



อาทิตย์อัสดง



จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๗ ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๔



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชน
ความท้าทายของสังคมไทย



ในรอบปีที่ผ่านมา สังคมไทยมีความเคลื่อนไหวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระดับปัจเจก กลุ่มย่อย ไปจนถึงระดับนโยบาย อาทิ การผลักดันจนเกิด กฎกระทรวงมาตรา ๑๒ ตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ เรื่องหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา การได้รับเลือกเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม ฮอสพิซและพาลิเอทีฟแคร์ภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก ในปีพ.ศ.๒๕๕๖ และการก่อเกิดเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์ ๑๘ สถาบัน เพื่อบูรณาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา ส่วนในระดับปัจเจกหรือกลุ่มย่อย มีการเดินทางไปศึกษาต่อในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศแถบบ้านใกล้เรือนเคียงที่ก้าวเดินล่วงหน้าในเรื่องดังกล่าวไปก่อนแล้ว ไม่ว่าจะเป็นที่สิงคโปร์ มาเลเซีย ออสเตรเลีย และอินเดีย รวมถึงการก่อเกิดหน่วยพาลิเอทีฟแคร์ขึ้นในและนอกโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ

เรียกได้ว่า พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นหลักหมุดสำคัญแห่งการก้าวเดินเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นในสังคมไทยอย่างแท้จริง

อาทิตย์อัสดง ขอร่วมเป็นส่วนหนึ่งของความเคลื่อนไหวดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยนำเสนอเรื่องราวของคนกลุ่มเล็กๆ ที่มีความฝันไม่เพียงแต่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นในสังคมไทยเท่านั้น หากยังหวังให้เรื่องดังกล่าวสามารถดูแลที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพอีกด้วย

เราเชื่อว่าประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชน ณ รัฐแห่งหนึ่งในประเทศอินเดีย มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้สนใจในเรื่องดังกล่าว เพราะบริบททางวัฒนธรรมของสองประเทศมีความเชื่อมโยงและใกล้เคียงกันในหลายด้าน หากสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างกว้างขวางขึ้น ย่อมจะก่อให้เกิดความมอกงามทางสติปัญญา และมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับผืนแผ่นดินไทยต่อไปได้อย่างแน่นอน



คำอธิบายภาพปก

“ศิลปะในฐานะส่วนหนึ่งของวิธีการดูแลแบบประคับประคอง” กระตุ้นให้เกิดการอภิปรายว่าอะไรคือคุณค่าความหมายของการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ศิลปะจัดวางบนผนังดังกล่าว สร้างสรรค์โดยนักศิลปะบำบัด อัลลิสัน เดคาเมลิส และกลุ่มบุคลากรในแวดวงสาธารณสุขกลุ่มหนึ่ง

จาก <http://vsaalabama.org>



สารบัญ

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๗ ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๔

๖ เฟ่งพินิจเรื่องชีวิตและความตาย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โดยชุมชน ความท้าทายของสังคมไทย

๒๕ มองรอบทิศ: หมอเท้าเปล่า ผู้ดูแลสุขภาพในเกราลา

๓๒ ในประสบการณ์: วิถีแห่งจิตวิญญาณ

๓๗ หีบหยอกบอกเล่า: เมื่อพระจอมเกล้าฯ สวรรคต:
การเตรียมตัวตายอย่างสงบแบบไทยๆ

๔๒ คุณถาม เราตอบ: การถอดเครื่องช่วยชีวิตออกจะบาปไหม?

๔๕ ในทางเลือก: โปวาทานา เยียวยากายใจ

๔๙ ในความรื่นรมย์: เสียงวิงวอนจากเด็กน้อยในตัวฉัน

๕๑ ในความรื่นรมย์: ยายผีสาว: Ghostgirl

๕๗ ในเครือข่ายพุทธิกา: บันทึกจากโครงการอาสาข้างเตียง

JellyMuffin.com



สก็อต เพก จิตแพทย์ชาวอเมริกันเขียนหนังสือไวเล่มหนึ่งคือ *A World Waiting to Be Born* ว่าโลกที่กำลังเกิดขึ้น คือโลกแห่งความเป็นชุมชน

สก็อต เพก ต้องดูแลคนที่ไม่มีความสุข แต่ก่อนต้องดูแลทีละคนๆ จนดูแลไม่ไหว ต่อมาจึงทำกลุ่มบำบัดแต่ก็ยังไม่ไหวอีก นักเข้าจึงพบว่า จะต้องสร้างความเป็นชุมชน คือการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำ แล้วคนทั้งหมดจะมีความสุข โรคภัยไข้เจ็บจะลดน้อยลงหรือหายไป ความสุขที่เขาบรรยายไว้ บอกว่าประจวบจรุณิพพานเลยทีเดียว

นายแพทย์ประเวศ วะสี
จากการประชุมจิตวิวัฒน์





การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชน ความท้าทายของสังคมไทย



ภาพ: www.bangplamahospital.com

แม้ว่าในปัจจุบัน ประเทศอินเดียจะได้รับการจับตามองว่ามีศักยภาพในการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงสุดของโลกอย่างต่อเนื่อง และกำลังจะก้าวขึ้นมาเป็นมหาอำนาจใหม่ของโลกเคียงข้างจีนในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเจริญดังกล่าวยังกระจุกตัวอยู่ในคนส่วนน้อย ประชากรส่วนใหญ่ของอินเดียยังมีความเป็นอยู่ยากจน ระบบการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้คนยังอยู่ในระดับต่ำ และไม่ทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา ชีวิตความเป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุข

แต่ยังมีรัฐแห่งหนึ่งที่แม้จะยากจนติดอันดับต่ำสุดของอินเดีย หากแต่ดัชนีการพัฒนามนุษย์กลับสูงกว่ารัฐอื่นๆ ประชากรมีอัตราการรู้หนังสือสูงถึงกว่าร้อยละ ๘๕ และมีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็งที่สุด

แห่งหนึ่งของอินเดีย รวมถึงได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลก ให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเอเชีย

นั่นคือรัฐเกรลา ซึ่งอยู่ทางตะวันตกเฉียงใต้สุดของอินเดีย ผังทะเลอาหรับ

เหตุใดรัฐที่ยากจนที่สุดในอินเดียกลับสามารถสร้างสรรค์ปรากฏการณ์ดังกล่าวให้เกิดขึ้นมาได้

คำถามดังกล่าวทำให้ พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคุณวรรณ จารุสมบุรณ์ สองนักขับเคลื่อนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเมืองไทย จากการทำงานฝึกอบรมให้กับผู้สนใจเรื่องการเผชิญความตายอย่างสงบและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาทั่วประเทศ ดันดันเดินทางไปเพื่อเรียนรู้กระบวนการและเหตุปัจจัยของปรากฏการณ์ดังกล่าวจากอินเดีย โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการก่อร่างสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน

อาทิตย์อัสดง ขออาสาเป็นผู้เสนอเรื่องราวให้คุณผู้อ่านเอง โปรดติดตาม



ก่อนเดินทางสู่เกรลา

มีการวิเคราะห์คาดการณ์กันว่า สังคมไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีกไม่ถึงสิบปีข้างหน้า ซึ่งหมายความว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีมากขึ้นตามไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเกินกำลังที่ระบบโรงพยาบาลจะขยายตัวเพื่อรองรับได้ทันอย่างแน่นอน

ปรากฏการณ์สืบเนื่องที่จะเกิดตามมา คือมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปรักษาตัวอยู่ในชุมชนมากขึ้น แต่จากความเป็นจริงในปัจจุบัน ครอบครัวไทยกลับขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เพราะความรู้และความเป็นชุมชนแต่เดิมได้ถูกทำลายลงไปมากแล้ว จากความเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งจะทำให้ปัญหาดังกล่าวมีความหนักหน่วงและสลับซับซ้อนมากขึ้น และท้ายสุดย่อมกลายเป็นภาระที่สังคมต้องแบกรับร่วมกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สถานการณ์ดังกล่าวอยู่ภายใต้การจับตามองของเครือข่ายผู้สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาโดยตลอด ด้วยความห่วงใยและตระหนักดีว่าในช่วงเวลาสองสามปีข้างหน้า สังคมไทยจำเป็นต้องเตรียมทุนรอนเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ๆ ที่สามารถตอบโจทย์สถานการณ์ข้างต้นได้

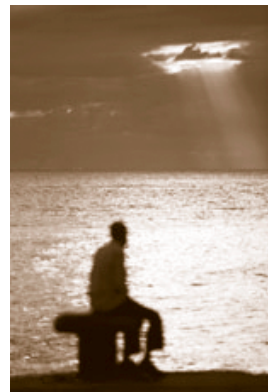
นั่นคือการมีองค์ความรู้ ความเข้าใจ หรือการศึกษาถึงความเป็นไปได้ต่างๆ ล่วงหน้าเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือระยะสุดท้าย

คำถามสำคัญ คือ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องจะเกิดขึ้นได้อย่างไร? โดยใคร?

สังคมไทยจำเป็นต้องมีสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่? (ซึ่งไม่ใช่สถานที่สำหรับทิ้งคนไข้) และรูปแบบที่เหมาะสมกับเมืองไทยควรเป็นอย่างไร

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ว่า คือสถานที่ที่ช่วย



ภาพ: cpmc.org



สนับสนุนให้ประชาชนหรือชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ด้วยตัวเองโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสถานพยาบาล อาจเป็นวัด เป็นใต้ถุนบ้าน หรือเป็นสถานพยาบาลที่ชุมชนบริหารเองก็ได้

...

หลายปีที่ผ่านมา มีความพยายามเคลื่อนไหวในเรื่องดังกล่าวอย่างหลากหลายรูปแบบและหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นการก่อเกิดของสถานดูแลผู้ป่วยแบบไทย อย่างเช่น วัดคำประมง การก่อเกิดหน่วยชีวิตนิตาภิบาลในโรงพยาบาลหลายแห่ง เกิดเครือข่ายผู้สนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบูรณาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในอนาคต ตลอดจนการเคลื่อนไหวในเชิงนโยบาย เช่น การออกกฎกระทรวงมาตรา ๑๒ เรื่องหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษา เป็นต้น



ภาพ: khampramong.org

รวมถึงการศึกษาเอกสารว่าด้วยกำเนิดและพัฒนาการของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการเดินทางไปศึกษาดูงานในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะที่มีบริบททางวัฒนธรรมใกล้เคียงกับประเทศไทย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ฯลฯ

ล่าสุดคือที่รัฐเกราลา ประเทศอินเดีย ซึ่งมีความโดดเด่นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชน จึงน่าจะมีบทเรียนที่ให้เราเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสังคมไทยได้ง่ายกว่าการศึกษาจากประเทศทางแถบตะวันตก

...

รัฐเกราลา (Kerala)

เกราลา มาจาก
ภาษามาลายาลัม แปลว่า
ต้นมะพร้าว เป็นรัฐที่
อยู่ทางตะวันตก
เฉียงใต้สุดของ
ประเทศอินเดีย มี
พื้นที่ ๓๘,๘๖๓
ตารางกิโลเมตร
แบ่งออกเป็น ๑๔
เขต ซึ่งประกอบไป
ด้วยเมืองเล็กๆ อยู่
มากมาย



มีจำนวนประชากร ๓๑.๘ ล้านคน หนาแน่นที่สุดในอินเดีย

มีผู้นับถือศาสนาฮินดูร้อยละ ๕๖.๒ อิสลามร้อยละ ๒๔.๗ และ
คริสต์ร้อยละ ๑๙

มีระบบการปกครองและเศรษฐกิจแบบผสมผสานระหว่าง
สังคมนิยมประชาธิปไตย กับรัฐสวัสดิการ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร มีความเจริญ
ทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำสุดของอินเดีย และอัตราการว่างงานสูงมาก
แต่กลับมีดัชนีการพัฒนามนุษย์สูงกว่ารัฐอื่นๆ กล่าวคือมีอัตราการรู้
หนังสือร้อยละ ๙๔.๕๙ และมีการคอร์รัปชันน้อยที่สุดในอินเดีย ความ
ย้อนแย้งดังกล่าวเรียกกันว่า “ปรากฏการณ์เกราลา”

คุณหมอศรีเวียงกล่าวถึงการเลือกไปดูงานครั้งนี้ว่า “มีเพื่อนร่วมชั้นเรียนชาวอินเดียในหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเครือข่ายฮอสพิทาลลิเอทีฟแคร่ภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก (APHN) ประเทศสิงคโปร์ แนะนำ เพราะเขาเคยไปฝึกงานที่สมาคมดูแลความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง (Pain and Palliative care Society) ภายใต้การดูแลของคุณหมอสุเรช กุมาร (Suresh Kumar) ผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันงานการดูแลแบบประคับประคองในวิทยาลัยแพทยศาสตร์คาลิคุต (Calicut Medical College) รัฐเกรลาประเทศอินเดีย จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเอเชีย และกำลังจะไปพัฒนาให้เกิดขึ้นในบังคลาเทศ”

หลังจากค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจนแน่ใจว่าเป็น ‘ของจริง’ แล้วจึงติดต่อไปทางคุณหมอสุเรช โดยอาศัยทุนส่วนตัวและเพื่อนๆ ในเครือข่ายช่วยประสานงานจนสามารถไป

ดูงานที่รัฐเกรลาเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ได้ในที่สุดเมื่อปลายปี พ.ศ.๒๕๕๓



สมาคมดูแลความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง (Pain and Palliative Care Society)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรัฐเกรลา เริ่มโดยคณะแพทย์กลุ่มหนึ่งร่วมกันก่อตั้งสมาคมดูแลความปวดและการดูแลแบบประคับประคองขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ.๒๕๓๖ เนื่องจากตระหนักถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของระบบการแพทย์สมัยใหม่ และเชื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรจะสามารถเข้าถึงบริการ มีทางเลือกในการเยียวยา และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้



สมาคมดูแลความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง

โดยเริ่มจากการจัดตั้ง
คลินิกผู้ป่วยนอกในวิทยาลัย
แพทยศาสตร์คาลิฟุต ในปี
พ.ศ.๒๕๓๗ สำหรับดูแลผู้ป่วย
ด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้
หายขาดได้ เช่น มะเร็ง เอ็ดส์ ฯลฯ

