



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี
Buddhist way for palliative care in Surat Thani Province

โดย

พระมหาดิลกรัศมี จิตจาโร (วุฒิยา)

พระครูปริยัติธำรงคุณ (ทองประดู่)

พระครูภาวนาจันทคุณ,วิ. (ศรีใส)

นายสุเทพ สุตเอี่ยม

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี

พ.ศ. ๒๕๖๖

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

MCU RS 800766057



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี
Buddhist way for palliative care in Surat Thani Province

โดย

พระมหาติลกร์ศมี จิตจาโร (วุฒิยา)

พระครูปริยัติธำรงคุณ (ทองประดู่)

พระครูภาวนาจันทคุณ, วิ.(ศรีใส)

นายสุเทพ สุตเอี่ยม

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี

พ.ศ. ๒๕๖๖

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

MCU RS 800766057

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Complete research report
Buddhist way for palliative care in Surat Thani Province

By

PhramahaDilokrassme Thitajaro (Vuttiya)
PhrakruPariyatthamrungkun (Thongpadoo)
PhrakruPavanajantakun (Srisai)
Mr.Suthep Sudeim
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Surat Thani Buddhist College
B.E. 2566

Research Project Funded
By Thailand Science Research and Innovation Fund

MCU RS 800766057

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย	: พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้วิจัย	: พระมหาติลกร์ศมี จิตจาโร (วุฒิยา), พระครูปริยัติธำรงคุณ (ทองประดู่) พระครูภาวนาจันทคุณ,วิ. (ศรีใส), นายสุเทพ สุตเอี่ยม
ส่วนงาน	: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี
ปีงบประมาณ	: ๒๕๖๖
ทุนอุดหนุนการวิจัย	: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (๑) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี (๒) เพื่อศึกษาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี (๓) เพื่อเสนอกระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นวิจัยเชิงคุณภาพใช้เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

(๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน

(๒) หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า การใช้ศีลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย วิธีการทำให้ผู้ป่วยได้มีสมาธิ การให้ผู้ป่วยได้มีการสวดมนต์แผ่เมตตา การทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากความทุกข์ใจในเรื่องต่างๆ วิธีการสนทนาธรรมกับผู้ป่วย และ การใช้หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วย

(๓) กระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย การส่งต่อ/รับกลับผู้ป่วยในเครือข่าย การจัดระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลรักษารวมทั้งการจัดบริการด้านต่าง ๆ ในเครือข่าย และการสนับสนุนวิชาการ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย และการพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย

คำสำคัญ : พุทธวิธี, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

Research Title : Buddhist Way For Palliative Care In Surat Thani Province
Researchers : Pharmaha Dilokrassme Thitacaro (Vutiya),
PhraKrupariyatthamrongkrun (Thongpradoo),
PhraKrupavanajantakun, vi., (Seesai), Mr.suthew Sunaeiym
Department : 2566/2023
Fiscal Year : Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Surat thani Buddhist college
Research Scholarship Sponso : Mahachulalongkornrajavidyalaya University

ABSTRACT

The objective of this research paper is (1) To study the palliative care model for terminally ill patients in Surat Thani Province. (2) To study the principles of Buddhism along with the creation of Buddhist activities for palliative care for terminally ill patients in Surat Thani Province. (3) To propose a process for establishing a Buddhist network to promote palliative care for terminally ill patients in Surat Thani Province. It was a qualitative research. The instrument was an in-depth interview. By interviewing key informants, Use descriptive content analysis techniques.

(1) Palliative care models found that palliative care models include care provided by religious organizations, home/community care, hospital care, and semi-hospital care.

(2) Buddhist principles along with the creation of Buddhist activities for palliative care for terminally ill patients found that using precepts to help in patient care, methods to help patients concentrate, having patients chant mantras to spread loving kindness, making patients let go of various distresses, methods of discussing Dharma with patients, and using Buddhist principles and teachings were instrumental in treating patients.

(3) The process and establishment of a Buddhist network promoting palliative care for terminally ill patients found that the guidelines for palliative care in the network, referring/receiving patients in the network, organizing information systems for receiving/referring between the host and the network to support continuous care, supporting treatment and providing various services in the network, and supporting academics, promoting knowledge exchange in the network, and developing quality or innovation for developing the quality of palliative care in the network.

Key Words: Buddhist Way, Palliative Care

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งหลายบุคคลที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการตรวจสอบรายงานการวิจัยฉบับนี้ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้รายงานการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ พระครูธีรธรรมพิมล, ดร. พระครูจิรธรรมรัต, ดร. พระครูเนกขัมมธรรมธาร, ดร. พระธวัชชัย คมภิโรโต, ดร. พระครูโสภณธรรมวิสิฐ พระครูวินัยธรชวลิต อุตตโม พระครูปลัดคำรน กตปุณโณ อาจารย์นิคม ปักซี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยที่เมตตาอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์และได้ช่วยในการชี้แนะจนทำให้รายงานการวิจัยสมบูรณ์เกิดเป็นผลงานวิจัยอันทรงคุณูปการที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร คณาจารย์ เจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่มีส่วนในการทำให้งานวิจัยฉบับนี้แล้วเสร็จด้วยดี จึงขออัญมณของพระรัตนตรัย และบารมีธรรมของหลวงพ่อดำพัฒน์ นารโท อดีตเจ้าอาวาสวัดพัฒนารามที่ชาวสุราษฎร์ธานีเคารพนับถือได้โปรดบันดาลประทานพรให้ทุกท่านดังกล่าวนั้น จงประสบแต่ความสุขคติ มีชัยในการดำเนินชีวิต ปราศจากความทุกข์กายและใจ มีจิตผ่องใส สดชื่นรื่นรมย์สมตามความปรารถนาทุกประการ เทอญ ฯ

พระมหาติลกร์ศมี จิตจาโร และคณะ

มีนาคม ๒๕๖๗

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญภาพ.....	ง
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๓
๑.๓ ขอบเขตการวิจัย.....	๓
๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	๔
๑.๕ ประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัย.....	๕
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๖
๒.๑ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามหลักพุทธวิธี.....	๗
๒.๒ แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.....	๑๒
๒.๓ แนวคิดเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย.....	๑๘
๒.๔ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.....	๒๒
๒.๕ ข้อมูลพื้นที่วิจัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	๒๕
๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๓๒
๒.๗ กรอบแนวคิดการวิจัย.....	๓๕
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย.....	๓๖
๓.๑ รูปแบบการวิจัย.....	๓๖
๓.๒ พื้นที่การวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	๓๗
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๓๘
๓.๔ ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ.....	๓๘
๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๓๙
๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล.....	๓๙
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	๔๐
๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน.....	๔๐
๔.๒ ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย.....	๔๐
๔.๒.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	๔๐

๔.๒.๒ กิจกรรมพุทธรูปสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....๘๖

๔.๒.๓ เครือข่ายพุทธรูปสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....๑๐๐

๔.๓ องค์ความรู้จากการวิจัย.....๑๐๑

บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....๑๐๔

๕.๑ สรุปผลรายงานการวิจัย.....๑๐๕

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย.....๑๑๓

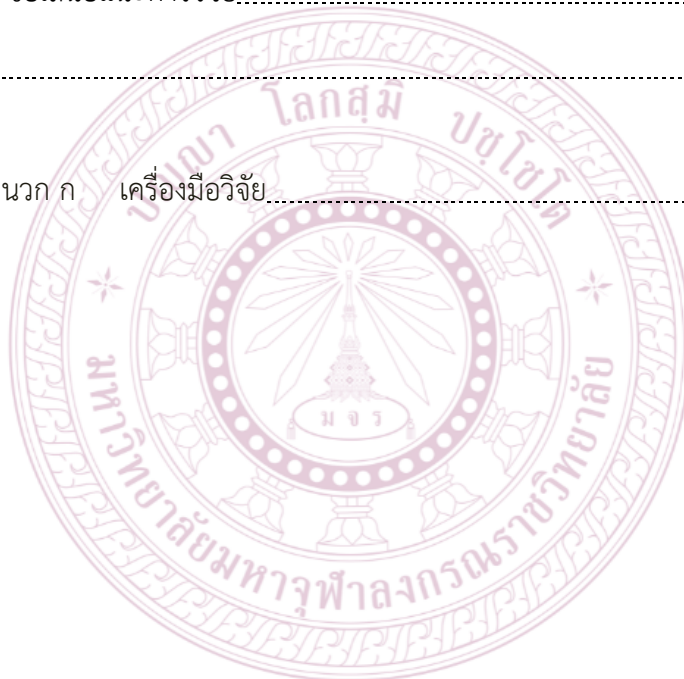
๕.๓ องค์ความรู้ใหม่การวิจัย.....๑๑๖

๕.๔ ข้อเสนอแนะการวิจัย.....๑๑๗

บรรณานุกรม.....๑๑๙

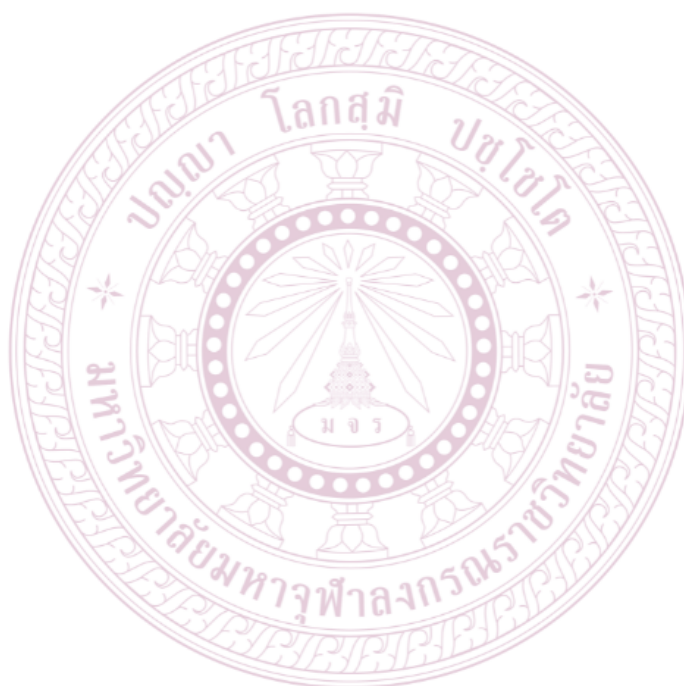
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย.....๑๒๓



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
๒.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	๓๕
๔.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	๔๑
๔.๒ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.....	๔๙
๔.๓ แสดงเกี่ยวกับ P3BD or MBAND Model.....	๑๐๒
๕.๑ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิถี.....	๑๐๘



บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีสาเหตุการป่วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อและโลหิตจางชนิดอื่นๆ ไตวาย ซึ่งโรคทั้งหมดจัดอยู่ในโรคเรื้อรัง รวมทั้งสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรและพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ กลุ่มในแต่ละปี นอกจากนี้แล้วการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงวัย” (Population ageing) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุจะทำให้พบการเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากขึ้น ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓ ต่อปี โดยในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ ๑.๔ พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง ๒ พันล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ส่วนข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวนเพิ่มเป็น ๒๐% ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา ซึ่งให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า^๑

อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนอาจเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระหนักงานที่หนัก และซับซ้อนในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ตนเอง อาจเกิดความคลุมเครือในบทบาทและความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น บางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอาจเนื่องจากการเปลี่ยนบางครั้งการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นแบบกะทันหันหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงไม่เคยมีประสบการณ์ ทำให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการช่วยลดช่องว่างของรอยต่อด้วยการส่งเสริมการให้ความรู้ วิธีการ และทัศนคติ รวมไปถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

^๑ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, “ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่ ‘สังคมผู้สูงอายุ’ อย่างสมบูรณ์แบบ”, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476> [๑๓ กันยายน ๒๕๖๖].

ด้วยเหตุดังกล่าวการที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นนั้นจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการสนับสนุน และด้านการเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์^๒

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยคณะผู้วิจัยเน้นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เน้น ๖ ด้าน กล่าวคือ ๑) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล ๒) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ๓) มีความต่อเนื่องในการดูแล ๔) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม ๕) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ ๖) เป้าหมายในการดูแล คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ถึงแม้ว่าการเกิด แก่ เจ็บและตายจะเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนไม่สามารถเลี่ยงได้ แต่ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตายย่อมเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวจะยอมรับได้ เพราะนอกเหนือจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจซึ่งสาเหตุส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองต่อการรักษาหรือเยียวยาทางกาย อีกทั้งในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ การจากไปอย่างสงบ โดยไม่มีความทรมานหรือทุกข์ทรมานอย่างน้อยในทางจิตใจนั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยอันที่จริงแล้วต้องถือว่าความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ค่าสูงสุดประการสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้ประสบก่อนละจากโลกนี้ไป ประสบการณ์ดังกล่าวมิใช่เรื่องสุดวิสัยสำหรับปุณฺชนเลย มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ หากมีการฝึกฝนมาดีพอหรือได้รับการเตรียมช่วยเหลือจากกัลยาณมิตร ผู้รอบรู้รอบข้างมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นญาติเพื่อน ๆ แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขล้วนมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญกับความตายอย่างสงบ ไม่ตื่นตระหนก ทรมานทรมาย มีหลายสิ่งที่คุณรอบรู้สามารถทำได้เพื่อให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ ประการสำคัญในโลกแห่งยุคเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงได้ในหลายๆ รูปแบบ มาผสมผสานปรับใช้ในการนำหลักธรรมะเข้าสู่ผู้ป่วยดังกล่าวตามจุดมุ่งหมายของ “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ประโยชน์ที่จะสร้างเสริมแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทางด้านร่างกายจิตใจ วิญญาณของผู้ป่วยและญาติ จนนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมที่เกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ธรรมะ ชัดเกลากจิตใจ ย่อมส่งผลที่ดีต่อครอบครัว องค์กร สังคม สืบต่อไป

^๒ สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน, “รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล”, วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๒): ๕๗.

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๒.๓ เพื่อเสนอกระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๓ ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) คณะผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

๑.๓.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

คณะผู้วิจัยกำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาในการวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ไว้ดังนี้

๑) พุทธวิธีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประยุกต์ไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา เพื่อไปใช้ใน ๒ ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วย

๒) กิจกรรมพุทธวิธีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ และกิจกรรมภาคปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยนำหลัก ไตรลักษณ์ มาเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรม

๓) การสร้างเครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการสร้างเครือข่าย โดยประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด และหน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข

๑.๓.๒ ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ครั้งนี้คณะผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญดังนี้

๑) การศึกษารูปแบบสำหรับการดูแลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน ๑๕ คน พยาบาลปฏิบัติการ จำนวน ๕ คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน ๑๐ รูปหรือคน รวมทั้งสิ้นจำนวน ๓๐ รูปหรือคน

๒) เพื่อสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๐ คน และญาติที่ดูแลผู้ป่วย

๓) การสร้างเครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน ๑๐ รูปหรือคน (พร้อมญาติที่ดูแลใกล้ชิด)

๑.๓.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดขอบเขตพื้นที่ศึกษาคือ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอไชยา และอำเภอเวียงสระ

๑.๓.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา

คณะผู้วิจัยได้แบ่งการจัดทำแผนการทำวิจัยรวมระยะเวลาในการทำวิจัยทั้งสิ้น ๑๒ เดือน โดยแบ่งเป็น ๕ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้เวลาประมาณ ๒ เดือน

ระยะที่ ๒ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะจงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อนำองค์ความรู้ไปประกอบการศึกษาพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปสังเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อประกอบการใช้เป็นข้อมูลในการนำองค์ความรู้ และบทเรียนจากการวิเคราะห์เอกสาร ๒ เดือน

ระยะที่ ๓ สังเคราะห์เพื่อนำองค์ความรู้ไปพัฒนากิจกรรม พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปสังเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อประกอบการใช้เป็นข้อมูลในนำองค์ความรู้ และบทเรียนจากการวิเคราะห์เอกสาร และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจงโดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๔ เดือน

ระยะที่ ๔ การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาสร้างเครือข่ายการพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ เดือน

ระยะที่ ๕ การสรุปผลการวิจัยเพื่อนำเสนอต่อสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติต่อไปโดยใช้ระยะเวลา ๒ เดือน

๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ทั้งนี้ภายใต้ปฏิบัติการเชิงพื้นฐานทางทฤษฎีอย่างเป็นองค์รวมนั้น คาดว่าจะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปสำคัญตามกระบวนการพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีด้วยการใช้อำนาจตามหลักธรรมะ นอกจากนี้เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงกำหนดเนื้อหาและขอบข่ายการวิเคราะห์นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการจากบริบทที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๔.๑ พุทธวิธี หมายถึง กิจกรรมตามแนวหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเถรวาท และกระบวนการดูแลตามแนวพระพุทธศาสนา ที่เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยแบ่งเป็นหลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และหลักธรรมสำหรับผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบไปด้วย พรหมวิหารธรรม สังคหวัตถุ กัลยาณมิตตตา อภินิหารปัจเจกชน โยนิโสมนสิการ อัมมาทะ และการเจริญสมณะและวิปัสสนา ตามหลักธรรมนี้ล้วนเป็นหลักธรรมที่ประสานสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยตามหลักการทางพระพุทธศาสนา คือ การดูแล

ที่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจเป็นหลักและเชื่อมโยงไปสู่การดูแลที่ให้ความสำคัญกับมิติแห่งความเป็นมนุษย์ หรือมิติแห่งการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิต มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความตาย ไม่หวาดหวั่นพรั่นพรึงต่อความตาย เพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำชีวิตให้มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต

๑.๔.๒ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับกรวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า ๑ ปีการดูแล

๑.๔.๓ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

๑.๔.๔ การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

๑.๔.๕ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การรักษาในโรงพยาบาลดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อาจจะมีเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อย และอาจจะมีการจำกัดกีดในการเข้าเยี่ยม และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๔.๖ การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เป็นส่วนใหญ่ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านใกล้ลูกหลาน ญาติ และครอบครัว

๑.๔.๗ การดูแลผู้ป่วยเชิงพุทธ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรศาสนาซึ่งใช้แนวปรัชญาและแนวคิดทางศาสนามีความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ความตายโดยความเป็นเรื่องของการเป็นไปตามธรรมชาติ อีกทั้งแนวคิดของการมีสติและจิตใจอันผ่องแผ้วก่อนเสียชีวิต เพื่อไปสู่สุคติหลังการตาย

๑.๕ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

๑.๕.๑ ทำให้ทราบถึงพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๕.๒ ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๕.๓ ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยวิธีพุทธ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ

๑.๕.๔ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้เสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองรวมถึงการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และเพื่อสร้างเครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมทั้งในส่วนของการหลักการ แนวคิด ทฤษฎีรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และเพื่อให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยมีรายละเอียดการสำรวจวรรณกรรมและสารสนเทศเกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๑ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามหลักพุทธวิธี

๒.๑.๑ กรอบความคิดทั่วไปเกี่ยวกับหลักพุทธวิธี

๒.๑.๒ หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และหลักธรรมสำหรับผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบไปด้วยพรหมวิหารธรรม สังคหวัตถุ ภัทธานมิตตตา อภินิหารเวทมนตร์ โยนิโสมนสิการ อัปมาทะ และการเจริญสมณะและวิปัสสนา

๒.๒ แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)

๒.๒.๑ ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

๒.๒.๒ การดูแลสุขภาพร่างกายเบื้องต้น

๒.๒.๓ การดูแลทางจิต อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

๒.๓ แนวคิดเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

๒.๓.๑ แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์

๒.๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับความทุกข์

๒.๓.๓ แนวคิดความเกี่ยวกับความตาย

๒.๓.๔ แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

๒.๔ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

๒.๔.๑ รูปแบบการดูแลทางการแพทย์การพยาบาล

๒.๔.๒ กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

๒.๕ ข้อมูลพื้นที่วิจัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๒.๑ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามหลักพุทธวิธี

การรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องไปด้วยการให้ความรัก ความห่วงใย สร้างความใกล้ชิดไว้วางใจ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ด้วยความปลอดภัย ซึ่งจะก่อให้เกิดกำลังใจ เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ ด้วยวิธีการตามธรรมชาติของนักวิชาการหลาย ๆ ท่าน

๒.๑.๑ กรอบความคิดทั่วไปเกี่ยวกับหลักพุทธวิธี

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติ เป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภวะนั้นได้โดยใช้แนวทางของศาสนาได้

การดูแลตามหลักพุทธศาสนา หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส และเห็นว่าการเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนา นิกายเถรวาท มีหลักธรรม ๓ หมวดใหญ่ๆ^๑ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ

ไตรลักษณ์ อันได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) อันเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก

กฎแห่งกรรม อันได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมฝ่ายดีหรือฝ่ายชั่ว

มงคลสูตร อันได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

โดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวัง ความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คินตีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกายหรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างไม่เคยประสบมาก่อน

ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้นหายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้เพราะกายกับใจมีจะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้

^๑ เมตตา นนโท ภิกขุ, ธรรมะ ๕ ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทที่เอ็นพี พรินติ้ง จำกัด, ๒๕๔๙), หน้า ๑๗.

การดูแลผู้ป่วยตามหลักการแพทย์ ปัจจุบัน มีความสอดคล้องกับหลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องของการเยียวยาการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ สังคมและปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการรักษาทางจิตใจที่พระพุทธศาสนาเชื่อว่า จิตใจเป็นศูนย์กลางของการแสดงออกทางพฤติกรรมหรือกล่าวว่เมื่อจิตใจดี กายก็ดี พฤติกรรมหรือการแสดงออกด้านต่างๆ ก็ดีตามไปด้วย คือ คิดดี พูดดี และทำความดี เมื่อจิตไม่ดี กายก็แย่ พฤติกรรมหรือการแสดงออกด้านต่างๆ ก็ไม่ดีตามไปด้วยคือ คิดไม่ดี พูดไม่ดี และทำชั่ว นอกจากนี้เรื่องของจิตยังมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการเชื่อมโยงไปสู่ความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตายที่หลักการทางพระพุทธศาสนา มีการกล่าวถึงจิตที่เชื่อมสัมพันธ์กับชีวิตหลังความตาย ว่าเมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุขคติเป็นอันหวังได้ ก่อนตายถ้าจิตใจระลึกถึงกุศลคุณงามความดี จะทำให้ไปปฏิสนธิเกิดในสุคติภูมิ มีสวรรค์และโลกมนุษย์ เป็นต้น เมื่อจิตไม่ดีหรือเศร้าหมองก่อนตาย คือ คิดถึงแต่บาปอกุศลที่ตนเคยกระทำความชั่ว จะทำให้ไปปฏิสนธิเกิดในทุคติภูมิ มีนรก เปรต อสุรกาย เป็นต้น ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวนี้ เมื่อนำมาพิจารณาในสภาพบริบทของสังคมในปัจจุบันที่อาจกล่าวได้ว่า กิเลสที่มาพร้อมกับการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่อย่างรวดเร็ว เป็นตัวแปรที่สำคัญทำให้มนุษย์หมกมุ่นอยู่กับการแสวงหาความสุขในทางโลกียะ เพื่อตอบสนองความต้องการอันไม่สิ้นสุด โดยไม่คำนึงถึงความสุขแท้ทางโลกุตระ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว พระพุทธศาสนาในฐานะที่เป็นศาสนาสากลไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของพุทธศาสนิกชนได้อย่างทั่วถึง จึงต้องมีการปรับตัวบางอย่างในเชิงรุก ซึ่งจะต้องไม่ขัดกับหลักพระธรรมวินัยที่เป็นข้อจำกัด โดยหันกลับมายึดหลักการและหลักพระธรรมวินัย เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือมนุษย์ สอดคล้องกับการทำงานของคณะสงฆ์ ๖ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านงานสังคมสงเคราะห์ ที่หลายคนอาจมองข้ามว่าอาจมีความขัดแย้งกับพระธรรมวินัย แต่โดยนัยแล้วการทำงานสังคมสงเคราะห์ของพระสงฆ์ สามารถกระทำได้ใน ๒ มิติ คือ มิติของการช่วยเหลือการดับทุกข์ทางด้านปัญญาและมิติของการช่วยเหลือการดับทุกข์ทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนตาย ให้สามารถตายดีหรือเสียชีวิตจากไปอย่างสงบ ถือเป็นงานสังคมสงเคราะห์ด้านมิติการช่วยเหลือทางด้านปัญญา เป็นหน้าที่หลักของพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนา ในปัจจุบันจะต้องตระหนักถึงความสำคัญและเข้าไปช่วยเหลือมีส่วนร่วมับเครือข่ายการทำงานในสังคมด้วย เช่น โรงพยาบาล หรือสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ^๒ ไว้ว่า มีวิธีการคือ

การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล

การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

^๒ สุวภรณ์ แนวจำปา, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ” **ดุษฎีนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต** (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓), หน้า ๗๑.

การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรมมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิ ระลึกถึง พระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการดูแลรักษาจากแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติ เข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

การทำสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจดจ่อกับท้องที่พองและยุบ ทุกครั้งที่หายใจเข้าและออกหรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกะพริบตา ขยับมือหรืออวัยวะต่าง ๆ ซึ่งถือว่าการตามรู้ิริยาบถย่อย นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม สามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวาย สังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกชั้นน्याก การถือศีลกินเจ (ในกรณีที่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถ สวดเองได้ ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติจะนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์ บทโพชฌงค์และทำการชักบังสุกุลเป็น พร้อมทั้งทำบุญปล่อยนกปล่อยปลา หรือไปซื้อสัตว์กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก ทั้งนี้ ไม่ว่าจะทำพิธีต่ออายุหรือพยายามรักษาอย่างไรก็ตาม เมื่อถึงวาระสุดท้าย ใกล้หมดลมหายใจ ญาติควรจัดเตรียมกรวยดอกไม้ ธูปเทียน มาใส่มือให้ผู้ป่วยที่พนมไว้ และทำการบอกหนทาง คือบอกหรือกระซิบข้างหูว่า ให้ระลึกถึงพระอรหันต์หรือภาวนา “อรหันต์สัมมา”

๒.๑.๒ หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และหลักธรรมสำหรับผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบไปด้วยพรหมวิหารธรรม สังคหวัตถุ ภัทธานมิตตตา อภินหังเวกขณ โยนิโสมนสิการ อัปมาทะ และการเจริญสมณะและวิปัสสนา

หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย พรหมวิหารธรรม สังคหวัตถุ และภัทธานมิตตตา โดยมีการกล่าวสรุปพรหมวิหารธรรมไว้ว่า การให้บริการงานแพทย์แผนไทยนั้น ถ้ามีพรหมวิหารธรรมประจำใจและนำไปประพฤติปฏิบัติแล้ว ก็จะทำให้ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยหรือผู้ดูแลนั้น พยาบาลผู้ป่วยด้วยความเมตตา กรุณา มุทิตา และรักษาศรัทธาไว้ด้วยอุเบกขา ทั้งในการให้บริการงานแพทย์แผนไทยในชีวิตตนเองและผู้ป่วยให้สมบูรณ์แล้ว ในการทำงานก็ทำอย่างเป็นสุขและสนุกกับงานพยาบาลของตนเองในการดูแลผู้ป่วย หลักพรหมวิหาร ๔ สำหรับให้บริการงานแพทย์แผนไทย คือ ผู้มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมุ่งหวังเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจแล้ว แต่การจะทำอย่างนั้นได้จะต้องอาศัยคุณธรรมภายใน ๔ ประการ คือ เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา จึงจะนำไปบูรณาการใช้ได้จริง และจะต้องเว้นจากอคติที่เป็นความลำเอียง ๔ อย่าง คือ ลำเอียงเพราะรัก ลำเอียงเพราะชัง ลำเอียงเพราะหลงเชื่อ และลำเอียงเพราะความกลัวภัย เมื่อเว้นจากอคติแล้วก็จะมีความเที่ยงธรรมและความยุติธรรมในการประกอบอาชีพให้บริการงานแพทย์แผนไทย^๓

^๓ สุทัศน์ ประทุมแก้ว, “พรหมวิหารธรรม : หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในการบริการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย”, วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ (เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๗) : ๒๖๗.

การนำหลักพุทธธรรมมาบูรณาการปรับใช้ในการให้บริการแพทย์แผนไทย ที่ผู้ศึกษานำมาบูรณาการ คือ หลักพรหมวิหารธรรมหรือพรหมวิหาร ๔ เป็นธรรมประจำใจอันประเสริฐหรือคุณธรรมประจำตัวของท่านผู้มีจิตใจกว้างขวาง ๔ ประการประกอบด้วย เมตตา เป็นการปฏิบัติทางจิตใจ เพราะเป็นความปรารถนาให้ผู้อื่นเป็นสุข เมตตาต้องอาศัยปัญญา เพราะปัญญาเท่านั้นที่จะช่วยพิจารณาได้ถูกต้องว่าควรแสดงเมตตาต่อผู้ใดอย่างไร เมื่อใดจึงจะเป็นคุณไม่เป็นโทษ กรุณา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติทางกาย เพราะเป็นเรื่องการช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ คือ เป็นการช่วยที่เหนือการช่วยทั้งปวง เป็นการช่วยให้พ้นทุกข์ทางใจ ใจที่มีธรรมเพียงไรจะพ้นจากความทุกข์มีความสงบสุขเยือกเย็นเพียงนั้น มุทิตา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติทางจิตใจ คือ พลอยยินดีด้วยกับตนเองและผู้อื่นได้ดีมีสุขและอุเบกขา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติทางจิตใจ คือ วางใจเฉย วางใจเป็นกลาง ไม่ยินดียินร้าย เมื่อสุดวิสัยจะเมตตา กรุณาได้แล้ว ก็ยังไม่เกิดผลดี ยังช่วยให้เขาเป็นสุข พ้นจากความทุกข์ไม่ได้ จึงใช้อุเบกขาปลงใจลงให้ได้ว่าได้ทำสุดความสามารถแล้ว ได้เมตตากรุณาถูกต้องแล้ว ผลเป็นเช่นไรก็ต้องอุเบกขา ถ้าไม่อุเบกขาปล่อยใจให้ดิ้นรนร้อนร่ำเพราะปรารถนาจะช่วยเขาให้ได้ผล เช่นนี้เป็นการผิด เป็นการขาดเมตตากรุณาในตนเอง อุเบกขานี้เป็นพรหมวิหารธรรมข้อสุดท้ายที่พึงอบรมให้มีขึ้นในจิต วิธอบรม คือ ระมัดระวังใจมิให้ขึ้นลงด้วยความยินดียินร้าย ทั้งในคราวประสบวิบัติ ทั้งในคราวประสบวิบัติ เมื่อภาวะของจิตเช่นนั้นเกิดขึ้นก็พยายามระงับใจให้คิดถึงกรรมและผลของกรรมของแต่ละบุคคลที่จะได้กระทำมา ในการบริการแพทย์แผนไทยนั้น จะต้องบูรณาการหลักพรหมวิหาร ๔ มาปรับใช้ในการบริการแพทย์แผนไทย เพื่อดำเนินตามแนวทางแห่งความสุขความสงบร่มเย็นที่มั่นคงของการประกอบวิชาชีพ และการนำความรู้ในวิชาชีพเชิงทฤษฎีหรือความรู้ที่มีอยู่แล้วมาปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต ไม่ก่อให้เกิดโทษต่างๆ ตามมา โทษของการขาดเมตตาธรรม คือ เป็นโทษในการให้บริการงานแพทย์แผนไทยที่ขาดความเมตตาต่อผู้ป่วย เป็นคนเห็นแก่ตัว โทษของการขาดกรุณาธรรม คือ ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยขาดความกรุณา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือคนไข้เต็มที่ โทษของการขาดมูทิตาธรรม คือ จะมีลักษณะเป็นไปในทางตรงกันข้าม คือ เมื่อผู้ใดผู้หนึ่งประสบความสำเร็จก็จะรู้สึกอิจฉาริษยาต่อความสำเร็จเขาและโทษของการขาดอุเบกขาธรรม คือ ไม่รู้จักความวางเฉย กิริยาที่วางเฉย ภาวะที่วางเฉยในผู้ป่วยทั้งหลาย ส่วนผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยหากประพฤติปฏิบัติตามหลักพรหมวิหารธรรมจะเกิดประโยชน์ คือ ประโยชน์ของเมตตาธรรม คือ ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยจะมีความรัก ความปรารถนาดีปราศจากความพยาบาทมุ่งร้ายคิดทำลายผู้อื่น มีความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย ประโยชน์ของกรุณาธรรม คือ ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยจะต้องมีความสงสาร มีกิริยาที่สงสารผู้ป่วย ประโยชน์ของมุทิตา คือ ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยมีมุทิตา มีความยินดีปราศจากความอิจฉาริษยา และประโยชน์ของอุเบกขาธรรม คือ ผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยต้องรู้จักวางเฉย มีกิริยาที่วางเฉย การปฏิบัติตามหลักจริยศาสตร์ในเรื่องอุเบกขาธรรมระหว่างผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยและคนในสังคมนั้น ย่อมเป็นการรักษาความสามัคคีของชุมชนเหล่านั้นได้เป็นอย่างดี ด้วยหลักสังคหวัตถุ ๔ ประการ^๔ ได้แก่

^๔ พระโสภณ โสภโณ (ทองสม) และคณะ, “การประยุกต์ใช้หลักสังคหวัตถุ ๔ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนวัดใหม่ทุ่งคาอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา”, วารสารมหาจุฬานาครทรรณ, ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓ (มีนาคม ๒๕๖๓) : ๒๐-๒๑.

๑. ทาน หมายถึง การจัดการปกครองภายใต้การแบ่งปันและกระจายผลประโยชน์ โดยเสมอภาคแก่ทุกกลุ่มสังคม ครอบคลุมประเด็นสำคัญว่าด้วยการมีกลไกกำหนดแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพและสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่บริการประชาชน นอกจากนี้มีการขับเคลื่อนโครงการ กิจกรรมตอบสนองความต้องการของสังคมด้วยการเสริมสร้างค่านิยมหลักบนพื้นฐานของการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ตลอดจนมีการนำผลประโยชน์การปฏิบัติงานของบุคลากรไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องพร้อมยกระดับคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน

๒. ปิยวาจา หมายถึง การจัดการปกครองภายใต้การสื่อสารที่เป็นธรรมและข้อมูลที่ชัดเจนแก่ทุกกลุ่มสังคม ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ว่าด้วย การส่งเสริมให้มีการจัดพื้นที่สาธารณะสำหรับใช้เป็นสื่อกลางในกระบวนการถ่ายทอดข้อมูล เผยแพร่ข่าวสารและสารสนเทศอย่างรวดเร็ว และเปิดเผยชัดเจน นอกจากนี้มีกลไกให้คำแนะนำ อบรมผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้มีกิริยาวาจาสุภาพ อ่อนน้อมพร้อมให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่มารับบริการ ตลอดจนมีการกำหนดรูปแบบการสื่อสารองค์กรที่มุ่งสู่การสนับสนุนส่งเสริมและชื่นชมการปฏิบัติงานด้วยความจริงใจไม่สร้างความแตกแยก

๓. อัตถจริยา หมายถึง การจัดการปกครองภายใต้การอุดหนุนกิจกรรมให้บริการที่หลากหลายและทั่วถึงทุกกลุ่มสังคม ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ว่าด้วย การมีเป้าหมายดำเนินงานที่มุ่งส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ด้วยการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือสาธารณะประโยชน์โดยทั่วไพบัณฑิตยวกันมีกระบวนการบริหารการพัฒนาโดยสุจริตเป็นธรรมปราศจากอคติและไม่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนตน พวกพ้องหรือเครือญาติมีการกำหนดนโยบายที่หลากหลายตามบริบทและศักยภาพของพื้นที่รับผิดชอบ สามารถสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง

๔. สมานัตตา หมายถึง การจัดการปกครองภายใต้การประสานความร่วมมือของทุกฝ่ายและไม่เลือกปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็นสำคัญว่าด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ทุกกลุ่ม มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้มีการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการอย่างต่อเนื่องตามกรอบระยะเวลาเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง ยกระดับประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งมีการขับเคลื่อนกลไกการปฏิบัติงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล ความสมานฉันท์ ความยุติธรรมซึ่งนำไปสู่การก้าวข้ามความขัดแย้งอย่างสันติ

กัลยาณมิตรตา ความมีกัลยาณมิตร คือ มีผู้แนะนำ สั่งสอน ที่ปรึกษา เพื่อนที่คบหา และบุคคลผู้แวดล้อมที่ดี ความรู้จักเลือกเสวนาบุคคลหรือเข้าร่วมหมู่กับท่านผู้ทรงคุณทรงปัญญาที่มีความสามารถ ซึ่งจะช่วยเหลือ สนับสนุน ชักจูง ชี้ช่องทางเป็นแบบอย่าง ตลอดจนเป็นเครื่องอุดหนุนเกื้อกูลแก่กัน ให้ดำเนินก้าวหน้าไปด้วยดี ในการศึกษาอบรม การครองชีวิต การประกอบกิจการและธรรมปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี กัลยาณมิตร หมายถึง มิตรที่ดีงาม ทำให้เจริญแก่บุคคลผู้คบหา ได้แก่ ผู้สมบูรณ์ด้วยความมีศีล กำจัดทุกข์นำประโยชน์เกื้อกูลมาให้กับเพื่อนและคนอื่น ดังรูปวิเคราะหว่า “บุคคลใดเป็นมิตรมีอุปการะช่วยเหลือคนอื่นโดยอาการทุกอย่าง บุคคลนั้นชื่อว่า กัลยาณมิตร”^๕

^๕ พระมหาสุทวิชัย วิราม, “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องกัลยาณมิตรตามหลักพุทธจริยศาสตร์ทัศนะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนวัดปากน้ำวิทยาคมและโรงเรียนสุวรรณพลับพลาพิทยาคม”, วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕), หน้า ๔๕.

