ข้อมูลจาก WHO – Cancer Country Profiles, 2014

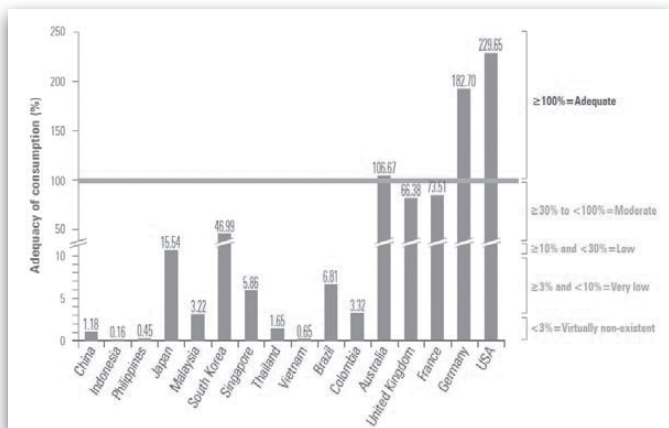


ภาพที่ 5. ขั้นตอนการผลิตยาน้ำมอร์ฟีนไฮรปของโรงพยาบาลศิริราช (2530)

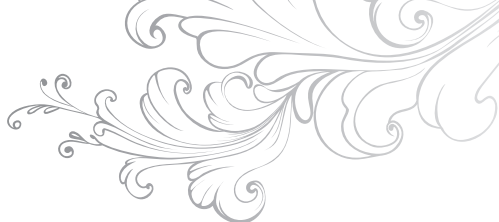


ภาพที่ 6. แสดงปริมาณการใช้โอปิออยด์(Opioid consumption) ของประเทศไทย แสดงเป็นค่า Morphine Equivalence (ME) mg per person ตั้งแต่ปี ค.ศ1980-2012

Sources: International Narcotics Control Board; WHO populatio data.
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin / WHO Collaborating Center, 2014



ภาพที่ 7. แสดงการเปรียบเทียบ ค่าแสดงความพอเพียงในการใช้ยาโอปิออยด์ หรือ ACM (Adequacy of consumption measure) ของประเทศในเอเชียและปาซิฟิก เปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมัน ฝรั่งเศส อังกฤษ และออสเตรเลีย Ref.: Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage 2013 Jul 16



ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์



ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์*

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

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

เจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาคงให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเองทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น “การรณฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย ซึ่งพบบ่อยๆ ในหน้าหนังสือพิมพ์ยุคปัจจุบัน การตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมตามธรรมชาติธรรมดาๆ ชนิดหนึ่ง ได้กลายเป็นเรื่องใหญ่ เป็นปัญหาระดับโลก จนเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นในบางประเทศว่า คนป่วยผู้นั้นมีสิทธิขอตายได้หรือไม่ และถ้าได้จะอย่างไร ถ้าไม่ได้จะอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นมีไข่แต่ในด้านกฎหมายหรือด้านการแพทย์หรือด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังเป็นปัญหาด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องตาย เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนือง ๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร กับทั้งมีความเห็นว่า หากเราเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการตายแล้ว ไม่ว่าเราจะประกอบอาชีพใด หรือมีบทบาทหน้าที่ใดในสังคม เราก็สามารถช่วยผู้ใกล้ตายและแม้แต่ตนเองในที่สุดได้ ปัจจุบันในทางการแพทย์ได้มีความสนใจและมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของภาวะใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผนวกเข้ากับ

ความรู้ว่าอย่างไรคือการ “ตายดี” ก็จะทำให้สามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานของภาวะใกล้ตายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ใกล้ตาย ญาติ และผู้ให้การรักษาได้ ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้ด้านต่างๆ โดยสังเขป เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนี้

ด้านร่างกาย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้ตายจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น 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

ชุปน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีผึ้งทาริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอดน้ำตาล
เทียม

๑ คนที่ใกล้ตายจะรู้สึกกังวลและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้
ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

๑ เมื่อคนใกล้ตายไม่รู้สีกตัว ไม่ควรคิดว่าเขาไม่สามารถรับรู้หรือได้ยิน
สิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้าง ๆ เพราะเขาอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถ
สื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในเรื่องที่จะทำให้เขาไม่สบายใจหรือเป็น
กังวล

๑ การร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความ
เจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถ
ให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