โดยเน้นการดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ภายใต้
บรรยากาศของความรักและความใส่ใจ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใน
การรักษาใดๆ ก่อนจะขยายเป็นสถาบันแพทยศาสตร์การดูแลแบบ
ประคับประคอง (Institute of Palliative Medicine) ในอีกหลายปีต่อมา

เจ็ดปีแรก สมาคมดูแลความปวดฯ ทำงานอยู่แต่ในวิทยาลัย
แพทย์ ทำให้คุณหมอสุเรชและคณะทำงานพบว่า มีประชาชนจำนวน
มากที่ไม่สามารถเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจาก
ข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง และค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกับที่ระบบ
สาธารณสุขและการเยี่ยมบ้านของแพทย์ในอินเดียยังไม่เข้มแข็งนัก
จึงทำให้ประชาชนจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร

เดินทางสู่ชุมชน

สมาคมจึงเริ่มปรับทิศทางการทำงานให้ออกไปสู่ชุมชนมากขึ้น
โดยการช่วยสนับสนุนทางด้านองค์ความรู้ และฝึกอบรมบุคลากร
ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล รวมถึงอาสาสมัคร ซึ่งนำไปสู่จัดตั้งศูนย์
การดูแลแบบประคับประคองและระบบการดูแลผู้ป่วยตามบ้านขึ้นใน
ชุมชนต่างๆ



นับจากวันก่อตั้งเมื่อ ๑๘ ปีก่อนจนถึงปัจจุบัน แนวคิดดังกล่าวได้ขยายไปทั่วรัฐเกราลา เกิดศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงสามร้อยกว่าแห่ง ร้อยแห่งเริ่มต้นและบริหารโดยชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากนักเรียนนักศึกษา ประชาชนและร้านค้าในชุมชนเป็นหลัก โดยมีรัฐบาลเข้ามาสนับสนุนบ้างในภายหลัง

ในขณะเดียวกัน ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองส่วนกลางในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กฤต หลังจากผ่านการทำงานอย่างจริงจังและมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานนับสิบปี ทำให้องค์ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดการตกผลึก มีหลักฐานทั้งในเชิงทฤษฎี และในเชิงประจักษ์ว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลความปวด

จึงได้รับการยอมรับในวงกว้างระดับนานาชาติ จนขยายขยายบทบาทโดยร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกจัดตั้งหน่วยงานใหม่ภายใต้สมาคม คือสถาบันแพทยศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง (The Institute of Palliative Medicine) ขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๔๗ ซึ่งนอกจากจะเป็นสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขนาด ๓๐ เตียงแล้ว ยังทำงานในเชิงนโยบาย การวิจัย และโดยเฉพาะการฝึกอบรมให้แก่หมอ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ตลอดจนอาสาสมัครที่ จะลงไปทำงานเป็นหลักตามศูนย์ต่างๆ ในชุมชนอีกด้วย



ทำให้เกิดระบบการทำงานอย่างเป็นองค์รวม สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ลึกซึ้งขึ้นและขยายเครือข่ายให้กว้างขวางขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวัฒนธรรมการฝึกอบรมที่เป็นระบบและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของรัฐเกราลาที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก



ระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน



เมื่อทั้งสองเดินทางไปถึงรัฐเกราลาเมื่อกลางเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓ คุณหมอสุเรชได้จัดให้ไปดูงานสถาบันแพทยศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง (The Institute of Palliative Medicine: IPM) ในวิทยาลัยแพทย์คาลิกุต (Calicut Medical College) เมืองคาลิกุต ที่เป็นศูนย์หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการฝึกอบรมบุคลากร และยังได้ไปดูงานคลินิก งานชุมชน และการเยี่ยมบ้าน ของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในสองเขตใกล้ๆ เมืองคาลิกุต คือ เทศบาลโคยิลแลนดี (Koyilandy) และหมู่บ้านนาริกคูนี (Narikkuni)

ซึ่งเป็นคลินิกตัวอย่างสองลักษณะที่แตกต่างกัน

ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โคโยแลนด์ ก่อตั้งขึ้นโดยชุมชนผู้บริหารไม่ใช่หมอ แต่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการระดมทุนและความร่วมมือจากเครือข่ายให้เข้ามาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

แรกเริ่มเดิมที องค์กรชุมชนต่างๆ ที่โคโยแลนด์ทำงานในเรื่องคุณภาพชีวิตโดยรวมของชุมชนอยู่ก่อนแล้ว มิได้ทำเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนโอกาสในการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ ดูแลชีวิตความเป็นอยู่ และอื่นๆ ต่อมาเมื่อทางสมาคมดูแลความปวดฯ เริ่มขยายพื้นที่ทำงานดูแลผู้ป่วยเข้าสู่ชุมชน จึงเกิดการเชื่อมโยงกัน และทำให้องค์กรชุมชนขยายขอบเขตการทำงานครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยในเวลาต่อมา โดยสมาคมทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานขององค์กรชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตมากขึ้น เช่น หากพบเด็กไม่ได้เรียนหนังสือ จะมีการสอบถามและพยายามให้ได้เรียน หรือพบชาวบ้านไม่มีงานทำ ความเป็นอยู่ลำบาก ถูกทิ้งอยู่ในบ้านคนเดียว หรือครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วย องค์กรชุมชนต่างๆ จะประสานงานกันและเข้าไปดูว่าจะสนับสนุนอะไรได้บ้าง เช่น เรื่องอาหาร เรื่องยาแก้ปวด เรื่องส่งเสริมอาชีพ เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น

.....

คุณหมอศรีเวียงกล่าวถึงรูปแบบการทำงานโดยทั่วไปของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนว่า “จะมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยประจำชุมชนที่ทำงานโดยอาสาสมัคร ส่วนหนึ่งจะจ้างพยาบาลประจำที่ ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณสองคนต่อแห่ง



และมีหมอไม่ประจำอีก ๑-๒ คน มาตรวจคนไข้ตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น รวมถึงมีพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชน”

เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ในรัฐเกราลามีฐานะยากจน ประกอบอาชีพทำสวนมะพร้าวหรือเป็นแรงงานรับจ้าง จึงมีชาวบ้านในวัยทำงานจำนวนไม่น้อยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตจากการตกต้นไม้



www.instituteofpalliativecare.org

ในขณะที่คนชราจะเป็นโรคเรื้อรังนอนป่วยที่บ้าน หรือสังขารเสื่อมไปตามวัย โดยขาดการดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจากคนเหล่านี้ ‘โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย’ มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพของ

รัฐน้อยมาก ทั้งด้วยอุปสรรคจากการเดินทางไกลและค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมถึงความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ

การมีหน่วยงานที่ทำงานในเชิงรุก ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลทั่วถึงมากขึ้น

จึงไม่น่าแปลกใจที่ศูนย์ไม่เคยมีปัญหาเงินทุนขาดแคลน เพราะประชาชนให้ความร่วมมือ ศูนย์โคโยแลนตีจะมีโครงการประชาสัมพันธ์ในมหาวิทยาลัยทุกปี เพื่อทำความเข้าใจกับนักศึกษาว่าจะมีส่วนร่วมได้อย่างไรบ้าง ทั้งเรื่องเวลาและเงิน โดยเพราะในรัฐเกราลา นักศึกษาจะได้เรียนฟรีตามนโยบายรัฐสวัสดิการอยู่แล้ว พวกเขาจึงสามารถเจียดเงินส่วนหนึ่งมาเข้ากองทุนเพื่อช่วยเหลือคนที่ได้รับความเดือดร้อน ซึ่งไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น หากยังรวมถึงชาวบ้าน และเด็กๆ ที่ยากไร้หรือขาดโอกาสอีกด้วย



ทางออกอยู่ในชุมชนเอง

จุดเด่นที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน คือศูนย์การดูแลแบบ ประคับประคองในแต่ละเขตแต่ละชุมชนจะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง แต่ละแห่งไม่จำเป็นต้องคิดเหมือนกับส่วนกลางหรือมีวิธีการเหมือนกัน แม้ว่าโดยหลักการแล้วจะมีการกิจหลักๆ คล้ายคลึงกัน เช่น เรื่อง การระดมทุน เรื่องอาสาสมัครเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฯลฯ แต่ รายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ จะแตกต่างกันไปตามความเข้าใจหรือบุคลิก ของคนทำงานในชุมชนนั้นๆ รวมถึงนโยบายและแนวทางขององค์กร โดยมีคณะกรรมการในชุมชนร่วมกันกำหนด

อย่างเช่นศูนย์โคโยแลนดี จะเน้นการขับเคลื่อนเชิงรุกกับเยาวชน และคนหนุ่มสาว มีการเข้าหาพูดคุยกับนักศึกษาว่า คุณจะทำอะไร ได้บ้าง มีอาสาสมัครไป แบ่งปันประสบการณ์ตาม โรงเรียน แม้กระทั่งในโรงเรียนเล็กๆ โดยเชิญชวนให้ เด็กๆ ไปบอกกล่าวกับพ่อแม่ หรือหยอดกระปุกสนับสนุน การทำงานขององค์กร หรือ มาเป็นอาสาสมัครเพื่อคืน โอกาสให้กับสังคม



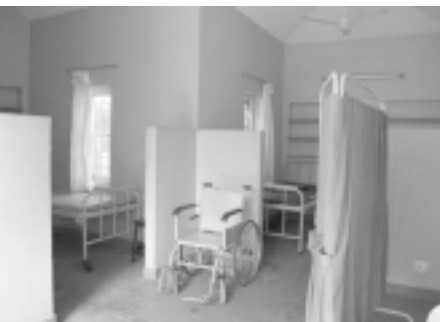
การรณรงค์กับเด็กนักเรียน

ในขณะที่ศูนย์นาริกุณี อาสาสมัครส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มแม่บ้าน คนชรา ซึ่งลูกหลานโตแล้ว จึงมีเวลาว่าง หรือเป็นคนในวัยทำงานที่ เริ่มตั้งตัวได้แล้ว สามารถเจียดเวลามาช่วยเหลือสังคม แม้ว่าจำนวน อาจจะไม่มากเท่ากับที่โคโยแลนดี แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้อื่น เช่น เคยดูแลสามี หรือพ่อแม่อยู่แล้ว จึงทำให้บทบาท

ของอาสาสมัครมีความเข้มข้นในการดูแลมากกว่า และแตกต่างกันออกไป

โดยหากอาสาสมัครเป็นนักศึกษาจะมีความสดใหม่ มีความคล่องตัวในการสำรวจครอบคลุมพื้นที่กว้าง และไปได้บ่อยครั้ง ในขณะที่อาสาสมัครผู้ใหญ่จะมีบทบาทในเรื่องการให้คำแนะนำ และมีความเป็นชุมชนมากกว่า เพราะส่วนใหญ่ศูนย์จะเลือกผู้ป่วยที่อยู่ใกล้บ้านของอาสาสมัครเป็นหลัก

สำหรับคลินิกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน จะเปิดทำการสัปดาห์ละหนึ่งหรือสองวัน มีการจ่ายยาสำหรับดูแลความปวด เช่น มอร์ฟีน แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือหมออาสา คอยตรวจอาการ มีระบบการไปเยี่ยมบ้าน และมีการประสานงานกับ



ห้องพักผู้ป่วยและญาติในสถาบันแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลในท้องถิ่นอย่างใกล้ชิดในการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาที่ศูนย์ พร้อมประวัติการรักษา และข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ เช่น แผนที่บ้าน เบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ศูนย์ประสานกับอาสาสมัครที่อยู่ใกล้เคียงไปเยี่ยมบ้าน

โดยอาสาสมัครทุกคนจะต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้พื้นฐานจากศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนก่อน โดยศูนย์ส่วนกลางหรือสถาบันแพทยศาสตร์ จะสนับสนุนในส่วนที่ชุมชนขาด เพื่อให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนมีระบบการฝึกฝนระหว่างทำงาน มีการประชุมอาสาสมัครก่อนลงเยี่ยมบ้านในชุมชน หรือแบ่งกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ

ทำให้ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพในระดับหนึ่ง





คลินิกผู้ป่วยนอกในสถาบันแพทยศาสตร์ฯ

บทเรียนจากเกราลา

คุณวรรณวิเคราะหว่า ความโดดเด่นของงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชนในรัฐเกราลา เกิดจากหลายเหตุปัจจัย

ประการแรก หมอในเกราลาส่วนใหญ่รู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เวลาที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมาที่ศูนย์รับปวดย ในโรงพยาบาล เพราะยอมรับและมีทัศนคติว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นจะต้องมีหน่วยงานอื่นที่มีความเข้าใจและชำนาญกว่ามาช่วยดูแลหรือช่วยกันทำงาน ไม่ใช่การแย่งงานหรือซ้ำซ้อนกัน บางกรณีจะดูแลควบคู่กันไปเป็นทีม ทำให้การทำงานง่าย และคนไข้มีทางเลือกเยอะ

สอง มีองค์ความรู้เรื่องการดูแลควบคุมอาการชัดเจนมาก ว่าคนไข้ระยะสุดท้ายต้องดูแลอย่างไร จึงสามารถฝึกหมอ พยาบาล อาสาสมัครให้มีความรู้ได้อย่างตรงประเด็น

สาม เชื่อมโยงกับชุมชนอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ทำงานกันคนละจุดแล้วเสริมกัน ทำให้มีพลัง เกิดการขับเคลื่อน มองเห็นศักยภาพ แม้เครื่องมือเครื่องมือจะไม่สะดวกสบายหรือทันสมัย แต่ชาวบ้านรับได้

สี่ ให้ความสำคัญกับการบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน ศูนย์ทุกแห่งจะมีการใช้มอร์ฟีนในรูปของยาเม็ดที่ใช้อย่างง่ายดาย ทำให้ชาวบ้านเข้าถึงยาระงับปวดได้ค่อนข้างดี ซึ่งช่วยได้มากในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการทุกข์ทรมาน เช่น เป็นมะเร็ง ฯลฯ และเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้งานการดูแลแบบประคับประคองในรัฐเกราลาได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่ม