อีกทั้ง หลักกัลยาณมิตรเป็นหลักธรรมที่ส่งผลให้บุคคลผู้เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอนแนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นดำเนินไปในมรรคาแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง การที่ผู้บริหารได้ชื่อว่าเป็นกัลยาณมิตรจึงชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญอันเป็นต้นแบบที่ดี ซึ่งบุคคลที่อยู่ภายในองค์กรสถานศึกษาทั้งครูและเด็กนักเรียนจะประพฤติและปฏิบัติตามในเรื่องของคุณธรรมและจริยธรรม^๖

กัลยาณมิตร หมายถึง องค์ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล ผู้ทำให้เกิดการเรียนรู้มีความเพียบพร้อมด้านคุณสมบัติที่สามารถให้คำอบรมสั่งสอน ช่วยแนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกเส้นทาง หรือเป็นบุคคลที่สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต นำไปสู่หนทางการเรียนรู้ฝึกฝนที่ถูกต้องในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะตัวบุคคล แต่ยังรวมถึงหนังสือ สิ่งแวดล้อมทางสังคมโดยที่เกื้อกูล ชักจูง ส่งเสริมเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ มีปัญญาด้วยการฟัง ด้วยการสนทนาหรือซักถาม ข้อสงสัยด้วยการอ่าน การค้นคว้า^๗

ดังนั้น กัลยาณมิตร หมายถึง มิตรที่ดีงาม ทำให้เจริญแก่บุคคลผู้คบหาเพื่อนแท้ เพื่อนตาย เพื่อนที่คอยช่วยเหลือเพื่อนอย่างจริงใจโดยไม่หวังสิ่งใด ตอบแทนบุคคลใดเป็นมิตรมีอุปการะช่วยเหลือคนอื่นโดยอาการทุกอย่าง บุคคลนั้นชื่อว่า กัลยาณมิตร

โดยสรุปแล้วจากการทบทวนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามหลักพุทธวิธี นั้นมีความสำคัญกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักพุทธศาสนา เพราะหลักธรรมคำสอนในทางพระพุทธศาสนาเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยเอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวัง ความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ถองแท้ และสำคัญที่สุด ก็คือ การได้รับสนับสนุนจากคนรอบข้างหรือคนในครอบครัวที่จะสามารถสร้างความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน รวมถึงการมีส่วนร่วมของสังคมที่จะสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและนำมาซึ่งการปฏิบัติตามอย่างสนใจและให้ความร่วมมือ

๒.๒ แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ยึดการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาในหัวข้อเกี่ยวกับส่วนประกอบสำคัญของกระบวนการ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

^๖ กุสุมา ยี่ภู่, “ภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ตามหลักกัลยาณมิตรสำหรับผู้บริหารสถานศึกษา”, วารสาร **ครุศาสตร์ปริทรรศน์**, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๕): ๔๘๗.

^๗ พระณรงค์ กิตติธโร (เด่นประเสริฐ), “การศึกษาเปรียบเทียบปรัชญาการศึกษาของพุทธทาสภิกขุ และพระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต)”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๙), หน้า ๔๓.

๒.๒.๑ ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ความหมายของคำว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” ในที่นี้อาจแบ่งประโยคดังกล่าวออกเป็น “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” และ “การดูแลแบบประคับประคอง” ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายตามทัศนะที่แตกต่างกันไป ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้กล่าวถึงความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยแยกออกเป็น “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า ๑ ปี และคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้าเนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยแยกออกเป็น “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามถึงชีวิตได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิต และคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่กระทำในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^๔

๒.๒.๒ การดูแลสุขภาพร่างกายเบื้องต้น

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย

การบอกความจริงต่ออาการโรค นอกจากเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อญาติ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันถึงวิธีการรักษาอาการต่างๆ รวมถึงการเตรียมความพร้อม กับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะดีหรือร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนอาการหนักจนไม่รู้สีกตัวจะให้เฝ้าวยารักษาอย่างไร

เทคนิคการแจ้งข่าว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เริ่มตั้งแต่การแจ้งข่าวหรือการบอกสภาพความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งญาติที่ใกล้ชิดจะเป็นผู้ทำหน้าที่แจ้งข่าวร้ายการแจ้งข่าวร้ายมีเทคนิคที่สามารถนำไปปรับใช้ เช่น

๑) ญาติที่ทำหน้าที่นี้ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือเป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจพอสมควร

๒) เลือกสถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสมในการพูดคุย มีความเป็นส่วนตัวไม่มีเสียงรบกวนจากโทรศัพท์หรืออุปกรณ์ต่างๆ

๓) ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล ท่าทางที่จริงใจ เป็นมิตร

^๔ ศรีรัตน์ กีนาวงค์ และปณณณิน เชื้อนเพชร, “นิพนธ์ต้นฉบับ: ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย”, เชียงรายเวชสาร: CHIANGRAI MEDICAL JOURNAL, ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑(๒๕๕๙): ๑๓๔.

๔) บอกความจริงและให้ความหวังอย่างซื่อตรง เมื่อเล่าผลการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว ควรให้กำลังใจ ญาติอาจขอให้ทีมผู้ดูแลร่วมวางแผนและแนะนำทางเลือกในการรักษากับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าญาติและทีมผู้ดูแลพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างให้คำปรึกษาและเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุด

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตนเองเพราะญาติปิดบัง ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลได้เอง ขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคนความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่ แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต เหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะสร้างความลำบากใจแก่ทุกฝ่าย เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยที่มาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวด และทรมานจากเครื่องมือกู้ชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องปั๊มหัวใจ การต่อสายให้อาหาร ฯลฯ มีผลให้จากไปอย่างไม่สงบและยังเกิดค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้แก่ผู้ป่วย ญาติและทีมผู้ดูแล

วิธีการทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่สำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าในทุกฝ่ายควรคำนึงร่วมกัน คือ

๑) ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไร เช่น แบบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแบบผสมผสาน หรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลย หรืออื่นๆ

๒) ต้องการอยู่ที่บ้าน หรือโรงพยาบาล หรือสถานที่แบบผสมผสาน

๓) เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยื้อชีวิตหรือไม่ เช่น การเข้ารักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือ ทางทางการแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานต่อไปได้ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติคนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

๔) วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแล การจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ใครจะเป็นผู้ดูแล การดูแลค่าใช้จ่าย เพราะบางครั้งครอบครัวอาจมีปัญหาเนื่องจากฐานะยากจน หรือผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลัก ดังนั้นอาจต้องปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยต้องการเยียวยาทางจิตวิญญาณอย่างไร เช่น การสวดมนต์ ทำบุญให้ทาน การเทศนาหรือการพูดคุยของนักบวช

ความปรารถนาครั้งสุดท้าย

สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จความปรารถนาหรือความใฝ่ฝันที่ค้างคาใจเหล่านี้ จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกมาตรงๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้น ญาติจึงต้องเอาใจใส่ สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ ในสหรัฐอเมริกามีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งชอบด้วยกฎหมายที่เรียกว่า ความปรารถนา ๕ ประการ หรือ Five Wishes ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถแสดงความประสงค์ตามความปรารถนา ดังนี้

ความปรารถนาที่ ๑ ปรารถนาเลือกบุคคลที่จะมาตัดสินแทนได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้

ความปรารถนาที่ ๒ ปรารถนาวิธีการดูแลตามที่ผู้ป่วยต้องการ และปฏิเสธการดูแลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ความปรารถนาที่ ๓ ปรารถนาที่จะใช้วิธีการดูแลที่จะก่อให้เกิดความสบายกายสบายใจตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ความปรารถนาที่ ๔ ปรารถนาที่จะเลือกผู้มาปฏิบัติดูแลหรือการกลับไปดูแลที่บ้าน

ความปรารถนาที่ ๕ ปรารถนาที่จะกล่าวขอโทษคนที่เคยล่วงเกิน ฯลฯ รวมถึงการจัดงานศพของตนเอง

ขั้นตอนก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หลังจากตกลงร่วมกันแล้วว่า จะย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่บ้านตามความปรารถนาของผู้ป่วยควรมีการเตรียมดำเนินการ ผู้ป่วยและญาติควรปรึกษาแพทย์ดังนี้

๑) ขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งฝึกทักษะในการดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหาร การให้ยา การบรรเทาอาการปวด

๒) ควรขอใบรับรองแพทย์บ่งชี้ถึงโรคเรื้อรังที่เป็นจากโรงพยาบาล

๓) ควรขอชื่อ เบอร์โทรศัพท์ผู้ที่ให้คำปรึกษาในการรักษาตัวที่บ้าน และการติดต่อกกรณีฉุกเฉิน

กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะของโรคที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกัน คือความเบื่อหน่ายต่อสภาวะของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ตั้งใจ เจ็บปวดทรมานจากอาการของโรค ทำให้เป็นทุกข์ หงุดหงิด เศร้าหมอง ฉะนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบและเป็นการชักจูงให้ผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้ การเลือกกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพร้อมและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลักและเหมาะสมกับปัจจัยด้าน อายุ เพศ ความสนใจ การรับรู้ ข้อจำกัดทางการรักษา ข้อจำกัดทางความเชื่อ ลัทธิ ศาสนา สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม กฎหมายเศรษฐกิจ และข้อจำกัดของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย และสิ่งสำคัญ คือ ต้องไม่ยึดยึดวิธีการความเชื่อของเราเป็นบรรทัดฐาน เรามีหน้าที่เพียงแนะนำและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมต่างๆ เช่น

- ดนตรีบำบัด ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ ระหว่างการฟังอาจร้องเพลงคลอไปด้วยหรืออาจชวนเพื่อนๆ ญาติๆ มาร้องเพลงร่วมกัน ก็จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สนุกสนาน ถ้าหากผู้ป่วยไม่มีเพลงที่ชอบเป็นพิเศษ อาจใช้ดนตรีบรรเลง ดนตรีคลาสสิก หรือดนตรีที่เป็นเสียงจากธรรมชาติ

- การนวดและสัมผัส การสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด หากเราสัมผัสมือหรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน การกอด อุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรักและความอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งได้คลาย เมื่อกกล้ามเนื้อคลาย ความเจ็บปวดจะบรรเทา เพียงแต่ต้องระวังไม่นวดบริเวณที่ปวด

- การทำนวดดิเรก งานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบต้องเป็นกิจกรรมที่ออกแรงไม่มากจะช่วยสร้างความเพลิดเพลิน เว้นจากการคิดฟุ้งซ่าน รวมทั้งการเปลี่ยนบรรยากาศ โดยการเดินเล่นในบริเวณบ้านก็เป็นการดี

- การทำงานศิลปะ การวาดรูป ระบายสี ปั้นดิน ทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน ทั้งยังได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมาด้วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ระหว่างการทำงานศิลปะอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ รับฟังทั้งปัญหา ข้อคิด ทั้งเรื่องศิลปะและเรื่องอื่นๆ ด้วยใจที่เปิดกว้าง

- การชมภาพยนตร์ เรื่องราวที่สนุกสนานและน่าสนใจในภาพยนตร์ สามารถช่วยหันเหความสนใจของผู้ป่วยจากความทรมานทางกาย หรือความทุกข์ทางใจบางอย่างได้ ภาพยนตร์ที่ชมควรสร้างความจรรโลงใจหรือมีเนื้อหาสนุกสนาน

- การอ่านและเขียนหนังสือ การอ่านจะช่วยหันเหความสนใจจากความเจ็บปวดไปได้บ้าง ขณะเดียวกันการเขียนช่วยถ่ายทอดและระบายความรู้สึกในใจออกมา ช่วยให้ผู้ป่วยปลดปล่อยความทุกข์บางอย่างได้ และอาจทำให้มองเห็นสิ่งต่างๆ ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยหลายคนได้ใช้เวลาช่วงป่วยเขียนถึงเรื่องราวชีวิตของตนเองจนเป็นที่รู้จัก

- การหัวเราะและอารมณ์ขัน หากไม่รู้ว่าจะสร้างอารมณ์ขันขึ้นได้อย่างไร อาจหาหนังสือตลกมาชมหรืออ่านหนังสือที่ตลกๆ นึกถึงหรือคุยเรื่องขำๆ หรือไม่ก็ลองหัวเราะเอาโทษเสียงจิ้งหะ นิ่งหัวเราะนาน ๕-๑๐ นาที ติดต่อกัน ร่างกายจะได้ขยับเป็นการบริหารอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อใบหน้า จิตใจจะโปร่งเบาจากสิ่งที่เครียดอยู่

- การออกกำลังกาย หากผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเบาๆ เช่น การทำโยคะ การรำยี่งอง การบริหารร่างกายที่ทำให้เกิดการยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย ทั้งนี้ ต้องพิจารณาการออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไป จนเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย

- การสวดมนต์ สวดอ้อนวอนถึงพระเจ้า หรือร้องเพลงสวด การสวดมนต์ช่วยให้ใจจดจ่อ กับสิ่งดีงามและยังช่วยให้เพลิดเพลินกับท่วงทำนองของบทสวด เราอาจเปิดเทปสวดมนต์ หรืออ่านพระคัมภีร์ เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกตามในใจ หรือหากผู้ป่วยยังสวดมนต์ได้และปรารถนาที่จะทำก็ชวนให้สวดมนต์ร่วมกัน สำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการสวดอาจแนะนำให้สวดบทสั้นๆ หรือเป็นบทๆ คำพูด ที่โน้มน้าวใจให้เข้าหาสิ่งที่ดีงาม

- การน้อมใจให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้ผูกพันกับความเชื่อหรือศาสนาใด สามารถน้อมให้ระลึกถึงความดีงามที่เคยทำมา หรือสิ่งดีๆ ที่ภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความสงบพร้อม อิ่มใจในความดีของตน^๔

ข้อสังเกตอาการผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต

ในช่วง ๑-๓ เดือน มักมีอาการทรงๆ หดๆ สลับกันไป และเมื่ออวัยวะในร่างกายค่อยๆ เสื่อม ผู้ป่วยมักมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ในช่วง ๒-๓ สัปดาห์ การสูบฉีดโลหิตน้อยลงทำให้มือเท้าเย็น ผิวหนังเปลี่ยนสี คือ มีสีคล้ำขึ้นเป็นจ้ำ หายใจเริ่มผิดปกติไม่เร็วขึ้นก็ช้าลง หรือหายใจขาดเป็นห้วงๆ มีเสมหะออกมาก กล้ามเนื้อหย่อนยานควบคุมไม่ได้รับรู้แฉะลง บางรายอาจเพ้อเรื่องที่อยู่ได้สำนึก รับประทานน้อยลงหรือรับประทานไม่ได้แม้ให้อาหารทางสายยาง อาหารจะไม่ย่อยและเหลือค้างในกระเพาะมากในช่วงวันท้ายๆ ของชีวิต จะมีอาการรับประทานและดื่มน้อยลง จึงไม่ควรเค้นยื้อให้รับประทานอาหารหรือให้น้ำเกลือ เพราะจะทำให้ทรมานมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย ง่วง ซึม

^๔ นิรชา อัครธีรากุล และคณะ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, (นนทบุรี : บริษัท พิมพ์ดีจำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๘-๑๐.

ดังนั้นไม่จำเป็นต้องให้การรักษาอะไร ปล่อยให้พักผ่อนให้เต็มที่ ไม่พยายามปลุกให้ตื่น ลดการรบกวนต่างๆ ควรเลือกวิธีการดูแลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เช่น การใช้ยาลดเสมหะดีกว่าใช้วิธีการดูดเสมหะเพราะทำให้ผู้ป่วยทรมาน เมื่อถึงช่วงนี้ความเจ็บปวดต่างๆ จะลดลง เพราะระบบประสาททำงานไม่ดี การรับรู้และความเจ็บปวดจะน้อยลงจนไม่รู้สึกรังเกียจ จึงอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดอีกต่อไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการปากและตาแห้ง ญาติอาจจะช่วยหยอดน้ำลงในปากหรือใช้ผ้าเปียกซับที่ริมฝีปาก ทาลิปมันหรือครีมรักษาความชุ่มชื้นที่ริมฝีปาก หยอดน้ำตาเทียมหากผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่สะดวก ไม่เป็นจังหวะ ควรช่วยจัดท่านอนให้ศีรษะสูง นอนตะแคง และเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อยๆ ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการให้คนอยู่ใกล้ ญาติจึงควรอยู่เป็นเพื่อนเสมอ บางครั้งผู้ป่วยอาจร้องไห้ มีอาการร้องคราง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ญาติก็ควรพูด

คุยปลอบโยน กอด หรือสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้คลายความทุกข์กังวลผู้ป่วยบางรายที่อาการทรุดมาตลอด เช่น หลับตลอดเวลาไม่มีการตอบสนองแล้วกลับมีอาการดีขึ้น เช่น รับประทานข้าวได้ พูดจาได้ ร่างกายดีขึ้นอย่างอัศจรรย์ ในช่วง ๑-๒ วัน ซึ่งคนโบราณบอกว่า เป็นพลังชีวิตเลือกสุดท้าย ครอบครัวอาจใช้โอกาสนี้ในการร่ำลา กัน หรือสวดมนต์ให้สติกันและกันข้อสังเกตอาการของผู้ป่วยก่อนตายนี้ เป็นสัญญาณให้ญาติได้เตรียมการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่พยายามเหนี่ยวรั้ง ยื้อชีวิต ด้วยการรักษาต่างๆ ที่จะไปกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ทรมาน จนผู้ป่วยไม่อาจตั้งสติให้อยู่ในความสงบนิ่งได้^{๑๐}

๒.๒.๓ การดูแลทางจิต อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์นั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมและความเข้มแข็งขึ้นภายในจิตใจ ดังนั้น วิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะดังกล่าว ซึ่งไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่รวมถึงญาติด้วย เพราะต้องตกอยู่ในภาวะเครียดกับการรักษาและความโศกเศร้าที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป

การเตรียมพร้อมของผู้ป่วย

แม้ว่าจะอยู่ในสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้โอกาสนี้ทำเรื่องต่างๆ ทั้งต่อตนเองและญาติ และสะสางเรื่องที่ค้างคาใจอยู่นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจกับภาวะของโรค วิธีการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือกับทีมผู้ดูแลและญาติในการรักษาพยาบาล เช่น การกินยา การปฏิบัติ ดูแลตนเอง ควรสังเกตอาการที่ประสบทางร่างกายและบอกอาการตามที่จริงแก่ญาติ หรือทีมผู้ดูแลโดยไม่ปิดบัง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด

การเตรียมพร้อมของญาติ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นงานหนัก บางครั้งญาติมักเครียดและเจ็บป่วยไป ด้วย ดังนั้นญาติจำเป็นต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถทำ หน้าที่สำคัญอันนี้ ญาติหลายคนมุ่งให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจนละเลยตนเอง เช่น นอนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ดี และขาดการออกกำลังกายจนร่างกายเสื่อมโทรม บาง ครั้งพลอยเจ็บป่วยไปด้วย อย่างไรก็ตาม ญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองไปพร้อมๆ กับ การดูแลผู้ป่วยไปด้วย ดังนี้

^{๑๐} เต็มศักดิ์ พึ่งรัตน์, สุขสุดท้ายที่ปลายทาง : เผชิญความตายอย่างสงบ, พิมพ์ครั้งที่ ๔ (กรุงเทพมหานคร : โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ, ๒๕๕๓), หน้า ๑๗๐-๑๗๖.

- การรับประทานอาหารและพักผ่อนให้พอเพียง รวมถึงออกกำลังกาย เช่น เมื่อผู้ป่วยบริหารร่างกายเล็กๆ น้อยๆ หรือสวดมนต์ ก็ทำได้ด้วยกัน เป็นต้น

- ดูแลความเครียด ควรหาโอกาสในการผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบ้างโดยไม่รู้สึกลบ บางครั้งญาติอาจรู้สึกเครียด เพราะอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ก็ขอให้เข้าใจว่า ทุกคนมีชะตากรรมเป็นของตนเองไม่สามารถห้ามได้

- ผลัดเวรกันดูแลช่วยกันแบ่งเบาภาระ สภาพชีวิตที่ทุกคนต่างมีภาระใน การหาเลี้ยงชีพ และหาเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บางครั้งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้หรือยกภาระการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติคนใดคนหนึ่งหรือจ้างผู้ดูแลส่วนตัว อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว และจมอยู่กับความทุกข์เพียงลำพัง ฉะนั้นการผลัดกันมาดูแลผู้ป่วย จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระที่ตกหนักอยู่ที่ญาติคนใดคนหนึ่งได้และทำให้คุณภาพชีวิตของทุกคนดีขึ้นได้มาก

- หาความรู้ในการดูแล การมีความรู้ในเรื่องโรค อาการของโรค วิธีการดูแล การบรรเทาอาการ เจ็บปวด จะช่วยลดความกลัวและความกังวลของญาติในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

๒.๓ แนวคิดเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เราจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย การเตรียมตัวรับรู้เตรียมที่จะเข้าใจความตายและไม่หวาดกลัวเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง กล้าเผชิญความจริงของชีวิตอย่างไม่ประมาท ไม่กลัว ไม่ทรมานทรมาย ทรมานสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ (peaceful death) หรือการตายอย่างสมศักดิ์ศรี พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความตายในแง่มุมต่างๆ ด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ที่จะพบได้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒.๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์

ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสูงส่งของมนุษย์ หากตั้งคำถามว่ามนุษย์รักและหวงแหนสิ่งใดมากที่สุด คำตอบคงไม่แตกต่างกันมากนัก นั่นคือ มนุษย์ทุกคนรักและหวงแหนชีวิตของตนเองมากที่สุด ตามแนวคิดของพระพุทธศาสนาแม้ว่าชีวิตจะเป็นสิ่งมีค่าแต่ก็มีสิ่งอื่นที่มีค่ายิ่งกว่าชีวิต นั่นคือ ธรรมะ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคนเพราะเป็นการทำความรู้จักตนเองและผู้อื่น

การตั้งคำถามว่า ชีวิตคืออะไร มีธรรมชาติอย่างไร องค์ประกอบของชีวิตมีอะไรบ้าง เป็นต้น เป็นการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับความจริงในชีวิตให้ตนเอง เป็นคำถามเชิงปรัชญาที่ต้องการคำอธิบายอย่างมีเหตุผลและเป็นเหตุผลเชิงวิเคราะห์หรือวิพากษ์ บางคนตลอดชีวิตไม่เคยที่จะถุ่คิด เกี่ยวกับปัญหาหรือคำถามเหล่านี้อย่างจริงจังและถูกต้องสมเหตุสมผล มีชีวิตอยู่อย่างประมาท เพราะฉะนั้นเมื่อดำเนินตามแนวทางแห่งความไม่ประมาท กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การมีสติสัมปชัญญะ มนุษย์แต่ละคนก็จะบรรลุถึงความจริงความดีความงามของชีวิตที่สมบูรณ์ได้ในที่สุดเพราะดำเนินชีวิต อย่างรู้ความจริงของความหมายชีวิตและวางแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายปลายทางตามความเป็นจริง

ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายและความสำคัญอย่างยิ่งต่อสรรพสิ่งโดยเฉพาะมนุษย์ หากมนุษย์มีความต้องการที่จะเข้าใจและรู้จักตนเองอย่างแท้จริงแล้ว มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถามปัญหาเกี่ยวกับตัวเองว่า ชีวิตคืออะไร ความหมายของชีวิตคืออะไร แม้ว่าจะเป็นคำถามทางปรัชญา ที่มีนัยสัมพันธ์ กับ

คำนิยามความหมายอยู่มากก็ตาม แต่การที่มนุษย์เราจะรู้จักชีวิตของตนเองที่ถูกต้องได้นั้น มนุษย์ต้องรู้จักตัวเองที่สอดคล้องกับความจริงแห่งชีวิต มนุษย์เราเกิดมาเบื้องต้นทีเดียว ก็เกิดมาพร้อมด้วยความไม่รู้ ความไร้เดียงสา ความไม่เข้าใจต่อสิ่งทั้งหลายไม่รู้จักโลกไม่รู้จักชีวิต ความไม่เข้าใจนี้อาจเรียกว่า อวิชชา เมื่อไม่รู้ไม่เข้าใจต่อสรรพสิ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งความจริงของชีวิตก็จะปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายและชีวิตไม่ถูกต้อง เมื่อปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายและชีวิตไม่ถูกต้องเพราะมีอวิชชา ก็จะเกิดความติดขัดเป็นปัญหาเป็นความทุกข์แล้วทำอย่างไรมนุษย์เราจึงจะเข้าใจความหมายของชีวิตที่ถูกต้องได้

๒.๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับความทุกข์

ความทุกข์ตามพุทธปรัชญา หมายถึง ภาวะที่บีบคั้นและสภาพที่แย้งต่อความสุขที่เกิดขึ้นกับสรรพสิ่งด้วยการยึดมั่นถือมั่นในขันธห้า สามารถแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือทุกข์ทางกายและทุกข์ทางใจ แสดงออกมา ๓ ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะทนได้ยาก มีลักษณะที่แปรปรวนตลอดเวลาไม่อยู่ในอำนาจที่จะควบคุมได้ มีลักษณะเป็นของปรุงแต่งและปรุงแต่งสิ่งอื่นพร้อมกันไปในตัว ด้วยเหตุนี้พุทธปรัชญาจึงมีลักษณะเป็นสังขนิมมไม่เป็นทุกขนิมม โดยที่มีสาเหตุ คืออวิชชาก่อให้เกิดการกำตณหา ภวตณหา วิภวตณหา พุทธปรัชญาจึงได้เสนอวิธีการดับทุกข์ไว้อย่างครอบคลุม คือเพื่อเข้าถึงโลกียสุข ได้แก่ ปัจจยัสส สัมปายะสส์ด้วยการควบคุมของศีล ซึ่งเกี่ยวเนื่องเพื่อเข้าถึงโลกุตระสุข ด้วยการปฏิบัติตามสมาธิ และปัญญา ซึ่งเป็นวิธีการดับทุกข์ทางใจ อันทำให้เกิดการปฏิบัติที่จะอยู่บนโลกได้อย่างมีความสุข เหนือทุกข์และสุข เข้าถึงบรมสุข นิรามิสสุข เพื่อตัดวงจรของสังสารวัฏ

ความทุกข์ หมายถึง ชีวิตที่มีแต่ความขาดแคลนหรือความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unsatisfied will) และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วยังมีความอยากตามมาอีก ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความทุกข์ ๒ ประเภทใหญ่ๆ คือ ความทุกข์ทางกายและความทุกข์ทางใจแสดงให้ทุกข์เกิดขึ้น ๓ ลักษณะ คือ ลักษณะที่ดิ้นรน ลักษณะเป็นความปรารถนาอันยังไม่สมหวัง ลักษณะเศร้าซึมและเบื่อหน่ายวิตกกังวล สิ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดทุกข์ต่างๆ มาจากเจตจำนง ความเห็นแก่ตัว และสมรรถภาพในการคิด เมื่อความทุกข์เกิดขึ้นย่อมไม่เป็นที่ปรารถนาของบุคคล จึงหาวิธีการปลดปล่อยเพื่อจะให้เกิดความสุขมาแทน โขเป็นเฮาเออร์จึงกล่าวว่า มี ๒ วิธี ได้แก่ วิธีการดับทุกข์ทางกาย คือการดื่มด่ำหรือการเข้าอยู่ในความงามของศิลปะและวิธีการดับทุกข์ทางใจ คือการสละความต้องการทางโลก เมื่อปฏิบัติตามก็จะเข้าถึงชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากความทุกข์ทางกายและความทุกข์ทางใจ อันเป็นการบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดอย่างแท้จริง

แนวคิดของทั้งสองทัศนะที่ต่างและคล้ายคลึงกัน อาจเกิดมาจากแหล่งที่มา หรือพื้นฐานทางความรู้ที่ต่างกัน โขเป็นเฮาเออร์เชื่อว่าความรู้เกิดทางประสาทสัมผัส (สุดมยปัญญา) กับความรู้ที่เกิดจากการคิด (จินตมยปัญญา) สองส่วนนี้เป็นแหล่งที่มาของความรู้ ท่านโขเป็นเฮาเออร์ ส่วนพุทธปรัชญาเกิดจากทั้งสองส่วนที่กล่าวมา และที่พิเศษอีกอย่าง คือความรู้ที่เกิดจากปัญญา (ภาวนามยปัญญา) เป็นความรู้ที่แท้จริงและเกิดจากการปฏิบัติ^{๑๑}

๒.๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

ศรี อรพินโท ในฐานะเป็นนักปรัชญาอินเดียร่วมสมัย ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นมหาโยคี ยุคใหม่และผู้นำทางจิตวิญญาณของอินเดียถูกจัดให้อยู่ในสำนักปรัชญาอไทวต เวทาคะ ตามความเห็นของ

^{๑๑} รุ่งนิภา เหลียง, “โขเป็นเฮาเออร์ข้อวิพากษ์แนวคิดแบบทุนนิยม”, ธรรมธารา วารสารวิชาการทางพระพุทธศาสนา, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ (ฉบับรวมที่ ๑๐, ๒๕๖๓): ๘๙.

เซนตราธาร ชาร์มา (Chandradhar Sharma) มีมโนทัศน์เรื่องความตายซึ่งได้รับอิทธิพลจากคัมภีร์อุปนิษัทและภควัทคีตา บนพื้นฐานสำคัญของแนวคิดความเป็นอมตะของอาตมัน มโนคติของความเป็นอมตะในฐานะเป็นคำสอนในอุปนิษัท ไม่ได้มีนัยบ่งถึงการดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องของปัจเจกชนหลังจากตายไปแล้ว หากแต่เป็นข้อเท็จจริงที่ว่าความจริงของอัตตา คือการไม่เกิดและการไม่ตายเที่ยงแท้ เป็นนิรันดร์และไม่สามารถทำลายได้แม้ร่างกายเสื่อมสลายแต่อาตมันยังดำรงอยู่ มีความสืบต่อในรูปที่ประณีต และเสาะแสวงหาร่างใหม่ต่อไป อัตตานี้ก็เป็นเช่นเดียวกับอาตมัน ดังนั้น ร่างกายจึงต้องเปลี่ยนไปทุกภพทุกชาติ เหมือนการสวมเสื้อผ้าใหม่ จนกว่าจะรู้แจ้งพรหมันในตัวเองว่าเป็นอุดมคติที่สูงสุดของชีวิต ศรี อรพินโท ให้ภาพความเข้าใจกว้างๆ ว่าชีวิตและความตายเชิงบูรณาการรวมกันเป็นหนึ่งเดียว

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ตรรกะหรือเหตุผลพื้นฐานของเขาก็คือ สิ่งหนึ่งที่เราไม่สามารถจะจินตนาการได้ว่ามันคืออะไร เมื่อเราไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ฟรอยด์เชื่อว่าในจิตใต้สำนึกของเรา พวกเราเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับความเป็นอมตะของตัวเอง ดังนั้น มัanyakมากที่เราจะเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับการตาย

แต่สิ่งที่น่าสนใจในทฤษฎีของฟรอยด์ ก็คือสิ่งที่เขาพูดถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ทุกๆ คนเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมและจัดการโดยชุดของความขัดแย้งทางสัญชาตญาณ ในท่ามกลางพวกเขาประกอบด้วยสิ่งที่เรียกว่า สัญชาตญาณความตายที่เป็นสากล หรือ Thanatos และหลักการของชีวิตหรือสัญชาตญาณ ที่เรียกว่า Eros

สัญชาตญาณทั้งสองแบบนี้ ถูกฝังอยู่ในตัวตนที่หยาบที่ฟรอยด์เรียกว่า Id ที่เป็นส่วนหนึ่งของจิตหรือวิญญาณ (Psyche) หรือสิ่งที่ละเอียดกว่าร่างกาย

นักปรัชญาทวินิยมหรือ Dualism อย่าง เรเน เดการ์ต (Rene Decart) ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและวิญญาณ ในแง่ที่เป็นเรื่องของเจตจำนง ความตั้งใจและความคิด ในปฏิกิริยาหรือความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างร่างกายและวิญญาณในแง่ของประสาทสัมผัสอารมณ์และค้นหา วิญญาณก็มีผลกระทบต่อร่างกาย ในระดับของการเคลื่อนไหว จิตที่คิดได้มีความเป็นอิสระ มั่นคงและมีอำนาจ ดังคำกล่าวที่ว่า เมื่อฉันคิดจึงมีตัวฉัน I Think Therefore I am ซึ่งเท่ากับเป็นการประกาศว่าจิตที่สมบูรณ์ของพระเจ้าไม่ได้มีอยู่จริง แต่พระเจ้าได้ตายแล้ว ที่นักปรัชญาอย่าง เฟรเดริก นิชเช่ ได้กล่าวไว้

คุณูปการในการแยกระหว่างร่างกายกับจิตใจ ก็คือ การตื่นตัวที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับจิต และความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ ที่ส่งผลให้เกิดการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์จึงเปรียบเสมือนกับเป็นเครื่องจักรกลสมัยใหม่ ที่สามารถถอดชิ้นส่วนหรือชำแหละหาสาเหตุอาการของการเจ็บป่วย รวมถึงการซ่อมแซมฟื้นฟูให้กลับสู่สภาวะปกติได้ ดังปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการเปลี่ยนถ่าย หรือปลูกอวัยวะเหมือนกับชิ้นส่วนของรถยนต์ที่มีความเสียหายก็ต้องนำอะไหล่ชิ้นใหม่เข้ามาเปลี่ยนแทนเป็นต้น^{๑๒}

^{๑๒} พระมหาหมณวินทร์ ปุริสุตโตโม, “วิเคราะห์แนวคิดและปรัชญาของศรีอโรพินโทและสวามี วิเวกานันทะ”, วารสารพุทธมคค์ ศูนย์วิจัยธรรมศึกษา สำนักเรียนวัดอาวสุวิกลิตาราม, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๑): ๓-๔.

๒.๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำว่า “สุขภาพ” มาจากภาษาอังกฤษ “health” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “health” มีความหมาย ๓ ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด จึงให้ความหมายของ health ว่าความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามในระยะต่อมานักวิชาการทั้งหลายรวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งความหมายของสุขภาพที่ต่างกันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาพแตกต่างกันได้

สุขภาพตามทฤษฎีองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึง คือ สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขและมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้อธิบายถึงสุขภาพ ว่าเป็น สภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ระดับของประสิทธิภาพการทำงานหรือเชิงเมตาบอลิกของสิ่งมีชีวิตสำหรับมนุษย์นั้นโดยทั่วไปและตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สภาวะอันสมบูรณ์ของภาวะทางกาย จิต จิตวิญญาณและสังคมของบุคคลอันมิได้หมายถึงความปราศจากโรคหรือความบกพร่องเพียงอย่างเดียวแต่นิยามนี้จะเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์โดยเฉพาะในประเด็นของความไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนหรือประเด็นปัญหาที่ตามมาจากการใช้คำว่า “สมบูรณ์” ก็ตามแต่ก็ยังเป็นนิยามที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดระบบจำแนกประเภทต่างๆ เช่น Family of International Classifications ขององค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วย International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) และ International Classification of Diseases (ICD) เป็นเกณฑ์ที่เป็นที่นิยมใช้มากที่สุดในการนิยามและวัดองค์ประกอบของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ดังนั้น “สุขภาพ” จึงหมายถึง “การมีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บในทุกส่วนของร่างกาย มีสุขภาพจิตดีและสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้มีสุขภาพดีถือว่าเป็นกำไรของชีวิตเพราะทำให้ผู้เป็นเจ้าของชีวิตดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขได้” นั่นเอง^{๓๓}

สมิธ (Smith) ได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่ามี ๓ แนวคิด คือ

๑) แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinica model) ในแนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับ สุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรคหรือปราศจากความพิการต่างๆ ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึง การมีอาการและอาการแสดงหรือมีความพิการเกิดขึ้น ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ ถือว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุดและเน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ทางด้านสรีรภาพ ถ้าใช้ความหมายของสุขภาพดังกล่าวเป็นเป้าหมายจะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือรอให้ประชาชน

^{๓๓} กระทรวงสาธารณสุข, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, (นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ๒๕๕๐), หน้า ๓-๕.

เกิดอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการเท่านั้น ซึ่งทำให้การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค เกิดได้น้อยมากและไม่มีแนวทางในการปฏิบัติ แพทย์จะมีบทบาทเด่นในระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และประชาชนจะมีบทบาทน้อยมาก เพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

๒) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมาย ของสุขภาพ ในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคมเป็นหลัก คำว่า สุขภาพ จึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่างๆ ได้ เช่น หยุดงาน นอนพัก เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือไม่เพียงแต่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย และยังคงเน้นการรักษาเสถียรภาพแต่เป็นเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางด้านสุขภาพที่แคบและนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับเช่นกัน

๓) แนวคิดทางด้านการปรับตัว (Adaptation model) ความหมายของสุขภาพในแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากดูบอส (Dubos) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่น ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม^{๓๔}

๒.๔ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

วิธีการดูแลได้ตามความต้องการสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใน ๒ รูปแบบ คือ

๑) การจัดทำเอกสารทางกฎหมายเพื่อแสดงเจตนาของตนเองที่ไม่ต้องการรับการ รักษาเมื่อเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย (หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย)

๒) การมอบหมายให้บุคคลใกล้ชิดมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการดูแลทางการแพทย์ ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยความปรารถนาครั้งสุดท้าย

สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้ำใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ ความปรารถนาหรือความใฝ่ฝันที่ค้ำใจเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกมาตรงๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้นญาติจึงต้องเอาใจใส่สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ

ปัจจุบันคนไทยมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิต่างๆ มากขึ้น นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึงรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้ระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งได้รวมสิทธิ ในการตัดสินใจด้วยตนเอง

^{๓๔} ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ, “ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช”, รายงานการวิจัย (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๗), หน้า ๖-๗.

ไว้ด้วย โดยประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ที่คุ้มครองการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ภายใต้การให้คำปรึกษาของแพทย์เกี่ยวกับ อาการของโรคและวิธีการรักษา และเมื่อผู้ป่วยต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถปรึกษาผู้ดูแล

๒.๔.๑ รูปแบบการดูแลทางการแพทย์การพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบางประเทศ เช่น ไต้หวัน โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธรธอจี จัดบรรยากาศเหมือน เป็นที่บ้าน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มนี้จะได้รับการดูแล แบบประคับประคอง เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้มีการ ตัดสินใจยุติการรักษาโดยไม่เลือกหนทางทางการแพทย์ การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจ และจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาล ที่สรุปได้ว่า เป็นกฎหมายที่ผู้ป่วยแสดงเจตนา ไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข เมื่อทีมการรักษาปฏิบัติตามประสงค์ของผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ การประเมินผลนั้น ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการ ดูแลผู้ป่วย ได้เสนอแนวปฏิบัติ^{๑๔} ดังนี้

๑) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความเจ็บป่วย ความตาย พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี รับฟังด้วยท่าทีที่สงบ

๒) การบอกข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ โดยอธิบายให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจในการวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรคแผนการรักษา ตลอดจนข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาต่างๆ ก็จะทำให้ตรงจุดมากขึ้น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลจะได้หมดไป

๓) จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุย ระบายความรู้สึกออกมา

๔) ให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิตและศักดิ์ศรีของตนเอง พยาบาลและญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของผู้ป่วย มีความหมายและมีค่าแม้จะมีเวลาน้อยแล้วก็ตาม ช่วงใกล้ตายควรมีบุคคล อย่างน้อยสักคนหนึ่งอยู่ใกล้ เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกหรือสื่อสารด้วย พยาบาลต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยเป็น บุคคลหนึ่ง เหมือนเราต้องการความสุข การยอมรับนับถือ การใช้วาจาที่สุภาพนุ่มนวลต่อผู้ป่วยให้เขาได้ รับรู้ ไม่ควรท่างเห็นผู้ป่วย แนะนำให้ญาติหรือเพื่อนฝูงที่ผู้ป่วยรักใคร่ไว้วางใจผลัดเปลี่ยนกันมา เยี่ยมเยียน แสดงความรักใคร่ห่วงใยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น

๕) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัวเจ็บปวดหรือว่าเหวี่ยงผู้เดียว พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต

๖) การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดจาก อาการของโรค พยาบาลจะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและประเมินระดับความปวด (pain score) เพื่อการให้ยาที่มีประสิทธิภาพและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

^{๑๔} ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, [ออนไลน์], แหล่งที่มา:

<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/index.html> [๒๐ มกราคม ๒๕๖๗]

๗) ผู้ป่วยบางรายต้องการวางแผนชีวิตบั้นปลายเกี่ยวกับธุรกิจส่วนตัว เช่น การทำพินัยกรรม การวางแผน อนาคตของบุคคลในครอบครัว พยาบาลควรช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรม

๘) ความเชื่อ ศาสนาและปรัชญาชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความตายของผู้ป่วย พยาบาลจะได้ประเมินถึงสิ่งเหล่านี้จากผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา พยาบาลควรมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ทั้งกายจิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนาเพื่อนำไปสู่สุคติ เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้จะตาย โสทประสาธ และจักขุประสาธยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญในระยะนี้ คือ การนำทางจิต วิญญาณ (spiritual guidance) เนื่องจากพยาบาลเป็นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำกับญาติ รวมทั้งอาจมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒.๔.๒ กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ^{๑๖} ไว้ว่า มีวิธีการคือ

๑) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มและที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกาย อย่างระมัดระวังและให้เป็นไปในทางกุศล

๒) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

๓) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิ ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

๔) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการดูแลรักษาจากแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติ เข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ได้

การสร้างสมาธิ การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น

การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวาย สังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกข์คนยาก

การถือศีลกินเจ (ในกรณีที่ส่งผลกระทบท่ออาการของโรคของผู้ป่วย)

การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง

การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ

^{๑๖} สุวรรณ แนวจำปา, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”, *ดุษฎีนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต* (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๗๑.