๑ คนใกล้ตายอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูด
เสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้
หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้ตายเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการ
ดูดเสมหะ)

ด้านจิตใจ

โดยทั่วไปเมื่อกายป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตาย
แล้วก็ยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจอย่างมาก การศึกษาต่างๆ พบตรงกัน
ว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้
ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่คนแต่ละ
คนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ซิดก็ควรให้
โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ 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 บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้ มาตรฐานและดีงาม”

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

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

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

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

นอกจากนั้นท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพระเกี่ยวกับจิตตอนที่ตายว่า

“เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกดีได้ และเมื่อจิตใจไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติเป็นอันหวังได้”

จากความหมายของการตายดีและคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการทำจิตให้ผ่องใสในเวลาที่จะตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการที่เราจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจ ซึ่งศาสนาอื่นทุกศาสนาก็ให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยจะมีพระหรือบาทหลวงในศาสนานั้นมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนใกล้ตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ตายกับสติไม่หลงตาย ซึ่งถือว่าเป็นการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่ของศาสนาต่างๆ นั้นมีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตคนมีโอกาสตลอดเวลจนถึงวาระสุดท้าย กล่าวคือแม้ถึงวาระสุดท้ายมนุษย์ก็ยังไม่มีหมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดของชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญารู้เท่าทันชีวิตและบรรลุธรรมในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

แนวทางการช่วยเหลือคนใกล้ตาย

เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านร่างกายและจิตใจของคนใกล้ตาย และความตายดังกล่าวแล้ว ก็สามารถช่วยเหลือคนใกล้ตายได้โดย

๑ มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ

จิตใจที่อยากช่วยเหลือเป็นคุณสมบัติแรกที่ต้องมี เพราะจิตเจ้านั้นจะแสดงออกทางกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ เอื้อให้สิ่งที่จะทำเพื่อช่วยเหลือต่อไปได้ผลดี

๑ รู้เขารู้เรา

คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ และทัศนคติ คนใกล้ตายก็เช่นเดียวกัน แม้จะเหมือนและคล้ายกันในบางเรื่อง แต่

ก็มีความต่างกันด้วย ในการให้ความช่วยเหลือ จึงต้องรู้จักคนใกล้ตายในด้าน ความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งทราบได้จากแพทย์ที่ให้การรักษา และรู้จักสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรม และเศรษฐฐานะ ซึ่งจะรู้ได้ไม่ยาก ด้วยการให้คนใกล้ตายได้มีโอกาสระบายความรู้สึก บอกความต้องการ โดยผู้ให้ความช่วยเหลือใส่ใจรับฟังและใช้ความสังเกต เมื่อ “รู้เขา” แล้ว ก็สามารถช่วยเหลือได้ ถูกต้องและเหมาะสม โดยปรับใช้วิธีการให้เข้ากับสภาพและภูมิหลังของคนใกล้ตาย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความรู้สึก เช่น เรื่องที่จะทำให้จิตใจสบายของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ก็ต้องเลือกพูดและเลือกทำให้เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ใกล้ตายเป็นผู้ปฏิบัติธรรมก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เจริญสติ 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 รินโปเช ซึ่งให้ความกระจ่างเกี่ยวกับความตาย และวิธีช่วยเหลือผู้ใกล้ตายอย่างดีเยี่ยมควรแก่ การศึกษาอย่างยิ่ง ตอนหนึ่งที่ท่านไพศาลแปลไว้มีความว่า

“การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญ ยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้รับความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนา สอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ ใกล้ตาย

ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วย ให้บุคคลตายด้วยดี”

เมื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ใกล้ตายมีความสำคัญถึงเพียงนี้ ถึงเวลา หรือยังที่เรา ไม่ว่าจะเป็นใคร ควรที่จะให้ความสนใจศึกษาและฝึกฝนตนเองให้ สามารถเผชิญกับความตายของผู้อื่นและของตนเองได้ โดยช่วยให้ผู้อื่นและตนเอง ตายดี ตายกับสติ ไม่หลงตาย คือ มีศิลปะในการตาย ซึ่งเท่ากับมีศิลปะในการ ดำเนินชีวิตนั่นเอง เพราะคนเราอยู่อย่างไกร้ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่าง นั้น เป็นสัจธรรมอยู่แล้ว 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