ภาพ: www.ouhsc.edu



เพราะสังคมอินเดียมีความคล้ายกับสังคมไทยในเรื่องกลัวความเจ็บปวดก่อนตาย การดูแลเรื่องความเจ็บปวดจึงทำให้ความกังวลของคนไข้ได้รับการดูแล

โดยที่ความเชื่อทางศาสนาของชาวอินเดียค่อนข้างเข้มข้น ชุมชนจึงมีกลไกในเรื่องการดูแลทางจิตวิญญาณอยู่แล้ว การสนับสนุนเพียงแค่การดูแลความปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ตลอดจนช่วยประเมินเรื่องระยะเวลาการเสียชีวิตของคนไข้ จึงนับว่าเพียงพอต่อความต้องการของชาวบ้านแล้ว

กรณีดังกล่าวว่า “เมื่อเทียบกันแล้วสังคมไทยมีความซับซ้อนกว่ามาก เพราะชุมชนไทยในปัจจุบันได้ขยายตัวเป็นเมืองและมีความเป็นปัจเจกมากขึ้น การดูแลสุขภาพโดยพึ่งพากันในชุมชนและความรู้เรื่องจิตวิญญาณถูกทำลายลงไปมาก จึงทำให้ “ความคาดหวัง” ต่อระบบสาธารณสุขมีสูง และไม่ตรงตามความเป็นจริง อย่างเช่น ต้องการไปโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด แต่เมื่อถึงไปแล้วต้องรอนาน เจอความแออัด ไม่ได้รับการดูแลอย่างที่คาดหวัง เนื่องจากระบบไม่สามารถรองรับได้ จึงรู้สึกแย่”



คุณหมอสูเรช กุมาร

“สำหรับประเทศไทย ผมคิดว่าในสถานการณ์ที่ไทยมีประชากรกว่า ๖๗.๗๕ ล้านคน มีอัตราการตายเฉลี่ย ๖.๔๗ คน ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ซึ่งหมายความว่าถ้าจะมีประชากรกว่าสี่แสนคนต่อปีที่ต้องเสียชีวิต และยังมีอัตราการสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าน่าจะมีกว่า ๘ ล้านคนในปี ค.ศ.๒๐๑๕ และสูงถึง ๒๐ ล้านคนในปี ค.ศ.๒๐๕๐ ในขณะที่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในประเทศไทยก็ไม่ได้แตกต่างจากประเทศอื่นๆ ตรงที่มีอัตราการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคที่รักษาได้ยากเพิ่มสูงขึ้นด้วย เช่น มะเร็ง เบาหวาน ฯลฯ

สภาพการณ์เหล่านี้สะท้อนว่าประเทศไทยจำเป็นจะต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมานับได้ว่าประเทศไทยมีทุนที่ดีในหลายเรื่องด้วยกัน ได้แก่ การมีระบบสาธารณสุขมูลฐานที่เข้มแข็ง มีชาวบ้านจำนวนมากที่เต็มใจและพร้อมจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ผมเชื่อว่าประเทศไทยมีโอกาที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน และผมคิดว่าถึงเวลาแล้วที่ไทยจะต้องจัดทำแผนระดับชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาหายและผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งผมก็ตั้งใจที่ได้รับรู้จากเพื่อนชาวไทยที่กำลังมีการดำเนินการในเรื่องดังกล่าวอยู่”

คุณหมอสูเรช กุมาร กล่าวในงาน HA National Forum ครั้งที่ ๑๒
เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๔

เรื่อง “Community Participation in Palliative Care”
ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

สู่ความท้าทายของสังคมไทย

ทั้งคุณหมอศรีเวียงและคุณวรรณเห็นพ้องต้องกันว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่สามารถจัดการได้ในระดับครอบครัว ชุมชน แม้กระทั่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ต้องทำให้ระบบดังกล่าวทำหน้าที่ได้อย่างที่ควร

สังคมไทยมีระบบหรือทรัพยากรต่างๆ มากมายอยู่แล้ว โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จำนวนนับหลายล้านคนทั่วประเทศ แต่ที่ผ่านมามีการใช้ อสม. เพื่อตอบสนองความต้องการ

ของส่วนกลางมากกว่าของชุมชนเอง เราไม่ได้ใช้ศักยภาพในความใกล้ชิดชุมชน รู้จักชุมชนของ อสม. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ หรือสนับสนุนให้ได้รับการดูแลเท่าที่ควร นับว่าต่างจากอาสาสมัครในอินเดียที่ทำงานเชิงรุกมาก และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจริงๆ

คุณวรรณเห็นว่า “จะต้องนิยามอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ว่าต้องการให้เป็นอย่างไร และจะพัฒนาอย่างไร เพื่อไม่ให้เป็นเครื่องมือทางการเมือง หรือใช้แสวงหาประโยชน์เฉพาะตัว แต่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน ไม่ว่าในเรื่องความรู้ หรือปัจจัยในการทำงาน เช่น ค่าน้ำมันรถ เครื่องไม้เครื่องมือในการไปเยี่ยมบ้าน ฯลฯ



สร้างกลไกเชื่อมต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รับการดูแลแม้จะอยู่ไกลแค่ไหน ผ่านกลไกอาสาสมัคร เช่น ศูนย์ที่มีการเชื่อมประสานกับแพทย์ พยาบาล ไม่มีใครถูกทอดทิ้งให้ตายอย่างโดดเดี่ยว

โรงเรียนแพทย์ต้องฝึกอบรมแพทย์ พยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้กระบวนการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายเป็นอันหนึ่งเดียวกัน เพื่อทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมมากขึ้น”

.....

การเดินทางไปปฏิบัติงานในรัฐเกราลาอินเดีย ทำให้ทั้งสองเกิดความเชื่อมั่นยิ่งขึ้น ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชนเป็นสิ่งที่ทำได้จริง และมีคนทำอย่างได้ผลแล้ว จึงกลับมาสานต่อความตั้งใจกับเพื่อนร่วมความคิดในทันที โดยเริ่มทดลองโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยชุมชนในโรงพยาบาลและชุมชนบางแห่งในจังหวัดขอนแก่น

โดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในความดูแลของคุณหมอศรีเวียง จะทำหน้าที่เป็นศูนย์ฝึกอบรมให้กับแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครในชุมชน และทดลองนำร่องกับโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

จะมีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับอาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลให้มีทักษะใน



ภาพ พ: www.thaihealth.or.th

การถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยงและฝึกอบรมกันเองได้ต่อไป

โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือทำให้ชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ

.....

“ระบบสาธารณสุขมูลฐานในเมืองไทยนับว่าพัฒนาไปไกลแล้ว เพียงแต่เพิ่มการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไปด้วย จะทำให้ขอบข่ายการทำงานกว้างและดูแลคนตั้งแต่เกิดถึงตาย และครอบคลุมทุกมิติของชีวิตได้อย่างแท้จริง” คุณหมอศรีเวียงกล่าวทิ้งท้าย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าหน่วยพาลิเอทีฟแคร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กมาอย่างยาวนาน คุณวรรณ จารุสมบุญณ์ กระบวนการการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา ดร.สาเรช กุมาร ผู้อำนวยการสถาบันแพทยศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง www.painandpalliativecare.org

ภาพถ่าย สมาคมดูแลความปวดย, สถาบันแพทยศาสตร์ฯ, การรณรงค์ฯ, ห้องพักผู้ป่วยฯ และคลินิกผู้ป่วยนอกฯ โดย วรรณ จารุสมบุญณ์



นิราศชิตินีย์

ท่องไปในโลกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประสบการณ์จากการดูงานพาลิเอทีฟแคร์
(การดูแลแบบประคับประคอง)

ในมุมมองของ นพ.สกล สิงหะ

ประธานหน่วยชีวิตนดาภิบาล

รพ.สงขลานครินทร์ หาดใหญ่

ราคา ๒๕๐ บาท



หมอเท้าเปล่า ผู้ดูแลสุขภาพในเกราลา

ในปัจจุบัน อาสาสมัครนับพันคนในรัฐเกราลาทางตอนใต้ของอินเดีย ถือว่าเป็นหน่วยสำคัญหน่วยหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีฐานะยากจนและไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่แต่ในบ้าน

ผู้อยู่เบื้องหลังขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพดังกล่าว คือ เค.เอ็ม.บาเชียร์ ชาวนาผู้เรียนหนังสือมาน้อยนิดเพียงแค่ชั้นพื้นฐาน ภูมิหลังทางด้านการศึกษาดังกล่าว ทำให้เขาแตกต่างจากผู้นำขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพคนอื่นๆ แต่ชาวนาจากเทศบาล นิลัมบูร์ (Nilambur) เขตมัลปปรัม (Malappuram) รัฐเกราลาผู้หนึ่งเอง ที่เป็นผู้นำสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งนิลัมบูร์ซึ่งจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งที่บ้านและในละแวกบ้านขึ้น และได้กลายเป็น

แรงบันดาลใจให้กับกลุ่มคนมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเด็กนักเรียน ผู้สูงอายุ ผู้ใช้แรงงาน ชาวนา แม่บ้าน หรือแม้แต่ตำรวจ ที่มาช่วยกันทำแผล ดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับ และเป็นเพื่อนคุยกับผู้ป่วยว่ามีปัญหาอะไร โหมหรือกลัวอะไรอยู่

บาเชียร์ได้รับแรงบันดาลใจดังกล่าวมาจากคุณหมอซึ่งเป็นผู้อบรมเรื่องการดูแลปฐมภูมิให้แก่เขา เมื่อปีพ.ศ.๒๕๔๑ และจากการได้เดินทางร่วมกับเพื่อนอาสาสมัครไปทั่วหมู่บ้านของเขา เพื่อค้นหาว่ามีใครบ้างที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

นับจากเริ่มก่อตั้ง สมาคมฯ นิลัมบูรีได้เป็นตัวแบบให้เกิดสมาคมแบบเดียวกันแห่งอื่นๆ ในเขตมาลปุรัม เมื่อถึงปีพ.ศ.๒๕๔๓ ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ในเขตดังกล่าวไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ปัจจุบัน เครือข่ายเพื่อนบ้านเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (NNPC: The neighborhood network in palliative care) มีคลินิกราว ๑๕๐ แห่ง มีอาสาสมัครซึ่งได้รับการฝึกอบรมราว ๑ พันคน หมอ ๘๕ คน และพยาบาล ๒๗๐ คน ที่คอยดูแลผู้ป่วย ๒ หมื่น ๕ พันคน เฉพาะในเขตมาลปุรัมแห่งนี้ มีสมาคมดูแลแบบประคับประคอง ๒๙ แห่ง โดย ๒๕ แห่งมีคลินิกของตัวเอง มีหมอทำงานแบบไม่เต็มเวลามาคอยดูแล มีผู้ช่วยพยาบาล และรถยนต์เพื่อพาไปเยี่ยมบ้าน โดยทุกๆ หน่วยจะรับผิดชอบดูแล อาณาบริเวณ ๔-๕ ปันญาติ (panchayats)^๑

^๑ กรรมปันญาติ (gram panchayat) เป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นในระดับหมู่บ้านหรือเมืองขนาดเล็กของอินเดีย ใน พ.ศ.๒๕๔๓ มีประมาณ ๒๖๕,๐๐๐ แห่งทั่วอินเดีย กรรมปันญาติเป็นรากฐานของระบบปันญาติ หมู่บ้านที่มีประชากรตั้งแต่ ๓๐๐ คนขึ้นไปสามารถตั้งกรรมปันญาติได้ ในบางกรณีหากแต่ละหมู่บ้านมีประชากรน้อยกว่า ๓๐๐ คน จะจัดให้มีกรรมปันญาติร่วมกันระหว่างสองหมู่บ้าน

อนิล กุมาร ปาเลรี เลขานุการกิตติมศักดิ์ของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งอินเดีย กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ ๗๐ ในเมืองคาลิคุต และไวยนาท (Wayanad) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยเรื้อรังในรัฐเกราลา ไม่ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อจะรับการดูแลแบบประคับประคอง เทียบกับรัฐอื่นๆ ทั่วประเทศที่ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลถึงบ้านหรือละแวกบ้านเพียงร้อยละ ๒ เท่านั้น

ภายใต้การดูแลของชุมชน

ภายใต้การดูแลของชุมชน คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาโดยตลอด ปัญหาคงมีแค่เพียงการหาหมอที่ผ่านการฝึกฝนแล้วมาทำงานแบบเต็มเวลา

แต่ในความเห็นของคุณหมอสุเรช กุมาร ผู้อำนวยการสถาบันแพทยศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองในคาลิคุต เครือข่ายเพื่อนบ้าน เป็นขบวนการสร้างอาสาสมัครที่พยายามกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนโดยสมาชิกของชุมชนเอง บทบาทของหมอในขบวนการดังกล่าวจึงเป็นเพียงพระรอง

ที่สถาบันแพทยศาสตร์ฯ อาสาสมัครจะได้รับการอบรมเป็นเวลา ๑๖ ชั่วโมง เพื่อเรียนรู้การพยาบาล การให้คำปรึกษา การสื่อสารให้มี



อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน

ประสิทธิภาพ การจัดการคลินิก และการทำแผนงานกระตุ้นจิตสำนึก หลังจากผ่านการอบรมแล้ว จะมีการจัดกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน

ประมาณ ๑๐-๑๕ คน เข้าไปดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อมูลอยู่แล้ว และ
จัดหาความช่วยเหลือที่จำเป็นให้

เมื่ออาสาสมัครมาจากชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์
ระหว่างพวกเขากับผู้ป่วยและครอบครัวจะค่อยๆ พัฒนาขึ้นจนเกิดความ
ผูกพันแน่นแฟ้น ผู้ป่วยอัมพาตช่วงล่างวัย ๔๒ ปีคนหนึ่งกล่าวว่า
“ผมนึกภาพไม่ออกเลยว่า ผมจะต้องเจอกับอะไรบ้างถ้าไม่มีพวกเขา”



การเยี่ยมบ้าน

ถึงแม้ว่าในตอนเริ่มแรก
โครงการจะเน้นไปที่ผู้ป่วย
มะเร็งระยะลุกลาม แต่ปัจจุบัน
การดูแลได้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูง
อายุ ผู้ป่วยทางระบบประสาท
โรคติดเชื้อเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วย
ทางจิตเรื้อรังด้วย