การทำสมาธิด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก การจดจ่อกับ
ท้องที่พองและยุบ ทุกครั้งที่หายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น
การกะพริบตา ขยับมือ

การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่
ลูกหลาน ญาติมิตร และเพื่อนร่วมงาน

การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติจะนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์
บทโพชฌงค์และทำการชักบังสุกุลเป็น พร้อมทั้งทำบุญปล่อยนกปล่อยปลาหรือไปซื้อสัตว์เป็นๆ เช่น
ไก่ หมู วัว ควาย ที่กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก

แต่ไม่ว่าจะทำพิธีต่ออายุหรือพยายามรักษาอย่างไรก็ตาม เมื่อถึงวาระสุดท้าย ใกล้
หมดลมหายใจ ญาติควรจัดเตรียมกรวยดอกไม้ ธูปเทียน นำมาใส่มือให้ผู้ป่วยที่พนมไว้ และทำการ
บอกหนทาง คือบอกหรือกระซิบข้างหูว่า ให้ระลึกถึงพระอรหันต์ หรือภาวนา อรหังสัมมาฯ เป็นต้น

๒.๕ ข้อมูลพื้นที่วิจัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุราษฎร์ธานีเป็นเมืองเก่าแก่เมืองหนึ่งของภาคใต้ตอนบน เมื่อครั้งพระบาทสมเด็จพระมงกุฎ
เกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จประพาสเมืองไชยา ซึ่งตั้งตัวเมืองที่ตำบลบ้านดอน (เมืองไชยาเก่าคืออำเภอไชยา
ปัจจุบัน) และพระราชทานนามเมืองว่า “สุราษฎร์ธานี” แปลว่า เมืองคนดี และทรงเปลี่ยนชื่อแม่น้ำ
หลวงที่เกิดจากภูเขาหลวง เทือกเขานครศรีธรรมราช เป็นแม่น้ำตาปี ชื่อเมืองและแม่น้ำดังกล่าวนี้
สอดคล้องกับเมืองสุราษฎร์ หรือเมืองสุหรัถ ซึ่งตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำตาปีหรือตาปิตประเทศอินเดีย แม่น้ำตาปิต
ตั้งต้นจากภูเขาสัตตปุระ ไหลสู่มหาสมุทรอินเดียทางอ่าวแคมเบย์ ฝั่งซ้ายของปากแม่น้ำนี้ คือ เมืองสุราษฎร์

เมื่อครั้งมีการปกครองแบบเทศาภิบาล เมืองไชยาหรือสุราษฎร์ธานียุคนั้นขึ้นกับมณฑล
ชุมพร โดยรวมเมืองไชยา เมืองกาญจนดิษฐ์ เมืองหลังสวนเป็นเขตเดียวกัน ต่อมาโปรดเกล้าฯ ให้ย้าย
ที่ว่าการมณฑลไปตั้งที่ตำบลบ้านดอน บริเวณเดียวกับศาลากลางเมืองไชยา และเปลี่ยนชื่อมณฑลชุมพร
เป็นมณฑลสุราษฎร์ธานี พร้อมกับเปลี่ยนชื่อเมืองไชยาที่บ้านดอน เป็นเมืองสุราษฎร์ธานี

ตำบลที่ตั้งตัวเมืองสุราษฎร์ธานี ชาวบ้านมักเรียกบ้านดอนแทนสุราษฎร์ธานี เช่นเดียวกับ
ชาวตรังเรียกทับเที่ยงแทนเมืองตรัง ชาวสงขลาเรียกบ่อยางแทนเมืองสงขลา บ้านดอนมีพื้นที่เป็นดินดอน
น้ำไม่ท่วม เหมาะแก่การตั้งถิ่นฐาน เล่ากันว่ามิชชันนารีชาวอเมริกัน และชาวสวนตั้งบ้านเรือนอยู่อาศัยมา
ตั้งแต่สมัยต้นรัตนโกสินทร์

ไชยา เป็นเมืองโบราณตั้งแต่ยุคศรีวิชัยเรืองอำนาจ ช่วงนั้นพุทธศาสนาเถรวาทเผยแผ่
มาจากอินเดีย หลักฐานสำคัญ คือพระบรมธาตุเจดีย์ทรงศรีวิชัย พระโพธิสัตว์อวโลกิเตศวรสำริด และ
จารึกวัดเวียงไชยา เนื้อหากล่าวสรรเสริญพระเจ้ากรุงศรีวิชัยหรือศรีวิชัยนันทราช

ตราประจำจังหวัดสุราษฎร์ธานี นำพระเจดีย์ศรีวิชัยที่วัดพระบรมธาตุไชยาเป็นสัญลักษณ์
ซึ่งสร้างขึ้นในสมัยศรีวิชัย พ.ศ. ๑๓๐๐-๑๕๐๐

ช่วงรัชกาลที่ ๑ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พม่ายกทัพมาตีหัวเมืองภาคใต้ ไชยาถูกพม่าทำลาย
เสียหาย จึงย้ายตัวเมืองไปตั้งใหม่ที่ตำบลพุมเรียง (ชื่อต้นไม้ ขำมะเลียง ก็เรียก) เมื่อมีการปกครองแบบ
เทศาภิบาล ไชยาขึ้นกับมณฑลชุมพร และยกตำบลพุมเรียงขึ้นเป็นอำเภอ โดยไชยาให้คงชื่อเมืองไว้

เพราะเป็นเมืองประวัติศาสตร์ ส่วนเมืองไชยาใหม่ที่บ้านดอนได้รับพระราชทานนามว่า “สุราษฎร์ธานี” เมืองไชยาเก่าที่พุ่มเรียงภายหลังย้ายกลับไปตั้งที่ตำบลทุ่ง ต่อมาเปลี่ยนเป็นอำเภอไชยาจนทุกวันนี้

อำเภอไชยามีชื่อเสียงหลายด้าน เช่น มีท่านพุทธทาสภิกขุ หรือพระธรรมโกศาจารย์ (เงื่อม อินทปญโญ) สอนโมกขพลาราม ผ้าทอพุ่มเรียง ไช้เค็มไชยา และมวยไชยา สมัยรัชกาลที่ ๕ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ปรากฏนักมวยไชยาชื่อ ปลอง จำนงทอง ลูกศิษย์พระยาไชยา (จำ ศรียาภัย) ได้รับการโปรดเกล้าฯ ยกย่องเป็น “หมื่นมวยมีชื่อ” พร้อมๆ กับนักมวยลพบุรีผู้หนึ่งเป็น “หมื่นมือแม่นหมัด” และแดง ไทยประเสริฐ ขวานครราชสีมา เป็น “หมื่นซัดเชิงชก” นักมวยทั้งสามนี้ไม่ต้องเสียส่วยสาอากร และเมื่อมีโทษผิดจะให้การกรมการเมืองลดหย่อนผ่อนโทษตามสมควร ด้วยความมีชื่อเสียงของมวยไชยา จึงมีผู้กล่าวเป็นสำนวนว่า “มวยไชยา เพลงนาชุมพร” เพลงนาเป็นการร้องรำประจำถิ่นชาวชุมพร

คำว่าไชยามาจาก ๒ พยางค์สุดท้ายของคำว่า “ศรีวิชัย” ซึ่งชาวใต้มักตัดคำให้สั้นลง คำว่าศรีวิชัยปรากฏเป็นนามกษัตริย์และนามเมือง รวมทั้งยังปรากฏเป็นนามภูเขาศรีวิชัย เขตอำเภอพนมพินเคยอยู่ในเขตเมืองไชยา รวมทั้งศรีวิชัยยังปรากฏในบันทึกของพระภิกษุจีนชื่ออี้จิง ซึ่งเดินทางผ่านไชยาไปอินเดียเมื่อ พ.ศ. ๑๒๑๔ โดยเรียกเมืองนี้ว่า ชิ-ลิ-โพ-ชิ ซึ่ง เสียงใกล้เคียงกับ ศิ-ริ-วิ-ชยะ

กาญจนดิษฐ์ เดิมเรียกเมืองท่าทอง เมืองท่าทองเก่าตั้งอยู่ตอนบนของแม่น้ำท่าทอง เมืองกาญจนดิษฐ์เดิมเรียกว่า ท่าทองอุเทหรืออุแท ซึ่งมาจากภาษาบาลีว่าอุทัย หมายถึงการขึ้นหรือความเจริญบริเวณ คลองกระแตะ (กระแตะเป็นชื่อพันธุ์ไม้ชนิดหนึ่ง) เมืองท่าทองเก่าอยู่ไม่ไกลจากนครศรีธรรมราช บางท่านว่าเมืองท่าทอง คือเมืองสะอูเลา เป็นเมืองหนึ่งของเมืองสิบสองนักษัตร ถือตราไก่ ขึ้นกับนครศรีธรรมราช

เมืองท่าทองใหม่อยู่ริมฝั่งขวาปากแม่น้ำท่าทอง บริเวณนั้นมีต้นสะท้อนมาก จึงมีชื่อว่าบ้านสะท้อน ต่อมาเมื่อครบครว้นายมากและครอบครัวชาวนครศรีธรรมราชอพยพมาตั้งหลักปักฐานจนกลายเป็นชุมชนใหญ่และมีความมั่งคั่งฐานะดี เจ้าเมืองนครศรีธรรมราชจึงยกฐานะบ้านสะท้อนเป็นเมือง จัดว่าเรียกว่า เมืองท่าทอง

สมัยรัชกาลที่ ๔ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ โปรดเกล้าฯ ย้ายเมืองท่าทองไปตั้งที่บ้านดอน เพราะเห็นเป็นทำเลเหมาะสม ตั้งชุมชนใหญ่ และพระราชทานนามว่า “กาญจนดิษฐ์” เมื่อมีการปกครองแบบเทศาภิบาล กาญจนดิษฐ์เป็นเมืองหนึ่งของมณฑลชุมพร ต่อมาเมืองกาญจนดิษฐ์และเมืองไชยารวมเป็นเมืองเดียวกัน เรียกว่า เมืองไชยา ชื่อเมืองกาญจนดิษฐ์จึงหายไปโดยปริยาย สมัยรัชกาลที่ ๕ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ปรากฏว่าเมืองกาญจนดิษฐ์ย้ายกลับไปตั้งที่ตัวเมืองเดิม มีฐานะเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานีมาจนทุกวันนี้

ท่าฉาง เดิมเป็นเพียงตำบลขึ้นกับเมืองไชยา ก่อนนี้เรียกว่าบ้านโหละหรือบ้านโละ สมัยนั้นชาวบ้านถ้ามาหรือไปท่าฉาง มักบอกว่ามาจากโหละหรือไปบ้านโหละ คำว่าโหละหรือโละน่าจะมาจากภาษามลายูว่า ตาโละ (telok) หมายถึง ปากอ่าว และโหละอาจมาจากภาษาถิ่นใต้หมายถึง การจับปลาวิธีหนึ่งโดยวิธีสองไฟ แล้วใช้สุ่มจับเรียกว่า โหละปลา หรือโละปลา

ทำไมจึงเรียกว่าท่าฉาง เพราะชาวบ้านส่วนมากทำนาต้องเสียค่าส่วยหรือค่าอากรเป็นข้าวเปลือกจำนวนมาก ดังนั้น ตามริมคลองหรือทำเทียบเรือจึงมีการสร้างฉางข้าวเพื่อสะดวกต่อการลำเลียงข้าวเปลือกบรรทุกเรือล่องไปตามลำน้ำ เลยเรียกท่าฉางมาตั้งแต่บัดนั้น พ.ศ. ๒๔๘๑ กระทรวงมหาดไทยยกท่าฉางขึ้น เป็นอำเภอหนึ่งของสุราษฎร์ธานี

เกาะสมุย ชื่ออำเภอนี้ชาวบ้านเรียกว่า “เกาะหมุย” ออกเสียงเป็น หมุย คือ หมู ควบกัน หมายถึง ต้นหมุย เป็นไม้ยืนต้นชนิดหนึ่งที่ขึ้นอยู่บริเวณนั้น หมุยมี ๒ ชนิด คือ ชนิดมียอดกลมเจือหอมใช้เป็นผักจิ้มน้ำพริกได้ เรียกหมุยหอม อีกชนิดหนึ่งรสขม เรียกหมุยขม

คำมลายูมีคำออกเสียงใกล้เคียงกับสมุยคือ เซมักซามุน (semak samun) หมายถึง ป่าละเมาะ พวกมลายูแล่นเรือมาถึงเกาะนี้คงเห็นป่าละเมาะอะไรๆ และอีกคำหนึ่งคือซามู (Samu) หมายถึง พืชชนิดหนึ่ง

บ้างว่าชาวจีนไหหลำแล่นเรือมาถึงเกาะสมุยและแวะพักเป็นแห่งแรก ที่แห่งแรกหรือด่านแรกชาวจีนไหหลำออกเสียงว่า “เซ่าบ่วย” ซึ่งต่อมากลายเสียงเป็นสมุย ภาษาจีนเช่นเดียวกันนี้ยังบอกที่มาต่างกัน อีก คือมาจากคำว่า “ซามุย” นั่นคือซาแปลว่า สาม มุยแปลว่า ประตู รวมความแล้วหมายถึง ประตูที่สาม คือประตูลำพวน เกาะสมุยคือสวรรค์นั่นเอง บ้างว่าสมุยเป็นภาษาของชาวโจฬะหรือหมิงจากถิ่นอินเดียดู ซึ่งหมายถึง คลื่นลม

อำเภอเกาะสมุยเดิมขึ้นกับนครศรีธรรมราช ต่อมารวมเขตการปกครองเกาะสมุยและเกาะพะงันเข้าด้วยกัน เป็นอำเภอเกาะสมุยขึ้นกับเมืองไชยา ภายหลังเกาะสมุยและเกาะพะงันต่างแยกกันเป็นอำเภอ ขึ้นกับสุราษฎร์ธานี

ชื่อหมู่บ้านบนเกาะสมุยมักเกี่ยวข้องกับนิทานเรื่องพญาคูขี้หอม โดยต่างต่อสู้กันถึง ๗ วัน ๗ คืน ปรากฏว่า พญานาคโดนเขี้ยวเล็บพญาคูขี้หอมมีบาดแผลฉกรรจ์ พญานาคจึงดำดิ่งหนี พญาคูขี้หอมพยายามบิร่อนหาคู่ต่อสู้ ชื่อภูเขาแห่งนั้นจึงเรียกว่า “เขาร่อน” พญานาคไปโผล่ที่บริเวณ “ภูเขาสามรูป” ซึ่งเป็นภูเขาเล็กๆ ริมทะเล ตรงนั้นเป็นที่ลุ่มลึก พญานาคจึงอาศัยแอบซ่อนตนและต้มยารักษาบาดแผล ที่วางหม้อยาบนก้นเสา เป็นชื่อ “ภูเขาสามเสา” ต่อมาพญาคูขี้หอมมาพบพญานาคกำลังต้มยา แต่พญานาคหลบฉากทันที มันรีบเก็บหม้อยาและดำดิ่งหนีไปซ่อนกายที่บ้าน “เกาะรา” หมายถึง พญานาคคิดเลิกราไม่ต่อสู้กับศัตรูอีกแล้ว

แต่พญาคูขี้หอมยังคงติดตามและไปพบพญานาคที่บ้านเกาะรา มันตรงเข้าจับคู่ต่อสู้ พญานาคดำดิ่งหนีไปโผล่อีกที่บ้าน “บ่อผุด” และมันพยายามใช้ยาทาบาดแผล จึงเรียกที่ตรงนั้นว่า “บ้านพุททา” พญาคูขี้หอมติดตามพญานาคตลอดคืน จนฟ้าสว่างมองเห็นหมู่บ้านแห่งนั้นจึงเรียก “บ้านเหว” ซึ่งมาจากแจ้งเหว ภาษาถิ่นเกาะสมุยหมายถึง สว่างชัดเจน (แจ้ง ภาษาเขมรว่า แฉ่ง อ่านว่าชะเวง หมายถึง ไส้สะอืด) พญาคูขี้หอมเห็นพญานาคโผล่หัวออกมา หัวนาคมีหงอนสีแดงเป็นหัวจุก ชาวบ้านเรียกภูเขานั้นว่า “เขาหัวจุก” จากนั้นพญานาคดำดิ่งไปไกลมากจนพ้นศรัทธาตามล่า

ชื่อบ้านนามเมืองบนเกาะสมุยมีหลายชื่อที่น่าสนใจ เช่น “หน้าทอน” ซึ่งอยู่ด้านหน้าเกาะหรือด้านทิศตะวันตกของเกาะ คำว่า ทอน หมายถึง บริเวณลุ่มลึกต่อกับทางน้ำไหล ตรงหน้าทอนมักเป็นแอ่งน้ำลึก เหมาะสำหรับจอดเรือและชื่อนี้จะมาจากภาษามลายู เช่น อ่าวละมัย อาจมาจาก ลัมบาย (lambai) หมายถึง โบกมือไปมาเหมือนกระแสน้ำพลิกพลิ้วดังมือแกว่งไกว หรือมาจากชื่อปลาและพืชชนิดหนึ่ง ตาบลมะเร็ตน่าจะมาจากมะริด หรือเมอริจา หมายถึง พริกไทยขาว ตาบลิปะน้อย ลิปะ หมายถึง มุมหนึ่งมุมใด (ริมทะเลซึ่งเป็นที่ตั้งหมู่บ้าน) บ้างว่าลิปะน้อยมาจากคำไทย หมายถึง ป่าน้อย แล้วเพิ่มคำหน้าเป็นลิปะน้อย

เกาะพะงัน ชาวบ้านเรียก “เกาะงัน” ทางการเขียนเป็น พงัน มาก่อน ต่อมา เขียนเป็น พะงัน ดูแล้วชวนงงงัน คำว่า “งัน” นั้นหมายถึง เนินทรายเตี้ย ๆ หรือเนินหินโสโครกที่ทอดยาวเลยฝั่งน้ำ

ออกไปทางทะเล ก่อนน้ำจะลตมมองเห็นทางยาวเหนือน้ำ ชาวบ้านเรียก “หลังงัน” ระดับน้ำใกล้ๆ หลังงัน ลึกมาก เรียกบริเวณนั้นว่า “ปึก” และมักมีคำเตือนว่าระวังจะตกลงไปในปึก ดังกลอนชาวบ้านวรรคหนึ่ง ว่า “หลวงตาตกปึกเทียมกลางขา” (เทียม = สูงเท่ากัน)

คำมลายูมีคำออกเสียงใกล้เคียงกับพะงัน คือคำว่า ปังซัล (panggal) หมายถึง ลานตากปลา ทางทิศเหนือเกาะพะงันมีอ่าวและหมู่บ้านโนลกหล่า ซึ่งน่าจะมาจากคำมลายูว่า ตาโละดาลัม แปลว่า อ่าวลึก (ตาโละ = อ่าว, ดาลัม = ลึก)

สมัยรัชกาลที่ ๕ แห่งกรุงรัตน โกสินทร์ เกาะพะงันรวมกับเกาะสมุยเรียกว่า อำเภอกะสมุย เกาะพะงันเป็นเพียงตำบลหนึ่ง ต่อมาเมื่อการปกครองแบ่งเป็นจังหวัด-อำเภอ ทางราชการฐานะเกาะพะงันขึ้นเป็นอำเภอ

พุนพิน มีการสันนิษฐานชื่อนี้ตรงกับเมืองพาน-พาน หรือพัน-พัน ในจดหมายเหตุจีนกล่าวว่า เป็นเมืองท่าเรือ ค้าขายทางทะเลระหว่างพุทธศตวรรษที่ ๑๐-๑๖ ชาวบ้านเรียกพุนพินว่า “ท่าข้าม” เพราะเป็นท่าเรือข้ามแม่น้ำตาปีมาตั้งแต่อดีต และเป็นเส้นทางเดินทัพที่สำคัญมาตั้งแต่โบราณเพื่อข้ามแม่น้ำดังกล่าว สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวมีการตั้งที่ว่าการอำเภอที่บ้านพุนพิน เมื่อเริ่มรถไฟสายใต้จึงมีการสร้าง “สะพานจุลจอมเกล้าฯ” เพื่อข้ามแม่น้ำตาปี และจัดตั้ง “สถานีรถไฟสุราษฎร์ธานี” ที่ตำบลท่าข้าม ต่อมาเปลี่ยนชื่ออำเภอพุนพินเป็นอำเภอท่าข้ามตามชื่อตำบลที่ตั้งอำเภอ ภายหลังเปลี่ยนกลับไปเรียก “อำเภอพุนพิน” ตามเดิม

ศรีรัฐนิคม เดิมขึ้นกับเวียงสระ เรียกเมืองธาราวดีบ้าง คงคาดีบ้าง ชื่อศรีรัฐนิคมตั้งขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับภูมิประเทศที่รายล้อมด้วยภูเขา เดิมตั้งอยู่ที่ “บ้านน้ำรอบ” ขึ้นกับเมืองตะกั่วป่า เมื่อมีการปกครองแบบมณฑลเทศาภิบาล จึงโอนศรีรัฐนิคมไปขึ้นกับเมืองไชยา ต่อมาเปลี่ยนชื่อศรีรัฐนิคมเป็นอำเภอท่าขนอน (ขนอนภาษาเขมรแปลว่าภาษี) เพื่อให้ตรงกับชื่อตำบลที่ตั้งอำเภอ ซึ่งเป็นชื่อด่านเก็บภาษีสินค้า ภายหลังชื่ออำเภอนี้กลับมาเรียกว่าศรีรัฐนิคมอีกครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับภูมิประเทศดังกล่าว

ศรีรัฐนิคมมีลำน้ำสำคัญสองสายคือ คลองพุมดวง (พุมดวงเป็นภาษาเขมรหมายถึงมะพร้าว) และคลองยัน (ภาษาถิ่นใต้หมายถึงมินเมา เนื่องจากกินหมากพลู) เล่ากันว่า คลองยันคือเมืองเศรษฐีโลกัน ในนิทานพื้นบ้านของสุราษฎร์ธานี ซึ่งเค้าโครงเรื่องมาจากวรรณคดีชาดก ตัวเอกชื่อ พระวรวงศ์ และพระเชษฐาชื่อ สุริยามาศ ต่างถูกใส่ร้ายจาก นางกาไว พระมารดาเลี้ยง และพระบิดาถูกเสน่ห์เวทมนตร์ของนางกาไวถึงกับขับไล่พระโอรสทั้งสองออกจากเมือง จากนั้นเล่าถึงการผจญภัยของพระวรวงศ์และพระเชษฐาทำนองนิทานจักรๆ วงศ์ๆ ทั้งหลาย ชื่อบ้านนามเมืองในนิทานนอกจากเมืองเศรษฐีโลกันดังกล่าวแล้ว ยังมีเมืองมุสสาชื่อ เมืองไชยาอีกด้วย

ชาวสุราษฎร์ธานีและชาวภาคใต้ในอดีตมักจดจำเพลงกล่อมเด็ก หรือเพลงชาน้องซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับพระวรวงศ์หลายบท เช่น

“วรวงศ์เหอ พ่อหน่อวรวงศ์ ถอดแหวนออกทิ้งลง หน่อวรวงศ์องค์ราชา พ่อแม่ยอมยกลูก ให้ท่านทำมุสสา วรวงศ์องค์ราชา หน้าตาเหมือนงวงเดือน”

เวียงสระ เป็นเมืองเก่ามีร่องรอยคูเมืองและสระน้ำขนาดใหญ่ ๒ สระ สันนิษฐานว่า เมืองนี้มีสระน้ำเป็นสัญลักษณ์ เล่ากันว่า เมืองเวียงสระเกิดโรคห่า (อหิวาตกโรค) หรือไข้ยมน (ต้องบนบานพระยมเพื่อขอชีวิตให้อยู่รอด) ปรากฏว่า ผู้คนล้มตายเป็นอันมาก บ้างอพยพไปตั้งเมืองใหม่ที่หาดทรายแก้ว

คือนครศรีธรรมราช อีกสำนวนหนึ่งเล่าตรงกับตำนานเมืองนครศรีธรรมราชว่า เมืองนครศรีธรรมราชเป็นเมืองร้างเพราะเกิดโรคห่าหรือไข้ยมน ผู้คนหนีจากเมืองเข้าป่า ปรากฏว่า เจ้าศรีราชาบุตรพระพนมวังและนางเสียดียงทอง เดินทางจากเวียงสระเข้าไปตั้งอยู่ในนครศรีธรรมราช จัดการซ่อมแซมบ้านเมืององค์เจดีย์พระบรมธาตุและวัดวาอารามให้เป็นปกติดังเดิม

เวียงสระเดิมเป็นอำเภอขึ้นกับนครศรีธรรมราช ชาวบ้านเคยเรียกว่า อำเภอคลองตาล ต่อมารวมตำบลเวียงสระ พรุพรี ลำพูน ท่าชี บ้านนา เป็นอำเภอลำพูน (ตั้งชื่อตามตำบลลำพูน ซึ่งมีคลองพูนสาขาแม่น้ำตาปีไหลผ่าน) ขึ้นตรงต่อนครศรีธรรมราช ต่อมาโอนอำเภอลำพูนขึ้นกับสุราษฎร์ธานี และแยกตำบลเวียงสระ ตำบลทุ่งหลวง ตั้งเป็นอำเภอเวียงสระมาจนทุกวันนี้

พระแสง เป็นอำเภอเก่าแก่ เดิมขึ้นต่อเมืองนครศรีธรรมราช ที่เรียกว่า “พระแสง” เนื่องจากชาวบ้านชุกชุมตาบ ขณะช่วยกันแผ้วถางโค่นป่าเพื่อตั้งที่ว่าการอำเภอ ตาบเล่มนี้คล้ายกับพระแสงของผู้ครองนคร อีกประการหนึ่ง อำเภอพระแสง ตั้งตามชื่อผู้ปกครองคนแรก คือพระแสงภิรมย์

พ.ศ. ๒๔๓๙ ทางการยุบอำเภอพระแสงกับอำเภออิปัน เป็นตำบลขึ้นกับอำเภอลำพูน (อำเภอบ้านนาสารปัจจุบัน) ต่อมาแยกตำบลพระแสงกับตำบลอิปันออกจากอำเภอลำพูน ตั้งเป็นอำเภอพระแสง

บ้านนาสาร หมายถึง พื้นที่มีทุ่งนามากมายดูประหนึ่งคั่นนาสอดสานกัน ภายหลังเขียนเป็นนาสาร เหมือนกับว่าเป็นที่นาเฉพาะข้าวสาร บ้านนาสารเคยรวมกับตำบลเวียงสระ ทุ่งหลวง พรุพรี ท่าชี เป็นอำเภอลำพูนขึ้นต่อนครศรีธรรมราช ต่อมาโอนขึ้นต่อสุราษฎร์ธานี และเปลี่ยนชื่ออำเภอลำพูนเป็นอำเภอบ้านนา ให้ตรงกับชื่อตำบลที่ตั้งอำเภอ ภายหลังย้ายที่ว่าการอำเภอบ้านนาไปตั้งที่ตำบลนาสาร และเปลี่ยนชื่อใหม่มาเป็นอำเภอบ้านนาสารมาจนทุกวันนี้

บ้านนาสารมีเงาะพันธุ์ “โรงเรียน” มีชื่อเสียง เงาะพันธุ์นี้นำมาจากมาเลเซีย และมาปลูกครั้งแรกที่หน้าโรงเรียนบ้านนาสาร

บ้านนาเดิม เดิมเรียกว่า “อำเภอลำพูน” ตามชื่อลำน้ำที่ไหลผ่านท้องถื่นนี้ เดิมเขตการปกครองขึ้นกับนครศรีธรรมราช ต่อมาโอนลำพูน พระแสง และพนม ขึ้นกับเมืองไชยา และภายหลังเปลี่ยนชื่ออำเภอลำพูนเป็นอำเภอบ้านนา ตามชื่อตำบลที่ตั้งอำเภอ ต่อมาย้ายที่ว่าการอำเภอบ้านนาไปตั้งที่ตำบลนาสาร และเปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอบ้านนาสาร หลังจากนั้นแยกตำบลบ้านนาและตำบลท่าเรือออกจากอำเภอบ้านนาสาร ตั้งเป็นอำเภอบ้านนาเดิม

ท่าชนะ เป็นชุมชนโบราณเคยเรียกว่า อำเภอประสงค์ และหนองหวาย เล่ากันว่า เหตุที่เรียกท่าชนะ เนื่องจากกองทัพไทย ซึ่งนำโดยกรมพระราชวังบวรมหาสุรสิงหนาท ในรัชกาลที่ ๑ มีชัยชนะกองทัพพม่าที่ยกทัพมารุกรานหัวเมืองปักษ์ใต้ ทรงสร้างสัญลักษณ์แห่งชัยชนะคือ เสาหลักไม้เหลี่ยมสลักอักษรว่า “ชิตเม” แปลว่า ข้าพเจ้าชนะแล้ว ปักไว้เป็นอนุสรณ์ที่คลองวังเก่าและคลองท่าชนะ

ดอนสัก หมายถึง บริเวณที่น้ำท่วมไม่ถึงและมองเห็นต้นสักเด่นแต่ไกล เดิมเป็นตำบลขึ้นกับอำเภอกาญจนดิษฐ์ ต่อมา มีการรวมตำบลดอนสักและตำบลชลคราม ตั้งเป็นกิ่งอำเภอดอนสัก ภายหลังรวมตำบลอื่นๆ อีกและจัดตั้งเป็นอำเภอจนทุกวันนี้

พนม ชื่ออำเภอนี้หมายถึง ภูเขาที่สำคัญ คือเขาสก (สกเป็นภาษาเขมร หมายถึงแผ้วผ ในที่นี้หมายถึง ศิระและแผ้วผตามลักษณะภูเขาที่แลเห็น) เขาสกกั้นพรมแดนอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี กับอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เส้นทางนี้เป็นเส้นทางโบราณข้ามคาบสมุทร จากฝั่ง

ตะวันออกไปยังฝั่งตะวันตกโดยไม่ต้องอ้อมแหลมมลายู อำเภอพนมเคียนขึ้นกับนครศรีธรรมราช เมืองไชยาและสุราษฎร์ธานี ตามลำดับ

เคียนซา เล่ากันว่ามาจากชื่อ “บ้านเคียนซา” กล่าวถึงทางการมีคำสั่งให้ชาวบ้านสร้างเรือด้วยไม้ตะเคียนเนื้อดี ๒ ต้น ทำเป็นเรือโคลน หมายถึง นำท่อนซุงมาจัดแต่งหัวท้ายพอให้มีลักษณะคล้ายเรือ แต่ยังไม่ได้ขุด แต่ภายหลังเกิดอาเพศ ช่างทำเรือเจ็บป่วยล้มตาย ตะเคียน ๒ ต้นเลย ค้างคาอยู่ที่เดิมเลยเรียกสถานที่นั้นว่า บ้านเคียนซา

บ้างเล่าว่า เคียนซามาจากคำว่า เกวียนซา หมายถึง ขบวนเรือเล็กติดตาม เรือใหญ่ชาวบ้านเรียกเรือเกวียน เมื่อขบวนเรือแล่นไปถึงบริเวณนั้นก็คอยซาคความเร็วลง จึงเรียกบริเวณนั้นว่าบ้านเกวียนซา ต่อมาเพี้ยนเสียงเป็นเคียนซา

เคียนซาเดิมขึ้นกับแขวงลำพูน เมืองนครศรีธรรมราช ต่อมาขึ้นกับเมืองไชยาและอำเภอบ้านนา ตามลำดับ จนกระทั่งยกฐานะเคียนซาขึ้นเป็นกิ่งอำเภอ และอำเภอมานทุกวันนี้

มีเรื่องเล่าว่า เมื่อครั้งเมืองศรีรัฐนิคมขึ้นกับนครศรีธรรมราช ทางกรมได้ตั้งขุนเมืองไปปกครองศรีรัฐนิคม ชาวบ้านสร้างที่พักรับรองเรียกว่า “บ้านตาขุน” คงเป็นบ้านใหญ่โตดีดริมน้ำ ต่อมาชุมชนดังกล่าวเจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว บ้านตาขุนเคยขึ้นกับนครศรีธรรมราช ภายหลังโอนมาขึ้นกับเมืองตะกั่วป่า ไชยา และสุราษฎร์ธานี ตามลำดับ

ชัยบุรี แยกจากอำเภอพระแสง เป็นอนุสรณ์แด่นายอำเภอคนแรกของอำเภอพระแสง คือขุนชัยบุรี ชื่อนี้มีความหมายดี เป็นมงคลนาม

วิภาวดี แยกจากอำเภอศรีรัฐนิคม ตั้งขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์และเทิดพระเกียรติแด่ ม.จ.วิภาวดีรังสิต หรือ ว. ณ ประมวญมารค ซึ่งเคยเสด็จประทับที่ตำบลตะกั่วเหนือ (บ้านท่านหญิง) และตำบลตะกั่วใต้ (คลองพาย) ช่วง พ.ศ. ๒๕๑๕-๒๕๑๙ ม.จ.วิภาวดีรังสิตสิ้นชีพิตักษัยเมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๒๐ ขณะปฏิบัติราชการชายแดนเยี่ยมเยียนทหารตำรวจตระเวนชายแดน ที่ตำบลบ้านส้อง อำเภอเวียงสระ โดยถูกผู้ก่อการร้ายชุมยิงภาคพื้นดินและสั่นชีพิตักษัยบนเฮลิคอปเตอร์ที่นำเสด็จกลับจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำขวัญของสุราษฎร์ธานีในอดีตที่พระเทพรัตนกวี (ก.ธรรมวร) อดีตเจ้าคณะจังหวัดสุราษฎร์ธานีแต่งเป็นคำประพันธ์บ่งบอกถึงความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติแต่ละท้องถิ่นในสุราษฎร์ธานี คือ

“สะตอวัดประดู่ พลุคลองยัน ทุเรียนหวานมันคลองพระแสง ย่านดินแดงของป่า
เคียนซาบ่อถ่านหิน พุนพินมีท่าข้ามแม่น้ำตาปี ไม้แก้วดีเขาประสงค์ กระแตะดงกลางสาต
สิ่งประหลาดอำเภอพนม เาะะอุดมบ้านส้อง จากและคลองในบาง ท่าฉางต้นตาล
บ้านนาสารแร่ ท่าทองอุแท้วเก่า อ่าวบ้านดอนปลา ไชยาข้าว มะพร้าวเกาะสมุย”

ปัจจุบันคำขวัญประจำจังหวัดสุราษฎร์ธานี แสดงถึงทรัพยากรท้องถิ่น ทำนองเดียวกันว่า “เมืองร้อยเกาะ เาะะอร่อย หอยใหญ่ ไข่แดง แหล่งธรรมะ” ^{๑๗}

^{๑๗} ประพนธ์ เรืองณรงค์, ศิลปวัฒนธรรม, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : https://www.silpa-mag.com/history/article_๕๔๖๑๑ [๑๒ กันยายน ๒๕๖๕]

๒.๕.๑ ประเพณีและวัฒนธรรม

งานประเพณีชักพระ ทอดผ้าป่า และแข่งขันเรือยาว เป็นประเพณีของชาวจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่นี้มีอีกชื่อหนึ่ง ก็คืองานเดือนสิบเอ็ด ซึ่งก็เป็นเวลาเดียวกับเทศกาลออกพรรษา กิจกรรมที่สำคัญได้แก่การประกวดเรือพระ ซึ่งจะมีทั้งรถพนมพระ และเรือพนมพระ ซึ่งรถและเรือพนมพระ อาจจะตกแต่งประดับประดาด้วยการแกะสลักหรือฉลุไม้ ตกแต่งจำลอง เสมือนฉากที่พระพุทธรูปเจ้ากลับมาจากสวรรค์ขึ้นดาวดึง ในงานพิธีจะใช้คนลาก เชื่อว่าผู้ที่ได้ร่วมลากจูงรถหรือเรือพนมพระจะได้านิสงส์หลายประการ

การจัดพุ่มผ้าป่าเป็นการจำลองพุทธประวัติของพระพุทธเจ้าแสดงออกเป็นตอนๆ ด้วยการนำต้นไม้หรือกิ่งไม้ ประดับกับหลอดไฟสีต่างๆ บ้างก็จะจัดอุปกรณ์อื่นร่วมประกอบฉาก ทั้งการเขียนภาพ ปั้นรูปดินเหนียว อุปกรณ์ประกอบฉากจะไม่ยมนำสิ่งมีชีวิตเช่นปลาสาวยาม เต่า หรือสัตว์เลื้อยชนิดหนึ่งชนิดได้มาจัดประกอบฉาก เพราะเชื่อว่าเป็นการทรมานสัตว์ และจะไม่ได้รับานิสงส์ และตกแต่งด้วยเครื่องอัฐบริขาร เพื่อในเช้าวันรุ่งของวันออกพรรษาจะได้นิมนต์พระมาทำพิธีทอดผ้าป่า การจัดพุ่มผ้าป่ามีทั้งหน่วยงานในจังหวัด ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมกิจกรรม และมีการประกวดกันด้วยงานประเพณีนี้จัดขึ้นบริเวณเขื่อนลำนาดำตั้งแต่บริเวณศาลหลักเมืองจนกระทั่งถึงโรงแรมวังใต้ ขึ้นอยู่กับจังหวัดสุราษฎร์ธานีว่าในแต่ละปีจะเลือกเอาบริเวณใด ประเพณีชักพระทอดผ้าป่าและแข่งขันเรือยาว ซึ่งจัดได้ว่าเป็นงานใหญ่งานหนึ่งของภาคใต้

งานวันเงาะโรงเรียน ผลไม้ที่ขึ้นชื่อของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ เงาะโรงเรียน เงาะมีความแตกต่างจากเงาะที่อื่น คือ หวานและกรอบ ซึ่งนับเป็นความภูมิใจของชาวจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนั้น เพื่อเป็นการแสดงถึงความภาคภูมิใจดังกล่าวจังหวัดสุราษฎร์ธานีจึงจัดให้มีการนำผลผลิตจากเงาะโรงเรียนและผลผลิตอื่นๆ มาจำหน่ายและตั้งชื่อว่า งานวันเงาะโรงเรียน โดยจะจัดขึ้นประมาณต้นเดือนสิงหาคมของทุกปี

๒.๕.๒ โบราณสถานที่สำคัญ

พระบรมธาตุไชยา

พระธาตุศรีสุราษฎร์

๒.๕.๓ สัญลักษณ์ประจำจังหวัด

ตราประจำจังหวัด คือ พระบรมธาตุไชยา ซึ่งมีศิลปะแบบศรีวิชัย ตั้งอยู่ ณ วัดพระบรมธาตุไชยาราชวรวิหาร โดยสร้างขึ้นเมื่อประมาณพุทธศตวรรษที่ ๑๓-๑๔ และเป็นสถานที่บรรจุพระบรมสารีริกธาตุของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าด้วย

คำขวัญประจำจังหวัด

คือ เมืองร้อยเกาะ เงาะอร่อย หอยใหญ่ ไข่แดง แหล่งธรรมะ

อักษรย่อของชื่อจังหวัด สฎ

๒.๕.๔ เศรษฐกิจ

การเกษตร ประชากรในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีรายได้ต่อหัวเฉลี่ย ๑๓๘,๐๓๔ บาทต่อปี ส่วนมากจะประกอบอาชีพทางการเกษตร โดยใช้ที่ดินเพื่อทำการเพาะปลูก ประมาณ ๔๕% ของพื้นที่ทั้งหมดซึ่งพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ ยางพารา ปาล์มน้ำมันมะพร้าว เงาะทุเรียนและกาแฟ นอกจากนี้ ยังมีการเลี้ยงปศุสัตว์และการทำประมง โดยปศุสัตว์ที่นิยมเลี้ยงกันมาก เช่น โค กระบือ

สุกร ไก่ แพะ โดยปศุสัตว์ที่มีมูลค่าผลผลิตมากที่สุด คือ สุกร โค ไก่ กระบือ และเป็ดตามลำดับ ส่วนด้านการประมงนั้น มีทั้งการประมงน้ำเค็ม น้ำกร่อย การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งและการประมงน้ำจืด

อุตสาหกรรม ทางด้านอุตสาหกรรมนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นอุตสาหกรรมที่ต่อเนื่องจากผลผลิตทางเกษตรกรรม เช่น อุตสาหกรรมปลาแปรรูป อาหารทะเลแช่แข็ง อาหารทะเลกระป๋อง น้ำมันปาล์มดิบ อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยางพารา ซึ่งในจังหวัดมีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ ๗๓๐ โรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุดนอกจากนี้ ยังมีการให้สัมปทานเหมืองแร่ โดยแร่ที่สำคัญในจังหวัด ได้แก่ ยิบซั่ม โดโลไมต์ แอนไฮไดรต์ หินปูน ดินขาวและบอแรกซ์ สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่ได้ตั้งรวมอยู่ในบริเวณศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี แต่จะตั้งอยู่บริเวณถนนตลาดใหม่ ระหว่างซอย ๗ และซอย ๙ ถัดไปจากที่ว่าการอำเภอเมือง เพียงเล็กน้อย

๒.๕.๕ วัดพระอารามหลวง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

พระอารามหลวงมหานิกาย

๑. วัดพระบรมธาตุไชยาราชวรวิหาร (พระอารามหลวงชั้นเอก ชนิดราชวรวิหาร) ตำบลเวียง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๒. วัดพัฒนาราม (พระอารามหลวงชั้นตรี ชนิดสามัญ) ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๓. วัดไตรธรรมาราม (พระอารามหลวงชั้นตรี ชนิดสามัญ) ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พระอารามหลวงธรรมยุติกนิกาย

มีเพียง ๑ วัด คือ วัดธรรมบูชา (พระอารามหลวงชั้นตรี ชนิดสามัญ) ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อาจกล่าวได้ว่า บริบทพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ได้ขึ้นชื่อว่าเป็นแหล่งธรรมะตามคำขวัญประจำจังหวัด ซึ่งมีวัดเป็นจำนวนมาก มีสำนักงานพระพุทธศาสนาประจำจังหวัดสุราษฎร์ธานีคอยดูแลให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการดำเนินการตามกิจการคณะสงฆ์ นอกจากนั้น ยังดูแลเกี่ยวกับการบริหารจัดการในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับกิจการพระพุทธศาสนา ทั้งนี้เพื่อให้พุทธศาสนิก ได้เกิดความรู้สึกศรัทธาในสถาบันพระศาสนาอย่างยั่งยืนต่อไป

๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้านพุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เกี่ยวเนื่องกับหลักธรรมและแนวคิดการจัด กิจกรรมการให้ความรู้ และกิจกรรมภาคปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้มีผลของการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษา คือ

พระศักดิ์ธัช สั่วโร (แสงธง)^{๑๘} ได้วิจัยเรื่อง รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการและเพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแล

^{๑๘} พระศักดิ์ธัช สั่วโร (แสงธง), “รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่”, วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๒) : ๑๗๖-๑๘๘.

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการค้นคว้าเอกสาร และการสัมภาษณ์ จากกลุ่มประชากร ผนวกกับสนทนากลุ่มย่อย ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดและวิธีดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ ความมีเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย วิธีการที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาจึงเป็นวิธีการแบบประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยให้ไปถึงจุดสิ้นสุดของชีวิตอย่างสงบที่เรียกว่า “การตายที่ดี” คือ การตายที่ได้รับดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยและของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงความปรารถนาในทางสังคม จิตใจ และปรัชญาความคิดที่สำคัญของผู้ป่วยอีกด้วย ส่วนแนวคิดและวิธีดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา คือ หลักการให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจและช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต

ด้านรูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบและกระบวนการมาจากแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการทางพระพุทธศาสนา โดยบูรณาการกับหลักการทางการแพทย์แผนปัจจุบันของโรงพยาบาลแพร่ที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Paliative care) ได้รูปแบบและกระบวนการดูแลแบบองค์รวมใน ๔ มิติ คือ ด้านกาย ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านจิตใจ

วิเคราะห์ผลการนำรูปแบบและกระบวนการไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบรรเทาลง และมีสภาวะอารมณ์ดีขึ้น และพบว่าผู้ป่วย ๑ รายเสียชีวิตไปด้วยอาการสงบ แพทย์ พยาบาล และญาติของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

พระชนกร กิตติปัญญา (สร้อยศรี)^{๑๙} ได้วิจัยเรื่อง ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวคิดและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก ผลการวิจัย พบว่า ทิศนะทางพระพุทธศาสนาเถรวาทถือว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ ผู้ที่ถูกโรคร้ายไข้เจ็บครอบงำย่ำยีหนักอยู่ในภาวะถูกภัยคือมรณะคุกคาม อยู่ช่วงเวลาใกล้ตายไม่เกิน ๑ ถึง ๒ ชั่วโมงก่อนจุติจิตเกิดขึ้นมีอาการทางกายที่สังเกตเห็นได้เช่น มีความเจ็บปวดเรื้อรังเกิดทุกขเวทนาอย่างสาหัส มีอาการทางจิตเช่นห่อเหี่ยวหดหู่เซื่องซึมเหงาหงอยเบื่อหน่าย จิตเป็นมโนภาพปรากฏแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เรียกว่า ธรรมารมณ์ แบ่ง ๓ คือ (๑) กรรมารมณ์ นึกถึงกรรมที่ตนทำไว้ส่วนมากเป็นกรรมหนัก (๒) กรรมนิมิตารมณ์ นึกถึงอุปกรณ์ในการทำกรรมดีหรือไม่ดี (๓) คตินิมิตารมณ์ นึกถึงภพภูมิที่จะไปเกิดหลังตาย ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลจึงควรมีเมตตากรุณาเป็นพื้นฐานช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีสติไม่หลงลืม มีความสำราญแช่มชื่น ไม่ขุ่นมัว เพื่อไปสู่สุคติหลังจากตาย จุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิตไปสู่สุคติโลกสวรรค์และพระนิพพาน

^{๑๙} พระชนกร กิตติปัญญา (สร้อยศรี), “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”, วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ, (บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๖), บทคัดย่อ.

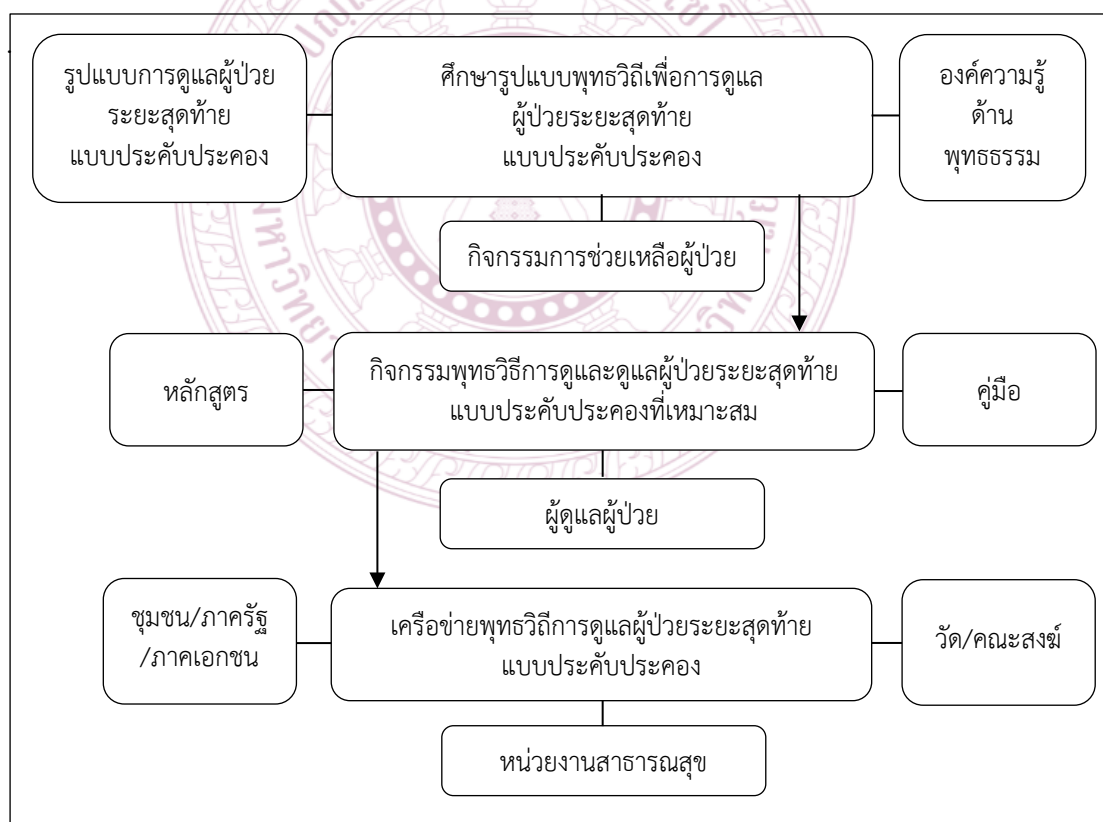
ส่วนในพระคัมภีร์ศาสนาโรมันคาทอลิกผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย พระองค์มิได้สร้างความตายขึ้นและมีได้ยินดีต่อการสูญเสียสิ่งมีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งชีวิตมนุษย์ แต่ด้วยผลของบาปกำเนิดทำให้มนุษย์ต้องประสบกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย อย่างไรก็ตาม สิ่งเหล่านี้เป็นแผนการของพระองค์ตั้งแต่การสร้างโลกแล้ว การที่มนุษย์ต้องเผชิญความตายถือว่ามีส่วนร่วมในพระมหาทรมานและการไถ่กู้กับพระเยซูคริสต์ ซึ่งจะนำไปสู่ชีวิตนิรันดร์ ความตายจึงไม่ใช่สิ่งสุดท้าย ความตายเป็นเพียงการจบชีวิตบนโลกนี้เท่านั้น ซึ่งคริสตชนเชื่อว่ายังมีชีวิตหลังความตาย ดังนั้น คริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิกจึงสอนให้มนุษย์เผชิญหน้ากับความตายด้วยตนเอง คริสตชนต้องไม่กลัวตาย เพราะความตายถือได้ว่าเป็นเป้าหมายของมนุษย์ทุกคน นอกจากนี้ คริสตชนควรมีส่วนร่วมในการตายของผู้อื่นด้วย โดยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ให้เขาเดินทางผ่านความตายอย่างสงบ ไปสู่ชีวิตนิรันดร์ ได้นำหลักคำสอนและพิธีกรรมทางคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิกมาช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายได้เตรียมตัวอย่างสงบ เดินทางไปหาพระเจ้า สู่ชีวิตนิรันดร์

จิตรกร วนะรักษ์^{๒๐} ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอยายเมือง จังหวัดพังงา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอยายเมือง จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมด ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน แบบประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้เป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ตำบลทุ่งมะพร้าว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรัง บางรายมีความพิการและทุพพลภาพ ทุกรายอยู่ในภาวะพึ่งพิง และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำหรับการพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าวที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบการติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันพัฒนารูปแบบและแนวทางการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น ๓ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ การเตรียมข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างระบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และขั้นตอนที่ ๓ สะท้อนการปฏิบัติ มีกระบวนการในการตรวจสอบ การปรับปรุงและการประเมินผล ผลจากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและญาติ มีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น และผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีขึ้น ทีมสุขภาพมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนเหมาะสมและ นำไปปฏิบัติได้จริง

^{๒๐} จิตรกร วนะรักษ์, “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอยายเมือง จังหวัดพังงา”, วารสารวิชาการสาธารณสุข, ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม - เมษายน ๒๕๖๔) : ๒๘๕-๒๘๘.

พิศมัย บุติมาลย์, แสงอรุณ อิศระมาลย์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์^{๒๑} ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๑.๐ และการตรวจสอบความเที่ยงโดยพยาบาลที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องในการนำไปใช้ของพยาบาลทั้งสองเท่ากับ ๙๙.๒ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนผู้ดูแล ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านได้ อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาประสิทธิผลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านไปใช้ต่อไป

๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ ๒.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

^{๒๑} พิศมัย บุติมาลย์ และคณะ, “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน”, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๑) : ๗๙-๙๑.

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ๒) เพื่อสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี และ ๓) เพื่อสร้างเครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ พื้นที่การวิจัย ประชากร/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๔ ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ
- ๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตลอดจนเอกสารวิชาการทางพระพุทธศาสนาและทางด้านสาธารณสุข จากห้องสมุดวิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยในปริมณฑลเขตพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีกระบวนการวิธีการดำเนินการศึกษา ๒ แบบ คือ

๓.๑.๑ การศึกษาเอกสาร (Documentary Study) เป็นการศึกษาค้นคว้า ๑) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งออกเป็น ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ (๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีประเด็นย่อยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป เช่น เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย เทคนิคการแจ้งข่าว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) วิธีการทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า ขั้นตอนก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และข้อสังเกตอาการผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต (๒) สร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีประเด็นย่อยประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตามแนวพระพุทธศาสนาในด้านกาย ใช้หลักการจัดสัปปายะ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการและสภาพผู้ป่วย ร่วมกับ

การดูแลรักษาตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน, **ด้านจิตใจ** ใช้หลักการปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย ได้แก่ การถวายสังฆทาน การสวดมนต์สืบทอด การบวชศีลสู่ขวัญผูกข้อมือ ใช้หลักสมณะภาวนา และการสวดมนต์ระลึกถึงคุณของพระรัตนตรัยอย่างสม่ำเสมอ **ด้านสังคม** ใช้หลักการรับฟังการสัมผัส และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในครอบครัวและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และ**ด้านปัญญา** ใช้หลักการรับฟังและการสัมผัสด้วยความรักความเมตตาการสนทนาธรรม การแสดงธรรม และการเจริญวิปัสสนาภาวนา รวมทั้งกิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย เช่น ดนตรีบำบัด การนวดและสัมผัส การทำงานอดิเรก การทำงานศิลปะ การชมภาพยนตร์ การหัตถ์และอารมณ์ขัน และการคุยแลกเปลี่ยน กอด หรือสัมผัสอย่างอ่อนโยน (๓) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีประเด็นย่อยประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ข้อมูลหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (๔) ข้อมูลพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ (๕) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่นำมาประยุกต์ใช้กับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี คณะผู้วิจัยได้

๓.๑.๒ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ (๑) บุคลากรทางด้านสาธารณสุข มี แพทย์ พยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการด้านสาธารณสุข (๒) ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลใกล้ชิด (๓) เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในประเด็นหลัก ๓ ด้าน คือ

๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นต้นแบบทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป รวมทั้งกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแนวพระพุทธศาสนาในด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา มีรูปแบบอย่างไร?

๒) ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอะไรบ้าง?

๓) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตีความถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นต้นแบบของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยประเด็นย่อย คือ ท่านมีแนวทางในทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างไร?

๓.๒ พื้นที่การวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๒.๑ พื้นที่การวิจัย ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย ๕ อำเภอ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอไชยา และอำเภอเวียงสระ

๓.๒.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มี ๓ กลุ่ม ได้แก่ (๑) บุคลากรทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น ๒๐ คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน ๑๕ คน พยาบาลปฏิบัติการ จำนวน ๕ คน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน ๑๐ รูปหรือคน (๒) เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน ๑๐ คน (พร้อมญาติที่ดูแลใกล้ชิด) รวมทั้งสิ้น

๑๐๐ คน (ดังมีรายละเอียด เช่น ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง/สถานที่และวันให้ข้อมูล ปรากฏในภาคผนวก)

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ ๑) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้หลักการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างอิสระ รวมทั้ง ๒) การจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกไว้จำนวน ๓ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นต้นแบบของจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ทางกรมแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป รวมทั้งกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแนวพระพุทธศาสนาในด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา มีรูปแบบอย่างไร?

ตอนที่ ๒ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอะไรบ้าง?

ตอนที่ ๓ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ “แนวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” เพื่อรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตีความถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นต้นแบบของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยประเด็นย่อย คือ ท่านมีแนวทางในทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างไร?

๓.๔ ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

๑. ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีพร้อมกับการกำหนดร่างคำถามการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

๒. สร้างแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ตอน คือ ตอนที่ ๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตอนที่ ๒ กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี และตอนที่ ๓ เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๓. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

๔. นำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน ๓๐ คน (บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ๒๐ คน และผู้ป่วยรวมทั้งญาติผู้ดูแล ๑๐ คน)

๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแล กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแล และเครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งประกอบด้วย ๕ ระยะ

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้เวลาประมาณ ๒ เดือน

ระยะที่ ๒ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะจงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อนำองค์ความรู้ไปประกอบการศึกษาพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปสังเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อประกอบการใช้เป็นข้อมูลในการนำองค์ความรู้ และบทเรียนจากการวิเคราะห์เอกสาร ๒ เดือน

ระยะที่ ๓ สังเคราะห์เพื่อนำองค์ความรู้ไปพัฒนากิจกรรม พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปสังเคราะห์ ให้เห็นถึงกระบวนการพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อประกอบการใช้เป็นข้อมูลในนำองค์ความรู้ และบทเรียนจากการวิเคราะห์เอกสาร และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจงโดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๔ เดือน

ระยะที่ ๔ การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาสร้างเครือข่ายตามกระบวนการพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ เดือน

ระยะที่ ๕ การสรุปผลการวิจัยเพื่อนำเสนอต่อสถาบันวิจัยพุทธศาสน์และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติต่อไปโดยใช้ระยะเวลา ๒ เดือน

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การจัดเรียงข้อมูลตามข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดกิจกรรม ตามแนวทางของการสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละประเด็น พร้อมกับอาศัยแนวคิดทางพุทธวิธี ด้วยหลักธรรมมาเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อนำมาประมวลผล วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลออกมาโดยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

รายงานการวิจัยเรื่อง “พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเสนอกระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี คณะผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังต่อไปนี้

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

ตอนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับ “กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

ตอนที่ ๔ คำถามเกี่ยวกับ “เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

๔.๒ ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

๔.๒.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีเนื้อหาประกอบไปด้วย

- ๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- ๒) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วย
- ๓) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
- ๔) วิธีการในการแก้ปัญหาและอุปสรรค
- ๕) วิธีการหรือการเตรียมการในการดูแลผู้ป่วย
- ๖) ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบ
- ๗) ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบ
- ๘) การติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย
- ๙) ช่องทางการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๑๐) วิธีการเตรียมการหรือดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน อันแสดงด้วยภาพด้านล่างดังต่อไปนี้

๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ๔ รูปแบบในประเทศไทย ได้แก่ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลที่บ้าน การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลในโรงพยาบาล และ (๔) การดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน



ภาพที่ ๔.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

(๑) รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-Based Organization) องค์กรศาสนานับเป็นหน่วยงานในลำดับต้นๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายในประเทศไทย ปรัชญาและแนวคิดทางศาสนามีความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ความตายในมุมมองของทางศาสนาจึงเป็นเรื่องของการเป็นไปตามธรรมชาติ อีกทั้งยังเชื่อในเรื่องของการมีสติและจิตใจอันผ่องแผ้วก่อนเสียชีวิต เพื่อไปสู่สุคติหลังการตาย ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนาจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติดมรับและมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข พร้อมทั้งจะจากไป ตายดีหรือตายอย่างสงบในที่สุด^๑ แนวคิดเช่นนี้ทำให้เกิดการก่อตั้งสถานดูแล เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี โดยพระอาจารย์ถวิล กิตฺติขุณฺโณ และบ้านกลาราลำไทร จ.ปทุมธานี โดยคณะนักบวช-พราหมณ์

^๑ Naewchampa, S. Buddhist Integratd End-of-Life Care. [Dissertation]. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2011. (in Thai)

สองแห่งนี้ก่อตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกทอดทิ้งให้ได้รับการช่วยเหลือจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงอโรคยศาลวัดคำประมง จ.สกลนคร โดยพระอาจารย์ปพนพัชร จิระมโน ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถานดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามแนววิถีพุทธ ที่ได้รับการยอมรับจากสังคมในวงกว้างทั้งหน่วยงานด้านการศึกษา บริการสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการมาศึกษาดูงานเป็นจำนวนมาก อีกทั้งปัจจุบัน อโรคยศาล วัดคำประมง ได้รับการจัดตั้งเป็น “โรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง” ดังนั้น ในบทความนี้จะขอนำเสนอรูปแบบการดูแลของ อโรคยศาล วัดคำประมง ซึ่งถือเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จของสถานบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีการดำเนินการโดยองค์การทางศาสนา

อโรคยศาล วัดคำประมง จ.สกลนคร ได้ก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสถานที่บำบัดมะเร็งแบบองค์รวมตามแนววิถีพุทธ เพื่อเยียวยาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน ใช้หลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนานำมาซึ่งการยอมรับความจริงของชีวิต การสวดมนต์ปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ควบคู่กับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยโดยใช้สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น ดนตรีบำบัด หัตถะบำบัด โภชนาการบำบัด การออกกำลังกาย โดยการรักษาทั้งหมดไม่เสียค่าใช้จ่าย เงินสนับสนุนทั้งหมดมาจากการบริจาค ทั้งสิ้น^๒ โครงสร้างและบรรยากาศโดยรวม แวดล้อมด้วยธรรมชาติ ต้นไม้ อ่างเก็บน้ำ อยู่ในพื้นที่ที่เงียบสงบ มีสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมร่วมกัน มีอาคารที่พักสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ และจิตอาสา ซึ่งส่วนใหญ่ทำจากไม้และดินเพื่อให้เข้ากับธรรมชาติโดยรวม เรือนพักมีลักษณะคล้ายบ้านให้ความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย โดยจะมีทั้งแบบพักรวมกัน แบ่งเป็นห้องๆ และแบบบ้านเดี่ยว ในแต่ละกลุ่มบ้านจะมีพื้นที่ร่วมกันสำหรับให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรม พักผ่อนเกิดการรวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประคับประคองและดูแลซึ่งกันและกัน เปรียบได้กับกลุ่มมิตรภาพบำบัดที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ สภาวะแห่งการเป็นชุมชนร่วมกัน สังคมแห่งการเกื้อกูล ประคับประคองและดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดเป็นสังคมของความรัก การช่วยเหลือ ทำให้จิตใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเยียวยาในที่สุด ซึ่งแตกต่างจากความรู้สึกเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล

อีกทั้งที่อโรคยศาล วัดคำประมง ทีมผู้ให้การดูแล ประกอบด้วย พระอาจารย์ปพนพัชร จิระมโน หรือที่ชาวบ้านเรียกท่านว่า “หลวงตา” พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แพทย์แผนไทย รวมทั้งจิตอาสาที่เป็นแพทย์ พยาบาล และหลากหลายอาชีพจากที่ต่างๆ รวมถึงญาติของผู้ป่วยที่มาร่วมกันมาให้การดูแล ทำให้การดูแลของที่นี่แตกต่างจากสถานพยาบาลทั่วไป จุดเด่นคือการดูแลโดยพระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้แนะนำหลักธรรมคำสอนมาใช้เยียวยาและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี ในยามเจ็บป่วยพบกับภาวะวิกฤต หรือแม้ในช่วงใกล้เสียชีวิต พระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านจิตใจและจิตวิญญาณสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีความหวัง ตลอดจนชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นสัจธรรมของชีวิต จนเกิดปัญญาที่จะสามารถปล่อยวางความเจ็บป่วย ความหวงหาอาทรต่างๆ พระสงฆ์และหลักพระธรรมคำสอนจึงนับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

^๒ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงมีบทบาทมากในการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งการดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย โดยทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย เป็นการบูรณาการดูแลร่วมกัน นอกจากนี้จิตอาสา นับเป็นจุดเด่นที่สำคัญ เนื่องจากการทำงานของจิตอาสาเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มาจากการถูกบังคับ แต่เป็นการดูแลด้วยความสมัครใจ ด้วยความยินดี โดยมีความเมตตากรุณาเป็นพื้นฐานและเห็นคุณค่าในงานที่ทำ ทำให้การดูแลนั้นมาจากหัวใจของผู้ดูแลอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดในเรื่องของความต่อเนื่องของจิตอาสาที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่จะมีการหมุนเวียนเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สนับสนุนให้บุคลากรทางสาธารณสุข ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องมากขึ้น

กระบวนการรักษาของสถานพยาบาลแห่งนี้ประกอบด้วย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แบบผสมผสาน และการบำบัดต่างๆ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การสัมผัสบำบัด ดนตรีบำบัด โภชนาการบำบัด หัวเราะบำบัดและการออกกำลังกาย สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพรประกอบด้วยยาสมุนไพรหลัก ๑๑ ชนิด ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยในระดับพรีคลินิกถึงการออกฤทธิ์ของตัวยา โดยพบว่า มีฤทธิ์ฆ่าและต้านการเจริญของเซลล์มะเร็งที่เพาะเลี้ยงในหลอดทดลอง อีกทั้งยังมีฤทธิ์ต้านการกระตุ้นการเจริญของเนื้องอกในสัตว์ทดลอง สามารถยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งบางชนิด ในส่วนของการจัดการอาการเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งมีการใช้ยาสมุนไพร ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อพิจารณาทุกขเวทนา โดยพบว่า มีการใช้ยาบรรเทาปวดในปริมาณที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นๆ^๓ อีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อหลวงตาผู้บำบัดรักษา รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อพระพุทธศาสนา และพิธีกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธา เช่น พิธีตัมบาซึ่งเป็นพิธีที่สำคัญของอโรคยศาล วัดคำประมงนี้ ในพิธีจะมีการปลุกเร้าให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลัง ส่งผลให้เกิดความหวังและกำลังใจ ประกอบกับการเขียนคำสารภาพบาป เพื่อปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจหรือความรู้สึกผิดเป็นตราบาปที่ฝังอยู่ในใจ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเยียวยาทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งกระบวนการบำบัดเหล่านี้ หากวิเคราะห์ตามหลักจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้สารเคมีในร่างกาย ระบบประสาทอัตโนมัติและสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง สมองกระตุ้นให้เกิดการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อที่ควบคุมฮอร์โมน ส่งผลให้สารเคมีในร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มปริมาณมากขึ้น ภูมิคุ้มกันที่มากขึ้นส่งผลต่อการหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในที่สุด^๔ นอกจากนี้ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างมาก ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวขอขมาลาโทษ หรือขออโหสิกรรมกัน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น คลายความขัดแย้ง ปลดปล่อยความรู้สึกผิดบาปและติดค้างในใจ และเมื่อสัญญาณชีพต่างๆ ของผู้ป่วยเริ่มอ่อนตัวลง ครอบครัวและจิตอาสา จะร่วมกันสวดมนต์เพื่อให้จิตของผู้ป่วยที่กำลังจะละสังขารอยู่ในสภาวะที่นิ่งและสงบที่สุด หรือในทางพุทธศาสนาเรียกว่าการตายดีนั่นเอง

^๓ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

^๔ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๓ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

จากโครงสร้างและกระบวนการดูแลข้างต้น พบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลของอโรคยาศาล วัดคำประมงส่งผลต่อสุขภาวะทั้งกายและใจ โดยการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น อาการไม่สุขสบายต่างๆ ลดน้อยลง^๕ และผู้ป่วยมะเร็งที่มาพักรักษาตัวที่นี่มีคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณดีขึ้น หรือสูงกว่าสถานพยาบาลทั่วไปมีการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณ ปล่อยวาง สบายใจ มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรค แต่ในขณะเดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้นก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไป โดยพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย^๖

การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์การศาสนา จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลด้วยแพทย์ทางเลือกและการดูแลแบบผสมผสาน โดยมีจุดเด่นที่สำคัญคือการใช้ธรรมะบำบัดในการเยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตามการดูแลโดยองค์การทางศาสนาอาจมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ทรัพยากร และการเข้าถึงยาโดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ดังนั้น การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน ได้แก่ การจัดบุคลากรทางสาธารณสุขหมุนเวียนช่วยสนับสนุนการดูแล จัดสรรทรัพยากร ยาเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งการปฏิรูปกฎหมายการควบคุมยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ไม่ว่าอยู่ในสถานพยาบาลใด สิ่งต่างๆ เหล่านี้จึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนให้การบริการโดยองค์การทางศาสนามีความมั่นคงยืนยาวต่อไป

(๒) รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based Community-based Care) รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้^๗ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชน ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลและทีมสหสาขาวิชา แต่เนื่องจากภาวะการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

^๕ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๔ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

^๖ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๕ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^๗ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๖ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน มักเป็นผู้ป่วยที่รักษาจากที่อื่นๆ มาแล้วไม่ดีขึ้น รักษาไม่ได้แล้ว ผู้ป่วยจำนวนมากต้องถูกจำหน่ายจาก โรงพยาบาลและกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนวาระสุดท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักจะมี อาการต่างๆ ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลอาจพบภาวะเหนื่อยล้าในการดูแล ปัญหาการ เบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อน กลับไปอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม มีความ ต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล^๘ จากหลากหลายมิติของการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่อาจพบ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการเตรียมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การ ดูแลแบบองค์รวม การคิดเชิงระบบ และการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาท สำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พัฒนาระบบและปรับปรุงคุณภาพของการดูแล โดยมีการประสานการดูแล การจัดการทางการแพทย์ การดูแลด้านจิตสังคม และการให้ความรู้ คำแนะนำ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี^๙ โดยมีตัวอย่างการประสบความสำเร็จที่มีให้ให้เห็นอย่างเด่นชัด ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในโรงพยาบาลชุมชน หลายแห่ง เช่น พ.ว.ไพรินทร์ สมบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จ.น่าน, พ.ว.มาลีจิตร ชัยเนตร โรงพยาบาลแม่ลาว จ.เชียงราย, พ.ว.สุริย์รัตน์ ธนาภิจ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จ.ตราด, พ.ว.ฐิติมา โพธิ์ศรี โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าทีมในการ ดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอคิวและสามารถให้การดูแล ที่ต่อเนื่อง รับประทานเพื่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังประสานงานกับ บุคลากรสุขภาพอื่นๆ เครือข่ายผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องที่บ้าน มีการเยี่ยมบ้านตามชุมชน สอนและแนะนำการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล เพื่อเป็นการ เพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลจัดการอาการปวดและ ควบคุมอาการต่างๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถบริหารยาแก้ปวด และยาพื้นฐานเพื่อจัดการอาการต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น^{๑๐}

จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชา ผู้ซึ่งได้รับ การอบรมฝึกฝนด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น สามารถควบคุมความปวดและอาการรบกวน ประหยัดค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุดเมื่อ เทียบกับรูปแบบอื่นๆ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดีขึ้น^{๑๑} ประโยชน์ของการดูแลในรูปแบบนี้ คือ เป็นการนำการดูแลไปสู่ผู้ป่วยที่อาจจะมีความ ยากลำบากในการเดินทาง ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ตามต้องการ และได้อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ลดการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง

^๘ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๗ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^๙ สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๘ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^{๑๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๙ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^{๑๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๐ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

อย่างไรก็ดี การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนักทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นคือผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (Caregiver burden) และสะสมจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (Caregiver burn out) นอกจากนี้การดูแลที่บ้านยังมีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายยาและวัสดุอุปกรณ์บางอย่างที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้เมื่ออยู่ที่บ้าน การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน และการค่าใช้จ่ายต่างๆ เนื่องจากระบบการประกันสุขภาพของไทยยังให้ความครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครบถ้วนนัก ดังนั้นรัฐบาลควรมีนโยบายและมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลสมาชิกที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การคำนึงถึงการเสียโอกาสจากการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัว ระบบการสนับสนุนทางการเงินที่เหมาะสม การช่วยเหลือด้านรายได้ การไม่นับเป็นการขาดงานเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วย การมีสถานดูแลชั่วคราว (Respite care) และชุดสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้การวางแผนก่อนจำหน่าย สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมทั้งการประสานติดต่อกับชุมชนและสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องนับว่ามีความสำคัญอย่างมาก อีกทั้งควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น มีการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครในชุมชนในการทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรองในชุมชน มีจัดระบบขอบเขตการดูแลรวมถึงการคัดกรองอาสาสมัคร การสร้างความตระหนัก และการเพิ่มพูนความรู้สำหรับ อสม. ให้มากขึ้น^{๑๒} เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า อสม. เหล่านี้มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน แต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย^{๑๓}

(๓) การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-based services)

โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบสุขภาพ เป็นองค์กรทางสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการจัดการหรือการรักษา เช่น การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด หรือการดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ การรักษาในโรงพยาบาลดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อย่างไรก็ตาม สถานภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยทั่วไปอาจจะเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อย และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมในโรงพยาบาลอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมากนัก^{๑๔} อย่างไรก็ดีที่ผ่านมาระบบสุขภาพต่างๆ เช่น ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น, ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลรามธิบดี, ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น ได้นำแนวคิดของการดูแลแบบ

^{๑๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๑ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๑๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๒ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๑๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๓ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

ประคับประคองมาใช้ในหลายรูปแบบ มีความพยายามในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การใส่บาตรข้างเตียง การนิมนต์พระมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น โดยการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นรูปแบบหลักๆ ได้ ๒ ลักษณะ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) และหน่วยเฉพาะ/หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward)

การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) เป็นบริการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะ ซึ่งผู้ให้บริการหลักที่สำคัญอย่างน้อยควรประกอบไปด้วยแพทย์และผูปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้บุคลากรในทีมอาจประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา พระภิกษุ ฯลฯ โดยทีมดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทีมงานหนึ่งในโรงพยาบาลและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งข้อดีคือใช้บุคลากรน้อย และไม่จำเป็นต้องมีสถานที่เหมือนการดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะ โดยการให้บริการอาจมีจกเริ่มจากรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยม ประเมิน รับปรึกษาทางโทรศัพท์ ดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ จนถึงรับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ จุดแข็งของรูปแบบการให้คำปรึกษาจึงเป็นบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องให้ทรัพยากรสิ้นเปลือง โดยมีการศึกษาพบว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาทำให้ครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับการดูแลดีขึ้น มีการสื่อสารให้ข้อมูลมากขึ้น และได้รับการดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ^{๑๕} อย่างไรก็ดีข้อจำกัดของรูปแบบนี้ คือโอกาสที่จะสร้างมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองให้เกิดขึ้นในระบบแบบวงกว้างและทั่วถึงลดลง และหากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งปรึกษา ผู้ดูแลไม่ตระหนัก หรือไม่ทำตามคำแนะนำของทีมให้คำปรึกษา อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลที่ไม่เหมาะสม^{๑๖}

หน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward) เป็นการดูแลแบบประคับประคองที่อาจจัดขึ้นเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ หรืออาจจัดมุมใดมุมหนึ่งหรือบางพื้นที่ในหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยเฉพาะนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีอาการที่ยากต่อการควบคุม ครอบครัวมีความทุกข์มากต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย^{๑๗} เป้าหมายของการดูแลเปลี่ยนจากการรักษา เป็นการดูแลเพื่อความสุขสบาย บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ และให้ครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จิตอาสา หรือพระสงฆ์ ผู้ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้การดูแลในรูปแบบนี้มีจุดแข็งคือผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลที่ดี สามารถควบคุม

^{๑๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๔ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๑๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๕ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๑๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๖ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

บรรเทาอาการได้ดี และเป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาดูงานการดูแลแบบประคับประคอง การวิจัย หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ของจิตอาสา อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของรูปแบบนี้ คือ จะต้องมียุทธศาสตร์และบุคลากรที่เพิ่มขึ้นจากเดิม และหอผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้อาจถูกรับรู้ว่าเป็นหอผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ไม่สามารถมีชีวิต หรือเป็นสัญลักษณ์ว่าแพทย์ยอมแพ้ต่อการรักษาได้^{๑๘}

(๔) รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice)

สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ ฮอสพิซ (Hospice) หมายถึง สถานที่พำนักและให้บริบาลผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะท้าย ผู้มีชีวิตอยู่ในเวลาจำกัด อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยหนึ่งในสถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร แนวคิดของฮอสพิซเชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเรารู้ว่าจะต้องเสียชีวิต ก็ไม่ควรยืดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทา ควบคุมความเจ็บปวด และอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วยด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย ซึ่งแนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลัก ที่เป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป^{๑๙}

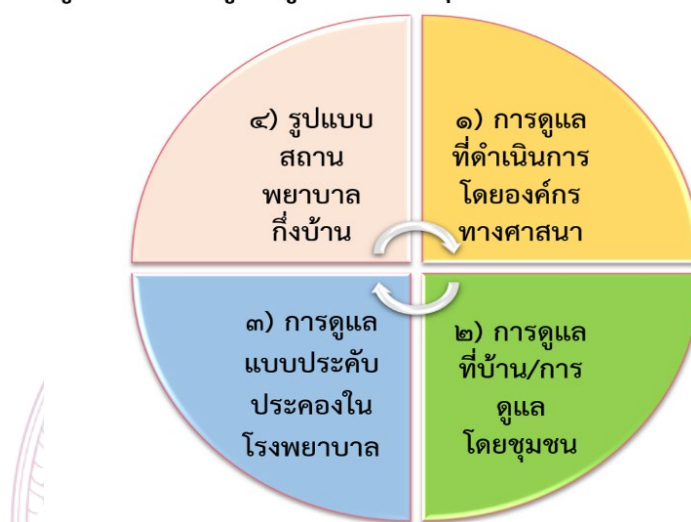
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ นับว่าเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลัก Hospice ที่ก่อตั้งโดยรัฐบาล โดยหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักคือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในทุกๆ ระยะ รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดเด่นคือ ลักษณะทางกายภาพ ภายนอกเป็นธรรมชาติ บรรยากาศเงียบสงบ ภายในสะดวกสบายเป็นห้องที่ชัดเจน มีหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ เรียกว่า หออภิบาลคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายระยะลูกกลมที่เป็นสัดส่วน มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะคล้ายบ้าน มีห้องหรือมุมต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งจัดสถานที่ในการปฏิบัติธรรม ทีมผู้ดูแลประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้นำทางศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยจะรับผู้ป่วยไว้เพื่อควบคุมบรรเทาอาการ หรือเตรียมพร้อมญาติเพื่อให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน มุ่งกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ญาติของผู้ป่วยจะได้รับการสอนและคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้านอย่างถูกต้อง มีบริการการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านและต้องการการดูแลต่อ Hospice แห่งนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มารับบรรเทาอาการในระยะสั้นๆ และสำหรับครอบครัวในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

^{๑๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๗ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๑๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๘ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลกึ่งบ้าน ได้รับการจัดการควบคุมอาการ และมีคุณภาพการตายที่ดีขึ้น^{๒๐} จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง การเข้ารับรักษาในไอซียูลดลง การทำหัตถการรุนแรงในระยะท้ายของชีวิตลดลง และค่าใช้จ่ายในที่สุดท้ายของชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ได้รับตามปกติ^{๒๑} อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของสถานพยาบาลกึ่งบ้าน คือ จำนวนเตียงที่มีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะพักได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง



ภาพที่ ๔.๒ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

๒) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making: SDM) คือ กระบวนการที่ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/ผู้เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันเพื่อที่จะทดสอบ การรักษา การจัดการ และการสนับสนุน โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย

ความสำคัญการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กล่าวคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วยลดตัวเลือกที่ไม่มีประโยชน์และเพิ่มการใช้ตัวเลือกที่มีประโยชน์ให้ชัดเจน เพิ่มความปลอดภัยในการรักษา ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการสุขภาพ เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย เพิ่มความเสมอภาค

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ ปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วย/ผู้ดูแล แบ่งออกเป็น ๑) การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ป่วยจะส่งผลต่อการตัดสินใจร่วมกัน ๒) ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ: มีการศึกษาบ่งชี้ว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี

^{๒๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๙ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๒๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๐ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี **การศึกษา:** ผู้ที่มีการศึกษาดี มักต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ **เพศ:** ส่วนใหญ่นั้นพบว่า เพศนั้นไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ **บริบททางวัฒนธรรมและสังคม**ของการดูแลสุขภาพ ค่านิยมทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญกับความคาดหวังและพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพ **ฐานะเศรษฐกิจและสังคม:** ฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงหรือมีรายได้ที่สูงมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สูง **ความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บป่วย:** การศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสุขในการจะให้แพทย์ตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย **๓) ความรู้** การขาดความรู้ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ปัจจัยด้านลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ให้การรักษา แบ่งออกเป็น ๑) ทักษะของผู้เชี่ยวชาญโดยผู้เชี่ยวชาญนั้นต้องเชื่อมั่นถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อผู้ป่วย ๒) ลักษณะทางประชากรของผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาต่างๆ พบว่าลักษณะทางประชากรของผู้เชี่ยวชาญนั้นผลการศึกษายังไม่ชัดเจนต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญ แบ่งออกเป็น ๑) มุมมองที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญ ๒) รูปแบบการสื่อสาร จะต้องเลือกรูปแบบให้เหมาะสม ๓) มีหลักฐานยืนยันว่าการตัดสินใจร่วมกันจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อผู้เชี่ยวชาญมุ่งเน้นในการให้ข้อมูลและจัดการอารมณ์และมุมมองของผู้ป่วย ๔) ความไว้วางใจ หากผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อผู้เชี่ยวชาญย่อมส่งผลดี

วัฒนธรรมและโครงสร้างพื้นฐาน อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วยนโยบาย วัฒนธรรมการให้บริการสุขภาพ บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากแพทย์ผู้รักษา การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงระบบบริการ ความเหมาะสมของเครื่องมือ

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของผู้บริโภคอย่างแพร่หลายในปี ๑๙๖๐ เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้ถูกระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลสุขภาพ มีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการตัดสินใจและได้รับการเสนอแนะว่าสามารถนำไปสู่การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, ๒๐๑๐) ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ องค์การอนามัยโลกได้ก่อตั้งพันธมิตรโลกสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (World Alliance for Patient Safety) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพันธมิตรมีบทบาทในการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และยกประเด็นเรื่องความสำคัญของการสนับสนุนในเชิงนโยบายในการปรับปรุงความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งยังให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการจัดทำนโยบายและแนวปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้แก่ประเทศสมาชิก ในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพันเป็นแนวคิดที่เป็นสากล ผ่านการขับเคลื่อนในระดับองค์การอนามัยโลก โดยจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. ๒๕๕๘ สมัยที่ ๖๘ มีมติข้อตกลงร่วมกันให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญเพื่อการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัย

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คือ การที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมตัดสินใจตลอดกระบวนการรักษา สำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพการมีส่วนร่วมยังเป็นประเด็นที่คลุมเครือและให้ความหมายที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพเข้าใจว่าเป็นการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่าการมีส่วนร่วมหมายถึงการให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสามารถป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ ในหลายองค์กรได้สร้างเครื่องมือเพื่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ด้วย “SPEAK UP” หากจะให้คำนิยามหรือความหมาย ในที่นี้หมายถึง “พูดเมื่อสงสัย” แนวคิดดังกล่าวมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้แสดงออกในรูปแบบการมีส่วนร่วมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ SPEAK UP เป็นการประกอบกันของตัวอักษรโดยแต่ละตัวมีความหมายที่บ่งบอกถึงการมีส่วนร่วมเพื่อความปลอดภัย ดังนี้

S: Speak up ผู้ป่วยต้องพูดหรือถาม ถ้าหากมีคำถามหรือข้อกังวลใดๆ และหากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการอธิบาย ผู้ป่วยต้องถามซ้ำ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้การปฏิบัติต่างๆ ต่อร่างกายของตนเอง เช่น กรณีก่อนการทำหัตถการ การผ่าตัดผู้ป่วยต้องกล้าที่จะถามหรือพูด เพื่อบอกถึงตำแหน่งที่ถูกต้องเพื่อให้ทีมผู้ให้การรักษาได้มั่นใจและไม่สับสนต่อการดำเนินการรักษา

P: Pay attention ผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญ ใส่ใจกับการดูแลรักษาที่ตนเองได้รับ เพื่อให้แน่ใจได้ว่าได้รับการรักษาหรือได้รับยาที่ถูกต้องโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่น่าเชื่อถือ เช่น บอกพยาบาลหรือแพทย์หากรู้สึกว่ามีสิ่งที่ผิดปกติ การสังเกตว่าผู้ให้การรักษา รวมถึงผู้มาเยี่ยมได้ล้างมือ ก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือไม่ตรวจสอบว่าพยาบาลหรือแพทย์ได้ขี้บ่งตัวตนของผู้ป่วย เช่น จากการดูสายรัดข้อมือ การสอบถามชื่อ-นามสกุล ก่อนให้การรักษา การทำหัตถการ และการให้ยา การสอบถามชื่อผู้ให้การรักษาโดยอาจสังเกตจากการแนะนำตัวหรือป้ายชื่อของผู้ให้บริการ

E: Education ผู้ป่วยต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ อาทิ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ผู้ให้การรักษา การสอบถามสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน รวมถึงข้อมูลบนเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ตนเองได้เข้าใจผลการวินิจฉัย ผลการทดสอบทาง การแพทย์ และแผนการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจในเอกสารและแบบฟอร์มทางการแพทย์ต่างๆ ก่อนลงนามยินยอมการรักษา

A: Ask ผู้ป่วยควรให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจได้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เช่น กรณีผู้ป่วยรู้สึกเครียด ควรให้บุคคลในครอบครัวช่วยสอบถามปัญหาแทนช่วยจดจำและช่วยอธิบายให้เข้าใจในภายหลัง รวมถึงการช่วยดูแลเรื่องยาที่ได้รับ การเป็นพยานลงนามยินยอมการรักษาหรือลงชื่อในเอกสารต่างๆ ตลอดจนการบอกให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจในความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วย

K: Know ผู้ป่วยพึงตระหนักว่าข้อผิดพลาดในการใช้ยาเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองได้รับยาอะไรเพื่อจุดประสงค์ใด และทราบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในกรณีที่มีใบสั่งยาจากแพทย์โดยการเขียนสั่งยาด้วยลายมือ หากไม่ทราบชื่อยาหรือไม่แน่ใจ ผู้ป่วยสามารถสอบถามเภสัชกร และหากผู้ป่วยต้องได้รับยาตัวใหม่ ควรบอกแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร ถึงประวัติการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ผ่านมา

U: Use ผู้ป่วยควรเลือกใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลและมาตรฐานความปลอดภัย โดยสามารถสืบค้นหาข้อมูลผ่านเว็บไซต์ หรือจากการสังเกตสัญลักษณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

P: Participate ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งหมดเกี่ยวกับการดูแลรักษาของตนเอง โดยการตระหนักว่าตนเอง คือผู้รับผลลัพธ์จากการดูแลรักษา การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยคือสิ่งที่ควรทำในอันดับแรก และหากไม่มั่นใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่แน่ใจในวิธีการรักษาผู้ป่วยควรขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เพราะการมีข้อมูลที่มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและให้ความร่วมมือต่อการรักษายิ่งขึ้น

จากประเด็นข้างต้นหากพิจารณาความเป็นไปได้เชิงการปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละประเภท แนวทาง “พูดเมื่อสงสัย” ผู้ป่วยทุกรายอาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ครบทุกประเด็น เพราะความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน กรณีผู้ป่วยนอกผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้ได้ดี การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย ย่อมสามารถปฏิบัติได้มากกว่าผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ทั้งด้านการสื่อสารกับผู้ให้บริการ การรับทราบรายละเอียดการเจ็บป่วย และวิธีการรักษา ตลอดจนการทำความเข้าใจการใช้ยารายละเอียดของยา และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา กรณีผู้ป่วยในความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจในรายละเอียดของการรักษามากกว่าผู้ป่วยนอก การมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต้องใช้ข้อมูลที่มากกว่า ในส่วนนี้ในประเด็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการลงนามยินยอมการรักษาต่างๆ ผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจและความรอบคอบ และจำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวร่วมตัดสินใจในการรักษา กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หากมีการบาดเจ็บหรืออาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยย่อมไม่สามารถสื่อสาร บอกเล่าอาการได้ด้วยตนเอง ในวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และบอกเล่า สอบถามในรายละเอียดการเจ็บป่วยและการรักษากับผู้ให้บริการ ย่อมมีความเป็นไปได้น้อยหรือเป็นไปได้ไม่ได้เลย เพราะบางรายมีอาการสาหัส รุนแรงถึงขั้นหมดสติจากสภาพการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน ภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต รวมถึงความบกพร่องในการสื่อสาร โดยเฉพาะผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินที่อาการสาหัส ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจนกว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในห้องไอซียู (Intensive Care Unit: I.C.U.) บทบาทของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนความคาดหวังต่อการรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่น ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ การสนับสนุนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยดูแลเรื่องความปลอดภัย จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน

การสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในระบบบริการสุขภาพ ความปลอดภัยเกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย หลายครั้งความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น สาเหตุหนึ่ง คือ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่างมีพื้นฐานและรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน สามารถนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การละเลยที่จะทำการสื่อสาร ความผิดพลาดและความเข้าใจผิดจากการสื่อสาร การสื่อสารที่ไม่เพียงพอนำไปสู่ความล้มเหลวในความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับแพทย์ “พูดเมื่อ

สงสัย” เป็นแนวทางที่สะท้อนมิติด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าแนวทางการมีส่วนร่วมเพื่อความปลอดภัยดังกล่าว มุ่งหมายให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทเพื่อความปลอดภัย แต่ด้วยผู้ป่วยขาดองค์ความรู้ทางการแพทย์ การประเมินความปลอดภัย เพื่อสื่อสารให้กับทีมผู้ให้การรักษาทราบ อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษา รวมถึงความกลัวที่จะสื่อสาร ทำให้เกิดช่องว่างในการรักษา ผู้ให้บริการจึงไม่สามารถรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยจากบริการสุขภาพที่ได้รับ Pearson และ Aromataris (๒๐๐๙) เห็นว่าอุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมองว่าตน คือ ผู้ตกเป็นเหยื่อของความผิดพลาดและการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ผู้ให้บริการจำเป็นต้องปรับมุมมองของผู้ป่วยโดยสื่อสารชักนำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมโดยตรง รวมถึงการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบทบาทของตนเองในการดูแลรักษา การให้โอกาสในการสื่อสารถึงอาการเจ็บป่วยและเปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษาให้เกิดความปลอดภัย ผู้ให้บริการต้องตระหนักและเริ่มต้นสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดช่องว่างและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการนำไปสู่การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อไป

สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในประเด็นเกี่ยวกับการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองได้รับยาอะไรเพื่อจุดประสงค์ใดและทราบผลข้างเคียงจากการใช้ยารวมถึงสามารถบอกประวัติการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยจากยา เนื่องจากไม่ได้สนใจที่จะสอบถามถึงเหตุผลของการใช้ยา มีเพียงร้อยละ ๓๐ เท่านั้นที่ผู้ป่วยจะทราบชื่อยาและขนาดการใช้ยาของตนเอง การขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาตัวใหม่ของผู้ป่วย การขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงยาของผู้ป่วย และข้อผิดพลาดในระบบเอกสารหรือระบบการบันทึกการยาของผู้ป่วย เป็นประเด็นสำคัญที่นำไปสู่ความเสี่ยงในเรื่องการใช้ยา เนื่องด้วยผู้ป่วยไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษามากนัก ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่การพิจารณาถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงของยา หรือการให้ข้อมูลยาที่เคยใช้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกราย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำและสอบถาม ดังนั้น ความปลอดภัยจากการใช้ยา ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดยังคงเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยจากยา องค์การบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนได้เข้าใจหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา วิธีการจดบันทึกการยา ซึ่งโรงพยาบาลอาจจัดอบรมให้ความรู้และสร้างสื่อตัวอย่างการปฏิบัติเกี่ยวกับยา เพื่อเป็นการสร้างรากฐานความรู้ความเข้าใจและการป้องกันความเสี่ยงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ให้การรักษาทำการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือไม่ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงย่อมสามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ แต่ประเด็นดังกล่าวมีข้อจำกัดจากสภาพอาการของผู้ป่วยรวมถึงความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสอบถาม ผู้ป่วย ร้อยละ ๔๕ กล้าที่จะสอบถามผู้ให้บริการ ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในความปลอดภัยด้วยการถามเรื่องการล้างมือเพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญ และขาดความตระหนักว่าการล้างมือของผู้ให้บริการสามารถป้องกันการติดเชื้อได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่รู้ว่าหากต้องทักท้วงต้องแสดงออกอย่างไร ในขั้นตอนใดของการรักษา จากการสำรวจผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในประเด็นการล้างมือของแพทย์ พยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ ๕๐-๑๐๐ สอบถามพยาบาล และร้อยละ ๓๑ สอบถามแพทย์ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้รับการแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในระหว่างที่แพทย์ พยาบาลเข้ามาตรวจร่างกายหรือทำหัตถการ ดังนั้น การสื่อสารการปฏิบัติตนและชี้แจงเหตุผลที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและกล้าสอบถาม

การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้วยการเลือกรับบริการในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานคุณภาพ อาจมีความแตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด การพิจารณามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลที่จะเข้ารับบริการ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ หากแต่บุคคลใกล้ชิด คือ ผู้ตัดสินใจแทนการพิจารณาสถานพยาบาลที่น่าเชื่อถือ มั่นใจได้ว่ามีมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งในประเทศไทย มาตรฐานการรับรองคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ ได้แก่ มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ HA (Healthcare Accreditation) มาตรฐานคุณภาพระดับสากล คือ มาตรฐาน JCI (Joint Commission International Standards) ที่มุ่งเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก และอาจนำไปเป็นตัวเลือกหนึ่งในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตาม การที่สถานพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ ไม่ได้หมายความว่าในกระบวนการให้การดูแลรักษาทั้งหมดนั้นจะไม่เกิดความผิดพลาด หรือมีความปลอดภัยมากที่สุด หากแต่เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นได้ว่าการเข้ามารับการรักษาจะเกิดความเสียหายหรือความผิดพลาดน้อยที่สุด นอกจากนี้การตัดสินใจว่าโรงพยาบาลใดมีคุณภาพประชาชนส่วนใหญ่ มักตัดสินใจจากชื่อเสียงของโรงพยาบาล การใช้ข้อมูลประสบการณ์การได้รับบริการ และการบอกเล่าของคนใกล้ชิด ผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมักจะบอกต่อ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยสามารถส่งผลต่อชื่อเสียง ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลได้

ดังนั้น การตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ ผู้ป่วย ประชาชนนอกจากจะพิจารณาจากมาตรฐานคุณภาพ ยังสามารถสอบถามคุณภาพบริการจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเลือกสถานพยาบาลที่น่าไว้วางใจและเกิดความปลอดภัยต่อการเข้ารับบริการ

สำหรับแนวคิด SPEAK UP (พูดเมื่อสงสัย) ได้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการนำไปปฏิบัติของผู้ป่วย หนึ่งในวิธีที่พบมากที่สุดของการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การขอให้ผู้ป่วย “พูดเมื่อสงสัย” ถ้ามีความกังวลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้รับ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยในการส่งสัญญาณเพื่อความปลอดภัย (voicing safety) ล้วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แนวทางพูดเมื่อสงสัยผู้ป่วยอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ทุกประเด็น เพราะขึ้นอยู่กับวิธีการแสดงออก การปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย สาเหตุที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้เท่าที่ควร เกิดจาก

๑. การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของภัยคุกคามต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านกายภาพได้อย่างครอบคลุม ไม่สามารถบอกได้ว่าการได้รับการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานต้องเป็นแบบใด นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินภาระงานของผู้ให้บริการ และความสามารถความไวต่อสถานการณ์ที่จะได้รับการตอบสนอง

๒. ความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินปัญหา ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสภาวะหรืออาการ รวมถึงวิธีการรักษาของตนเองอย่างไร ความเพียงพอของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพ ประสิทธิภาพในการเจ็บป่วย และความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยมีผลที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจที่จะพูดหรือแสดงออก

๓. การตัดสินใจของผู้ป่วยในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าแพทย์พยาบาล ผู้ให้บริการต่างๆ คือ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการดูแลรักษา ผู้ป่วยมักรับรู้บทบาทของตนเองในบางเรื่อง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ และผู้ป่วยมักให้ความสำคัญในแง่ของการได้รับการปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากผู้ให้บริการเท่านั้น

๔. การตัดสินใจของผู้ป่วยในผลลัพธ์ที่จะตามมาจากการพูดหรือบอก การตอบสนองเชิงบวกจะเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมจากผู้ให้บริการ แต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะมีความกังวลว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือไม่ หากสิ่งที่พูดเป็นผลสะท้อนเชิงลบต่อการรับรู้ของผู้ให้บริการ

และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเชิงบริบทของผู้ป่วย เช่น สถานะสุขภาพ ความรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และทัศนคติของผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่จะพูดหรือบอก ทำให้ประเด็นที่ควรรับรู้อันเกี่ยวเนื่องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยถูกละเลยและไม่สามารถตรวจจับได้ สิ่งที่เราควรนำมาพิจารณาในแนวปฏิบัติที่ควรทำควบคู่กัน นอกจาก “SPEAK UP” ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการ ควรณรงค์ “LISTENING UP” สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้วย “LISTENING UP” ในที่นี้หมายถึง “การรับฟัง” เป็นบทบาทของผู้ให้บริการที่ต้องทำหน้าที่ในการรับฟัง เป็นการตอบสนองกับผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย อาทิ การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การรับฟังและทำความเข้าใจในความคาดหวังจากการรักษาของผู้ป่วยและญาติ การรับฟังอาการผิดปกติและความรู้สึกเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพน้อยกว่าผู้ประกอบวิชาชีพ การเข้ารับบริการล้วนขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นหลัก การให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ล้วนมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การทำความเข้าใจถึงประเด็นที่เป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจและสามารถนำไปปรับเปลี่ยนวิธีคิด และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพได้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในความปลอดภัยขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะเป็นไปตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา ปัจจัยอายุมีส่วนสำคัญกับความต้องการมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่สูงอายุ ด้านเพศ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจะแสดงบทบาทให้ความใส่ใจกับการมีส่วนร่วมมากกว่าเพศชาย ส่วนด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าจะมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษามากกว่า และยังเกี่ยวเนื่องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (level of health literacy) หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของโรค ลักษณะ

อาการ และวิธีการรักษาเบื้องต้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการตรวจสอบการปฏิบัติของผู้ให้บริการ และรับทราบของตนเองต่อการเจ็บป่วย ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสพการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงที่ อาจจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยย่อมต้องการจะแสดงออกให้รับรู้ เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ นั้น จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ ๗๕ รับรู้ว่าการดูแล รักษาความปลอดภัยในระดับปานกลางและมีความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือการเกิด ความผิดพลาดทางการแพทย์เมื่อต้องนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้บางงานวิจัยระบุว่า ร้อยละ ๔๙ ของ ประชาชนรู้สึกว่าการผิดพลาดทางการแพทย์สามารถป้องกันได้ และร้อยละ ๕๙ รู้สึกว่าผู้ป่วย บางส่วนต้องรับผิดชอบข้อผิดพลาดในการดูแลตัวเอง หากเกิดความผิดพลาดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ได้แย้ง แต่ต้องการที่จะรู้รายละเอียดของความปลอดภัยและวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่ง เป็นการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

ประสพการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย
ประสพการณ์ของการเจ็บป่วยด้านลบเป็นสิ่งที่บอกถึงระดับของการรับรู้ความเสี่ยงและความกังวลต่อ การเกิดความปลอดภัย และมีส่วนเพิ่มการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และบทบาทในการเผชิญปัญหา (active coping) จะมีมากขึ้น เป็นผลให้การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในด้านความปลอดภัยมากขึ้นด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย อาการ แผนการรักษาและผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมถึงประสพการณ์การเจ็บป่วยในอดีต การ ที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทั้งที่มีความรุนแรงมากหรือน้อยต่างส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมใน การรักษา และผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมมากขึ้น หากประสพการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาเคยได้รับผลกระทบ จากอุบัติการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีสถานะอาการไม่รุนแรงจะมีบทบาทในการดูแลตนเองมากกว่า เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่รุนแรง ผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนบนติดเชื้อ จะมีส่วนร่วม ในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาใน ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยไม่เกี่ยวกับระยะของโรคเสมอไป กล่าวคือ ผู้หญิงที่มีผลการพยากรณ์โรคที่รุนแรงมากขึ้น จะมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีผล พยากรณ์โรคที่ดีกว่า ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่าจะสนใจต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย มากกว่าผู้ป่วยปกติ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ในอาการและ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และลักษณะของแผนการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมได้ใน ระดับใด หากผลการตรวจและวิธีการรักษามีความชัดเจนและไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยจะต้องการมีส่วนร่วม น้อยกว่ากรณีผลการตรวจวินิจฉัยมีความไม่แน่นอนและแผนการรักษามีมากกว่าหนึ่งวิธี และ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการรักษา มีความ จำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับประสพการณ์การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วย เกิดการมีส่วนร่วมหรือการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการ ในที่นี้ หมายถึง ความรู้และ ความเชื่อของผู้ให้บริการเกี่ยวกับความปลอดภัยและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการ ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้ป่วย จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ในสหรัฐอเมริกา พบว่า

ร้อยละ ๕๘ แพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยมีส่วนในการรับผิดชอบต่อการเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ ผู้ป่วยสามารถลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ หากบุคลากรทางการแพทย์มีองค์ความรู้และความเชื่อเช่นนี้ ย่อมส่งผลต่อการยอมรับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาลในการมีส่วนร่วมระหว่างการรักษาสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยมากขึ้น จากตัวอย่างการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามพยาบาลถึงการปฏิบัติเรื่อง การล้างมือ และมีเพียงร้อยละ ๓๕ เท่านั้นที่สอบถามแพทย์ และผู้ป่วยมักมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลมากกว่าแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่าแพทย์ การยอมรับในบทบาทของผู้ป่วยนับว่าเป็นส่วนสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย หากผู้ให้บริการยึดติดกับระบบอำนาจความเป็นใหญ่ (Paternalistic Power) การมองว่าตนเองมีความรู้มากกว่า การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยประโยคคำถามที่จำกัดคำตอบที่ไม่ต้องการคำอธิบายจากผู้ป่วย การให้เวลาที่ไม่เพียงพอในการตรวจรักษา และหากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณให้บริการไม่ต้องการรับข้อมูลใดๆ จากตน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงบทบาทของตนเอง ดังนั้นทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ และลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก สามารถผลักดันให้ผู้ป่วยแสดงออกต่อความร่วมมือได้

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เข้ารับบริการมักมีปัญหาการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมากกว่าแพทย์ หากพิจารณาในความเชี่ยวชาญของแพทย์ โดยส่วนใหญ่แพทย์เวชปฏิบัติจะสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้กระบวนการประเมินผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือไม่เร่งด่วน การเข้ารับบริการในแต่ละระดับของโรงพยาบาล มีส่วนทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดปัญหาในเรื่องการสื่อสาร และทำให้ไม่เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินจะรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในความปลอดภัยไม่มากนักเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โอกาสมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับความต้องการความสามารถในการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง ซึ่งหากไม่แน่ใจในสิ่งที่ตนเองเจ็บป่วย จะทำให้ไม่กล้าแสดงออกถึงการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในความปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการแสดงออกถึงความปลอดภัย เช่น การจดจำประวัติการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าที่จะเป็นหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น การบอกเล่าถึงประวัติการแพ้ยา ยาที่เคยใช้ หรือการเฝ้าระวังการปฏิบัติเรื่องการล้างมือของแพทย์พยาบาล ถึงแม้ว่าอาจทำให้เกิดความไม่พอใจแก่ผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ ๙๑ คิดว่าตนเองสามารถป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๘ คิดว่าโรงพยาบาลควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในวิธีการป้องกันความผิดพลาด นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากขึ้นในกรณีที่การปฏิสัมพันธ์ไม่ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มากนัก

การตระหนักในผลลัพธ์จากการมีส่วนร่วม หากผู้ป่วยมีมุมมองว่าการมีส่วนร่วมในการรักษาให้ผลลัพธ์ทางบวก การชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย จะทำให้ผู้ให้บริการได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วย การตั้งคำถามของแพทย์เมื่อต้องสื่อสารกับผู้ป่วยมีผลต่อความสนใจ และการตระหนักในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการจำเป็นต้องเปิดช่องทางการสื่อสารแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ระดับความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดโรคของผู้ป่วย หากในการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มากนัก และผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอในรายละเอียดต่างๆ ย่อมมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและให้ความร่วมมือเพื่อการรักษาที่ปลอดภัย นอกจากนี้ด้านเศรษฐฐานะทางสังคมของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อการแสดงออกเพื่อการมีส่วนร่วม กล่าวคือผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมที่ต่ำกว่าจะกล้าแสดงออกเพื่อการมีส่วนร่วมกับแพทย์น้อยกว่า และอาจไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์อย่างเหมาะสม เพราะแพทย์อาจมีความเชื่อที่ผิดว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ต้องการข้อมูลใดๆ ตัดสินว่า ผู้ป่วยด้อยศักยภาพในการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจในกระบวนการรักษา ดังนั้น การเสริมพลังให้ผู้ป่วยรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง โดยการยอมรับบทบาทของผู้ป่วยและสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ให้บริการ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความปลอดภัยด้วยเช่นกัน

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ผ่านมุมมองของผู้นำของระบบสุขภาพ โดยเน้นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยกระทำการสิ่งที่ถูกต้อง คุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ ความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy) ความตระหนักในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (awareness) ความรอบคอบ (vigilance) ความไวในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ (responsiveness) ความมีเหตุผล (rationality) การมีองค์ความรู้ (knowledge) การมีสติ (conscientiousness) การมีมนุษยธรรม (humanity) ความเอาใจใส่สุขภาพ (commitment to health) ความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence) จากการประเมิน พบว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ส่งผลให้มีส่วนร่วมในความปลอดภัยมากที่สุด คือ ความเป็นอิสระในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยจะพูดเมื่อเกิดข้อสงสัย การมีอิสระในการแสดงออกทั้งความคิดเห็นและการกระทำ รองลงมาคือ การมีองค์ความรู้ของผู้ป่วย ในการพิจารณาว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องขอความช่วยเหลือผู้ป่วยต้องเรียกใครเมื่อไหร่ ด้วยวิธีการใด คุณลักษณะต่อมา คือ ความรอบคอบ ความตระหนักในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะเพื่อการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

๑. บทบาทของผู้ป่วย

- การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ให้บริการผู้ป่วยควรเอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วยของตนเอง อาทิ อาการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร โรคประจำตัว นอกจากนี้หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในความผิดปกติจากการรับบริการ ผู้ป่วยต้องกล้าที่จะสอบถามหรือทักท้วงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเองมากที่สุด

- การให้ความร่วมมือในการรักษา ด้วยการทำความเข้าใจในรายละเอียด วิธีการรักษาที่ตนพึงได้รับ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนและข้อพึงระวังต่างๆ นอกจากเกิดความปลอดภัยแก่ตนเอง ยังส่งผลให้ทีมผู้ให้บริการรักษาสามารถติดตามประเมินอาการการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การตัดสินใจในการรักษา ผู้ป่วยควรศึกษาข้อมูลของผู้ให้บริการ สถานพยาบาล โดยตระหนักถึงความเชี่ยวชาญและมาตรฐานคุณภาพ เพื่อเป็นหลักประกันได้ว่า เมื่อเข้ารับการรักษา จะได้รับการบริการที่มีมาตรฐานคุณภาพ และเกิดความปลอดภัย

- การให้ความสำคัญกับการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องจดจำชื่อยาที่เคยใช้ และอาการแพ้ยา และหากเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยควรทำบัญชีรายการยาเพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้ให้บริการในการวางแผนการรักษาและการสั่งยา นอกจากนี้ควรทำความเข้าใจในฉลากยาและการบ่งชี้ทางการแพทย์

- กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการ การผ่าตัด ควรระบุตำแหน่งให้ชัดเจน ตลอดจนความกังวลใจที่มีอยู่แก่ทีมผู้ให้การรักษา เพื่อให้ทราบถึงสภาพอาการของผู้ป่วยและให้การดูแลที่ถูกต้อง

๒. บทบาทของญาติ

- ร่วมรับทราบผลการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา เพราะในบางรายผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับฟังได้ด้วยตนเองอาจด้วยภาวะของโรค สภาพจิตใจและความสามารถในการรับรู้ต่างๆ

- การทำความเข้าใจเรื่องการใช้ยาและภาวะอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งญาติสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการสังเกตถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

- ร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย เพราะในการเผชิญการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความเครียดกังวล การตัดสินใจเพียงลำพังอาจนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์

- สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เมื่อไม่เข้าใจหรือสงสัยตลอดจนการรายงานความผิดปกติอาการของผู้ป่วยแก่ทีมผู้ให้การรักษา

๓. บทบาทของผู้ให้บริการ

- การปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อผู้ป่วย เปลี่ยนมุมมองและการตัดสินใจผู้ป่วยเป็นผู้ถูกระงับ การดูแลรักษาขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเท่านั้น เป็นการยอมรับในบทบาทที่ว่า ผู้ป่วยเป็นเจ้าของการเจ็บป่วย การให้ออกาสผู้ป่วยในการแสดงบทบาทและสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูลต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกล้าแสดงออกมากขึ้นเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษาให้เกิดความปลอดภัย

- รูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยควรเป็นไปแบบพึ่งพาอาศัยกัน การรับฟังและทำความเข้าใจ สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังหรือกังวล การยอมรับความคิดเห็น คำบอกเล่าต่างๆ ในรายละเอียดของการเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้สึกที่มีต่อการรักษา จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถมองเห็นข้อพึงระวังต่อความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นได้

- วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะซักถามหรือเป็นฝ่ายที่จะสื่อสารกับผู้ให้บริการก่อน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีองค์ความรู้ทางการแพทย์ จึงไม่แน่ใจว่าจะพูดหรือสื่อสารอย่างไร และการทำความเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ยาที่ได้รับ และวิธีการปฏิบัติตน อาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง อาจนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจที่ผิดพลาด ผู้ให้บริการจำเป็นต้องสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอด้วยคำอธิบายที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ และที่สำคัญการให้เวลาอย่างเพียงพอในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความเข้าใจตรงกัน ความผิดพลาดที่จะนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยย่อมลดลงรวมถึงปัญหาข้อร้องเรียนต่างๆ

- โรงพยาบาล องค์กรบริการสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยในการรับบริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถมีความรู้ในการปฏิบัติตนให้เกิดความปลอดภัย

ดังนั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยสำหรับประเทศไทยยังพบว่าการประเมินหรือศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยยังไม่ชัดเจน ทั้งงานวิจัยที่พบส่วนใหญ่มุ่งศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้บริการ

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในความปลอดภัยยังมีน้อย และการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ของประเทศไทย ยังอยู่บนความเชื่อที่ว่า ผู้ให้บริการ คือ บุคคลสำคัญที่สุดในการรักษา ถึงแม้จะมีการประกาศสิทธิผู้ป่วย ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปในโรงพยาบาลจะมีการแสดงสื่อด้วยการติดป้ายเตือนแก่ผู้ป่วย เช่น การแจ้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หากเคยมีประวัติการแพ้ยา หากแต่บทบาทของผู้ป่วยที่พึงปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยควรเกิดขึ้นในทุกกระบวนการของการรักษา ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ภายใต้บริบทของสังคมไทย จึงควรศึกษาการสร้างความปลอดภัยในกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป โดยกรอบการศึกษาอาจใช้องค์ประกอบของแนวคิด SPEAK UP นอกจากนี้ควรศึกษาทัศนคติและการยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ต่อประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ หัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพ รูปแบบของการสร้างความปลอดภัย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่ปลอดภัยที่สุด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในบางประเด็นที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถแสดงออกเพื่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย ทั้งนี้ต่างเกิดจากปัจจัยต่างๆ อาทิ คุณลักษณะของผู้ป่วย สภาพการเจ็บป่วย บุคลิกภาพ และทัศนคติของผู้ให้บริการ เพราะความปลอดภัยในการบริการสุขภาพแตกต่างจากการสร้างความปลอดภัยในระบบอื่น จึงจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้ป่วย บทบาทของผู้ให้บริการที่จะประสานความร่วมมือกันในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น การทำความเข้าใจและเรียนรู้เพื่อแสดงบทบาทของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม

๓) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

แม้ประเทศไทยจะมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยสามารถแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งได้มีการบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ที่ถือเป็นก้าวสำคัญที่เปิดโอกาสให้เกิดการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตที่ดีถึงนาทีสุดท้าย แต่กระนั้นที่ผ่านมามีปัญหาในระบบจัดการปัญหาและนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบันหลายประการ เช่น การสนับสนุนเชิงนโยบาย ที่ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะและระยะท้ายของชีวิตและการตายดีที่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบหลักเกณฑ์ ที่ระบุเกี่ยวกับลักษณะของการจัดบริการของสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids หรือ มอร์ฟิน ซึ่งอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษ

ขณะที่ปัญหาด้านบุคลากรนั้น การพัฒนาและการเตรียมการบุคลากรไม่ทันต่อการขับเคลื่อนการปฏิบัติ ทำให้ขาดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ทำให้บางครั้งให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

ส่วนระบบบริการในสถานพยาบาล พบปัญหาว่า แม้ Palliative care จะเป็นส่วนหนึ่งของแผนบริการของกระทรวงสาธารณสุข แต่ความก้าวหน้าของการพัฒนาของงานด้านนี้ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างหลากหลาย ขึ้นกับการให้ความสนใจและความรู้ความเข้าใจของทีมงาน รวมถึงความพร้อมของสถานพยาบาล ยังไม่มีการบริหารจัดการองค์ประกอบของการจัดบริการอย่างครอบคลุม เช่น ความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ขณะที่ระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน พบปัญหาขาดระบบที่ชัดเจน บุคลากรสนับสนุนไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้ดูแลตามมาได้ โดยอุปสรรคสำคัญที่สุดของการพัฒนาการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้านและในชุมชน คือ การใช้ยาระงับอาการปวดในกลุ่มมอร์ฟีนชนิดที่เป็นยาฉีดที่ต้องใช้อุปกรณ์ Syringe driver เพื่อให้สามารถใช้อย่างถูกต้องที่บ้านผู้ป่วยได้