ธนาคารของชุมชน

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนยากคนจน โดยมากอาสาสมัคร
จะช่วยเหลือเรื่องเงินๆ ทองๆ ให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย จัดหาข้าวสาร
อาหารแห้ง เสื้อผ้า สมุดหนังสือ และค่าเล่าเรียนสำหรับลูกๆ หลานๆ
ของผู้ป่วยอีกด้วย วี. ซี. รัมลา ซึ่งเป็นอาสาสมัครในเขตมัลปปรัม
มานานถึง ๑๕ ปี บอกว่า เราแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มจนมาก จน
ชนชั้นกลาง และระดับมีอันจะกิน ผู้ป่วยสองกลุ่มแรกจะได้รับความ
ช่วยเหลือในทุกด้าน รวมไปถึงการปันส่วนข้าวสารให้เป็นรายเดือน
ส่วนผู้ป่วยสองกลุ่มหลังจะได้รับเพียงแค่ว่า การช่วยเหลือด้านพยาบาล

และด้านจิตใจ โดยงานบริการทุกด้าน รวมไปถึงการให้คำปรึกษาของ หมอหรือแม้แต่ยาบางตัว เป็นการให้เปล่าทั้งสิ้น

เรื่องเงินทุนไม่ใช่ปัญหาในการทำงานแต่อย่างใด เพราะส่วน ใหญ่จะสามารถระดมมาจากชุมชนได้เองในรูปของเงินบริจาคเล็กๆ น้อยๆ บางครั้งเพียงแค่ ๑ รูปีต่อวัน หรือน้อยกว่านั้น ผู้ใช้แรงงาน กรรมกรแบกหาม คนลากรถ ข้าราชการ ครู และแม้แต่เด็กนักเรียน สามารถบริจาคเงินเพียงเล็กน้อยเพื่อช่วยให้ขบวนการเดินทางต่อไปได้ ตัวอย่างเช่น ในนิลัมบูรี ผู้โดยสารบนรถประจำทางโดยเฉลี่ย ๔ คน ในแต่ละคันจะบริจาคเงินคนละ ๕๐ ไปซา^๒ ต่อวัน รวมเป็นเงินคร่าวๆ ประมาณ ๕๐๐ รูปีทุกวัน ส่วนข้าราชการหลายคนจะบริจาคเงินเดือน ๑๐ รูปีต่อวัน เด็กๆ จะเก็บเงินเพื่อบริจาคเดือนละ ๑ รูปี คนรับจ้าง แบกของจะแบ่งเงินเล็กๆ น้อยๆ ที่เขาได้ทุกเย็น แม้แต่ร้านอาหารริมทางก็จะตั้งกล่องบริจาคเอาไว้ รวมถึงการสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆ เช่น จาก ปัญญาติ เทศบาล และองค์กรธุรกิจอีกด้วย

โดยเฉลี่ยแล้ว เขตมาลปปุรัมจะได้รับเงินบริจาค ๑ ล้านรูปี ทุกเดือน

มูฮัมหมัด ยูนุส อาชีพผู้จัดการฝ่ายการตลาดวัย ๒๗ ปี ซึ่งเป็นหัวหน้าสมาคมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโคยิแลนดี กล่าวว่า เราใช้ยูล้วนบริจาคโดยผู้มีอุปการคุณ การที่ผู้คนต่างพากัน สนับสนุนองค์กรเพราะพวกเขารู้ว่าเรื่องดังกล่าวเป็นประโยชน์กับ พวกเขาเอง และรู้ว่าเงินเหล่านั้นจะไม่ถูกนำไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์

^๒ หน่วยเงินตราของอินเดีย ๑๐๐ ไปซา เท่ากับ ๑ รูปี และ ๑ รูปี เท่ากับ ๖๐ สตางค์ (อัตราแลกเปลี่ยนในปัจจุบัน)

นับแต่เครือข่ายเพื่อนบ้านฯ ถือกำเนิดขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน
องค์กรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง ๑๐ เท่าตัว
เลยทีเดียว

นโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในปีพ.ศ.๒๕๕๑ รัฐเกราลาได้บรรจุเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองอยู่ในนโยบายรัฐ นับเป็นองค์กรรัฐแห่งแรกของเอเชีย
ที่มีนโยบายให้ดำเนินงานเรื่องดังกล่าวในทุกกระดับ โดยเน้นการ
ทำงานที่มีชุมชนเป็นฐานในการดูแล และเห็นว่าการดูแลที่บ้านเป็น
มาตรฐานสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง จึงเน้นให้บูรณาการ
เรื่องดังกล่าวเข้าไปในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

รวมถึงเน้นการฝึกอบรมทั้งนักวิชาชีพและไม่ใช่นักวิชาชีพ เช่น
อาสาสมัคร จัดให้มีบริการเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน
ภาคสาธารณะและในชุมชนเชื่อมโยงเข้าไปในกิจกรรมของปัญญาติ
และทำให้ยาที่จำเป็นมีพร้อมแก่การใช้งาน

โดยคณะทำงานด้านสุขภาพชนบทแห่งชาติ สาขาเกราลา
(National Rural Health Mission: NRHM) ได้ริเริ่มโครงการ
พัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพที่มีชุมชนเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยที่
ต้องนอนอยู่บ้าน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่เป็นโรครักษา
ไม่ได้ นับเป็นโครงการดูแลแบบประคับประคองที่ใหญ่ที่สุดใน
อินเดีย มีงบประมาณ ๔๐ ล้านรูปี และเป็นเพียงโครงการเดียว
ของคณะทำงานดังกล่าว

รัฐเกราลาได้บูรณาการหน่วยบริการด้านสุขภาพที่
ผ่านการรับรองจากรัฐบาล ๒ หมื่น ๖ พันแห่ง เข้า
กับหน่วยดูแลแบบประคับประคองที่มีชุมชนเป็นฐาน
เครือข่ายเพื่อนบ้านฯ ประสบความสำเร็จในการ



สร้างแรงบันดาลใจให้กับหน่วยปกครองตนเองในท้องถิ่น โดยปัญญา-
ญาติของเซตมาลปรัมได้จัดทำโครงการความร่วมมือในการดูแลที่
บ้านกับกลุ่มเครือข่ายเพื่อนบ้านฯ

ประธานคณะกรรมการวิชาการเขตกล่าวว่า โครงการฯ จะให้การ
สนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง ๒ หมื่นคน กรมสภา^๓ ชุดปัจจุบันกระตือรือร้น
มากขึ้น และองค์กรท้องถิ่นก็มีความมั่นใจในกลุ่มเครือข่ายเพื่อนบ้านฯ
ที่มาช่วยริเริ่มทำโครงการดูแลสุขภาพดังกล่าว

เกราลานับเป็นตัวอย่างของการดูแลแบบประคับประคองที่ทั่ว
โลกให้การยอมรับ และองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้เป็นตัวแบบ
ของประเทศกำลังพัฒนา แต่ทว่าโครงการดังกล่าวจะดำเนินงานใน
ส่วนอื่นๆ ของประเทศได้หรือไม่ - แมทธิว ปาเลรี ผู้บริหารแผนงาน
ของเครือข่ายเพื่อนบ้านฯ เห็นว่า “อาจจะไม่ได้ เพราะว่าเกราลาเป็น
รัฐที่ประชากรเกือบทุกคนอ่านหนังสือออก และยังมีสำนึกในทาง
สังคมและการเมืองสูงมาก แต่ความพยายามในเรื่องการนำชุมชนมา
เป็นฐาน สามารถใช้เป็นต้นแบบและตัวแบบใหม่ๆ ที่จะนำไปพัฒนา
ในที่อื่นๆ ได้”

เก็บความจาก

“Barefoot healthcare providers of Kerala”, M. Suchitraj, 13 February 2009.

<http://southasia.oneworld.net/fromthegrassroots/barefoot-healthcare-providers-of-kerala> และ <http://www.downtoearth.org.in>

ภาพถ่าย อาสาสมัครเยี่ยมบ้านและการเยี่ยมบ้าน โดย วรณา จารุสมบุรณ์

^๓ กรมสภา (gram sabha) เป็นที่ประชุมของผู้ใหญ่ที่อาศัยในอาณาบริเวณใต้การปกครอง
โดยปัญญาติ ผู้มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป และมีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง ถือเป็นสมาชิก
ของกรมสภา ทุกๆ ปัญญาติของแต่ละหมู่บ้านจะแบ่งเป็นเขต แต่ละเขตจะเลือก
ตัวแทนขึ้นมา สมาชิกจะร่วมกันเลือกสารปัญญาติเพื่อมาเป็นประธานปัญญาติ โดย
ตัวแทนเขตและสารปัญญาติจะร่วมกันจัดตั้งเป็นกรมปัญญาติที่มีวาระในการดำรงตำแหน่ง
คราวละ ๕ ปี



ในประสบการณ์ ॥ สุริย์ ลี้มงคล^๔



วิถีแห่งจิตวิญญาณ

น้องพยาบาลคนหนึ่งเคยถามฉันว่า “พี่คะ...เราจะประเมินอย่างไรจึงจะรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของคนไข้ได้คะ?”

นั่นสินะ! ดูแลคนไข้มาก็มาก ตอนดูแลเขาก็ทำไปโดยอัตโนมัติ เรียกให้เข้าส่มัยก็ต้องว่า มันเป็นเรื่องความรู้ที่สั่งสมในตัว ทุกอย่างที่ทำเป็นองค์รวม ดูกายแล้วก็ดูใจรวมไปถึงจิตวิญญาณ

“ถามว่าทำอะไร ถ้าพี่ตอบเป็นข้อๆ เป็นขั้นเป็นตอนเลย ก็จะไม่เห็น How to ขอเล่าเรื่องการดูแลคนไข้ให้ฟังสักคนดีกว่า แล้วตอนท้ายเราอาจได้วิธีการประเมิน และเข้าถึงความต้องการของคนไข้ได้บ้างนะคะ”

ภาพการดูแลคนไข้แต่ละคนที่ผ่านมามีผลขึ้นในความคิดของฉัน และหยุดที่ “ป่าเถื่อน” อีกหนึ่งความประทับใจในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายที่ทำให้ฉันนอกจากกรอบการดูแลคนไข้แบบเดิมๆ ในแง่ของจิตใจ และจิตวิญญาณ

^๔ หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ป้าเส้นเป็นคนไข้มะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายที่ส่งต่อมาให้ติดตามดูแลที่บ้าน ป้ามีแผลขนาดใหญ่ที่หน้าอกด้านซ้าย ซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้กับป้ามาก ป้าเส้นช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ภาระในการดูแลป้าตกอยู่ที่ “พี่ต๋ม” น้องสาว และ “พี่ออก” น้องเขย

ป้าเส้นเล่าให้ฟังว่า “พอรู้ว่าเป็นมะเร็งก็ไม่ได้ไปรักษา กลัวผ่าตัด จนก่อนมันแตก มันเจ็บมาก น้องๆ เขาทนไม่ได้ก็พาไปหาหมอ แต่ก็ทำอะไรไม่ได้แล้ว ได้แต่รักษาไปตามอาการ” ฉันให้ความมั่นใจกับป้าว่าจะมาช่วยดูแล

นอกจากช่วยเหลือดูแลทางด้านร่างกาย บรรเทาความทรมานจากความเจ็บปวด และช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลป้าได้แล้ว ฉันก็พยายามโน้มน้าวให้ป้าผ่อนคลายถึงความตึงเครียด และการระลึกบุญกุศลที่เคยทำมา เพื่อทำให้จิตใจสงบ เพราะฉันยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม จึงต้องการให้ป้าได้รับการดูแลด้านใจ และจิตวิญญาณด้วย แต่มันเป็นไปแบบที่ฉันเชื่อ ที่ฉันเคยได้เห็น ได้ยิน ได้ฟังเขาทำกันมา

ป้าแกตอบฉันว่า “ไม่เคยทำอะไรดีๆ เลย มีลูกก็ไม่เคยเลี้ยง สนุกไปวันๆ ให้อะไรพระทำบุญก็ไม่เคย เย็นลงก็ตั้งวง” ป้าบอกว่าตอนเด็กๆ นับถือศาสนาอิสลามตามแม่ โตมาเริ่มติดเหล้า เบียร์ จึงหันมานับถือศาสนาพุทธเหมือนพ่อ มีลูกก็คนๆ คลอดแล้วก็มาฝากน้องสาวเลี้ยง

ตอนนั้นฉันฟังแล้วก็ยังพยายามหาสิ่งดีๆ ให้ป้ายึดเหนี่ยวให้ได้ตามความเชื่อของฉันที่คิดว่าป้าจะได้ “จากไป (ตาย) ดี” เมื่อป้าหาไม่ได้ฉันก็สรุปให้แกว่า “ป้าต้องเคยทำอะไรดีๆ มาบ้างแหละนะ ไม่อย่างนั้นคงไม่มีพยาบาลมาช่วยดูแลป้าถึงบ้านอย่างนี้หรอก เพียงแต่เรายังนึกไม่ออกเท่านั้นเอง ส่วนเรื่องทำบุญ ป้าไปไม่ไหว ก็ให้น้องเตรียมข้าวปลาอาหารให้ แล้วป้าก็อธิษฐาน ก่อนให้น้องไปใส่บาตรให้ก็ได้แหละ” แล้วฉันก็กลับมาอย่างสบายใจ คิดในใจว่าวันนี้ได้ทำภารกิจสำเร็จแล้ว ฉันหาวิธีให้ป้า

ได้ทำบุญแล้ว เดี่ยวป้าก็จะมีสิ่งดีๆ ไว้ให้คิดถึง โดยไม่รู้ว่่าหลังจากนั้นเกิดอะไรกับป้าและครอบครัวบ้าง

สองวันต่อมา ฉันไปเยี่ยมป้าที่บ้านอีกครั้ง พี่ออดเล่าให้ฉันฟังว่า ช่วงนี้ป้าบ่นแต่เรื่องตาย แกบอกว่่า “ฉันตายไปคงต้องตกนรก ไม่เคยทำความดีอะไรเลย นึกไปก็มีแต่ทำความลำบากให้พี่น้อง จะตายก็ยังเป็นภาระ แล้วแกยังรีบร่ำจะให้เตรียมของใส่บาตร พวกผมเช้าๆ ก็วุ่น เพราะดื่มเขาต้องรีบเช็ดตัว ทำผลให้พี่เส้นก่อนออกไปทำงาน ไม่มีเวลาไปใส่บาตรให้ก็มีปากเสียงกัน”

ฉันซาไปทั้งตัวเลย คิดในใจว่่า เราทำอะไรลงไป ฉันอยู่กับความคิด ความเชื่อของตัวเอง ไม่ได้อยู่กับคนไข้ที่อยู่ตรงหน้าเลย ไม่เคยฟังเรื่องราวชีวิตของเขา และครอบครัว สิ่งทีฉันคิดและทำไป แทนทีป้าจะระลึกถึงความดีงาม กลับกลายเป็นการกระตุ้นเตือนให้ป้าแก้บททวนการใช้ชีวิตทีผ่านมา ทีป้าแกบอกว่่า “หาดีไม่เจอ” การทำบุญทีฉันอยากให้ป้าแกได้ทำ เพื่อหวังให้ป้าได้มีสิ่งดีงามไว้ยึดเหนี่ยว กลับกลายเป็นการสร้างภาระและความลำบากใจแก่ครอบครัว

แต่ฉันก็ตั้งใจทีได้รับรู้ เพราะยังมีเวลาแก้ไข ป้าเส้นยังอยู่ตรงหน้า ฉันคิดถึงคำทีว่่า “คนทีอยู่ตรงหน้าสำคัญทีสุด” ไม่ใช่เป้าหมาย ไม่ใช่หลักการ หรือความคิดใดๆ ทีนั้น เมื่อตั้งใจได้ฉันก็ตั้งใจฟังสิ่งที่พี่ออดเล่า ขณะดูแลป้าก็ตั้งใจฟังป้ามากกว่าการพยายามตั้งคำถาม หรือการให้คำแนะนำ

ฉันไม่ได้นึกถึงแผนทีวางไว้ ไม่สนใจเป้าหมายทีกำหนดมา มันทำให้ฉันได้ยินเสียงของป้าเส้น และเห็นป้าชัดขึ้นกว่าทีทุกครั้ง ครั้งนี้ฉันได้ยินว่่าป้าเส้นพูดถึงคนชื้อแดงบ่อยมาก ซึ่งก็คงพูดมาหลายครั้งแล้วแต่ฉันไม่สนใจ

แต่ครั้งนี้ฉันถามป้าแกว่่า “แดงเป็นใครคะ? ป้าพูดถึงเขาบ่อยจัง”

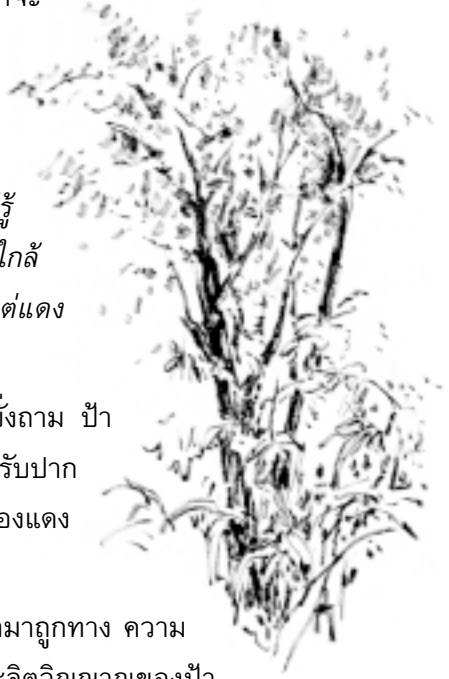
“ลูกสาวป่าเอง มันไม่มาเยี่ยมเลย จริงๆ แล้วมันน่าจะมาดูแลแม่ มันข้าง ไม่ใช่ว่าปล่อยเป็นธุระของน้ำมัน” น้ำเสียงฟังดูโกรธ แต่แววตาห่วงใย ถ้าเป็นเมื่อก่อนฉันคงคิดว่าป่าไม่เคยเลี้ยงเขาแน่ แต่จากประสบการณ์ที่เพิ่งผ่านมา ฉันไม่รีบตัดสิน แต่ต้องหาข้อมูลก่อนว่าความสัมพันธ์ของแม่ลูกเป็นอย่างไร แล้วที่ป่าแกพูดมามีความหมายอะไร? แกรู้สึอะไรกันแน่ ระหว่างโกรธกับห่วงใย? แต่ดูป่าอ่อนเพลียเกินกว่าจะคุยนานๆ ฉันจึงเก็บคำถามไว้ในใจ หันไปคุยกับพี่ติ่มที่เพิ่งกลับจากที่ทำงานแทน

พี่ติ่มเล่าว่าแดงเป็นลูกสาวป่าเส้นที่มาฝากให้พี่ติ่มเลี้ยง ตอนนี้มีครบครันแล้ว ที่ป่าพูดถึงบ่อยๆ เพราะเป็นห่วงแดง เนื่องจากก็มีก้อนที่เต้านมเหมือนกัน ไปตรวจที่โรงพยาบาลพร้อมกัน แต่แดงไม่ยอมไปฟังผลตรวจ เลือกที่จะไปรักษาด้วยสมุนไพรเพราะกลัวต้องถูกตัดเต้านม พอแกรู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็งก็ห่วงว่าลูกจะเป็นเหมือนกับตัวเอง

ฉันเลยถามป่าเส้นว่า “ป่าห่วงแดงหรือ?” ป่าแกมองหน้าฉันและตอบอย่างอ่อนแรงว่า “เป็นห่วงมัน ไม่รู้จะเป็นตายร้ายดียังไง? ป่าเองอยู่ที่นี้ ใกล้โรงพยาบาล มีพวกคุณๆ มาเยี่ยม แต่แดงไม่รู้ข่าวมันเลย”

“ป่าคงอยากเจอแดง” ฉันลองหยั่งถาม ป่าพยักหน้า “หนูจะติดต่อแดงให้นะ” ฉันรับปาก ป่าแกไป ในใจก็คิดว่าพี่ติ่มคงมีข้อมูลของแดงอยู่ และคงจะช่วยฉันได้

“ได้หรือคุณ!” แค่นี้ฉันก็รู้แล้วว่ามาถูกทาง ความหวังของป่า คือการได้พบลูก นี่แหละจิตวิญญาณของป่า



ฉันขอให้พี่ตี๋ช่วยติดต่อแดง เพื่อให้แม่ลูกได้เจอกันสักครั้ง ฉันไม่รู้ว่าจะ
เวลาของป้าเหลืออยู่สักเท่าไร ฉันต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว
ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคนไข้มากที่สุด ป้าคงมีเวลาไม่มาก
พอที่จะให้ฉันตามหาแดงด้วยตัวเอง

เมื่อฉันไปเยี่ยมป้าอีกครั้ง พี่ตี๋บอกว่า “แม่ลูกเขาได้คุยโทรศัพท์กัน
แล้วค่ะ แแดงมันยังสบายดี แต่คงมาเยี่ยมแม่ไม่ได้ เพราะกำลังรักษาตัวอยู่
เขาไปอยู่ทางใต้ บ้านสามีเขา ถ้ารักษาครบแล้วเขาก็จะกลับมาอยู่กรุงเทพฯ”
แม้จะอ่อนแรงมากแล้ว แต่แววตาป้าที่มองมาฉัน พร้อมรอยยิ้มที่มุมปาก
เหมือนกับจะบอกว่า “ป้าตายตาหลับแล้ว!”

การจะเข้าถึงจิตวิญญาณของคนไข้ เราต้องฟังเขาอย่างตั้งใจ ฟังให้
ได้ยินเรื่องราวของเขาเข้าใจเขาอย่างที่เขาเป็น รับรู้ถึงความต้องการของเขา
และไม่รีบตัดสิน จิตวิญญาณอาจไม่ใช่การยึดมั่นในศาสนา หรือความดี
งามเท่านั้น แต่อาจเป็นเพียงความหวัง ความปรารถนา ความต้องการ
บางอย่างที่อาจดูเล็กน้อยในความรู้สึกของเรา แต่สิ่งนั้นมีคุณค่าสำหรับ
คนไข้ ไม่ใช่สำหรับเรา และนอกเหนือจากทีมสหสาขาแล้ว ครอบครัว
เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของทีมดูแล เพราะต้องเป็นผู้ให้การดูแล
คนไข้ตลอดเวลา เราเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือให้การดูแลเป็นไปตามความ
ต้องการของคนไข้และครอบครัวเท่านั้นเอง



“เยียวยาด้วยรัก”

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ของ กานดาวดี ตุลาธรรมกิจ (พี่ฟุ้ง)
กนกวรรณ กนกนาวงศ์ เรียบเรียง
ราคา ๑๔๐ บาท



เมื่อพระจอมเกล้าฯ

สวรรคต:

การเตรียมตัวตายอย่างสงบ แบบไทยๆ^๕

เรียกว่า เคราะห์ซ้ำ กรรมชด เจริงๆ สำหรับเพื่อนชาวญี่ปุ่นที่
ต้องเผชิญกับแผ่นดินไหว สึนามิ และโรงไฟฟ้านิวเคลียร์เกิดการระเบิด
กัมมันตภาพรังสีรั่วไหล แต่หายนภัยใหญ่หลวงที่เกิดจากธรรมชาติ
และจากน้ำมือของมนุษย์เองในครั้งนี้น่าจะช่วยทำให้พวกเราเกิด
อนุสติ หันมาพิจารณาวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองในปัจจุบัน ว่ายัง
ดำรงอยู่ด้วยประมาทหรือไม่เพียงใด จะมีอะไรดีไปกว่าการเตรียมตัว
เตรียมใจเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนของชีวิต โดยเราอาจเรียนรู้
ได้ทั้งจากบุคคลหรือเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบัน ไม่ว่าจะยากดีมีจน
เป็นคนสามัญหรือเจ้าพระยาพระมหากษัตริย์

^๕ ตัดทอนจากบทความเรื่อง “เรียนรู้การดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย จากเหตุการณ์สวรรคต
พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว” โดย รศ.นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, ตีพิมพ์ครั้งแรกใน
ศิลปวัฒนธรรม ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๑๒ เดือนตุลาคม ๒๕๕๓

พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แห่งสยามประเทศ ทรงเป็นแบบอย่างหนึ่งอันน่าพิจารณา ถึงทัศนคติและท่าทีต่อการเตรียมตัวเผชิญความตายของคนไทยในอดีต ก่อนที่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่จะเข้าเป็นแทนที่ในระยะเวลาต่อมา

พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จสวรรคต นับจากเมื่อเริ่มมีพระประชวรหนักเพียงหนึ่งเดือนเศษ หลังเสด็จฯ กลับจากการทอดพระเนตรสุริยุปราคาเต็มดวงที่ตำบลหว้ากอ ได้ห้าวัน โดยทรงมีพระอาการไข้ จับสัน เหงื่อออก กระหายน้ำ และเบื่ออาหาร (สันนิษฐานว่าพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงประชวรด้วยไข้จับสันหรือมาลาเรีย) หมอหลวงถวายพระโอสถมาหลายวันแล้ว แต่พระอาการมีแต่กำเริบยิ่งขึ้น กระทั่งถ่ายออกมาเป็นเลือด ถึงกับทรงมีรับสั่งว่า

“พระโรคมากอยู่แล้ว ถ้าเห็นอาการเหลือมือ เหลือกำลังปัญญา แพทย์ ก็ให้กราบบังคมทูลแต่โดยจริง อย่าได้ปิดบังไว้ ก็จะได้ทรงทอดพระธุระเสียว่ารักษาไม่หายแล้ว”

การปกปิดพระอาการ

เมื่อทรงทราบว่าโรคหนักเกินกว่าจะเยียวยาให้หายได้เสียแล้ว พระองค์ตรัสว่าไม่ต้องการให้หมอหลวงปกปิดอาการต่อพระองค์ แต่พระราชประสงค์ดังกล่าวมิได้รับการตอบสนองเพราะความเป็นห่วงของพระประยูรญาติและข้าราชการผู้ใหญ่ในขณะนั้น

การปกปิดคนไข้ไม่ให้ทราบว่าเป็นโรคร้าย หรือปกปิดคนใกล้ชิดไม่ให้ทราบเรื่องดังกล่าว ด้วยความเป็นห่วงของญาติ ผู้ใกล้ชิด และบุคลากรสุขภาพ เพราะกลัวว่าจะทำให้อาการทรุดหนักจากผล

กระทบทางจิตใจ เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในสังคมไทยมายาวนาน แต่จากการศึกษาคนไข้โรคมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบตรงกันว่า การปกปิดความจริงเป็นความกังวลไปเองของผู้เกี่ยวข้องมากกว่า การวิตกสงสัยว่าตนเองเป็นโรคร้ายและกำลังจะเสียชีวิตโดยไม่ สามารถพูดคุยกับใครได้ เป็นความทุกข์ไม่ต่างจากการรับรู้ที่ตนเอง กำลังเผชิญกับสิ่งนั้น การรับรู้ความจริงจะช่วยให้คนไข้และครอบครัว ได้มีโอกาสตระเตรียม จัดการกิจธุระต่างๆ ตามความประสงค์ รวมถึงเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้ดูแลสภาพจิตใจของกันและกันอย่างเปิดเผย เพียงแต่การบอกความจริงควรต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง

จนเมื่อถึงวันสวรรคต พระองค์ได้ทรงตระเตรียมสิ่งต่างๆ ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างน่าเรียนรู้

ตระเตรียมเรื่องส่วนพระองค์และการแผ่นดินอย่างรอบคอบ

ในช่วงเช้าของวันสวรรคต พระองค์ทรง แสดงพระราชประสงค์เกี่ยวกับการจัดการ สิริอย่างละเอียด โดยระบุว่า สิ่งใดเมื่อ ครั้งทรงพระชนม์ชีพอยู่ไม่ชอบ ขออย่าได้ทำ เพียงแต่อย่าให้เสียธรรมเนียมด้วยในเวลาเดียวกัน



ในช่วงสาย ทรงมีพระราชกระแสกับพระเจ้าห้องยาเธอและ ขุนนางทั้งหลาย ขอลา และฝากฝังพระราชโอรส และงานแผ่นดินที่ ทรงเป็นห่วงให้เรียบร้อย

ในปัจจุบัน เราสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ประกอบ กิจที่ยังค้างค้างสำคัญๆ เพื่อให้หมดห่วง รวมถึงเปิดโอกาสให้แสดง

เจตจำนงที่ไม่ได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตออกไปได้ ตามกฎกระทรวง
มาตรา ๑๒ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

ทรงขอขมาสงฆ์ และภavanaเจริญสติจนสวรรคต

ในช่วงเย็น ทรงขอขมาและลาคณะสงฆ์เป็นภาษาบาลี ซึ่งถูก
แปลเป็นภาษาไทยในภายหลังว่า

“อาพาธของดิฉันก็เจริญกล้า...ดิฉันกลัวอยู่ว่าจะทำกาลณเวลา
วันนี้ดิฉันของลาพระสงฆ์...โทษล่วงเกินได้เป็นไปล่วงดิฉันผู้พลอย่างไร
ผู้หลงอย่างไร ผู้ไม่ฉลาดอย่างไร ดิฉันผู้ใดได้ประมาทไปแล้วด้วย
ประการนั้นๆ ทำกุศลกรรมไปแล้วฉ้อตตภาพนี้ พระสงฆ์จงรับโทษ
ที่เป็นไปล่วงโดยความเป็นโทษเป็นล่วงจริงของดิฉันผู้นั้น เพื่อสำรวม
ระวังต่อไป...”