ทั้งนี้การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร ซึ่งเริ่มมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาเป็นผู้ดูแลแบบจิตอาสา แต่พบอุปสรรคและปัญหา ๔ ลักษณะ ได้แก่ ไม่มีความรู้ ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พอใจ และไม่มีเวลา

นอกจากนี้สังคมไทยมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับการดูแลที่บ้าน ทั้งในเรื่องของจำนวน และคุณภาพผู้ดูแลที่บ้าน สถานที่อยู่อาศัย ระบบประกันสุขภาพไม่ได้ติดตามช่วยเหลือเพียงพอ การไม่เชื่อมโยงกับระบบการช่วยเหลือทางสังคมซึ่งอยู่ต่างหน่วยงาน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถรับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น หรือมีสภาวะทางกายและจิตใจที่รุนแรงขึ้น จึงต้องกลับมาพึ่งพิงระบบโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ บางครั้งต้องเสียชีวิตในสถานที่ซึ่งไม่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต เช่น ในห้องฉุกเฉิน หรือในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

และปัญหาสุดท้าย คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่พบว่ายากต่อการเชื่อมโยงสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย โดยเป็นแบบ “ต่างคนต่างทำ”

ปัญหาเหล่านี้นำมาสู่ข้อเสนอแนะที่จะยกระดับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไทยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

“แพทย์” ต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการให้ข้อมูลทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย การใช้ยาระงับปวด ทักษะคิดและการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการวางแผนการดูแล และวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย

“พยาบาล” สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นผู้ที่ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในกรณีการดูแลรักษาตัวที่บ้าน โดยควรมีความรู้ความเข้าใจเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

(๑) หลักการของ Palliative care ที่มีจุดมุ่งหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วย มักมีความแตกต่างกันไปสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

(๒) การสังเกตและจัดการ อาการปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน และยังคงคาดหวังการหายจากโรคได้

(๓) การรับฟังและสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเรียนรู้ความต้องการหรือความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

(๔) การประสานบทบาทการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นญาติมิตรของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนตนเองไปสู่บทบาทที่เลี้ยงและให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้

“บุคลากรวิชาชีพ” เช่น เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ บุคลากรเหล่านี้ มีส่วนสำคัญในการเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงต้องมีความเข้าใจโดยเฉพาะ ต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เติมเต็มการทำงานให้สามารถเข้าถึงและตอบสนองต่อความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบทบาทและทักษะที่ต้องเป็นผู้สอนและที่ปรึกษา เพื่อให้สามารถเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และจัดการกับสภาวะวิกฤติขณะอยู่ที่บ้านได้

“ผู้ดูแลผู้ป่วย” ต้องได้รับการพัฒนาทักษะและความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น มีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบายหรือภาวะวิกฤติ และสามารถดูแลสุขภาพกายและใจของตนเองได้ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้ป่วย

“สังคม” ควรจะได้รับการสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง ต่อการแสดงเจตจำนงในการเลือก หรือไม่เลือกรับการดูแลรักษาแบบใดแบบหนึ่ง หรือเลือกที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจที่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในการเจ็บป่วยระยะท้าย และช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินและวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยทำได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนจะมีส่วนอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ยกประเด็นที่เป็นความต้องการของตนเองมาปรึกษาหารือกับแพทย์เพื่อพิจารณาทางเลือกในการดูแลรักษา เพื่อให้ระยะสุดท้ายของชีวิต “ตายดี-ไปสบาย” ตามที่ปรารถนา

ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ตลอดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายมีความยากง่ายแตกต่างกันทั้งเมื่อพบผู้ป่วยนอนปวดเมื่อย มีเสมหะมาก หรือแม้กระทั่งหายใจเหนื่อยหอบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาส่วนบุคคลตามพยาธิสภาพของโรคนั้นๆ ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย ทั้งปัญหาเกี่ยวกับการดูแลให้ความสะดวกสบายในกรณีผู้ป่วยประคับประคองที่มีปัญหาติดเตียง สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ทางผู้ศึกษาได้สรุปเป็น ๓ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ปัญหาสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย
- ๒) ปัญหาผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ
- ๓) ปัญหาทัศนคติของญาติที่มีต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น

ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

(๑) ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง อาจเป็นผลเนื่องมาจากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพสูงขึ้น และระบบการควบคุมคุณภาพการดูแลรักษา โรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ทำให้มีการจำ หน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันทีที่อาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยทั่วไปผู้ป่วยมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ ๑-๒ สัปดาห์เท่านั้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินการตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยระยะเวลาที่จำกัดจึงส่งผลกระทบต่อความพร้อมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการฝึกทักษะไม่เพียงพอและครบถ้วนตามความต้องการ

(๒) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ได้รับคำแนะนำและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้านจึงได้รับการดูแลจากผู้อื่นหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง

(๓) การส่งต่อเอกสารจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนล่าช้า ซึ่งเอกสารมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ทีมสุขภาพในชุมชนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยล่าช้าตามไปด้วย นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้รับการส่งต่อเอกสารข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์

(๔) ข้อจำกัดของศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน เช่น ๑) การขาดแคลนบุคลากรและภาระงานที่มากซึ่งครอบคลุมงานหลายด้าน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทำให้การติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเน้นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ๒) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ ทางกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ ๓) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ๔) ปัญหาการคมนาคมระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วย เช่น ระยะทางห่างไกล หรือขาดพาหนะในการเดินทาง ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก

(๕) ศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มีความชัดเจนในการกำหนดแนวทางและนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างบูรณาการ และความร่วมมือของคนในชุมชนยังคงมีน้อย

๔) วิธีการในการแก้ปัญหาและอุปสรรค

การแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำต่อผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก ผลจากการศึกษาพบว่า เมื่อเจ้าหน้าที่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือหายใจลำบากจะมีวิธีการดำเนินการแก้ไข โดยสอบถามอาการปวดเบื้องต้นของผู้ป่วยว่าปวดมาก หรือปวดน้อย โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวดของตัวเอง หายใจลำบากเกิดจากสาเหตุอะไรซึ่งต้องซักถามอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด หลังจากนั้นจึงพิจารณาการรักษาต่อไป ทั้งนี้ต้องทราบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจาก

อะไร การหายใจลำบากเกิดจากสาเหตุอะไร โรคที่เป็นคือโรคอะไร ในขณะนี้ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดใด เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญห โดยปรึกษาทีมหมอครอบครัว^{๒๒}

การแก้ไขปัญหามือพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่มีความเห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับปัญหาทางสุขภาพจิตมักมาพร้อมๆ กันให้แก้ไขปัญหาเสมอ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหดหู่ซึมเศร้าเป็นอย่างมากด้วย เนื่องจากมีหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น เกิดความสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากเป็นผู้นำครอบครัวหาเงินเข้าบ้าน เกิดการท้อใจเนื่องจากสูญเสียความสามารถในสิ่งที่ตนเองทำได้หรือรับความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นไม่ได้ เกิดความกังวลว่าเป็นภาระให้กับผู้ดูแล และอีกหลายๆ สาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย ดังนั้น การแก้ไขจึงต้องพึ่งพาอาศัยหลายภาคส่วนในการดูแลเยียวยาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย การให้ความสำคัญเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบทบาทในสังคมได้อย่างปกติเยียวยาจิตใจโดยการนิมนต์พระสงฆ์จากวัดใกล้บ้าน เพื่อมาให้แนวทางและวิธีคิดในแนวพุทธศาสนา โดยให้มองว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นสัจจะธรรมที่มนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกตัวในโลกใบนี้ต้องพบเจอ มีสติและยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึง สำหรับปัญหาภาวะซึมเศร้าควรมีการประเมินสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบคัดกรองความซึมเศร้า เพื่อประเมินว่าอยู่ในระดับไหนและนำผลการประเมินความซึมเศร้านี้มาวิเคราะห์และให้คำแนะนำเพื่อวางแผนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อไป^{๒๓}

การดำเนินการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยประสบปัญหาทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และประเพณี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหามือพบผู้ป่วยประสบปัญหาทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งเกิดจากความเห็นไม่ตรงกันในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงเกิดปัญหาขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องมีการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินความไม่เข้าใจกันระหว่างครอบครัว โดยการสอบถามจากผู้ป่วยและญาติหลังจากนั้นจึงนำมาประเมินปัญหา เมื่อได้ข้อสรุปและทราบปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำไปปรึกษาคนในครอบครัวให้เลือกแนวทางที่ดีที่สุดเพื่อประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ในส่วนของผู้ดูแลจะพบกับปัญหาผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งให้ผู้ดูแลตนเองเพียงลำพัง ซึ่งก็ต้องใช้ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเป็นกำลังหลักในการดูแล โดยชี้แจงปัญหาและขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๒๔}

วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่จะมีการสำรวจข้อมูลและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบว่ามีจำนวนกี่ราย มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้านหรือไม่ร่วมกับการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สภาพบ้านที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมจาก อสม. แล้วจึงมาเรียงลำดับผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือเร่งด่วน จากนั้นจึงจัดประชุมทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเพื่อวางแผนในการออกเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างการออกเยี่ยมผู้ป่วยจะมีการบันทึกลงแฟ้มประวัติการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อสอบถามปัญหาของผู้ป่วย แล้วจึง

^{๒๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๕ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๒๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๗ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๒๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๙ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

นำมาวางแผนแก้ไขปัญหในระดับชุมชนก่อน หากปัญหาเกินกว่าทางชุมชนจะดำเนินการแก้ไขได้ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องให้แพทย์ช่วยวินิจฉัย ปัญหาสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา จึงจะมีการขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพต่างๆ คอยให้คำปรึกษา^{๒๕}

วิธีการจัดการเกี่ยวกับเรื่องให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจแนวทางการรักษาของตนเอง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การจัดการของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกรับบริการด้านสุขภาพเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง และญาติผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางการรักษาของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการรักษา ซึ่งปัจจุบันการใช้แพทย์ทางเลือกก็ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นการจัดการของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงได้เพียงแค่ให้ข้อมูลแนวทางการรักษาในด้านต่างๆ^{๒๖}

ความคิดเห็นเกี่ยวกับเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย “Living Will” หรือ “ความประสงค์ก่อนตาย” ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสิทธิการตาย ดังนี้ ในเชิงหลักการและเหตุผลสามารถกระทำได้หากผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับการรักษ่อีกต่อไป เพราะต้องการตายอย่างสงบที่บ้านโดยไม่มีเครื่องมือแพทย์ระโยงระยางเต็มตัว และหากมีความประสงค์ของคนไข้จริงๆ จะต้องมีการทำหนังสือปฏิเสธการรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยที่ต้องคำนึงถึงจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลรักษาเพื่อให้อาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะระยะใดก็ตาม^{๒๗}

วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่ปรารถนารับการรักษา หากมีอาการทรุดลงและผู้ป่วยต้องการตายอย่างธรรมชาติ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การไม่ปรารถนารับการรักษามีความต้องการตายอย่างปราศจากการยื้อชีวิต จากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปดูแลผู้ป่วย จะได้รับการแจ้งความประสงค์จากญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน สำหรับการจัดการกับเหตุการณ์ผู้ป่วยไม่ปรารถนารับการรักษหากมีอาการทรุดลง และผู้ป่วยต้องการตายอย่างธรรมชาติโดยปราศจากการยื้อชีวิต ซึ่งก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยก่อนว่ายินยอมที่จะไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหรือไม่ ซึ่งต้องมีการขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา และในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสามารถพูดคุยแสดงเจตจำนงในการขอรับหรือไม่รับการรักษาก็ต้องเอาผู้ป่วยเป็นหลักไม่ว่าจะรักษาแบบไหนหรือด้วยวิธีการใดก็ตาม ควรเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยในเรื่องของความพึงพอใจในการรักษาที่ตนเองเลือก โดยไม่จำเป็นว่าการรักษาวิธีนั้นจะถูกหรือผิดก็ตาม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติหรือไม่สามารถพูดคุยแสดงเจตจำนงต่อผู้ดูแลได้ควรแจ้งให้ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว พิจารณาให้รอบคอบในการยืนยันกับเจ้าหน้าที่ว่าต้องการรักษาโดยการยื้อชีวิตหรือไม่และเจ้าหน้าที่ต้องมีการบันทึกข้อมูล ความยินยอมของผู้ป่วยและของญาติทุกครั้งไม่ว่าจะกรณีใดก็ตาม^{๒๘}

^{๒๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๐

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๒๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๔

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๒๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๓

วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๒๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๕

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

อุปสรรคของพยาบาลในการการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

๑) ภาระงานมาก หอผู้ป่วยไอซียูทั้ง ๒ แห่งไม่มีผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่คอยช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาระงานของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งหอผู้ป่วยไอซียูมีการจัดสรรอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ๑:๒ นั้นหมายความว่า พยาบาล ๑ คน ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ๒ คน โดยที่การดูแลให้การพยาบาลทุกอย่างเป็นหน้าที่ของพยาบาลด้วยภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไปทำให้พยาบาลไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและไม่อาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ ดังคำกล่าว “เราทำเองทุกอย่างดูแลคนไข้ ๒ คน เพราะเราไม่มีผู้ช่วย คิดว่าเราใกล้ขีดคนไข้ที่สุดแล้วนะ แต่พอเราทำเองหมด บางทีก็ไม่ทันนะ ที่จะดูแลให้ครบหมดทุกอย่าง ไม่ทันจริงๆ”^{๒๙} “ที่นี้เราไม่มีผู้ช่วย เราต้องทำเองทุกอย่างเลยหนักนะ แล้วดูแล ๑:๒ แล้วคนไข้ที่เราดูแลก็ไม่ใช่ว่าเหมือนคนไข้ข้างนอก คนไข้เรามีครบทุกอย่างทั้งเครื่องช่วยหายใจมีสายระโยงระยางมากมาย โรคที่เป็นก็ซับซ้อน แค่ว่าทำหัตถการต่างๆ ก็ไม่ค่อยจะทันแล้ว แล้วนี่เราต้องดูแลทั้งคนไข้และญาติด้วย ถ้าจะให้ดูแลให้ครบหรือดูแลเต็มที่บางทีก็เป็นไปได้ยากนะ เข้าใจแหละว่าญาติต้องการโน้นนี่นั่น แต่ด้วยภาระงานเราอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้และญาติได้เต็มที่”^{๓๐}

๒) ทรัพยากรมีจำกัด หอผู้ป่วยไอซียูของโรงพยาบาลแห่งนี้มีเพียง ๒ หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยไอซียู และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยไอซียูมีมากกว่าเตียงที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทำให้ต้องมีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่ที่ต้องการใช้เทคโนโลยีในการประคับประคองชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองถูกพิจารณาย้ายออกจากไอซียู คือผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น ดังคำกล่าว “แต่จะเจอปัญหาคือเรื่องเตียงไม่พอเราเลยต้องย้ายคนไข้ออกไปข้างนอก...เมื่อต้องการเตียงเราก็จะย้ายเขาออกไปอยู่ข้างนอก...ด้วยข้อจำกัดของเตียงมีแค่ ๑๐ เตียง ต้องการรับคนไข้ที่ญาติเขาเต็มที่ที่จะ resuscitate ต้องการ defib (กระตุ้นด้วยไฟฟ้า) เราจะรับเข้ามากว่า”^{๓๑}

“ก็อย่างที่บอกว่าคนไข้ palliative care คือเขา (ผู้ป่วย) ไม่ทำอะไรแล้ว แต่บางทีพอต้องย้ายเขา (ผู้ป่วย) ออกไปอยู่ข้างนอก ญาติบางคนก็ไม่พอใจว่าทำไมต้องย้ายออกด้วย อยากให้คนไข้อยู่ที่เราจะได้อยู่ใกล้ชิดหมอ พยาบาล เพราะถ้าออกไปข้างนอกอาจไม่ได้รับการดูแลใกล้ชิดอย่างที่เร (พยาบาลไอซียู) ทำ”^{๓๒}

^{๒๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๔

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๓๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๘

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๓๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๐

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๓๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๗

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจรักษาด้วยตนเอง ญาติมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งพยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจของญาติอาจไม่สอดคล้องหรือตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และเป็นการสร้างความลำบากใจแก่พยาบาลที่ให้การดูแล ดังคำกล่าว “ส่วนใหญ่ก็จะเต็มที่ในการดูแลไว้ก่อน โดยบางครั้งไม่ได้ดูว่าแนวโน้มคนไข้แย่งประมาณว่า acute กตัญญูหรือกตัญญูเฉียบพลัน... ก็ญาติมาแบบว่าเต็มที่ๆ ตอนที่คนไข้ไม่ไหวแล้ว บางทีก็รู้สึกว่ายญาติเต็มที่อยู่คนเดียว คนไข้ไม่ตอบสนองแล้ว มันทรมานคนไข้ไปเปล่าๆ คือถ้าไม่รอดก็ต่อให้เต็มที่ยังสุดท้ายก็ต้องปล่อย บางทีถ้าเต็มที่แบบนี้ มันไร้ประโยชน์ ไม่ได้เกิดผลดีต่อคนไข้ มีแต่คนไข้เจ็บปวดทรมานคนไข้ไปเฉยๆ”^{๓๓} “ส่วนมากคนไข้บ้านเราแก่ๆ ที่เข้ามาก็ไม่อยากทำอะไรแล้ว แต่ญาติอยากจะเต็มที่ แต่สุดท้ายเราก็ต้องทำตามญาติเพราะตอนนั้นคนไข้ไม่รู้สึกร่างแล้ว เราก็กดการตัดสินใจของญาติ คนไข้บางคนเขาดึง endotracheal tube (ท่อช่วยหายใจ) คือเขาไม่อยากใส่แล้วเหนื่อย ญาติก็ให้ใส่อีก เสร็จคนไข้บอกเลยว่าเขาไม่อยากใส่ แต่พอเกิดโรขึ้น เราก็กดใส่ เพราะญาติให้ใส่ เราในฐานะพยาบาลบางทีก็เหมือนคนกลางเน้อ ไม่รู้จะเอาตามความต้องการของใครดี แต่ถ้าตามหลักพอคนไข้ไม่รู้สึกร่างเราก็กดญาติอยู่แล้ว แต่นั่นแหละ พอคนไข้ดึงท่อบางทีคนไข้ไม่อยากใส่ท่อแล้วไงแล้วให้ทำไงได้ เราก็กดตามญาติอยู่ดี เพราะคนไข้ไม่รู้สึกร่างแล้วมันซัดๆ กับความรู้สึกเราบางที”^{๓๔}

๔) ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากพยาบาลยังไม่เข้าใจในการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง ในการศึกษาพบว่าพยาบาล ๘ ราย ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนมากการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมายึดตามแบบรุ่นพี่ หากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์มากพอจนเกิดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง ก็จะส่งผลดีแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าว “ในปีแรกที่ทำงาน เราไม่รู้ palliative care คืออะไร แล้วกับคำว่า NR (not resuscitated) มันตัวเดียวกันไหม ตอนนั้นถามว่ารู้ไหม รู้แต่ยังไม่ลึกซึ้ง”^{๓๕} “ยอมรับเลยว่าตัวเองก็ไม่เข้าใจหรอกนะ แต่ก็ทำตามเรื่อยๆ ตามพี่ๆ บ้าง แต่จริงๆ มันเป็นอย่างนี้ไม่รู้ เพราะไม่เคยอบรมเฉพาะเรื่องนี้แบบเต็มรูปแบบ ถ้าเกิดเรามีความรู้ที่ถูก คิดว่าน่าจะดีกับคนไข้ และเราก็จะได้เข้าใจมากขึ้นด้วย”^{๓๖} “ถามว่าเราเข้าใจ palliative care ไหม เราเองไม่รู้เหมือนกันว่าสิ่งที่เราเข้าใจมันถูกไหม โดยประสบการณ์ด้วย เพราะเรามีประสบการณ์น้อย ส่วนมากพี่ทำ เราก็กทำตามพี่”^{๓๗} สรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู ๔ ด้าน คือ ๑) ภาระงานมาก ๒) ทรัพยากรมีจำกัด ๓) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้อง

^{๓๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๙

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๓๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๐

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

^{๓๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๕

วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๓๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๖

วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๓๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๗

วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

กับความต้องการของผู้ป่วย และ ๔) ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผลการศึกษา
นี้สามารถนำไปอธิบายและบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามการรับรู้ของ
พยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูอย่างลึกซึ้งเนื่องจากสัมผัสประสบการณ์ดังกล่าวโดยตรง ผลการศึกษาดังกล่าว
จะเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับ
ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติ^{๓๘}

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง สำหรับข้อจำกัดบางปัจจัยที่เจ้าหน้าที่ระดับชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ทำให้การ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทางผู้วิจัยได้สรุปประเด็น
ข้อจำกัดการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ดังนี้ เนื่องจาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพสายสุขภาพที่ประกอบไปด้วยเจ้า
พนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่ง
แต่ละวิชาชีพมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการรักษาที่จำเป็นต้องใช้แพทย์โดยตรง การดูแล
สุขภาพจิตใจซึ่งเกี่ยวข้องกับนักจิตวิทยา นักโภชนาการที่ดำเนินการดูแลด้านอาหาร นักสังคม
สงเคราะห์ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผลประโยชน์ทางการรักษา แก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ
ของผู้ป่วยและครอบครัว หรือแม้กระทั่งเภสัชกรที่มีหน้าที่บริหารยาและเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากมีการออกเยี่ยมผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายในชุมชน เมื่อพบปัญหาขึ้นไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิต
วิญญาณของผู้ป่วย จึงดำเนินการแก้ไขปัญหาค่อนข้างล่าช้าและต้องพึ่งพาตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ
นงคริษ์ สัจจานิจการ ที่ได้ศึกษาเรื่องผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายจาก
โรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของการดูแลของเจ้าหน้าที่และเครือข่าย
ชุมชนที่ทำงานร่วมกันยังไม่ถึงร้อยละ ๕๐ อาจเนื่องมาจากบุคลากรเครือข่ายมีจำนวนน้อยแต่ภาระ
งานที่ต้องรับผิดชอบมีมาก บางครั้งจึงไม่พร้อมที่จะออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันจึงทำให้การประเมินต่อ
การดูแลบางอย่างไม่ครอบคลุม^{๓๙}

๕) วิธีการหรือการเตรียมการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เจ้า
หน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนเกี่ยวกับ
ความคิดเห็นต่อการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการเตรียมข้อมูลผู้ป่วย ศึกษาหา
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ตลอดจนสภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว
โดยสอบถามจาก อสม. ที่รับผิดชอบบ้านหลังนั้นจากการแบ่งสเวกบ้านในการดูแลประชาชนใน
หมู่บ้านอย่างทั่วถึง หลังจากนั้นจึงจัดประชุมทีมหมอ ครอบครัวระดับชุมชนในการออกเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๔๐}

^{๓๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๘ วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๓๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๘ วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๔๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๙ วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗.

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตนเองเพราะญาติปิดบัง ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลได้เอง ขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจหรือกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้อยู่ชีวิต เหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะสร้างความลำบากใจแก่ทุกฝ่าย เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยที่มาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมานจากเครื่องมือกู้ชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องปั๊มหัวใจ การต่อสายให้อาหาร ฯลฯ มีผลให้จากไปอย่างไม่สงบ และยังเกิดค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจทั้งแก่ผู้ป่วย ญาติและทีมผู้ดูแล การทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จึงเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด

วิธีการทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

สิ่งสำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทุกฝ่ายควรคำนึงร่วมกัน คือ ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไร เช่น แบบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแบบผสมผสาน หรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลยต้องการอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาล เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยื้อชีวิตหรือไม่ เช่น การเข้ารักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่รอดๆ ทำงานต่อไปได้ ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติคนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแล การจัดสภาพแวดล้อมอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ใครจะเป็นผู้ดูแล การดูแลค่าใช้จ่าย ดังนั้น อาจต้องปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยต้องการเยียวยาทางจิตวิญญาณอย่างไร เช่น การสวดมนต์ ทำบุญ การให้ทาน การเทศนาของนักบวช

ถ้าผู้ป่วยมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ควรดำเนินการตั้งแต่ตอนที่มีสติสัมปชัญญะดี อย่างไรก็ตามในระหว่างที่การดูแลผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลได้ตามความต้องการ สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำได้ ๒ รูปแบบ คือ

๑) การจัดทำเอกสารทางกฎหมายเพื่อแสดงเจตนาของตนเองที่ไม่ต้องการรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย (หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย)

๒) การมอบหมายให้บุคคลใกล้ชิดมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการดูแลทางการแพทย์ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

ความปรารถนาครั้งสุดท้าย

สิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จความปรารถนาเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกมาตรงๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้น ญาติจึงต้องเอาใจใส่ สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ

การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งชอบด้วยกฎหมายที่เรียกว่า ความปรารถนา ๕ ประการ หรือ Five Wishes ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถแสดงความรู้สึกตามความปรารถนา ดังนี้

ความปรารถนาที่ ๑ ปรารถนาเลือกบุคคลที่จะมาตัดสินใจแทนได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้

ความปรารถนาที่ ๒ ปรารถนาวิธีการดูแลตามที่ต้องการ และปฏิเสธการดูแลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ความปรารถนาที่ ๓ ปรารถนาที่จะใช้วิธีการดูแลที่จะก่อให้เกิดความสบายกายสบายใจตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ความปรารถนาที่ ๔ ปรารถนาที่จะเลือกผู้มาปฏิบัติดูแลหรือการกลับไปดูแลที่บ้าน

ความปรารถนาที่ ๕ ปรารถนาที่จะพบคนที่ต้องการเพื่อกล่าวลาครั้งสุดท้ายหรือเพื่อขอโทษในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน รวมถึงการจัดงานศพของตนเอง

หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย

ปัจจุบันคนไทยมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิต่างๆ มากขึ้น นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญ ได้ระบุถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งได้รวมสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองไว้ด้วย โดยประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ที่คุ้มครองการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ภายใต้การให้คำปรึกษาของแพทย์เกี่ยวกับอาการของโรคและวิธีการรักษา และเมื่อผู้ป่วยต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถปรึกษาผู้ดูแลหรือสามารถดูแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยได้ที่ www.thailivingwill.in.th

การเตรียมภารกิจต่างๆ ให้พร้อมหลังหมดลมหายใจ

ผู้ป่วยและญาติควรปรึกษากิจการต่างๆ ที่จะตามมาหลังผู้ป่วยจากไป เช่น รูปสำหรับพิธีศพ พินัยกรรม สถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น ที่บ้าน โรงพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นกับญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้าน กรณีนี้ญาติมักจะไม่เห็นด้วยเนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีเท่าที่โรงพยาบาล อีกทั้งหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินจะไม่สามารถควบคุมได้ทันเพราะห่างไกลแพทย์

กรณีดังกล่าวญาติอาจคลายความกังวลได้ เพราะปัจจุบันบางโรงพยาบาลมีหน่วยอาสาสมัครเยี่ยมผู้ป่วย ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ สหวิชาชีพ ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ หรือตามเวลาที่ขอให้ไป เพื่อตรวจรักษาอาการและให้คำปรึกษาต่างๆ และหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักทางโรงพยาบาลยินดีให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาอีกครั้ง ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความต้องการกลับไปอยู่บ้านญาติจึงไม่ควรกังวล แต่ควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการ

๖) ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบประคับประคอง

เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์นั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมและความเข้มแข็งขึ้นภายในจิตใจ ดังนั้น ในตอนที่ ๓ จึงว่าด้วยเรื่องของวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะดังกล่าว ซึ่งไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่รวมถึงญาติด้วย เพราะต้องตกอยู่ในภาวะเครียดกับการรักษาและความโศกเศร้าที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยต้องจากไป

การเตรียมพร้อมของผู้ป่วย

แม้ว่าจะอยู่ในสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้โอกาสนี้ทำเรื่องดีๆ ทั้งต่อตนเองและญาติ และสะสมเรื่องที่ค้างคาใจอยู่นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจกับภาวะของโรค วิธีการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือกับทีมผู้ดูแลและญาติในการรักษาพยาบาล เช่น การกินยา การปฏิบัติดูแลตนเอง ควรสังเกตอาการที่ประสพทางร่างกายและบอกอาการตามที่เป็นจริงแก่ญาติ หรือทีมผู้ดูแลโดยไม่ปิดบัง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด

การเตรียมพร้อมของญาติ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นงานหนัก บางครั้งญาติมักเครียดและเจ็บป่วยไปด้วย ดังนั้นญาติจำเป็นต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่สำคัญอันนี้ ญาติหลายคนมุ่งให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจนละเลยตนเอง เช่น นอนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ดี และขาดการออกกำลังกายจนร่างกายเสื่อมโทรม บางครั้งพลอยเจ็บป่วยไปด้วย อย่างไรก็ตาม ญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยไปด้วย ดังนี้

๑) การรับประทานอาหารและพักผ่อนให้พอเพียง รวมถึงออกกำลังกาย เช่น เมื่อผู้ป่วยบริหารร่างกายเล็กๆ น้อยๆ หรือสวดมนต์ ก็ทำไปด้วยกัน เป็นต้น

๒) ดูแลความเครียด ควรหาโอกาสในการผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบ้างโดยไม่รู้สึกลด บางครั้งญาติอาจรู้สึกเครียดเพราะอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ก็ขอให้เข้าใจว่าทุกคนมีชะตากรรมเป็นของตนเองไม่สามารถห้ามได้

๓) ผลัดเวรกันดูแล ช่วยกันแบ่งเบาภาระ สภาพชีวิตที่ทุกคนต่างมีภาระในการหาเลี้ยงชีพและหาเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บางครั้งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ หรือยกภาระการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติคนใดคนหนึ่ง หรือจ้างผู้ดูแลส่วนตัว อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวและจมอยู่กับความทุกข์เพียงลำพัง ฉะนั้นการผลัดกันมาดูแลผู้ป่วย จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระที่ตกหนักอยู่ที่ญาติคนใดคนหนึ่งได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของทุกคนดีขึ้นได้มาก

๔) หาความรู้ในการดูแลการมีความรู้ในเรื่องโรคอาการของโรค วิธีการดูแล การบรรเทาอาการเจ็บปวด จะช่วยลดความกลัวและความกังวลของญาติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยในแต่ละศาสนา

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดี หรือการตายอย่างสงบและมีสติ เป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภาวะนั้นได้โดยใช้แนวทางของศาสนาได้

การดูแลตามหลักพุทธศาสนา หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส และเห็นว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนานิกายเถรวาท มีหลักธรรม ๓ หมวดใหญ่ๆ^{๔๑} ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ

๑) ไตรลักษณ์ อันได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) อันเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก

๒) กฎแห่งกรรม อันได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมฝ่ายดีหรือฝ่ายชั่ว

๓) มงคลสูตร อันได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

โดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความเข้าใจความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรมคืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธ

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ^{๔๒} ไว้ว่า มีวิธีการ คือ

๑) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกาย อย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล

๒) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

๓) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิ ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำให้มา

๔) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการดูแลรักษาจากแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติ เข้าใจชีวิต และอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

การสร้างสมาธิ การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น

^{๔๑} เมตตานนโท ภิกขุ, **ธรรมะ ๕ ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทที่เอ็นพีพรินต์ติ้ง จำกัด, ๒๕๔๙), หน้า ๑๗.

^{๔๒} สุวภรณ์ แนวจำปา, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๗๑.

๑) การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวายสังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของ แก่คนทุกข์คนยาก

๒) การถือศีล กินเจ (ในกรณีที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย)

๓) การสวดมนต์ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง

๔) การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ

๕) การทำสมาธิด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจดจ่อกับท้องที่พองและยุบ ทุกครั้งที่หายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกะพริบตา ขยับมือ

๖) การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

๗) การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติจะนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์บทโพชฌงค์ และทำการชกบังสุกุลเป็น พร้อมทั้งทำบุญ ปล่อยนกปล่อยปลา หรือไปซื้อสัตว์เป็นๆ เช่น ไก่ หมู วัว ควาย ที่กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก

แต่ไม่ว่าจะทำพิธีต่ออายุหรือพยายามรักษาอย่างไรก็ตาม เมื่อถึงวาระสุดท้ายใกล้หมดลมหายใจ ญาติควรจัดเตรียมกรวยดอกไม้ ธูปเทียน นำมาใส่มือให้ผู้ป่วยที่พนมไว้และทำการบอกหนทาง คือบอกหรือกระซิบบ้างว่า ให้ระลึกถึงพระอรหันต์ หรือภavana อรหังสัมมาฯ เป็นต้น

๗) ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบประคับประคอง

ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบประคับประคอง กล่าวคือ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (๔) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน ผลจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ สรุปได้ดังนี้

ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบประคับประคองโดยองค์กรทางศาสนา/ทางวัด มีความรู้สึกสบายกาย เป็นเพราะได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ ๑) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัยสัปปายะพอเพียง ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศลกาย กุศลวาจาและกุศลใจ ๒) การดูแลในมิติทางศีล คือ อยู่ในระเบียบวินัยอันเหมาะสมทั้งกายและวาจา มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เห็นอกเห็นใจต่อกันทั้งวัดผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจต่อกันระหว่างวัดผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ๓) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิไปพร้อมกันกับพระสงฆ์ผู้ป่วยผู้ดูแลญาติและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ระลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำให้ในอดีตที่ผ่านมา ในปัจจุบันที่กำลังกระทำอยู่ และความตั้งใจในอนาคตที่จะมาถึงข้างหน้า ๔) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การฟังธรรม บรรยายเกี่ยวกับไตรลักษณ์

ลักษณะความจริงเที่ยงแท้ตามกฎธรรมชาติของโลก ๓ ประการ คือ ความไม่คงทนถาวรเที่ยงแท้แน่นอน ทนอยู่ตามสภาพเดิมของตนไม่ได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัยตามกาลเวลาไม่จีรังยั่งยืน เพราะไม่อยู่ในอำนาจของเราไม่ใช่ตัวตนของเราจึงสั่งมันไม่ได้^{๔๓} ได้เรียนรู้พรหมวิหารธรรม กลุ่มธรรมมีอยู่ในจิตใจที่สัมพันธ์กับคนรอบข้าง ๔ สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่ปกติ มีความเป็นมิตรกันช่วยเหลือกันในยามปกติธรรมดา สถานการณ์ที่ไม่ปกติในทางตกต่ำได้รับความทุกข์เดือดร้อนความลำบาก ก็มีใจพลอยทุกข์ไปกับเขาด้วย สถานการณ์ที่ไม่ปกติในทางได้ดีมีมีความสุข ก็มีใจพลอยยินดีไปกับเขาด้วย ส่วนสถานการณ์ที่สี่ เป็นตัวปัญญา เป็นกุศลสังคัมเป็นธรรมชาติที่ควบคุมสถานการณ์ทั้งสามข้างต้นไม่ให้ผิดเพี้ยนคลาดเคลื่อนไปจากความถูกต้องเป็นธรรมสังคหวัตถุ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมามีภายนอกคู่กับพรหมวิหาร คือ ยามปกติเมื่อมีเมตตาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ยามไม่ปกติตกต่ำเดือดร้อน มีกรุณาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ยามไม่ปกติได้ดีมีความสุข มีมุทิตาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ส่วนสมานัตตตาเอาตัวเข้าสมานร่วมทุกข์ร่วมสุขกับเขาด้วย^{๔๔} ได้เรียนรู้กัลยาณมิตรตตา ความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ๔ ประเภท คือ ๑) มิตรมีอุปการะ มี ๔ ลักษณะ คือ ปกป้องเพื่อนมิให้เป็นผู้ประมาทหรือปกป้อง ช่วยเหลือเพื่อนที่กระทำผิดในความประมาทปกป้องทรัพย์สินของเพื่อนได้ สามารถพึ่งพาอาศัยได้เมื่อยามทุกข์หรือมีภัย เมื่อมีกิจร่วมกันกับเพื่อน ยินดีต่อการออกทรัพย์เท่ากันหรือมากกว่า ๒) มิตรร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นมิตรมีใจดีมีลักษณะ ๔ ประการ คือ บอกสิ่งที่เพื่อควรรู้แก่เพื่อนเรื่องที่เป็นความลับของตนที่ไม่สามารถบอกแก่ผู้อื่นได้ แต่สามารถบอกแก่เพื่อนของตนได้เก็บรักษาความลับของเพื่อนได้ ย่อมรักษาความลับของเพื่อนเพื่อไม่ให้ผู้อื่นล่วงรู้ไม่ละทิ้งเพื่อนในยามทุกข์ หรือในยามประสบอันตรายสามารถสละความสุข และชีวิตของตนเพื่อความสุขและชีวิตของเพื่อนได้ ๓) มิตรแนะนำประโยชน์ มีลักษณะ ๔ ประการ คือห้ามเพื่อนมิให้ประพฤตินในความชั่วแนะนำให้เพื่อนประพฤติอยู่ในความดี ให้อภัยในสิ่งที่เพื่อนยังไม่เคยรู้ และช่วยอธิบายให้เข้าใจ บอกทางสวรรค์ให้มิตร ด้วยการแนะนำอธิบายให้เพื่อนเข้าใจกระทำความดีแล้วย่อมเกิดในสวรรค์ ๔) มิตรมีความรักใคร่ เป็นมิตรมีใจดี มีลักษณะ ๔ คือไม่ยินดีกับความเสื่อมของเพื่อน ยินดีในความเจริญของเพื่อน ห้ามปรามคนที่ินทาหรือติเตียนเพื่อน หรือช่วยแก้ต่างให้ยินดี และส่งเสริมผู้ที่สรรเสริญเพื่อนคำว่ามิตรแท้หรือเพื่อนแท้เป็นสิ่งที่ใครๆ ก็ปรารถนาบางคนมีเพื่อนพ้องมิตรสหายมากมายมีทั้งเพื่อนเรียน เพื่อนกิน เพื่อนดื่ม เพื่อนเที่ยว แต่จะหาเพื่อนที่มีคุณสมบัติดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น หายากเหมือนกัน ฉะนั้นคำว่ามิตรแท้ดูเหมือนเป็นถ้อยคำที่ฟังง่าย ๆ แต่หาพบได้ยากเพราะมิตรแท้จริงๆ นั้นคือผู้ที่เมื่อเราคบหาสมาคมด้วยแล้วนำแต่ประโยชน์สุขมาให้อย่างเดียวเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ คือถ้าวางใจในบุคคลนั้นแล้วเป็นไม่ผิดหวัง อภินิหารปัจเจกชน^{๔๕}

ได้เรียนรู้หลักอภินิหารปัจเจกชน คือ การพิจารณาถึงความจริง ได้แก่ ความแก่ ความเจ็บ ความตาย ความพลัดพรากจากของรักของชอบใจ และกรรมที่เราทำกรรมอันใดไว้ต้องได้รับผล

^{๔๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๑ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๔๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๒ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๔๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๓ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

กรรมนั้นๆ ตามนัยแห่งการพิจารณาอภินิหารปัจเจกชนได้ทุกโอกาสหรือพิจารณาบ่อยๆ ให้เป็นกิจวัตร ประจำวันด้วยสติปัญญา เห็นและเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต จนนำไปสู่การปล่อยวางความยึดมั่นถือมั่นได้ ซึ่งเราทุกคนต้องพิจารณาเพื่อให้เข้าใจความจริงของชีวิต และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ดังที่พระพุทธองค์ ทรงแสดงธรรมที่ควรพิจารณาเนื่องๆ แก่ภิกษุทั้งหลาย ว่า “สตรีบุรุษ คฤหัสถ์ ไม่ว่าจะเป็หญิงก็ตาม ชายก็ตาม ผู้ที่บวชก็ตาม ไม่ได้บวชก็ตาม ควรพิจารณาความจริงของชีวิต ๕ ประการ คือ ๑) เรามีความแก่เป็นธรรมดา ล่วงพ้นความแก่ไปไม่ได้ ๒) เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปไม่ได้ ๓) เรามีความตายเป็นธรรมดา ล่วงพ้นความตายไปไม่ได้ ๔) เราจำต้องพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งของซึ่งเรารักเราชอบทั้งสิ้น ๕) เรามีกรรมเป็นของของตน เป็นผู้รับผลของกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย เราทำกรรมใดไว้จะเป็นกรรมดี หรือกรรมชั่วก็ตาม เราย่อมเป็นผู้รับ”^{๔๖}

หลักความจริงที่ทุกคนควรพิจารณา ๕ ข้อ นี้เป็นสิ่งที่ผู้มีชีวิตตามอายุขัยจะต้องได้ประสบทุกคน ไม่มีใครจะหลีกเลี่ยงได้พ้น ต่างแต่ว่าช้าหรือเร็วเท่านั้น เมื่อรู้กฎความจริงตามที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้แล้วเช่นนี้ ทุกคนก็ไม่ควรประมาทควรหมั่นพิจารณาอยู่เป็นประจำเพื่อการทำให้หรือปรับใจยอมรับความจริงไว้อ่อน เมื่อเหตุการณ์ใน ๕ ข้อนี้เกิดขึ้น เราจะได้ไม่ต้องฝืนกฎธรรมชาติของโลก เมื่อเราไม่ฝืนกฎของธรรมชาติหรือธรรมชาติก็เพื่อไม่ให้ประมาท ได้แก่ การปล่อยเสียซึ่งสติ ไม่ระลึกรู้คิดตรอง มองพิจารณา ปล่อยให้อึดแน่นไปทางอกุศล เช่น ทางความโลภ โกรธ หลง เป็นต้น ไม่ดำริไปทางกุศล มีทาน ศีล ภาวนา เป็นต้น ดังนี้เรียกว่า ความประมาท สิ่งที่เกื้อหนุนให้เกิดความประมาทคือความเมา ๓ อย่าง คือ ๑) ความเมาในวัย คือคิดว่าเรายังหนุ่มสาวยังไม่ต้องละอกุศล ยังไม่ต้องเจริญกุศล ๒) ความเมาในความไม่มีโรค คือคิดว่าเรายังแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยยังไม่ต้องละอกุศล ๓) ความเมาในชีวิต คือคิดว่าเรายังไม่ตาย ยังมีชีวิตสืบต่อไปได้นาน ยังไม่ต้องละอกุศล ยังไม่ต้องเจริญกุศล ความมัวเมาทั้ง ๓ นี้ เป็นเครื่องเกื้อหนุนให้เกิดความประมาท เพราะว่าเป็นเหตุให้กระทำบาปทางกาย วาจา ใจ คิดประทุษร้ายแก่ผู้อื่น การหมั่นระลึกรู้พิจารณาถึงหลักความจริงดังกล่าว ย่อมถือได้ว่า เป็นผู้ไม่ประมาทมัวเมา สามารถตัดความยินดีในภพทั้งหลายได้คลายความรักใคร่ในชีวิตเสียได้ จะเว้นเสียซึ่งบาปกรรม ทำให้เป็นผู้มีก่น้อย สันโดษ ไม่สะสมหวงแหน ตระหนี่ข้าวของ จะคุ้นเคยในอนิจจสัญญา คือรู้ว่าสังขาร คือรูปธรรม นามธรรม ร่างกาย จิตใจ ไม่เที่ยง ทุกขสัญญาคือรู้ว่าเป็นทุกข์ อนัตตสัญญาคือรู้ว่าไม่ใช่ตัวตน สัตว์ บุคคล เรา เขา จะเป็นผู้ไม่กลัวตายเวลาจะตายจะมีสติไม่หลงตาย เมื่อมีชีวิตอยู่ก็จะเป็นผู้ไม่ประมาท จะเป็นผู้ขยันขันแข็งในการละอกุศลกรรม และจะเป็นผู้ขยันขันแข็งในการเจริญกุศลกรรม บุคคลผู้มีความไม่ประมาทในกุศลธรรมนี้ ย่อมเป็นมงคลอันประเสริฐในชีวิต^{๔๗}

ได้เรียนรู้โยนิโสมนสิการ เป็นการเจริญปัญญาโดยการคิดแบบโยนิโสมนสิการ คือการคิดพิจารณาอย่างละเอียด ถี่ถ้วนและลึกซึ้ง หรือการคิดที่ถูกวิธี มีระเบียบและสร้างสรรค์ บุคลากรเหล่านี้ คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคม

^{๔๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๔ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๔๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๕ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

สงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้อยู่ในสถานการณ์จริง กำลังปฏิบัติการกิจอันสำคัญยิ่ง จึงต้องใช้โยนิโสมนสิการอย่างยิ่งยวด มี ๑๐ วิธี คือ ๑) วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย คือ คิดแบบมีเหตุผล เช่น พิจารณาว่าที่เป็นสุข หรือเป็นทุกข์นี้เกิดขึ้นโดยมีอะไรเป็นปัจจัย ต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร ๒) วิธีคิดแบบแยกแยะส่วนประกอบ คือ การคิดจำแนกแยกแยะองค์รวมของสิ่งต่างๆ ออกเป็นองค์ย่อย ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยเหล่านั้นว่ามีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างไร ๓) วิธีแบบสามัญลักษณ์ คือ คิดแบบไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) คือคิดแบบรู้เท่าทันธรรมดา ชีวิตของคนเราก็เป็นเช่นนี้เอง เป็นอนิจจัง ไม่เที่ยงแท้ เป็นทุกข์ มีแต่ความทุกข์ เป็นอนัตตา ไม่มีตัวตนที่แน่นอน ๔) วิธีคิดแบบอริยสัจ คือ การพิจารณาปัญหาว่าคืออะไร (ทุกข์) มีอะไรเป็นสาเหตุ (สมุทัย) เป้าหมายของการแก้ปัญหาคืออะไร (นิโรธ) หนทางเพื่อบรรลุเป้าหมายเป็นอย่างไร (มรรค) ๕) วิธีคิดแบบอรรถธรรมสัมพันธ์ คือ การคิดแบบสัทบุรุษอันเป็นคุณสมบัติของคนดี คือ คิดตามหลักการและความมุ่งหมาย รู้จักเหตุ รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักบุคคล รู้จักชุมชน ๖) วิธีคิดแบบเห็นคุณเห็นโทษและเห็นทางออก คือ มองในเชิงคุณค่าว่าสิ่งนั้นๆ มีคุณในแง่ไหน มีโทษในด้านใด แล้วก็พิจารณาหาทางออก ๗) คิดแบบคุณค่าแท้และคุณค่าเทียม คือ รู้จักแยกแยะสิ่งดีสิ่งชั่ว สิ่งแท้จริงสิ่งปลอมอย่างมีเหตุผล ๘) วิธีคิดแบบปลูกเร้าคุณธรรม คือ คิดหาประโยชน์ในการกระตุ้น และส่งเสริมความดี ๙) วิธีคิดแบบเป็นอยู่ในขณะปัจจุบัน คือ คิดอยู่ในปัจจุบัน ไม่รำพึงถึงอดีต และไม่กังวลถึงอนาคต ๑๐) วิธีคิดแบบวิภาษวาท คือ คิดแบบรอบด้าน แยกแยะ มองสิ่งต่างๆ ในหลายๆ มุมมองอย่างละเอียดรอบคอบ ฉะนั้น การคิดแบบโยนิโสมนสิการทั้ง ๑๐ ข้อที่กล่าวมา สรุปได้ว่า คือการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลและคิดเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นกุศลนั่นเอง^{๔๘}

ได้เรียนรู้อุปมาธรรม “ความไม่ประมาท ” นั่นคือ การมีจิตสำนึกในเรื่องกาลเวลาและความเปลี่ยนแปลง คนที่จะมีความไม่ประมาท ก็เพราะสำนึกในเรื่องกาลเวลา ว่าเวลาเคลื่อนไปผ่านไปตลอดเวลา กาลเวลาและวารีไม่รอใคร จะทำอะไรต้องรีบทำ เพราะฉะนั้นจะต้องกระตือรือร้นเร่งชวนชวนทำสิ่งต่างๆ ความสำนึกในกาลเวลาเกิดขึ้นก็เพราะมองเห็นการเปลี่ยนแปลง กาลเวลาเกิดขึ้นกำหนดด้วยการเปลี่ยนแปลง กาลเวลาผ่านไป พร้อมด้วยการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงของสิ่งทั้งหลาย รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของเราที่ไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา ทุกส่วนในชีวิตของเรา ทั้งรูปธรรมนามธรรม มีการเกิดดับอยู่ตลอดเวลา ชีวิตต้องแตกดับแน่นอน และชีวิตจะเป็นอย่างไรต่อไปแล้วแต่เหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก จึงต้องชวนชวนเรียนรู้และกระทำเหตุปัจจัยเท่าที่ทำได้

พระพุทธศาสนาสอนในเรื่องความเปลี่ยนแปลง สอน “หลักอนิจจัง” ว่ามีการเกิดขึ้นและการดับสลาย ก็ด้วยต้องการให้เราไม่ประมาท พระพุทธเจ้าตรัสปัจฉิมวาจา วาจาสุดท้ายที่ตรัสก่อนปรินิพพาน เหมือนกับวาจาสั่งเสียของพระองค์ คือ คำว่า “วธมมา สงฆารา, อปฺปมาเทน สมปาเทถ. (แปลว่า) สังฆารทั้งหลาย มีความเสื่อมสลายไปเป็นธรรมดา ท่านทั้งหลายจงยังความไม่ประมาทให้ถึงพร้อม หรือแปลว่า จงทำกิจให้บริบูรณ์ด้วยความไม่ประมาท หรือที่นิยมแปลกันให้ได้ความเต็มที่ว่า จงยังประโยชน์ตนและประโยชน์ผู้อื่นให้ถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาท”

^{๔๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๒ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๗.

พุทธพจน์นี้แสดงถึงการที่พระองค์นำเอาหลักอนิจจัง หรือหลักความไม่เที่ยงนี้มาสัมพันธ์กับความไม่ประมาท คือ ตรัสเรื่องความเปลี่ยนแปลง ความไม่เที่ยง เพื่อกระตุ้นเราให้ไม่ประมาท การที่พระพุทธเจ้าสั่งเสียสิ่งใด ก็แสดงว่าพระองค์ต้องถือว่าสิ่งนั้นสำคัญมาก พระพุทธเจ้าตรัสสอนให้ไม่ประมาท เพราะ “สิ่งทั้งหลายไม่เที่ยง” เราจึงควรมีจิตสำนึกในกาลเวลาและจิตสำนึกในความเปลี่ยนแปลง และให้จิตสำนึกในความเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นตัวกระตุ้นเราให้มีความไม่ประมาท ฉะนั้น การเดินตามมรรคหรือการปฏิบัติธรรม ก็คือความกระตือรือร้น ความเร่งขวนขวายไม่ประมาท หลักพระพุทธศาสนาเตือนเราไม่ให้เป็นคนเฉื่อยชา ไม่ให้เป็นคนอยู่นิ่งเฉย ให้มีสติระลึกระวัง ตื่นตัวอยู่เสมอ ไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไปเปล่า มีอะไรเกิดขึ้นจะเป็นเหตุของความเสื่อม ก็เร่งหลีกเลี่ยงแก้ไขป้องกัน อะไรจะเป็นเหตุของความเจริญก็เร่งปฏิบัติจัดทำ ในฐานะที่เป็นธรรมที่ครอบคลุมการปฏิบัติทั้งหมด พระพุทธเจ้าตรัสว่า รอยเท้าของสัตว์บกทั้งหลาย ย่อมรวมลงได้ในรอยเท้าช้าง ฉะนั้น ธรรมทั้งหลายก็รวมลงได้ในความไม่ประมาท ฉะนั้น ถ้ามีความไม่ประมาทแล้ว ก็สามารถปฏิบัติธรรมทุกข้อ แต่ถ้าประมาทเสียอย่างเดียว ธรรมทั้งหลายที่เรียนมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะไม่เอามาปฏิบัติ ไม่เอามาใช้ เพราะฉะนั้น จึงให้มีความไม่ประมาท”^{๔๙}

เป็นอยู่ด้วยความไม่ประมาท รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง และเห็นคุณค่าของเวลา ทำให้การพัฒนาต่อเนื่องและทันการ ต่อจากนั้นก็ยังมีอีกประการหนึ่ง คืออุปมาที่จะต้องถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาท ความไม่ประมาทก็คือความกระตือรือร้น มองเห็นความสำคัญของกาลเวลา มองเห็นความไม่เที่ยงแท้แน่นอนของสิ่งทั้งหลาย ซึ่งไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นอนิจจัง ชีวิตของเราและสังขารทั้งหลายล้วนแต่เป็นอนิจจัง คือไม่เที่ยงแท้แน่นอน เราจะประมาทอยู่ไม่ได้ สิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นแล้วก็เสื่อมสลายแตกดับไป ต้องเอาใจใส่ในการที่จะกระตือรือร้น ทำหน้าที่ของเราในการประพฤติปฏิบัติธรรม (หน้าที่) นี้เรียกว่าความไม่ประมาท ความไม่ประมาท ซึ่งจะทำให้เรารัดตัวเอง มองเห็นคุณค่าของเวลา เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง จะนอนนิ่งเฉยอยู่ไม่ได้ จะต้องรีบพัฒนาตนเอง จึงเป็นข้อธรรมสำคัญที่จะทำให้เดินหน้าไปในมรรคได้ จึงเรียกว่าเป็นแสงเงิน แสงทองอีกอย่างหนึ่ง ของคณะที่มการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ บุคลากรเหล่านี้ ต้องตั้งอยู่ในความไม่ประมาท ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ^{๕๐}

ได้เรียนรู้การเจริญสมณะและวิปัสสนา สมถกรรมฐานมีหลักง่ายนิดเดียว อยากรู้ให้จิตสงบมีเรี่ยวมีแรง ก็อย่าให้จิตมันฟุ้งซ่านไป จิตที่ฟุ้งซ่านคือจิตที่จับอารมณ์อันนั้นที่ จับอารมณ์อันนี้ที่เราจับอารมณ์อันนั้นที่ จับอารมณ์อันนี้ที่ จิตมันก็ฟุ้งซ่านไปหาอารมณ์ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น ทางกาย ทางใจ มันฟุ้งไปอย่างนั้น มันไม่สุข ไม่สงบ ทีนี้ถ้าเราอยากให้จิตมันสุข ให้จิตมันสงบ เราก็อยู่ในอารมณ์อันเดียวได้ ไม่วิ่งวนวาย เลือกอารมณ์ที่อยู่ด้วยแล้วมีความสุข มีความสงบ สบายใจอยู่กับอารมณ์อันไหน เราก็อยู่กับอารมณ์อันนั้น อยู่กับลมหายใจแล้วมีความสุข เราก็อยู่กับลมหายใจ พอจิต

^{๔๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๓ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

^{๕๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๔ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

มันได้อารมณ์ที่มีความสุข เราหาสิ่งที่ถูกอกถูกใจมาล่อมัน พอมันอยู่กับอารมณ์ที่ชอบใจ มันก็ไม่วิ่งไปหาอารมณ์อื่น พอมีอารมณ์ชอบใจมีความสุขมันก็จะพอใจ อารมณ์ในโลกวิ่งหาเท่าไรมันก็ไม่หนีหรือหนีที่จะมีความสุขที่แท้จริง แต่อารมณ์กรรมฐานมี ถ้าทำอานาปานสติ หายใจไปอย่างนี้ จิตใจมีความสุข ความสงบ ความสบาย ให้อยู่ทั้งชาติก็อยู่ได้ ฉะนั้นก็ต้องรู้จักเลือกอารมณ์ ดูตัวเอง ใช้กรรมฐานอะไรเหมาะกับเรา ตัวนี้เป็นสัมปชัญญะตัวหนึ่ง รู้ว่าอะไรสมควร พออยู่กับอารมณ์ที่มีความสุข มีความพอใจ จิตใจก็ไม่หิวอารมณ์ ก็มีมีความสุขอยู่ในอารมณ์อันเดียว สมถกรรมฐาน ก็คือการที่จิตมันไปสงบอยู่ในอารมณ์อันเดียวโดยไม่ได้บังคับ รู้จักตัวเองว่าสมควรกับอารมณ์ตัวไหน แล้วก็ใช้อารมณ์ตัวนั้น จิตใจมีความสุข จิตใจก็ไม่หนีไปไหน สบายอยู่อย่างนั้น บางทีหายใจเพลิน อยู่ไปเกือบสว่าง หรืออยู่ไปจนสว่างเลย ใจมันสงบ ใจมันสบาย มีความสุข ไม่วิ่งซ้าย วิ่งขวา วิ่งข้างบน ข้างล่าง ไปอดีต ไปอนาคต นี่หลักของสมถกรรมฐานก็มีเท่านี้ ดูจิตดูใจก็เป็นสมถะได้ ดูกายก็เป็นสมถะ อย่างเห็นท้องพอง เห็นท้องยุบ เห็นยกเท้า เห็นย่างเท้า เห็นหายใจเข้า เห็นหายใจออก อันนี้คือสมถะ ดูกายจ้องร่างกายไว้จะเป็นสมถะ พอจิตใจเราพอใจอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง เราอยู่กับอารมณ์อันนั้น จิตไม่ฟุ้งซ่านไปที่อื่น จิตก็เข้าถึงความสุข ความสงบ อันนี้เป็นส่วนของการภาวนาชนิดแรก การทำสมถกรรมฐาน^{๔๑}

ได้เรียนรู้**วิปัสสนากรรมฐาน** เป็นการเห็นไตรลักษณ์ของรูปนาม การจะทำวิปัสสนากรรมฐาน ขั้นแรกต้องหัดเห็นสภาวะธรรมก่อน เพราะวิปัสสนากรรมฐานมันเป็นการเห็นไตรลักษณ์ของรูปของนาม เพราะฉะนั้นก่อนที่จะไปเห็นไตรลักษณ์ของรูปของนามได้ ต้องเห็นรูปเห็นนามได้ก่อน ต้องหัดแยกสภาวะให้ออก ขั้นแรกต้องแยกขั้นนี้ให้ได้ แยกธาตุแยกขั้นนี้ให้ออก แยกรูป แยกนาม จะเรียกอะไรก็ได้ ที่จริงก็คือแยกออก สิ่งที่เราเรียกว่าตัวเราถูกแยกออกเป็นส่วนๆ การหัดแยกสภาวะ ที่แรกก็ต้องฝึกจิตให้ตั้งมั่นขึ้นมาก่อน ก่อนจะเดินปัญญาได้ต้องมีสมาธิที่ถูกต้องก่อน มีจิตที่ตั้งมั่นขึ้นมาเป็นผู้รู้ผู้ดูเสียก่อน ตรงนี้ก็ใช้ต่อยอดจากการทำสมถะ อย่างร่างกายนั่งอยู่ รู้สึกลงไปร่างกายมันนั่ง ใจมันเป็นคนรู้ จิตมันเป็นคนรู้ ร่างกายมันยืน มันเดิน มันนั่ง มันนอน มันคู่ มันเหยียด มันหายใจออก มันหายใจเข้า จิตเป็นคนรู้คนดู ร่างกายเป็นของถูกรู้ถูกดู ทำใจขึ้นมาว่าร่างกายเป็นของถูกรู้ถูกดู มันก็จะมีส่วนที่เป็นผู้รู้ผู้ดู คือตัวจิตเกิดขึ้น มันจะแยกออกมา หรือเราเห็นความสุขความทุกข์เกิดขึ้นในร่างกาย ความสุขความทุกข์เป็นของถูกรู้ถูกดู ตัวผู้รู้มันก็จะตั้งมั่นเด่นขึ้นมา ค่อยดูไป ดูกาย ดูเวทนา ดูจิตต สังขาร คือความเป็นกุศล อุกุศลทั้งหลาย โลก โกรธ หลงเกิด ก็รู้ว่าโลก รู้ว่าโกรธ รู้ว่าหลงไป ไม่ใช่รู้เชื่อมั่น แต่รู้สภาวะมัน อาการโลกเกิดขึ้นรู้ทัน อาการโกรธเกิดขึ้นรู้ทัน อาการหลงเกิดขึ้นรู้ทัน มีจิตเป็นผู้รู้ผู้ดู ฝึกอย่างนี้บ่อยก็จะได้ตัวจิตผู้รู้ขึ้นมา หรือจิตหลงไปคิดรู้ทัน ฉะนั้นขั้นแรกหัดอาศัยกาย เวทนา จิตอย่างนี้ เป็นอารมณ์กรรมฐาน แล้วสังเกตลงไปว่าสิ่งเหล่านี้เป็นของถูกรู้ถูกดู พอรู้ว่ามันถูกรู้ถูกดู มันก็จะเกิดผู้รู้ผู้ดูขึ้นมา เรียกว่า จิตมันทรงสมาธิแล้ว สติระลึกรู้สภาวะนั้น จิตตั้งมั่นเป็นผู้รู้ผู้ดู สติมันรู้ว่าร่างกายอยู่ในอิริยาบถอย่างนี้ หรือความสุขความทุกข์อะไรเกิดขึ้น สติรู้ จิตเป็นคนดูแล้ว เห็นว่าความสุขความทุกข์เป็นของถูกรู้ถูกดู ฉะนั้นเราจะต้องหัดเห็นสภาวะเนื่องๆ พอจิตมันเป็นคนดู แล้วมันจะเห็นสภาวะทั้งหลายผ่านเข้ามาผ่านไป จนกระทั่งใจมันสามารถหมายรู้ได้ มันจะเห็นว่าโลกเกิด แล้วโลกก็ดับ โกรธเกิดแล้วโกรธก็ดับ เห็นสภาวะของสังขาร สังขารก็คือความปรุงของจิต ปรุงดีบ้าง

^{๔๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๕ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

ปรุงชั่วบ้าง ปรุงสุขบ้าง ปรุงทุกข์บ้าง ปรุงโลก โกรธ หลง ปรุงไม่โลภ ไม่โกรธ ไม่หลง หรือพยายามจะไม่ปรุงก็คือความปรุงอีกชนิดหนึ่ง ค่อยดูไปจะเห็นทุกสิ่งทุกอย่างอย่างเป็นของถูกรู้ถูกดู จิตเป็นแค่ผู้รู้ผู้ดู จะเห็นทุกสิ่งที่เกิดล้วนแต่ดับทั้งสิ้น กำลังของศีล สมาธิ ปัญญามันเพียงพอ อริยมรรคมันจะเกิดขึ้นเอง จิตมันเกิดมรรคเกิดผลขึ้นเองเมื่อศีล สมาธิ ปัญญามันสมบูรณ์เต็มที่แล้ว^{๕๒}

๘) การติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษากภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย แต่การระบุว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการสิ้นสุดภาวะการเจ็บป่วยหรือเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะกำลังจะเสียชีวิต เป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ด้วยเหตุนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรกๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{๕๓} ดังต่อไปนี้

แนวทางการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีกรอบในการประเมินได้หลายแบบที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งพิจารณาจากอาการไม่สบาย และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเกณฑ์ประเมินที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคและองค์ประกอบอื่นๆ ดังรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อสนับสนุนในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วาระแรกๆ ซึ่งมีข้อแนะนำสำหรับกระบวนการ ๓ ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ ๑ การวินิจฉัย (Identify) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่อาจได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองในตั้งแต่วาระเริ่มแรกของวิถีการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมิน (Assess) ในขั้นตอนนี้ควรมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมถึงความต้องการการดูแลของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้เครื่องมือการ

^{๕๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๒ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๕๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๓ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

ประเมินที่มีความเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งจากการสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผน (Plan) จากการประเมินในขั้นตอนที่ ๒ จะช่วยในการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ ๓ คือ การวางแผนและการจัดการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

เครื่องมือในการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีความเหมือนและแตกต่างกันในบางประเด็น คือที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับตัวชีวิตทั่วไปของสุขภาพที่เสื่อมถอย แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การประยุกต์ใช้เครื่องมือควรให้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงบริบทวัฒนธรรม และที่สำคัญเครื่องมือจะต้องสามารถตอบสนองต่อระบบการบันทึกข้อมูลและการเงิน ตลอดจนอำนวยความสะดวกแก่สหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย^{๕๔}

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะแก่แพทย์สำหรับการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ให้แพทย์ถามคำถาม “Surprise question” ในใจว่า ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน ๖-๑๒ เดือน ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจหรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอย หรือการต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ให้แพทย์ดูตัวชี้วัดด้านโรคมีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่

ขั้นตอนที่ ๑ การตั้งคำถาม “Surprise question” ในผู้ป่วยที่มีสถานะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง (advance disease) รวมไปถึงจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (progressive life limiting condition) ให้ตั้งคำถาม “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า” และควรดึงข้อมูลของสภาวะของโรค เช่น โรคร่วม (co-morbidity) ปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมในการวินิจฉัย ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ควรดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีคำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อเป็นคำตอบในการค้นหาผู้ป่วยในขั้นตอนที่

ขั้นตอนที่ ๒ การหาข้อบ่งชี้ทั่วไป ในขั้นนี้จะเป็นสภาวะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีคำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น Multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น

^{๕๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๖ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอยและต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ซับซ้อน ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ตัวเลือกของการรักษา คือ จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ น้ำหนักลดอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ ๑๐) ใน ๖ เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสียการเข้ารับการดูแลในสถานพยาบาล เป็นต้น

สำหรับการประเมินสภาวะ/การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในข้อบ่งชี้ทั่วไป สามารถใช้แบบประเมินต่างๆ ต่อไปนี้ คือ ใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นหลัก ที่จะอธิบายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืนอาหาร ปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น - PULSE เป็นการคัดกรองเพื่อการประเมิน โดย P (Physical condition), U (Upper limb function), L (Lower limb function), S (Sensory), E (Environment) - Karnofsky performance status score (KPS) ระดับ ๐-๑๐๐ - WHO / ECOG performance status ระดับคะแนน ๐-๕ ซึ่งจากข้อบ่งชี้ของ The Gold Standards Framework Centre มี ๔ ด้านเป็นข้อพิจารณา แต่ในบริบทของประเทศไทย จะเห็นได้ว่ามีหลายหน่วยงานใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) ^{๕๕}

ขั้นตอนที่ ๓ การประเมินข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (Specific criteria) โรคที่นำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เช่น chronic obstructive pulmonary disease (COPD), cancer, heart disease, stroke มีเกณฑ์ข้อบ่งชี้การเข้าสู่ palliative care เฉพาะกลุ่มโรคโดยทั่วไปจะมีข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ palliative care ดังนี้ ๑) ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน นิ่งหรือนอนมากกว่าละ ๕๐ ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น ๑) การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ ร้อยละ ๕๐ หรือ ๒) การประเมิน functional assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ ๕๐ หรือ ECOG ≥ ๓ เป็นต้น ๒) Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ ๓) โรคที่อยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ๔) Terminal delirium ๕) Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, serum albumin < ๒.๕ mg/dl ต่อเนื่อง ๖) Persistent Hypercalcemia ๗) ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ๘) ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ ๙) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง ๑๐) มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล ^{๕๖}

จะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ต้องประเมินให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยมีหลักสำคัญ ดังนี้ ๑) ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการประเมิน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล การประเมิน คำนึงถึงการเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย ๒) เคารพในสิทธิ

^{๕๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๗ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๕๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๘ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

ของผู้ป่วย คำนึงว่าเป็นส่วนบุคคล และการรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ๓) วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือกันในการดูแลรักษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง ๔) มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเคารพนับถือ ในคุณค่า ศักดิ์ศรี และยอมรับในความแตกต่างทางความคิดความเชื่อของผู้ป่วยไว้อย่างถูกต้องความต้องการของผู้ป่วย^{๕๗}

๔) ช่องทางการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อการดูแลช่วยเหลือและการบำบัดรักษา ลักษณะของการสื่อสารจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่มีประโยชน์ในด้านการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สร้างความไว้วางใจ ช่วยสนับสนุน/คำจูงทางด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกดดัน และรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจที่จะเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การสื่อสารสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นการใช้วัจนกรรมทั้งในทางตรงและทางอ้อม ให้ความสำคัญในการเลือกใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การวางแผนการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ตลอดจนการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิดประเด็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและการทวนสอบหรือสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการสื่อสารในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้น กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงใช้รูปแบบวัจนกรรมสื่อความหมายตามคำตรงและวัจนกรรมปฏิบัติที่จำแนกกลุ่มวัจนกรรม เพื่อการส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนความคิดและการรับรู้ร่วมกันมีปฏิริยาตอบสนองต่อกันและการตีความหมายของข้อมูลที่ได้รับทั้งความหมายตรงและความหมายแฝง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีจุดเน้น คือ การทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ หลักการสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพต้องดำเนินการบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพในข้อสำคัญที่เป็นอันดับแรก คือ อย่าทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ควบคู่กับการทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ความต้องการและความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การได้รับการดูแลทางด้านร่างกายให้สุขสบาย มีความรู้สึกปลอดภัย มีความอบอุ่นที่ได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่ตนเองรัก และได้จัดการกับภาระที่ค้างค้ำในใจหรือในชีวิตอย่างเรียบร้อย ไม่วิตกกังวล รู้สึกสงบและรับรู้ในคุณค่าของตนเอง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{๕๘}

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตต้องเผชิญกับ “สภาวะเงื่อนไข” ที่แตกต่างกัน ทั้งในมุมมองทัศนคติต่อชีวิตและความตายตลอดจนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความคาดหวังและความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน คือ ความต้องการในการดูแลเอาใจใส่อย่าง

^{๕๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๙ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๕๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๓๐ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.

เป็นองค์รวม จากผู้ที่เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัว/ผู้ใกล้ชิดด้วยการดูแลเอาใจใส่อย่างมีเมตตา ความอบอุ่น มิตรไมตรี เห็นอกเห็นใจและมีความจริงใจ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยว ดังนั้น การดูแลมนุษย์ที่ให้ความรักในเพื่อนมนุษย์จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ นอกจากนั้นแล้วยังจะทำให้บุคคลทั้งสองฝ่าย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ค้นพบกับสาระสำคัญของชีวิตตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต คือ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย สิ่งที่เป็นความหมายของชีวิตที่กล่าวมานี้จึงเป็นจุดสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแลที่ก่อให้เกิดความรักอันยิ่งใหญ่ระหว่างเพื่อนมนุษย์ที่พึ่งมีต่อกันและความเข้าใจชีวิตของตนเอง และผู้อื่น ก่อให้เกิดกระบวนการดูแลด้วยพลังแห่งความรักและช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าและการจากลาอย่างสุขสงบ^{๕๙}

การสื่อสารในแต่ละรูปแบบของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวชิรกรรมกลุ่มบอกกล่าวและกลุ่มขึ้นมีระดับใกล้เคียงกัน แต่มีความแตกต่างกันในรูปแบบการสื่อสาร ความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและวชิรกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำเสนอผลการอภิปรายใน ๓ ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ รูปแบบการสื่อสารความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๙๐ แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพที่จะส่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาแต่ละวิธีมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เป็นลักษณะการสื่อสารเพื่อการบำบัด และมีมุมมองต่อการให้ความสำคัญเรื่องพยาธิสภาพของโรค ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคของตนเองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตที่มีผลกระทบในทางลบของตนเองและครอบครัวต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต เกิดความรู้สึกหม่นหมองกับชีวิตที่เหลืออยู่อันเนื่องมาจากความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค รู้สึกกดดันหรือคับข้องใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ตลอดจนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยและสิ่งคุกคามชีวิต ซึ่งเป็นมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างประโยคที่แสดงความหมายตามคำตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ เช่น “หมอได้ตรวจเลือดของคุณ.. และพบเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าคุณ... ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการตรวจไขกระดูกจะช่วยยืนยันว่าคุณ.. ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจริง”^{๖๐}

ประเด็นที่ ๒ รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มวชิรกรรมปฏิบัติ พบว่า วชิรกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าร้อยละ ๖๐.๐๑ แสดงให้เห็นว่า วชิรกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึก เป็นถ้อยคำที่บ่งบอกให้ผู้ฟังได้รับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติและสภาวะทางอารมณ์ของผู้พูดที่มีต่อผู้ฟัง การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล

^{๕๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๑ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๖๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๒ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๗.

ความเจ็บป่วยของตนเองที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้จากการบอกกล่าวโดยตรงของผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาแสดงออกทางการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาหรือความหมายแฝงที่แสดงถึงความต้องการหรือความคาดหวังที่เก็บไว้ภายในจิตใจที่แสดงออกมาเป็นวัจนกรรมอ้อม เป็นกลไกการปกป้องทางจิตของมนุษย์ที่เป็นการหาทางออกให้กับจิตใจเมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น ความกลัวการพลัดพราก วิตกกังวลต่อความตายกับการจัดการกับภาระต่างๆ ที่ยังไม่เรียบร้อย ห่วงใยบุคคลอื่นเป็นที่รักในครอบครัว ซึ่งลักษณะการแสดงออกของปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านการแสดงออกด้านอารมณ์และจิตใจ โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะปรากฏชัดเจนมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ปฏิกริยาที่มีแสดงออกจะเป็นการช่วยลดความกดดันหรือลดความคับข้องใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ การสื่อสารที่บ่งบอกถึงความคิดและความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรากฏชัดเจนดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้ประโยคที่แสดงความตกใจ/ปฏิเสธ/ไม่ยอมรับความจริง เช่น “ไม่จริง ไม่น่าจะเป็นไปได้ ผลการตรวจต้องมีอะไรผิดพลาดสักอย่าง” หรือการแสดงกิริยาโกรธ หงุดหงิด ระบายอารมณ์อย่างไม่มีเหตุผลหรือไม่มีสาเหตุ เช่น “ทำไมต้องเป็นฉันด้วย ไม่ยุติธรรมเลย ลูกก็ยังเล็กนัก” แสดงคำพูดต่อรอง อาจต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตั้งใจไว้โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป เช่น “อยากให้แข็งแรงและมีกำลังวังชาอีกหน่อยจะได้ไปปฏิบัติธรรม” และการแสดงอารมณ์ซึมเศร้า ระทมใจ รู้สึกหมดหวัง เมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้และสูญเสียโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่ พยายามทำความเข้าใจความจริงที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย^{๖๑}

ประเด็นที่ ๓ รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า วัจนกรรมกลุ่มบอกกล่าวและกลุ่มขี้นามีระดับใกล้เคียงกัน คือ ในแต่ละสถานการณ์ความเจ็บป่วยทั้งผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในเชิงดูแลรักษาพยาบาลและการพึ่งพา การสื่อสารที่เกิดขึ้นในเชิงสัมพันธ์ภาพเพื่อนำไปสู่การฟื้นฟู อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างการสนทนาที่ประกอบด้วยผู้พูดและผู้ฟัง เป็นลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูลคุณธรรมและจริยธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกัน การสื่อสารเพื่อบอกกล่าวข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีจุดเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ เป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถปรับตัวและการเผชิญกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในขณะที่ด้วยกันผู้ป่วยก็ได้สะท้อนถึงปัญหาและ/หรือความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยเช่นกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเกิดความร่วมมือหรือมีข้อตกลงร่วมกัน การระบุหรือการชี้แนะเป็นรูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ผู้ฟังได้รับรู้ความหมายของสารหรือสาระสำคัญนั้น ที่ก่อให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ตัวอย่างประโยคการสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้คัดถ้อยคำสนทนามาจากการวิเคราะห์เนื้อหา คือรูปแบบการสื่อสารที่เน้นการรักษาแบบประคับ

^{๖๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๓ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

ประคองและแสดงถึงความเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีกำลังใจ เช่น “แม้เราจะไม่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้แต่เราคงต้องดูแลคุณเป็นอย่างดีต่อไป เพื่อให้คุณปารู้สึกสบายและไม่ทรมาน หมอจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้คุณปารู้สึกเจ็บหรือไม่สบาย” และการสนทนาที่ช่วยลดความรู้สึกกดดันโดยการใช้ถ้อยคำที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและอบอุ่นใจ^{๖๒}

เทคนิคการแจ้งข่าว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เริ่มตั้งแต่การแจ้งข่าวหรือการบอกสภาพความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งญาติที่ใกล้ชิดจะเป็นผู้ทำหน้าที่แจ้งข่าวร้าย การแจ้งข่าวร้ายมีเทคนิคที่สามารถนำไปปรับใช้ เช่น ญาติที่ทำหน้าที่นี้ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจพอสมควร เลือกสถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสมในการพูดคุย มีความเป็นส่วนตัวไม่มีเสียงรบกวนจากโทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล ท่าทางที่จริงใจ เป็นมิตร บอกความจริงและให้ความหวังอย่างซื่อตรงเมื่อเล่าผลการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว ควรให้กำลังใจญาติอาจขอให้ทีมผู้ดูแลร่วมวงพูดคุยและแนะนำทางเลือกในการรักษากับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าญาติและทีมผู้ดูแลพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างให้คำปรึกษาและเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุด ระหว่างที่บอกต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างตั้งใจไม่ควรรีบเร่ง และผลจากไปในทันที เพราะผู้ป่วยอาจมีคำถามหรือต้องการการปลอบโยน หรือกระทั่งอาจต้องเตรียมพร้อมเรื่องการปฐมนิเทศศพเบื้องต้นหากผู้ป่วยเป็นลมหรือเกิดอาการช็อก ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติควรมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับทีมผู้ดูแล^{๖๓} อย่างสม่ำเสมอ ทั้งเรื่องอาการของโรค วิธีการรักษา ผลที่จะเกิด เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาซึ่งจะช่วยสร้างความคาดหวังที่ตรงกันและลดความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและญาติด้วย^{๖๔}

๑๐) วิธีการเตรียมการหรือดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

การเตรียมพร้อมของผู้ป่วยแม้ว่าจะอยู่ในสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือกันเองได้ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้โอกาสนี้ทำเรื่องดีๆ ทั้งต่อตนเองและญาติและສະສາງເລື່ອງທີ່ຄ້າງຄາວຢູ່ນອກຈາກນີ້ຜູ້ປ່ວຍກວກກໍ່ເຂົ້າໃຈກັບກາວະຂອງໂຣດ ວິທີການຮັກສາ ຮວມຄື່ງໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືກັບທີມຜູ້ດູແລ່ລະຢູ່ດີໃນການຮັກສາພາບາບ ເຊັ່ນ ການກິນຍາ ການປຸກປັດຕູແຕ່ນຕົນ ດູແລ່ສັງເກດອາການທາງຮ່າງກາຍລະບອກອາການຕາມທີ່ເປັນຈິງແກ່ຢູ່ດີຫຼືທີມຜູ້ດູແລ່ໂດຍບໍ່ປິດບັງເພື່ອໃຫ້ການຮັກສາມີປະສິທິຢາພາກທີ່ສຸດ

การเตรียมพร้อมของญาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นงานหนัก บางครั้งญาติมักเครียดและเจ็บป่วยไปด้วย ดังนั้นญาติจำเป็นต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถทำหน้าที่สำคัญนี้ ญาติหลายคนมุ่งให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจนละเลยตนเอง บางครั้งพลอยเจ็บป่วยไปด้วย อย่างไรก็ตามญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยไปด้วย การรับประทานอาหารและพักผ่อนให้พอเพียง รวมถึงออกกำลังกาย เช่น เมื่อผู้ป่วยบริหารร่างกายเล็กๆ น้อยๆ หรือสวดมนต์ก็ทำไปด้วยกัน เป็นต้น

^{๖๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๔ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

^{๖๓} ทีมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ทีมงานหลายสาขาอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักบวช นักบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ผู้บริบาล เป็นต้น

^{๖๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒๕ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗.