และ “เมื่อกายของดิฉัน แม้กระสับกระส่ายอยู่ จิตของดิฉันจัก
ไม่กระสับกระส่าย ดิฉันมาทำความไปตามคำสั่งสอนของพระสัมมา
สัมพุทธเจ้าพระองค์นั้น ศึกษาอยู่ด้วยประการ ดังนี้”

เราสามารถช่วยเหลือผู้กำลังจะเสียชีวิตให้ได้แสดงความรู้สึก
ความต้องการ เช่น การกล่าวขอขอบคุณ ขอขมา สิ่งเสียต่อบุคคลที่
เกี่ยวข้องทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

ตลอดวันสวรรคต พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรง
ภavanaเจริญสติด้วยพระองค์เองมาตั้งแต่เช้าตรู่ ทรงรับสั่งกับ
เจ้าพระยามหินทรศักดิ์ธำรงว่า

“...วันนี้เป็นวันสำคัญอย่าไปช่างไหนเลย ให้คอยดูใจพอ ชำรู้
เวลาตายของข้าแล้ว ถ้าข้าจะไปอย่างไรลง ก็อย่าได้รบกวนายบอก
หนทางว่าอรหังพุทโธเลย ให้นิ่งดูแต่ในใจเถิด เป็นธุระของข้าเอง...”



วัดราชประดิษฐ์สถิตมหาสีมาราม วัดประจำรัชกาลที่ ๔

จนถึงช่วงพลบค่ำ พระองค์ทรงภาวนาเจริญสติจนกระทั่งเสด็จ
สวรรคตอย่างสงบทั้ง ๆ ที่มีพระอาการประชวรอย่างหนัก

ความตายย่อมมีแก่ทุกคนโดยเสมอกัน และเราทุกคนมีสิทธิที่จะ
ตายอย่างสงบได้เช่นกัน หากว่าเราได้เตรียมตัวอย่างสมควรแล้วใน
ยามมีชีวิตอยู่ ทศนคติและท่าทีของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้า
อยู่หัวในช่วงสุดท้ายของพระชนม์ชีพ เป็นอีกหนึ่งอุทาหรณ์ในการ
ตระเตรียมตัวเอง และช่วยเหลือคนไข้ระยะสุดท้ายให้เผชิญความตาย
ได้อย่างรอบด้าน ที่ช่วยให้ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์สุขภาพ
สามารถบูรณาการกับภูมิปัญญาทางศาสนา สังคม และวัฒนธรรมที่
สืบทอดมาอย่างยาวนานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในบริบทของ
สังคมไทย





การถอดเครื่องช่วยชีวิตออก จะเป็นบาปไหม?

BBgirl Ok : กราบนมัสการค่ะ รบกวนถามหลวงพ่อกะว่า สำหรับคนที่ป่วยอยู่ตามโรงพยาบาล คุณหมอกถามคนไข้ว่าถอดเครื่องมือออกหรือไม่ (เมื่อถอดเครื่องมือคนไข้จะเสียชีวิต ถ้าไม่ถอดเครื่องมือตามโรงพยาบาลจะทำให้ร่างกายดำรงอยู่ค่ะ) ไม่ทราบວ່າถ้เราบอกให้ทางโรงพยาบาลดึงเครื่องมือออกเท่ากับเราผิดศีลข้อ ๑ หรือไม่คะ

พระไพศาล วิสาโล : เท่าที่ทราบ ตามปกติหมอจะไม่ถามเช่นนั้นกับคนไข้หรือญาติ เพราะหมอมองว่าตนมีหน้าที่ที่จะช่วยชีวิตของคนไข้ สิ่งที่เกิดขึ้นมากกว่าก็คือ ญาติเป็นฝ่ายถามหมอหรือขอร้องให้หมอถอดท่อหรือปิดเครื่องช่วยชีวิต ซึ่งหมอส่วนใหญ่มักจะไม่วทำ เพราะสาเหตุทางด้านกฎหมายและจริยธรรม แต่มิยอมให้ญาติทำหากเป็นความต้องการของญาติ

เรื่องการดึงเครื่องมือออกนั้น หากทำให้คนไข้ถึงแก่ความตาย ก็ถือว่าผิดศีล แม้มิใช่คนลงมือเองก็ตาม แต่ที่จริงเรื่องแบบนี้มีรายละเอียดต้องพิจารณามาก เช่น เห็นว่าคนไข้ทุกข์ทรมานมากอันเป็นผลจากอุปกรณ์ดังกล่าว อีกทั้งเมื่อถอดแล้ว คนไข้ก็ไม่ได้ตายทันที ยังหายใจอยู่ แต่ค่อยๆ ลดลงไป และยังสามารถมีชีวิตได้นานนับชั่วโมงก่อนจะตาย ในกรณีอย่างนี้อาตมามองว่าการถอดเครื่องมือดังกล่าว

ไม่ผิดศีลข้อที่ ๑ เพราะเป็นการยุติการแทรกแซงด้วยเครื่องจักร ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพธรรมชาติ และจากไปตามวิถีทางธรรมชาติ

อันที่จริงผู้ป่วยโคม่านั้น เขายังสามารถรับรู้ได้ รวมทั้งคนไข้ที่หมอวินิจฉัยว่าเป็นผัก มีหลักฐานมากมายว่าเขายังสามารถได้ยิน และรับรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว จึงควรใช้โอกาสนี้ให้น้อมนำจิตของเขาให้เป็นกุศล เช่น พุทธถึงความดีที่เขาได้ทำ หรือการกระทำของเขาที่เราชื่นชมและสำนึกในบุญคุณ ชวนเขาสวดมนต์หรือทำสมาธิ น้อมใจเขาให้นึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ ขณะที่เขายังอยู่ด้วยเครื่องกักขังปล่อยให้เขาอยู่เฉยๆ แบบรอวันตาย แต่ควรใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ต่อจิตใจของเขา

ที่จริงหากกลัวว่าจะมีปัญหาเวลาถอดเครื่อง ก็ควรคิดให้รอบคอบก่อนใส่เครื่อง เพราะหากใส่แล้ว การถอดจะเป็นปัญหามากหลายคนจะเตรียมล่วงหน้าด้วยการแสดงเจตนารมณ์ ที่เรียกว่า Living Will คือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรเลยว่าหากตัวเองอยู่ในระยะสุดท้ายช่วยตัวเองไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว จะไม่ขอรับการรักษานิดใดบ้าง เช่น ใส่ท่อ เจาะคอ หรือปั๊มหัวใจ การแสดงเจตนารมณ์เช่นนี้ ช่วยให้มีหมอและญาติคนไข้ตัดสินใจได้ง่าย และรู้สึกสบายใจที่จะไม่มีการยืดชีวิตของเขาด้วยเทคโนโลยีดังกล่าว ตอนนี้ พรบ.สุขภาพ มาตรา ๑๒ ให้สิทธิคนไข้ในการปฏิเสธการรักษา โดยหมอที่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของคนไข้ ไม่ต้องรับผิดทางกฎหมาย

.....

การใช้สิทธิที่จะตายไม่จำเป็นต้องหมายความว่าถึงการเลือกตายด้วยการุณยฆาตเสมอไป คนที่รู้ตัวว่ารักษาไปก็ไม่เป็นประโยชน์ เพราะเป็นโรคที่หายยาก และอายุก็มากแล้ว ถึงรอดตายไปวันนี้ก็ไม่แน่ว่า

ต้องเจออีก มิหนำซ้ำไม่แน่ใจว่ารักษาไปแล้วตัวเองจะพิการหรือ กลายเป็นผักไปหรือไม่ ดังนั้นเขาจึงเลือกที่จะไม่รักษา และตัดสินใจ ไม่กินข้าว กินยา เพื่อให้ร่างกายค่อยๆ ดับไปเอง เหมือนผลไม้สุกงอม ที่ร่วงหล่นจากต้นเอง แบบนี้เราไม่เรียกว่าเป็นการฆ่าตัวตาย คนเฒ่า คนแก่สมัยก่อนก็เลือกตายแบบนี้กันเยอะ ท่านอาจารย์พุทธทาสก็ ตั้งใจจะใช้วิธีนี้ แต่ไม่ค่อยมีคนเข้าใจท่าน จึงพยายามยืดลมหายใจ ของท่านทุกวิถีทาง แต่ไม่สำเร็จ การเลือกที่จะตายอย่างนี้ถือว่าเป็น การเตรียมตัวตายอย่างหนึ่ง โดยมุ่งเตรียมใจให้ดีที่สุด ขณะที่ร่างกาย ค่อยๆ แดกดับไปตามธรรมชาติ คนที่เลือกตายแบบนี้อาจจะใช้ กระบวนการตายเป็นเครื่องฝึกจิตใจให้ปล่อยวาง ด้วยการพิจารณา ความแตกต่างของธาตุต่างๆ เรียงลำดับไป เริ่มจากธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ สุดท้ายก็ธาตุลม การพิจารณาดังกล่าวอาจทำได้ยากหากไป ใช้วิธีรักษาสสมัยใหม่ ซึ่งทำอะไรต่ออะไรกับร่างกายของผู้ป่วยด้วยวิธี ที่ก้าวร้าวรุนแรง จนร่างกายไม่สามารถแดกดับไปตามธรรมชาติ อย่างที่ว่ามาได้

ตัดทอนจาก เพชรบุ๋ก พระไพศาล วิสาโล - Phra Paisal Visalo



โพวภาวนา เยียวยาจิตใจ



ภาพ พระอามิตาพุทธะ จาก blog.dwbuk.org

ฉบับที่แล้วได้แนะนำการทำภาวนาของเล่นให้ผู้ป่วย แต่บางคนอาจจะรู้สึกว่ายากเพราะต้องอาศัยความกล้าและความเมตตาอย่างสูงที่จะรับเอาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้อื่นมาไว้ที่ตน ฉบับนี้จึงอยากแนะนำการภาวนาอีกแบบที่เรียกว่า โพวา เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลตัวเองและช่วยเหลือผู้ป่วยค่ะ

โพวา เป็นการภาวนาตามแนวทางทิเบตที่ใช้เพื่อน้อมจิตให้สงบ ปลุกใจให้เป็นกุศลและมีพลัง โดยการอัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เราเคารพนับถือให้มาปรากฏในจินตนาการ อาศัยพลังศรัทธาในคุณงามความดี

และความเมตตากรุณาของท่านมาช่วยเยียวยาจิตใจให้คลายจากความทุกข์ ความเจ็บปวด ทรมันทรมาน ซึ่งพระไพศาล วิสาโล ได้แนะนำวิธีการฝึกภาวนาโพวาแบบประยุกต์ (สำหรับใช้กับตัวเอง) ไว้ในการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ ดังนี้ค่ะ

- เลือกสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เราเคารพนับถือศรัทธามาหนึ่งองค์อาจเป็น พระพุทธรูปเจ้า พระโพธิสัตว์ พระภิกษุ ครูบาอาจารย์ที่เคารพ ฯลฯ เพื่อมาเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดกุศล

- นั่งขัดสมาธิสบายๆ ผ่อนคลายร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทำให้สงบด้วยการตามลมหายใจเข้าออก ปล่อยวางความคิดต่างๆ ลงชั่วคราว

- จินตนาการว่าเรากำลังนั่งอยู่บนทุ่งหญ้าโล่งกว้าง เชี่ยวขจี ในเช้าของวันที่แดดใส ลมพัดเบาๆ ท้องฟ้าสีครามโปร่งโล่งไร้เมฆหมอก อากาศบริสุทธิ์ มีเพียงเราผู้เดียวที่อยู่ในทุ่งโล่งนั้น สัมผัสถึงความสงบ สดชื่นของบรรยากาศรอบตัว ทำให้ใจโล่ง ไม่ต่างจากท้องฟ้าที่กว้าง และโปร่งใส

- น้อมใจนึกต่อไปว่า ที่ท้องฟ้าเบื้องหน้าเราปรากฏสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เราเคารพนับถือ รู้สึกในใจว่าท่านอยู่บนท้องฟ้าเบื้องหน้าเรา รอบกายเปล่งปลั่งด้วยรัศมีสีขาวนวลที่เย็นตาเย็นใจ พระพักตร์เต็มไปด้วยความเมตตากรุณา ให้อริษฐานในใจว่า ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ให้พระกรุณาของท่านช่วยให้จิตใจเราหายหม่นหมอง บำบัดความทุกข์โศก โรคภัย กิเลส อวิชชาในใจเรา ช่วยให้เราที่กำลังกาย กำลังใจที่เข้มแข็ง ให้รู้สึกถึงพระกรุณาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นที่อยู่เบื้องหน้าเรา

- จินตนาการต่อไปว่ารัศมีนั้นแผ่ลงมาเป็นลำแสงที่ใส อ่อนโยน ตรงมายังตัวเรา เป็นแสงแห่งกรุณาที่ช่วยเยียวยาความทุกข์ โรคภัย ไข้เจ็บในตัวเรา บำบัดปัดเป่าโรคทางวิญญาณ ความเศร้าหมองในใจ ให้รู้สึกว่าลำแสงแห่งการุณนั้นได้ซึมซาบอาบตัวเรา ซ้ำแรกไปทุก ส่วนกาย รู้สึกถึงผัสสะแห่งความอ่อนโยนและเมตตาของลำแสง รู้สึก ถึงการซ้ำแรกอาบรดของลำแสง จนร่างเราเรืองไปด้วยแสงเปล่งปลั่ง เป็นร่างแสง ลำแสงได้แผ่จนร่างเรากลมกลืนไปกับลำแสงนั้น รู้สึกถึง ทุกข์ที่เบาบางลงทั้งกายและใจ

- จินตนาการต่อไปว่า ร่างที่เรืองแสงนั้นล่องลอยขึ้นรวมตัวเป็น หนึ่งเดียวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เปี่ยมไปด้วยเมตตา กรุณา ปกคลุมไปด้วย บารมีแห่งกรุณาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้น พยายามประคองให้ร่างเรืองแสง อยู่เป็นหนึ่งเดียวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นให้นานที่สุด

- เมื่อรู้สึกสมควรแก่เวลาก็ขอให้เราค่อยๆ เลื่อนตัวต่ำลงมาทาง ลำแสง ลงมายังจุดเดิมที่เราได้นั่งสมาธิบนพื้นหญ้า และร่างเรืองแสง ก็กลับสู่ร่างปกติ แล้วลำแสงนั้นก็ค่อยๆ หายไป เหลือเพียงพระองค์ท่าน สักพักท่านก็ค่อยๆ เลื่อนหายไป

- ให้เรากลับมารับรู้ถึงลมหายใจที่เข้าและออกด้วยความสงบ

การทำโหวตามบทภาวนานี้ใช้เพื่อเยียวยาตนเองในยามที่รู้สึก ท้อแท้ หดพลัง หรือแม้แต่ในยามเจ็บป่วย หากเราจะใช้เพื่อช่วย น้อมนำจิตของผู้ป่วยให้สงบ เป็นกุศล สามารถทำได้สองวิธี วิธีแรกคือ เราทำให้เขาในจินตนาการของเรา โดยการอัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของ เรามาอยู่เหนือศีรษะของเขา และให้ลำแสงนั้นมาเยียวยาเขา ซึ่งวิธีนี้

ทำได้ทั้งกับผู้ป่วยที่อยู่ต่อหน้าและผู้ป่วยที่อยู่ไกล อีกวิธีหนึ่งคือ เราพุดนำให้เขาจินตนาการนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือมาช่วยเยียวยาเขา แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีใด การภาวนาแบบโพวาจะมีพลังมากเมื่อเรามีศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อย่างเต็มที่และจินตนาการให้เห็นภาพชัดเจนในใจ ให้ความรู้สึกถึงความศรัทธาอย่างแรงกล้า ซึ่งหากการฝึกในตอนแรกๆ ยังจินตนาการไม่คล่อง อาจใช้วิธีมองภาพของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ติดตาก่อนภาวนา หรือจะเปิดซีดีเสียงชุด “เผชิญความตายอย่างสงบ ชุดที่ ๑” ที่พระไพศาล วิสาโล พุดนำภาวนาเป็นตัวช่วยระหว่างฝึก ก็อาจช่วยให้จินตนาการได้ง่ายขึ้นค่ะ ลองฝึกและนำไปใช้ดูนะคะ



ร่วมสมทบทุนจัดพิมพ์หนังสือ “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

โดย รศ.นพ.ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย
และคณะ บรรณาธิการ

ขนาด ๒๑ x ๒๘ เซนติเมตร, ๔๒๑ หน้า
ราคา ๑๕๐ บาท (รวมค่าจัดส่ง)
ติดต่อได้ที่เครือข่ายพุทธิกา
โทร. ๐-๒๘๘๒-๔๓๘๗



เสียงวิงวอนของเด็กน้อยในตัวฉัน

โปรดหยุดคุกคามฉันเสียที
ด้วยความเก่งความดีและคำสอน
แม้อ้อยคำงามหมดจดทุกบทตอน
แต่ก็ดกร่อนกำลังใจจนไร้ค่า

ได้ยินเสียงของฉันบ้างไหม
อยากจะบอกเธอไว้ถึงปรารถนา
แม้อย่างอ่อนด้อยในปรัชญา
อาจยังมีเหลือศรัทธาต่อชีวิต

เป็นเพื่อนร่วมเดินทางฉันได้ไหม
ใกล้, ใกล้เพียงใดหรือพลาดผิด
หรือพบบ้างเสกสรร เนรมิต
ใคร่ครวญครุ่นคิดด้วยตัวเอง

โดยมีเธอเกี่ยวพันร่วมทาง
พลบโยนฉันบ้างอย่าเร้าแรง
มีเธออยู่ก็จะได้ไม่หวาดเกรง
ประคองก้าวไม่เคียดแค้นคอยเกี่ยว

โปรดหยุดคุกคามฉันเสียเถิด
ก่อนฝันบรรเจิดจะสิ้นสูญ
รักงดงามเพียงใดยังเหิดทวน
หล่อหลอมให้เพิ่มพูนและหนุนนำ

ด้วยการประจักษ์และเชื่อมั่น
เมื่อเธอรักอย่างสร้างสรรค์ลึกล้ำ
บอกกล่าวด้วยทั้งหมดที่มีทำ
มิใช่เพื่อละเมอพรำจรรย์ครวญ

รักจะหล่อเลี้ยงเธอด้วยรักของเธอ
รักจะแบ่งปันให้ฉันเสมอพร้อมทุกส่วน
เท่าที่มีซึ่งรักมีทั้งหมดทั้งมวล
สัมผัสรักอาบไออุ่นเมื่อรักเป็น



ยายผีสาว : Ghostgirl



“การยึดติดกับอะไรบางสิ่งหรือใครบางคน คือการเชื่อดังต้นว่า
สิ่งนั้นหรือคนนั้นจะเติมเต็มเราได้ การยึดติดทำให้เรามีชีวิต มันทำให้
เราต่อสู้เพื่อรักษาสิ่งที่เรามีอยู่ หรือไขว่คว้าสิ่งที่เราต้องการ แต่บ่อย
ครั้งมันทำให้เราติดอยู่ตรงกลาง วิ่งวนเป็นหนูติดจั่น ชาร์ลอตต์ก็ติด
อยู่เช่นกัน เรื่องนี้แน่ใจได้เลย”

นี่คือข้อความตอนหนึ่งของวรรณกรรมวัยรุ่น *Ghostgirl* (ยาย
ผีสาว) ที่ ทอนยา เฮอร์ลีย์ ผู้เขียนถ่ายทอดโลก ชีวิต และการเรียนรู้
ของวัยรุ่น แต่ไม่ใช่วัยรุ่นธรรมดา เป็น “ผี” วัยรุ่นจากอุบัติเหตุ

การตายที่ไม่คาดคิด ในวัยเพียงมัธยมปลาย และผีตนนี้มีความฝัน ความปรารถนา และ “ปม” ในจิตใจมากมายที่รอการสะสาง แถมเป็นปมที่เรื่องยากมากด้วย เพราะคือการแสวงหาตัวเอง การแสวงหาการยอมรับ การบรรลุความปรารถนา และที่สำคัญในฐานะผี ปมสุดท้ายของเธอ คือการยอมรับตนเองและปล่อยวางสิ่งที่เธอยึดติด



ชาร์ลอตต์เป็นเด็กสาววัยรุ่นเงียบๆ เวลาที่เธอปรากฏตัวหรือพยายามสานสัมพันธ์กับใคร บางสิ่งบางอย่างในตัวเธอทำให้เธอมักถูกมองข้าม มองไม่เห็นเสมอ โชคร้ายและเป็นเรื่องเลวร้ายมากสำหรับวัยรุ่น ที่เป็นวัยแสวงหาการยอมรับ “การถูกนิทหายังเป็น เรื่องที่ตีเสียกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การถูกมองไม่เห็น” คงคล้ายกับความเชื่อของหลายคนว่า การเป็น nobody คือเรื่องเลวร้ายมาก ดังนั้นการเป็นคนลวงโลกยังดีกว่าการต้องโดดเดี่ยว ชาร์ลอตต์เชื่อเช่นนั้น เธอหลงรักเดเมน หนุ่มฮอตประจำโรงเรียน แต่ความรักนี้ช่างแสนยากจะเป็นไปได้อย่างไรสำหรับหนุ่มฮอตที่สุดประจำโรงเรียนกับเด็กสาวที่ไม่มีอะไรน่าสนใจเลย

แทนที่เรื่องราวจะดำเนินไปตามประสานวนิยายหรือวรรณกรรมวัยรุ่น ในทำนองการตามล่าหรือดิ้นรนเพื่อบรรลุพันธกิจ พบพานอุปสรรคกว่าตัวเอกจะเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตบางอย่าง เกิดความเข้าใจหรือตระหนักรู้อะไรใหม่ๆ ชาร์ลอตต์กลับต้องมาตายอย่างคาดไม่ถึง ด้วยขนมเยลลี่ติดคอจนสำลักและขาดใจตาย และนั่นคือบทเริ่มต้นที่ผู้เขียนนำพาผู้อ่านเข้าสู่โลกของคนตายตามจินตนาการของเธอ ผู้เขียนพาผู้อ่านไปเรียนรู้สังคมของพวกผีๆ ขณะเดียวกันก็พาพวกเราไปเรียนรู้โลกของคนเป็น โลกของวัยรุ่น และที่สำคัญการพาผู้อ่านได้เข้าถึงการเรียนรู้ ค้นพบ เข้าใจ และรู้จักตนเองด้วย

ความตั้งใจที่จะพิชิตหัวใจของชายหนุ่มในดวงใจ ทำให้ชาร์ลอตต์ตัดสินใจทำสิ่งที่ผิดตนเอง คือพยายามเข้าชมรมเชียร์ลีดเดอร์ซึ่งมีสาวฮอตและแก๊งค์ของเธอเป็นผู้ดูแล โดยคาดหวังว่านั่นจะเป็นจุดเริ่มให้ชายหนุ่มหันมาสนใจเธอ เหมือนกับหลายคนทั้งที่เป็นวัยรุ่นและไม่ใช่วัยรุ่นยอมสละอะไรบางอย่างในตัวเอง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ให้เข้ากับกลุ่มได้ เช่น การแต่งตัว การมีข้าวของเครื่องใช้ที่ดึงดูดความสนใจ การขับขี่มอเตอร์ไซด์ผาดโผน การเล่นเกม



การเที่ยวเตร่ ฯลฯ วัยรุ่นคือช่วงวัยของการแสวงหาตนเอง การลองผิดลองถูก ด้านหนึ่งเป็นเรื่องน่าเห็นใจของวัยรุ่นซึ่งฮอร์โมนกำลังพลุ่งพล่าน แต่ข้อคิดที่น่าสนใจจากผู้เขียนคือ ขณะที่ร่างกายของวัยรุ่นเติบโต และพร้อมมีเพศสัมพันธ์ แต่สมองและจิตใจของพวกเขา

ยังเป็นเด็กน้อยธรรมดาเท่านั้นเอง พวกเขากระทำการสิ่งต่างๆ ไปตามความคิดนึก และความรู้สึกที่ยังเป็น “เด็ก” อยู่

โลกของวัยรุ่นไม่ได้ใสดั่งสังคมของวัยรุ่นในหลายประเทศมีความโหดร้ายและรุนแรงไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ปัญหาเสพติด ปัญหาเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การทำแท้ง รวมถึงการทำร้ายร่างกาย จิตใจ มีอยู่ในวัยรุ่นไม่ต่างจากโลกของผู้ใหญ่ ภาพการตายของผองเพื่อนในสังคมใหม่ของชาร์ลอตต์ล้วนเป็นการตายที่ทารุณจากอุบัติเหตุ ใน



สังคมคนตาย ผู้เขียนบอกเล่าให้ผู้อ่านได้รับรู้ว่าเหล่าเด็กตายต้องเข้าโรงเรียน วิชาที่เรียนล้วนมีความจำเป็นเพื่อจะช่วยให้พวกเขาสามารถไปต่อได้ “ไปต่อ” ในความหมายที่ว่าไปสู่ที่ที่ดีกว่า ไปสู่สุคติ น่าสนใจว่าพวกเขาจะต้องไปกันทั้งหมดด้วย ไม่ใช่ต่างคนต่างไปอย่างมนโคติที่พวกเรา

เข้าใจกัน อาจเป็นเพราะสังคมวัยรุ่น หมุกคณะเป็นเรื่องสำคัญ การเดินทางไปภพภูมิข้างหน้าของพวกเขาจึงต้องไปด้วยกัน และนั่นหมายถึงว่า สมาชิกแต่ละคนจะเห็นแก่ตัวไม่ได้ ต้องคิดถึงส่วนรวม เพราะหากสมาชิกผิดคนใดเห็นแก่ตัว หมายถึงทุกคนต้องติดอยู่ในภพภูมิเดิม ซึ่งไม่น่าปรารถนาและทุกข์ทรมานนัก

สำหรับชาร์ลอตต์ความตายจบทุกอย่างในชีวิต เธอรู้สึกละเลย ยุติธรรมเลย ทุกอย่างกำลังไปได้สวย เธอกำลังได้โอกาส แต่แล้วความตายก็มาพรากชีวิต พรากอนาคตของเธอไปอย่างคาดไม่ถึง แต่



แล้วเธอก็พบว่าความเป็นผีทำให้เธอมีโอกาสมิ่นุชย์ทำไม่ได้ เธอใช้ความเป็นผีเข้าไปในโลกและพื้นที่ส่วนตัวของคนที่เธอรัก เข้าไปสัมผัส แต่เธอจะเข้าไปในดินแดนของคนเป็นได้จริงๆ ต่อเมื่อมีคนเป็นยอมให้เธอเข้าสิง เธอได้พบใครคนนั้น และมิตรภาพก็ได้ก่อเกิด ทำให้ชาร์ลอตต์ค้นพบตนเองว่าเธอทำอะไรได้มากกว่าการทำตัวให้เป็นคนอื่น นั่นคือการเสียสละ และการยอมรับตนเอง

เธอใช้การเข้าสิงเพื่อนใหม่ของเธอ โดยคาดหวังว่ารูปลักษณ์ร่างกายของเพื่อนจะเป็นสื่อให้เดเมนค้นพบตัวตนที่แท้จริงของเธอ และรักเธอ แต่โชคชะตาและการตัดสินใจของเธอเองที่ทำให้เธอค้นพบว่าที่ทางของเธออยู่ตรงไหน ได้เข้าใจเรื่องของความรัก การเสียสละ และการไม่เห็นแก่ตัว รวมถึงบทเรียนสำคัญของทุกชีวิตเมื่อต้องจากโลกนี้ไป คือการปล่อยวาง ซึ่งไม่ใช่การยอมแพ้ วรรณกรรมเรื่องนี้ ผู้เขียนทำให้เราแยกแยะความหมายนี้ได้

แต่ละบท ผู้เขียนสอดแทรกแง่มุมข้อคิดเป็นย่อหน้าสั้นๆ ในทุกบท ฉากชีวิตของเราล้วนแล้วแต่มีบทเรียนให้ต้องเรียนรู้และก้าวข้าม ดังเช่นชาร์ลอตต์ที่เคยฝืนนอยากได้รับจูบจากคนที่เธอรัก อยากเป็นดาวเด่น อยากเป็นที่หมายปอง ที่อิจฉา แต่นั่นคือสิ่งที่ทำให้ต้อง

หมกมุ่นกับตนเอง เห็นแก่ตัว และไริยางอาย ทำสิ่งที่น่าเกลียด ดัง
เช่นเพทูลา สาวฮอตประจำโรงเรียนซึ่งเป็นดาวเด่น แต่เธอกลับเป็น
คนที่ไม่น่าอยู่ใกล้ที่สุด



ผู้อ่านจะได้สนุกสนานกับวีรกรรมของผีสาววัยรุ่น และผอง
เพื่อนบรรดาผีๆ และคนที่ล้อมรอบชาร์ลอตต์ ภารกิจของบรรดาผีๆ
ที่ต้องเดินทางข้ามภพของพวกเขาก็ทำได้แค่ไหน ทำได้อย่างไร
ลองติดตาม พร้อมกับข้อคิด และแง่มุมชีวิตบางอย่างที่คาดไม่ถึงถึงสุด
แทรกอยู่ในวรรณกรรมให้พวกเราได้สนุกกัน

ยายผีสาว *Ghostgirl* ตีพิมพ์โดย นวนิยายไทย และ
แปลไทยโดย เขมทัต พิพิธธนาบรรพ์





บันทึกจากโครงการอาสาข้างเตียง

ดิฉันเป็นพยาบาล
วิชาชีพ ทำงานประจำการ
อยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่ง
มีทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับการ
ผ่าตัดและผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้อง
อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา
นานๆ เคยได้ยินเกี่ยวกับ
โครงการอาสาข้างเตียงมาบ้าง แต่ไม่เคยมีโอกาสดำเนินการ
และไม่ทราบว่าการทำกิจกรรมอะไรกัน



นี่เป็นครั้งแรกที่ดิฉันได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับโครงการ
อาสาข้างเตียง และได้รับมอบหมายให้เลือกผู้ป่วยในวอร์ด เพื่อให้
น้องนิสิตแพทย์หลายชั้นปีเป็นอาสาสมัครเข้าไปพูดคุยช่วยเหลือด้าน
จิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง

ครั้งแรกที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ยากพอสมควร
เพราะต้องพิจารณาหลายอย่างทั้งด้านของผู้ป่วยว่าต้องเป็นคนที่ให้
ความร่วมมือ เพื่อให้อาสาสมัครดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่น และ

^๖ พยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ที่สำคัญต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นเรื่องที่คาดเดาไม่ได้ว่าจะเป็นอย่างไหน ที่ต้องคิดเช่นนั้นเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน จึงเลือกเคสซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุ ๑๙ ปี เจ็บป่วยเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก

ด้วยโรคทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ ไม่มีโอกาสเหมือนคนปกติทั่วไปตั้งแต่เด็ก ทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน และการทำกิจกรรมต่างๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี และใช้ชีวิตได้อย่างเกือบเป็นปกติ แต่ความรู้สึกของคนเป็นเรื่องที่น่าอึดใจ ยังแอบกังวลเล็กน้อย กลัวว่าการที่อาสาซึ่งอยู่ในวัยใกล้เคียงกันเข้าไปพูดคุย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือไม่ ผู้ป่วยจะคิดเปรียบเทียบตัวเขากับเพื่อนอาสาที่มีโอกาสในการเรียน การใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีสิ่งคุกคามชีวิตในเรื่องภาวะเลือดออกจากแผล และอยู่ในช่วงที่ต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าจะรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้หรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยกังวลมากเวลาอยู่คนเดียว หรือบางครั้งร้องไห้เมื่อคุยโทรศัพท์กับญาติ

จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้มานาน จึงพิจารณาแล้วว่าน่าจะเกิดผลในด้านดีกับผู้ป่วยมากกว่า จึงตัดสินใจเลือกเคสนี้ให้อาสาสมัครซึ่งเป็นนิสิตแพทย์ได้ดูแล ตลอดระยะเวลาสามเดือน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการอาสาข้างเตียง ถือเป็นช่วงเวลาที่อาสาสมัครได้มาพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกในใจ และคลายความวิตกกังวลลง สัมผัสความเศร้า ปล่อยวางความทุกข์ และมีรอยยิ้มเกิดขึ้น

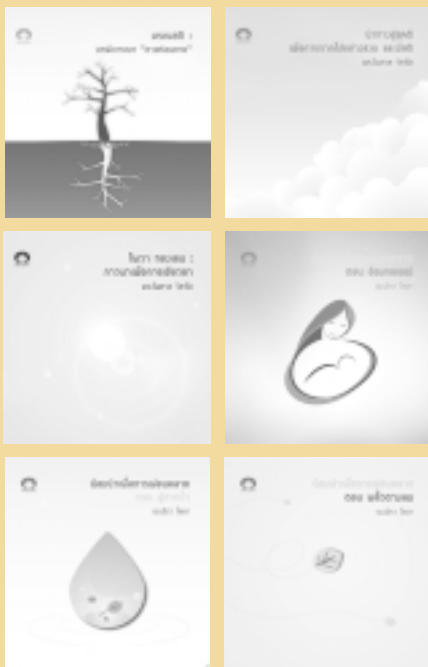


ในช่วงเวลานั้น แม้ว่าจะสั้นๆ แต่ก็เป็นเวลาที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสำหรับพยาบาลผู้ดูแลแล้ว ไม่ได้คาดหวังว่าเราจะสามารถดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ได้ในทุกๆ เรื่อง ขอเพียงแค่เกิดความสุขเล็กๆ ขึ้นในใจของผู้ป่วยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยยอมรับและปรับตัวใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างคุ้มค่าที่สุดตามความต้องการของผู้ป่วย ดิฉันรับรู้ได้ถึงผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยรายนี้ และแอบดีใจว่าการตัดสินใจครั้งนี้ไม่ผิด และคิดว่าโครงการนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไปในอนาคต



ซีดีเสียง บทภาวนา

อาทิตย์อัสดง ฉบับย้อนหลัง



มรณสติ:

บทพิจารณา “ตายก่อนตาย”

นำทางสู่สุคติ

เพื่อการจากไปอย่างสงบ มีสติ

โพวา ทองเลน:

ภาวนาเพื่อการเยียวยา

น้อมนำเพื่อการผ่อนคลาย

ตอน อ้อมกอดแม่

น้อมนำเพื่อการผ่อนคลาย

ตอน สู่สายน้ำ

น้อมนำเพื่อการผ่อนคลาย

ตอน พลั้วตามลม

แผ่นละ ๕๐ บาท



พินัยกรรมชีวิต

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๒

การดูแลความเจ็บปวดทรมาน

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๒

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๓

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๔ มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๓

บทเรียนจากโรคมะเร็ง

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๕ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๕๓

ช่วงขณะสุดท้ายของชีวิต:

ภาวะร่างกายและการดูแล

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๓

ทุกฉบับสามารถอ่านหรือดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์
www.budnet.org/peacefuldeath/node/30

ใบสมัคร / ต่ออายุสมาชิก จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง

(ถ่ายสำเนา หรือ ดาวน์โหลดได้ที่ www.budnet.org)

สมัครวันนี้ รับซีดีธรรมบรรยายเรื่อง
“เป็นมิตรกับตัวเอง” โดย พระไพศาล วิสาโล



ชื่อผู้สมัคร นามสกุล เพศ อายุ
อาชีพ ที่อยู่จัดส่ง
..... รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ โทรสาร
อีเมล ระยะเวลา ปี (ปีละ ๑๐๐ บาท จำนวน ๔ เล่ม)
เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ เดือน
ประเภทสมาชิก ☐ สมัครใหม่ ☐ สมาชิกเก่า (หมายเลขสมาชิก.....)
☐ อุปถัมภ์พระ/แม่ชี/โรงเรียน ระยะเวลา ปี สถานที่จัดส่ง
..... รหัสไปรษณีย์
☐ สมทบทุนทำกิจกรรม บาท
รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท
โดย ☐ ธนาณัติ ☐ ตัวแลกเงิน ☐ เช็ค ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร

ส่งจ่ายในนาม

นางสาวมณี ศรีเพียงจันทร์ (ปณ. ศิริราช ๑๐๗๐๒)

เขตต่างจังหวัดเพิ่มอีก ๑๐ บาท

จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง

๕๕/๔ ซ.อรุณอมรินทร์ ๓๔ (เหล้าลดดา) ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๒-๔๓๘๗, ๐๘-๖๓๐๐-๕๔๕๘
โทรสาร ๐-๒๕๕๒-๕๐๔๓

หรือโอนเข้าบัญชี

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาอรุณอมรินทร์ ประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี เครือข่าย
ชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย เลขที่ ๑๕๗-๑-๑๗๐๗๔-๓ และแฟกซ์สลิป
ใบโอนเงินพร้อมชื่อ นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ ระบุว่าสมาชิกจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง
มาที่โทรสาร ๐-๒๕๕๒-๕๐๔๓



หนังสือว่าด้วยเรื่องความตาย และการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของเครือข่ายพุทธิกา



ระลึกถึงความตายสบายนัก

พระไพศาล วิสาโล

ราคา ๔๐ บาท



บทเรียนจากผู้จากไป

ผลึกความรู้ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายแบบไทยๆ

บรรณาธิการ นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และอโนทัย เจียรสวางศ์

ราคา ๑๐๐ บาท



เผชิญความตายอย่างสงบ

พระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรื่องวิชาการ

ราคา ๑๒๐ บาท



สุขสุดท้ายที่ปลายทาง

กรณจริยา สุขรุ่ง

ราคา ๑๙๐ บาท



เหนือความตาย : จากวิกฤตสู่โอกาส

พระไพศาล วิสาโล

ราคา ๑๒๐ บาท



การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ

พระไพศาล วิสาโล

สมทบค่าจัดพิมพ์เล่มละ ๑๐ บาท (ไม่รวมค่าจัดส่ง)



ตีวิถี สู่ความสงบที่ปลายทาง บทเรียนชีวิตในยามเจ็บป่วย

ราคาแผ่นละ ๕๐ บาท



ชีดีเสียง บทพิจารณาความตาย

ราคาแผ่นละ ๕๐ บาท



ปฏิทินกิจกรรมเครือข่ายพุทธิกาและเสมสิกขาลัย

การอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ - กันยายน ๒๕๕๔

หลักสูตรขั้นพื้นฐาน: สำหรับคนทั่วไปที่สนใจ
(ระยะเวลา ๓ วัน ๒ คืน)

- ๘ - ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔
- ๙ - ๑๑ กันยายน ๒๕๕๔

หลักสูตรขั้นพัฒนาทักษะการนำทางจิตวิญญาณ:
สำหรับคนที่ผ่านอบรมขั้นพื้นฐานแล้ว
(ระยะเวลา ๔ วัน ๓ คืน)

สอบถามและสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่
เสมสิกขาลัย สำนักงานรามคำแหง โทรศัพท์ ๐-๒๓๑๔-๗๓๘๕-๖
หรืออีเมล semsikkha_ram@yahoo.com
ดูรายละเอียดที่ www.semsikkha.org

ในกรณีหน่วยงานใดต้องการอบรมหลักสูตรขั้นพื้นฐาน:
สำหรับเฉพาะกลุ่ม (ระยะเวลา ๓ วัน ๒ คืน)
สามารถสอบถามได้ที่เครือข่ายพุทธิกา
โทร. ๐๒-๘๘๒-๔๓๘๗



ทศสว

จดหมายข่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๗ มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๔

จัดทำโดย เครือข่ายพุทธิกา

ที่ปรึกษา พระไพศาล วิสาโล

สาราณียกร วรพงษ์ เวชมาลีนนท์

กองสาราณียกร

นางลักษณ์ ตรงศีลสัตย์

วรรณ จารุสมบุญณ์

สุชาดา โตสิตระกูล

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์

เพชรลดา ช้างจิตสิริโรจน์

ณพร นัยสันทัด

มณี ศรีเพียงจันทร์

สำนักงาน ๔๕/๔ ซ.อรุณอมรินทร์ ๓๙ (เหล้าลาด)

ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

เว็บไซต์ www.budnet.org

อีเมล b_netmail@yahoo.com



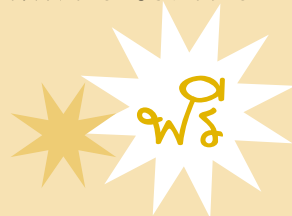
สมัครสมาชิกวันนี้

ปีละ ๑๐๐ บาท / ๔ ฉบับ

รับซีดีธรรมบรรยาย เรื่อง

“เป็นมิตรกับตัวเอง”

โดย พระไพศาล วิสาโล



กรุณาส่ง

สิ่งตีพิมพ์

A large white rectangular box with rounded corners, intended for a mailing address.