๔.๒.๒ กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑) การใช้ศิลปะเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างไร?

ศิลปะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ศิลปะคือกฎกติการะเบียบวินัยทางสังคม ในการอยู่ร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไปก็ต้องมีข้อกำหนดร่วมกันที่เรียกว่า “สมมติบัญญัติ” เป็นข้อกำหนดที่รับรู้ร่วมกันตกลงกันเป็นกติกาของสังคม โดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ บุคลากรเหล่านี้ มีส่วนสำคัญในการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งญาติ หากทุกฝ่ายมีศิลปะตั้งอยู่ในกฎ กติการะเบียบ วินัย ทางสังคมแล้ว เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ของทุกคน ไม่ล้ำเส้นเอาเปรียบกัน ไม่เห็นแก่ตัวซึ่งกันและกัน มีจิตใจเมตตาอารีต่อกัน เป็นเพื่อนมนุษย์ร่วมเกิดแก่เจ็บตายด้วยกัน จะคิดจะพูดจะทำอะไรไม่ดีกับเพื่อนมนุษย์ก็เหมือนทำร้ายตนเอง ดังคำว่ายิกเล็ก็เจ็บเนื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยทุกฝ่ายต้องมีเมตตารักใคร่ต้องการให้เขามีความสุข ถึงแม้เป็นระยะสุดท้ายก็ตาม กรุณามีใจพลอยทุกข์ไปกับเขาด้วย มีจิตใจอยากให้เขาพ้นทุกข์จริงๆ เมื่อผู้ป่วยทำได้ตามข้อตกลงตามกติกากการรักษาก็น่าดีปรีดาให้กำลังใจแม้ในช่วงสั้นๆ ก็ตาม ทุกฝ่ายมีเมตตากรุณาต่อกันหมด ทุกคนทุกฝ่ายปฏิบัติหน้าที่ของตนด้วยความซื่อสัตย์สุจริตไม่คดโกงแม้แต่เวลาในการทำงาน เคารพสิทธิเสรีภาพความเป็นครอบครัวที่ซื่อสัตย์ไว้วางใจกัน มีความจริงใจต่อทุกคนที่ร่วมงานกันพูดจาปราศรัยด้วยมิตรไมตรีต่อกัน สร้างสังคมสันติสุขในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการอยู่กับสติสัมปชัญญะในปัจจุบันกาล ดังนั้น ไม่ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะรูปแบบใด คือ การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล หรือโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน หากทุกฝ่ายแคมีศิลปะหรือหลักมนุษยธรรมขั้นพื้นฐานดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ก็จะทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ที่ตั้งอยู่ในศิลปะจะเป็นประโยชน์หรือช่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ดีมากที่สุด และเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีด้วย^{๖๕}

จากบทสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า การมีสุขภาพที่ดีนั้นเห็นว่า ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพควรหวังพึ่งการดำเนินชีวิต (lifestyle) เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าการหวังพึ่งเทคโนโลยีในการรักษาโรค กล่าวคือการรักษาสุขภาพไม่ใช่การรอรักษาโรค โดยยึดศิลปะ ๕ ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ๑) การกินอาหารอย่างระมัดระวัง ไม่ให้น้ำหนักตัวสูงเกินเกณฑ์ ๒) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ๓) ห้ามสูบบุหรี่ ๔) นอนหลับให้เพียงพอทุกคืน ๕) การดื่มสุราอย่างจำกัด เรียงศิลปะ ๕ ตามลำดับความสำคัญ และ “ความยาก” ในความคิดเห็น กล่าวคือคนจำนวนไม่น้อยมักจะถามว่า “กินอะไรดี” (กับสุขภาพ) แต่หากกินมากก็จะอ้วนมาก นอกจากนั้นแล้วเวลาที่ชวนให้ออกกำลังกายก็มักจะมีข้ออ้างว่าไม่สะดวก ไม่มีเวลาหรือกลัวบาดเจ็บ ดังนั้นข้อมูลระบุเหมือนกันว่าปัจจัยที่บ้านทอน

^{๖๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

สุขภาพของประชาชนนั้นมียุ่ ๒ ปัจจัยหลัก คือการที่มีน้ำหนักตัวเกิน (เพราะกินมากเกินไป) และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ สำหรับการห้ามสูบบุหรี่และการจำกัดการดื่มสุรานั้นคงไม่ต้องพูดถึงมากนัก เพราะทราบกันดีอยู่แล้วและในส่วนของกรนอนหลับให้เพียงพอทุกคืน^{๖๖}

หลักปฏิบัติที่เรียกว่าเบญจศีล ในความเป็นจริง รู้กันบ้างรึเปล่าว่าศีลนั้น มีความหมายว่าอย่างไร ศีล คือ “เจตนา” ความตั้งใจ ที่จะงดเว้นจากกายทุจริต ๓ (ไม่ฆ่าสัตว์, ไม่ลักทรัพย์, ไม่ประพฤติดินในกาม) และวจีทุจริต ๔ (ไม่พูดเท็จ, ไม่พูดคำหยาบ, ไม่พูดส่อเสียด, ไม่พูดเพ้อเจ้อ) ศีล คือ “เจตสิก” หมายถึง การงดเว้นจากมโนทุจริต ๓ (ความโลภอยากได้ของผู้อื่น มีจิตคิดพยาบาท มีความเห็นผิด) ศีล คือ ความสำรวมระวัง ปิดกั้นความชั่ว ศีล คือ การไม่ล่วงละเมิดข้อห้าม ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วทำให้เบญจศีลนั้น มีความหมายที่เกี่ยวข้องกับมนุษยธรรม อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่มนุษย์นั้นบัญญัติขึ้นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เป็นการกำหนดหลักต่างๆ ขึ้นจากสามัญสำนึกที่รู้สึกตัวว่าเมื่อเรามีความรักตัวเอง ต้องการความสุข รวมถึงความปลอดภัยในชีวิต คนอื่นก็ย่อมต้องรู้สึกและมีความต้องการเช่นเดียวกับเรา เหตุนี้เองถึงแม้ว่าโลกใบนี้จะไม่มีการบูชาศาสนาหรือแม้แต่องค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าบังเกิดขึ้น เบญจศีลก็มิใช่อยู่ในการดำเนินชีวิตของเราอยู่แล้ว ฉะนั้น มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ มีเหตุมีผล รู้จักยับยั้งชั่งใจ แต่สัตว์เดียรัจฉานไม่มีสิ่งเหล่านี้ จึงอาจเห็นได้ว่า เมื่อใดที่มนุษย์มีเบญจศีลอย่างครบถ้วน ความเป็นมนุษย์จึงสมบูรณ์ ความเป็นปกติ วาจาก็เป็นปกติ เมื่อใดที่มนุษย์ขาดเบญจศีลไป ความเป็นมนุษย์ก็ลดลง เห็นได้ว่าเบญจศีลนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^{๖๗} โดยสามารถแบ่งการประพฤติดุปฏิบัติได้เป็น ๕ ข้อที่สามารถจำแนกความเป็นมนุษย์และสัตว์ได้อย่างชัดเจนได้ดังต่อไปนี้

๑) ตั้งใจงดเว้นจากการฆ่าสัตว์: ซึ่งโดยปกติของมนุษย์แล้วเราจะไม่ฆ่าแกงกันเอง นั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์ อาทิ เสือ หรือสิงโต ที่เวลาหิวก็จะไล่ล่าสัตว์อื่นเพื่อนำมาเป็นอาหารทันที นั่นจึงทำให้เราสามารถแบ่งแยกความแตกต่างระหว่างคนกับสัตว์ ได้อย่างชัดเจนและประพฤติดุเบญจธรรม สิกขาบทที่ ๑ มีเมตตากรุณา เผื่อแผ่ความสุขและช่วยเหลือ ผู้อื่นให้พ้นทุกข์

๒) ตั้งใจงดเว้นจากการลักขโมย : โดยปกติของมนุษย์แล้วจะไม่คิดขโมย หรือลักทรัพย์สินของใคร ไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นรูปธรรมจับต้องได้ หรือสิ่งที่เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ เพราะมนุษย์มีความรอบรู้ในเรื่องของ กรรมสิทธิ์ ว่านั่นของเรา ว่านี่ของเรา แต่กับสัตว์เดียรัจฉานนั้นไม่รู้ยกตัวอย่าง เวลาที่สุนัขกำลังเห็นแมวกินปลาอยู่ ถ้ามันมีความคิดที่อยากได้มันก็จะเข้าไปแย่งเลยทันที ฉะนั้น ถ้าใครลักขโมย หรือจี้ปล้นทรัพย์สินของคนอื่นก็แสดงว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเขาได้สูญเสียไปแล้ว และประพฤติดุเบญจธรรม สิกขาบทที่ ๒ มีสัมมาอาชีวะ หมั่นประกอบกรเลี้ยงชีพในทางที่ชอบ

๓) ตั้งใจงดเว้นจากการประพฤติดินในกาม : มนุษย์เป็นผู้ที่รู้จักควบคุมความต้องการของตัวเอง รู้ถูกผิด รู้ว่าอะไรควร อะไรไม่ควร ซึ่งแตกต่างจากสัตว์ อาทิ เมื่อสุนัขเพศผู้ถึงคราวที่ฮอร์โมนเพศทำงาน มันจะเข้าไปกัดเพื่อแย่งตัวเมียจากตัวผู้ตัวอื่น แต่มนุษย์ปกติกลับไม่ประพฤ

^{๖๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๒ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

^{๖๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๓ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

เช่นนั้น และประพจน์เบญจธรรม สิกขาบทที่ ๓ มีความสำรวมในกาม ๒ ประการ คือ ๑) สทราสันโดษ ความยินดีด้วยภรรยาของตน สำหรับชาย ๒) ปติวัตร ความจงรักในสามีของตนสำหรับหญิง

๔) ตั้งใจดเว้นจากการพูดเท็จ พูดคำหยาบ คำส่อเสียด เพื่อเจ้า : โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วจะไม่หลอกลวง และเบียดเบียนซึ่งกันและกันด้วยวาจา หรือคำพูด ซึ่งแตกต่างจากสัตว์อาทิ สุนัขที่อยู่ในบ้าน เมื่อมีสุนัขตัวอื่น หรือมนุษย์คนอื่นเดินผ่านมา มันจะส่งเสียงเห่าในทันที แต่มนุษย์เราโดยปกติไม่ได้เป็นเช่นนั้น ที่อยู่ดีๆ เราจะด่า หรือว่าใครโดยไม่มีเหตุอันสมควร และประพจน์เบญจธรรม สิกขาบทที่ ๔ มีความสัตย์ โดยอาการ ๔ คือ ๑) ความเที่ยงธรรมในหน้าที่ ๒) ความซื่อตรงต่อมิตร ๓) ความจงรักภักดีในเจ้าของตน ๔) ความกตัญญูในท่านผู้มีพระคุณ

๕) ตั้งใจดเว้นจากดื่มสุรา : ตามปกติ สัตว์ใหญ่จะมีพลังกำลังมากกว่ามนุษย์ แต่มันบังคับทิศทางเคลื่อนที่ไม่ค่อยได้ เพราะไม่มีสติสำหรับควบคุม ดังนั้น สัตว์จึงไม่สามารถเป็นกำลังกายที่เกิดเป็นคุณงามความดี หรือการช่วยเหลือผู้อื่นได้ ผิดกับมนุษย์ มนุษย์มีสติสัมปชัญญะที่จะควบคุมการกระทำของตัวเอง ทำให้สามารถนำพลังกำลัง หรือกำลังกายที่เรามีเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น หรือกระทำความดีได้อย่างมากมาย แต่เมื่อใดที่มนุษย์ดื่มสุรา หรือของมึนเมาเข้าไป ก็จะทำให้ตนเองนั้นขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจจนก่อให้เกิดการประพจน์ในสิ่งที่เลวร้ายได้ ซึ่งศีลข้อที่ ๕ นี้เป็นข้อที่สำคัญที่สุด เพราะคนที่ขาดสติสามารถกระทำความชั่ว รวมไปถึงการประพจน์ผิดในศีลข้ออื่นๆ ได้อีกด้วย และประพจน์เบญจธรรม สิกขาบทที่ ๕ มีสตรอบครอบ โดยอาการ ๔ คือ ๑) รู้จักประมาณในการบริโภค ๒) ไม่เลินเล่อในการงาน ๓) มีสัมปชัญญะในการประพจน์ตน ๔) ไม่ประมาทในธรรม^{๖๘}

ทำไมจึงต้องรักษาเบญจศีล ข้อที่ ๑: สิ่งมีชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า เราไม่ควรเบียดเบียน ช่มเหง หรือทำลายคุณค่าแห่งความเป็นอยู่ของเขาให้ตกไป ข้อที่ ๒: สิ่งของของใคร ใครก็รัก ใครก็สงวน ไม่ควรทำลาย ฉก ลัก ปล้น จี้ อันจะเป็นการทำลายทรัพย์สินสมบัติและทำลายซึ่งจิตใจกัน ข้อที่ ๓: ลูก หลาน สามี ภรรยาใคร ใครก็รัก ใครก็สงวนอย่างยิ่ง ไม่ปรารถนาให้ใครมาอาจเอื้อม ล่วงเกิน อันจะเป็นการทำลายซึ่งจิตใจของผู้อื่นอย่างหนัก อีกทั้งยังเป็นบาปแบบไม่มีประมาณ ข้อที่ ๔: การมุสา หรือการโกหกพกลม ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทำลายความเชื่อถือของผู้อื่นให้ขาดสะบั้นลงอย่างไม่มีดี ถึงแม้แต่เจ้านายก็ไม่พอใจในคำหลอกลวง จึงไม่สมควรโกหก ทำให้ผู้อื่นเสียหาย ข้อที่ ๕: สุรา ยาเสพติด เป็นของมึนเมาและให้โทษ หากดื่มเข้าไปบ่อยๆ ย่อมทำให้คนดีกลายเป็นคนบ้าได้ อีกทั้งของมึนเมาเหล่านี้จะเข้าไปลดคุณค่าของคนลงโดยลำดับ สำหรับผู้ที่ต้องการเป็นคนดี มีสติปกครองตัวอย่างมนุษย์จึงไม่ควรดื่มสุรา อันนับว่าเป็นเครื่องทำลายสุขภาพทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก หากเสพเข้าไปก็ถือเป็นการทำลายตัวเอง และผู้อื่นได้ในขณะเดียวกัน^{๖๙}

เมื่อเห็นโทษแล้วมาดูประโยชน์ของการรักษาศีลกัน ทำให้อายุยืน ปราศจากโรคภัย เบียดเบียน ทรัพย์สินสมบัติที่อยู่ในความปกครองจะมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายที่มาราวี จ้องจะเบียดเบียนทำลาย ระหว่างลูก หลาน สามี และภรรยาจะอยู่ร่วมกันด้วยความผาสุก ไม่มีผู้คอยล่วงล้ำ

^{๖๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๔ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗.

^{๖๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๕ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

กล้ากราย ต่างครองกันอยู่ด้วยความเป็นสุข เมื่อพูดอะไรจะมีแต่ผู้เคารพเชื่อถือ คำพูดมีเสน่ห์ เป็นที่จับใจไพเราะด้วยสัจย์ ด้วยศีล จะเป็นผู้ที่มิสติปัญญาดีและเฉลียวฉลาด ไม่หลงหน้าหลงหลัง จับโน้นชนนี้จนเหมือนคนบ้าคนบอ หาสติไม่ได้ ผู้มีศีล จะเป็นผู้ที่ปลูกและส่งเสริมสุขบนหัวใจคนและสัตว์ทั่วโลกให้มีแต่ความอบอุ่น ไม่เป็นที่ระแวงสงสัย ผู้ไม่มีศีล จะเป็นผู้ที่ทำลายหัวใจคนและสัตว์ให้ได้รับความทุกข์ ความเดือดร้อนอยู่ทั่วทุกหย่อมหญ้า^{๗๐}

๒) ท่านมีวิธีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องของการทำสมาธิของผู้ป่วย?

วิธีการทำสมาธิกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ที่ตั้งอยู่ในศีลจะเป็นประโยชน์หรือช่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ใช้วิธีฝึกสมาธิง่ายๆ ให้เบลอไปด้วยกับชีวิตประจำวันอย่างแนบเนียน ๑) เมื่ออยู่ในที่เงียบสงบ ให้นั่งลงในท่าสบายๆ ติดตามลมหายใจเข้า-ออก ๒) ทุกครั้งที่อยู่ว่างๆ ให้หลับตาหรือเลือกโฟกัส ๑ จุด เพื่อทำสมาธิ ๓) ฝึกสังเกตความรู้สึกของตัวเองเสมอ ๔) รับรู้ถึงการเดินทางของลมหายใจที่เข้า-ออก ๕) ไม่ทำหลายอย่างพร้อมกัน จดจ่อที่ละเรื่อง โฟกัส และตั้งใจ^{๗๑}

การนั่งสมาธิมีกี่แบบและท่านั่งพื้นฐานที่ควรรู้ กล่าวคือการนั่งสมาธิมีหลายแบบ และหลายระดับ ซึ่งในแต่ละระดับก็อาจมีฐานต่างๆ อีกมากมาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนั่งสมาธิ เจริญกรรมฐาน ว่าต้องการเพียงความสงบในจิตใจ หรือต้องการฝึกปฏิบัติเพื่อให้รู้แจ้งเห็นธรรม โดยการนั่งสมาธิในระดับ “ญาณ” ก็จะต้องมีผู้รู้มาคอยชี้แนะในการปฏิบัติ แต่หากจะแบ่งการนั่งสมาธิแบบพื้นฐาน สามารถแบ่งออกเป็น ๓ แบบ ได้แก่ ๑) ขณิกสมาธิ: การทำสมาธิแบบชั่วคราว เป็นขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลทั่วไปที่ต้องการสมาธิในการเรียน และทำงาน มีสติรู้ตัวตนว่ากำลังทำอะไรอยู่ ๒) อุปจารสมาธิ: การทำสมาธิในระยะเวลาที่นานขึ้น สำหรับผู้ที่กำลังจะได้ฌาน และนิมิตต่างๆ ตามความเชื่อในพระพุทธศาสนา ๓) อัปปนาสมาธิ: การทำสมาธิขั้นแน่นหนาเข้าถึงฌาน สามารถข่มกิเลสได้ ถือว่าเป็นสมาธิขั้นสูงสุด^{๗๒}

ท่านั่งสมาธิแบบพื้นฐาน ผู้ปฏิบัติควรเลือกนั่งในพื้นที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก โดยนั่งขัดสมาธิขาไขว้กันทับฝ่าเท้า มือวางซ้อนทับกัน หลังตรง หน้าตรง ไม่ก้มหรือเงยหน้า หลับตาพร้อมๆ กับค่อยๆ กำหนดลมหายใจเข้าออก วิธีแนะนำสำหรับผู้เริ่มต้น เมื่อหายใจเข้าให้กำหนด “พุท” และหายใจออกให้กำหนด “โธ” เพื่อให้จิตใจจดจ่อกับลมหายใจ ทุกคนทำได้ ส่วนผู้ป่วยนอกกำหนดลมหายใจเข้า-ออกไปพร้อมกับสมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพคนอื่นๆ^{๗๓}

ประโยชน์ของการนั่งสมาธิ กล่าวคือการนั่งสมาธินอกจากช่วยให้เรามีสมาธิ และสติในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในชีวิตประจำวันมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการลดความเครียด คลายความวิตก ฝึกความอดทนอดกลั้น ขจัด

^{๗๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๖ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^{๗๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๗ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^{๗๒} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๘ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

^{๗๓} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๙ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗.

ความคิดลบที่รบกวนจิตใจ และช่วยให้ผ่อนคลายง่ายขึ้น ส่วนที่หลายคนอาจจะกำลังสงสัยว่า การนั่งสมาธิได้บุญอย่างไร? ชาวพุทธเชื่อว่าการนั่งสมาธิเป็นการสร้างอานิสงส์ เนื่องจากในขณะที่เรากำลังนั่งสมาธิ จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตัดละกิเลส ละอุปาทานความยึดมั่นถือมั่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ไม่มีจิตอกุศลไปชั่วขณะ เมื่อนั่งสมาธิเสร็จก็มักจะอุทิศส่วนกุศลไปให้บิดามารดา รวมถึงสรรพสัตว์ทั้งหลายด้วย จึงถือว่าเป็นพลังบุญประการหนึ่งที่ได้รับจากการนั่งสมาธิ สำหรับผู้ที่ฝึกปฏิบัตินั่งสมาธิขั้นพื้นฐาน ก็สามารถนั่งแบบเริ่มต้นได้ง่ายๆ เพียงครั้งละ ๕-๑๐ นาที เพื่อให้จิตใจสงบ จดจ่อกับสมาธิในดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หลังจากนั้นค่อยเพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้นก็ได้^{๗๔}

จากบทสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า เทคนิคทำสมาธิง่ายๆ ทำได้ทุกที่ คือ การทำสมาธิเป็นหนึ่ง ในตัวช่วยสำคัญจัดการความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การทำสมาธิช่วยให้เรารู้สึกถึงความผ่อนคลายและความสงบรอบๆ ตัวเรา และเราเองไม่จำเป็นต้องเป็น guru หากต้องการทำสมาธิ เทคนิคง่ายๆ ในการทำสมาธิ ที่สามารถนำไปใช้ได้เลย แม้ว่าจะไม่ค่อยมีเวลาที่ตามทำได้ทุกที่ทุกเวลา ๑) Guided meditation เรียกว่าใช้เทคโนโลยีเป็นตัวช่วยครับ เราเพียงหาที่นั่งสบายๆ ในมุมสงบ แล้วเปิดเสียงหรือวีดีโอ ที่แนะนำกระบวนการทั้งหมด เราเพียงค่อยๆ ทำตามเป็นลำดับขั้นไป ตรงนี้เองปัจจุบันมีโปรแกรมในมือถือหลายตัวที่ให้บริการ guided meditation แล้ว ไปดาวน์โหลดมาลองกันได้เลย ๒) Walking meditation ถ้าในภาษาไทยตรงๆ ก็น่าจะเป็นการเดินจงกรม ถูกนำมาใช้บ่อยในการส่งเสริมสุขภาพกายและใจ จะเป็นการเดินช้าๆ แบบกำหนดสติไปกับการรับรู้ต่างๆ ทั้งการเดิน ความรู้สึกใต้ฝ่าเท้า และความรู้สึกอื่นๆ รอบตัว อย่างไรก็ตามนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันง่ายๆ ได้ โดยการเดินทั่วไป แบบที่กำหนดสมาธิไปยังทำทางต่างๆ รับรู้ถึงสิ่งรอบตัวให้มากขึ้น บางครั้งยังมีการแนะนำให้หาเวลาเดินในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ (nature walk) ให้เราได้สัมผัสถึงบรรยากาศ เสียง หรือกลิ่นต่างๆ ในธรรมชาติ พบว่าการเดินแบบนี้นอกจากจะได้เป็นการออกกำลังกายไปในตัวแล้ว ยังช่วยส่งเสริมสมาธิและความเฉียบไวของสมองด้วยครับ ๓) Deep breathing การทำสมาธิโดยการหายใจลึก ซึ่งเป็นการประยุกต์มาจากการนั่งสมาธิปกติ ที่กำหนดลมหายใจเข้าออก แต่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ในช่วงที่พัก หรือเผชิญกับความเครียด เมื่อหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ สัก ๓-๕ นาที จังหวะการหายใจที่เร็วและตื้นจะช้าลง ตรงนี้เองจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจได้ หรือถ้าอยากจะดีขึ้นไปอีก เปิดเพลงบรรเลงผ่อนคลายช่วยเบาๆ ได้ด้วย นับเป็นเทคนิคที่ง่ายและได้ประโยชน์มาก เทคนิคเหล่านี้ทำได้เลยทุกที่ง่ายๆ เพียงแต่ต้องอาศัยวินัยของตัวเองในการเริ่มต้น และฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เป้าหมายสำคัญก็เพื่อให้มีเทคนิคในการผ่อนคลาย และกลับมาอยู่กับปัจจุบัน รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รับรู้ความรู้สึกของตัวเองแบบไม่ตัดสินหรือไม่ต่อต้าน และละทิ้งความกังวลต่างๆ ไป ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งญาติ ทุกคนทำได้ ทำร่วมกันได้ และส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น^{๗๕}

^{๗๔} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๐ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

^{๗๕} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๑ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

๓) ท่านมีวิธีการดำเนินการอย่างไรให้ผู้ป่วยได้มีการสวดมนต์แผ่เมตตา?

วิธีการสวดมนต์แผ่เมตตาของผู้ป่วย ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า บุคลากรทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลหรือญาติสวดพร้อมกัน หรือกล่าวนำ หรือสวดเบาๆ ให้ได้ยินก็ได้ เริ่มจากกล่าว นโม ความน้อมน้อมพระรัตนไตร ๓ จบ ตามด้วย อหระหา สุวากขาโตฯ สุปฏิปันโนฯ ต่อด้วย อารธนาเบญจศีล ศีล ๕ และจบด้วยบทแผ่เมตตา บทสวดมนต์ก่อนนอน นับเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เรามีความสุขขึ้นได้ โดยที่ในแต่ละวันเราต้องพบเจอกับเรื่องราวมากมาย ทั้งเรื่องที่ทำให้ชีวิตเป็นสุข ไปจนถึงเรื่องราวต่างๆ ที่ทำให้ชีวิตวุ่นวาย เมื่อกลับถึงบ้านเราต่างก็ต้องการเวลาพักผ่อน อยากนอนหลับสบายเพื่อลืมเรื่องราวต่างๆ การท่องบทสวดมนต์ก่อนนอนจะช่วยให้เรามีสมาธิ จิตใจสงบ ผ่องใส อีกทั้งยังเป็นการแผ่ส่วนบุญส่วนกุศลที่ได้ทำมาในแต่ละวันให้กับเพื่อนมนุษย์ หรือสรรพสัตว์ต่างๆ บนโลก เมื่อเรามีสมาธิ จิตใจเย็นลง จะทำให้เรานอนหลับสบาย ตื่นเช้ามาจะรู้สึกสดใส พร้อมที่จะสู้ไปกับการทำงาน หรือการเรียนได้อย่างมีความสุข ซึ่งในบทสวดมนต์ก่อนนอน นั้นไม่ว่าจะเป็นบทใดก็ตามล้วนแล้วแต่มีอานุภาพในตัวเองอยู่มากมาย อีกทั้งยังแฝงไปด้วยข้อคิดดีๆ ที่จะเป็นหลักนำทางให้เราดำเนินชีวิตในทุกวันไปได้อย่างราบรื่น ฉะนั้น การสวดมนต์ก่อนนอนถือว่าเป็นเรื่องที่ดี ยิ่งปฏิบัติทุกวันก็จะส่งผลที่ดีในเรื่องของสมาธิ ปัญญา ทำให้ใจของเราสามารถพิจารณาเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างละเอียด รอบคอบ และใจเย็นมากขึ้น^{๗๖}

อานิสงส์จากการสวดมนต์ คือ

๑) สวดมนต์เพื่อถวายเป็นพุทธบูชาเป็นบุญที่ได้กล่าวคำศักดิ์สิทธิ์ที่พระพุทธเจ้าบัญญัติไว้ บทสวดพุทธมนต์นั้น มาจากพระโอษฐ์ของพระเจ้าที่ได้ทรงสอนสั่งสาวกและมีการจำและท่องสืบทอดมา จนถึงมีการจดบันทึกไว้ในพระไตรปิฎก ผู้ที่ได้มีโอกาสสวดมนต์ในชีวิต เป็นการเปล่งคำศักดิ์สิทธิ์ถวายเป็นพุทธเจ้า เป็นการบูชาพระพุทธเจ้าและย่อมได้บุญกุศล

๒) เกิดผลดีต่อร่างกาย คนที่สวดมนต์เป็นประจำนั้น ทางกายแพทย์สมัยใหม่รับรองแล้วว่า ทำให้เกิดความสุขได้จริงในจิตใจ ส่งผลต่อร่างกายให้หลังสารความสุขออกมา ร่างกายก็จะแข็งแรง ใบหน้าสดใส ครูบาอาจารย์ในสมัยโบราณถึงปัจจุบันทราบถึงเคล็ดลับสำคัญ ให้สังเกตว่าท่านจะมีอายุยืนมาก และบรรพบุรุษของเรานั้น ท่านสวดมนต์เป็นประจำอายุท่านยืนยาว

๓) เป็นการบำเพ็ญภาวนาอย่างหนึ่ง ทำให้มีสมาธิจิตใจ แจ่มใส การสวดมนต์เป็นการสร้างสมาธิวิธีหนึ่ง เมื่อจิตที่มีสมาธิย่อมแจ่มใส มีกำลัง คิดอ่านแก้ไขปัญหอะไรก็จะทำได้ง่าย เพราะมีสติกำกับอยู่

๔) เป็นที่โปรดปรานของเหล่าเทพเทวดาและดวงจิตวิญญาณทั้งปวง แม้ผู้ใดไม่ว่าจะเป็นพรหมเทพเทวดา สรรพสัตว์ทั้งหลาย ดวงจิตวิญญาณทั้งหลาย เมื่อได้ยินบทสวดนั้นจะพบกับความเย็นสบายคลายทุกข์ ทำให้นิยมชมชอบ และเมื่อยินก็จะช่วยปกป้องรักษาคนที่สวด

๕) เกิดบุญจากการแผ่เมตตา เมื่อสวดมนต์เสร็จสิ้น มีการแผ่เมตตาแก่ตนเอง และเหล่าสรรพสัตว์ย่อมเกิดอานิสงส์บุญเกิดขึ้น

^{๗๖} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๒ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

๖) ได้รับพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คนที่สวดมนต์เป็นประจำนั้นย่อมได้รับการอวยพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เสมอ เพราะเป็นผู้สร้างกรรมดีจากการสวดมนต์และแผ่เมตตา

๗) สร้างสิริมงคลต่อตนเอง และครอบครัว ปัดเป่าภัยพิภย โรคภัยได้จริง ทุกบทสวดมนต์นั้นมาจากอักขระที่ศักดิ์สิทธิ์ มีอำนาจดลบันดาลให้สิ่งอับมงคลนั้นออกไปจากชีวิต และสร้างสิริมงคลให้กับคนที่สวด ยิ่งสวดมากก็จะมีสิริมงคลมากขึ้น ทำอะไรก็สำเร็จโดยง่าย

๘) สามารถแผ่บุญไปช่วยผู้อื่นที่เดือดร้อนได้ บทสวดมนต์ทุกบทนั้น สามารถแผ่บุญกุศลไปช่วยผู้อื่นที่เดือดร้อนได้ทุกเรื่อง ยิ่งเป็นสายเลือดเดียวกันจะยิ่งเร็วขึ้น เพราะมีทั้งบุญและกรรมผูกพันกันมา อาณิสสส์ที่ตั้งที่กล่าวมาข้างต้นคงพอจะทำให้ทุกท่านเข้าใจ เรื่องอาณิสสส์ หรือประโยชน์ที่จะรับจากการสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ตลอดจนการแผ่เมตตาเป็นอย่างดีแล้วอย่างใดก็ดีนี้เป็นเพียงประโยชน์เบื้องต้นเท่านั้น ความจริงแล้วมีอาณิสสส์ที่จะได้รับทางอ้อมทางลึกอีกมากมายกว่านี้นัก แต่เป็น “ปัจจัยตั้ง” หรือรู้ได้เฉพาะตัวของแต่ละคนไป โปรดจำไว้เสมอว่า ธรรมะของพระพุทธเจ้านี้ต้องปฏิบัติเองถึงจะได้

๙) เป็นพื้นฐานไปสู่การก่อนปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานขั้นสูงต่อไป เมื่อทุกท่านทราบถึงการที่จะต้องทำอะไรก่อนถึงจะเริ่มต้นการสวดมนต์ ที่ครบถ้วนทุกประการแล้ว

บทสวดมนต์ก่อนนอนเป็นบทสวดที่ก่อให้เกิดอาณิสสค์กับผู้สวด ทำให้จิตใจสงบ นอนหลับง่าย ตื่นมาสดชื่นเบิกบาน ดังนั้นการสวดมนต์ก่อนนอนทุกคืนเป็นประจำ เป็นเรื่องที่พุทธศาสนิกชนควรยึดถือปฏิบัติ คำแนะนำก่อนเริ่มการสวดมนต์ก่อนนอน เราจะต้องทำสมาธิและจิตใจในแน่วแน่ จดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ ไม่เอาใจไปตามสิ่งรบกวนรอบข้าง หรือถ้าหากใครไม่

สามารถทำได้ อาจลองสวดมนต์ซ้ำๆ เป็นจังหวะ ให้ระลึกถึงองค์พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หากการปฏิบัติสำเร็จและเป็นประจำสม่ำเสมอก็จะส่งผลดีต่อตัวเราเป็นอย่างมากในทุกด้าน^{๗๗}

๔) ท่านมีวิธีการอย่างไรในการทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากความทุกข์ใจในเรื่องต่างๆ

วิธีการปล่อยวางจากความทุกข์ใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า วางใจอย่างไรในยามป่วยหนัก ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่มีใครปรารถนา แต่ก็มีอาจหนีพ้น แม้กระนั้นเมื่อเจ็บป่วย ก็ขอให้ป่วยแต่กาย อย่าให้ใจป่วยไปด้วย ใจที่สงบเย็นเป็นสุขสามารถเกิดได้ในกายที่เจ็บป่วย ขอเพียงแต่วางใจให้ถูก ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ผลักไส ความเจ็บป่วยสามารถสอนธรรมให้เราเกิดปัญญาได้ ถ้าคุณป่วย อย่าลืมนึกว่าคุณไม่ได้ป่วย เพียงแต่ความป่วยอยู่ในร่างกายเท่านั้น ความป่วยไม่ใช่ทั้งหมดของคุณ แค่เป็นส่วนหนึ่งในตัวคุณ คุณยังมีสิ่งดีๆ อีกมากมายที่สามารถให้ความสุขแก่คุณในขณะนี้ได้ อย่ากังวลกับอนาคต อยู่กับปัจจุบันให้มีความสุข เท่านั้นก็พอแล้ว

เวลาที่มีความเจ็บปวดไม่ว่าส่วนไหนของร่างกาย อย่าผลักไสมัน ยิ่งผลักไส ยิ่งเป็นทุกข์ แต่ให้ลองสังเกตใจของเราแทนว่า ตอนนั้นมีความหงุดหงิด หรือความโกรธไหม แค่เห็นมัน ก็ช่วยได้เยอะ เพราะหากไม่รู้ทันอารมณ์เหล่านั้น มันจะสร้างความทุกข์ใจ และทำให้ความทุกข์กายเพิ่ม เรียกว่าทุกข์ทวีคูณเลย แต่ถ้ารู้ทัน มันจะดับไป ความทุกข์จะลดลง เหมือนทุกข์หารสาม

^{๗๗} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๓ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.

เวลาเจ็บปวดจากความป่วยไข้ พึงระลึกนึกถึงคำพูดของพระท่าน ที่ว่า “อันความอยากหายจากทุกขเวทนานั้น อย่าอยาก ยิ่งอยากให้หายเท่าไรก็ยิ่งเพิ่มสมุทัย ตัวผลิตทุกข์มากยิ่งขึ้นเท่านั้น แต่ให้อยากรู้ อยากเห็นความจริงของทุกขเวทนาที่แสดงอยู่กับกายกับใจเท่านั้น นั่นคือความอยากอันเป็นมรรคทางเหยียบย่ำกิเลส ซึ่งจะทำให้เกิดผลคือการเห็นแจ้งตามความจริงของกาย เวทนา จิตที่กำลังพิจารณาอยู่ในขณะนั้น ความอยากรู้จริงเห็นจริงนี้มีมากเท่าไร ความเพียรพยายามทุกด้านยิ่งมีกำลังมากเท่านั้น”

ความเจ็บป่วยและความเจ็บปวดไม่ได้มีแต่โทษ แต่มีประโยชน์ เพราะมันสามารถสอนธรรมหรือแสดงสัจธรรมให้เราเห็นความจริงของกายและใจ ลองใช้โอกาสนี้พิจารณาธรรมนี้ก็ได้อีก “แม้กายนี้จะกระสับกระส่ายด้วยทุกขเวทนา จิตของเราจะไม่กระสับกระส่ายไปตามกาย กายนี้กำลังจะแตก วิญญาณนี้กำลังจะดับ เพราะมันเป็นของไม่เที่ยง ไม่ใช่ของเราช่างมัน” การยอมรับเป็นหัวใจของการเผชิญกับความทุกข์ ไม่ว่าจะเป็นการยอมรับความเจ็บปวด ความเป็นไปของร่างกาย ความเป็นไปของสมอง หรือความสามารถของตัวเอง ถ้าเรายอมรับได้ ความทุกข์ก็จะน้อยลง

มีคนไข้คนหนึ่ง เป็นมะเร็งสุตรระยะท้าย พอไปเอกซเรย์ปอด พบว่าปอดขาวไปทั้งปอด ที่แรกหมอไม่เชื่อผล เพราะคนไข้มีอาการเหมือนคนปกติ ไปเอกซเรย์อีก ก็ได้ผลเหมือนเดิม แปลว่าน้ำท่วมปอด ขนาดน้ำท่วมปอด คนไข้ก็ยังไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน เขาบอกว่าเขาหายใจเท่าที่หายใจได้ แม้ น้ำท่วมปอด ก็ไม่ตื่นตกใจเพราะเขามีสติ เขาพูดเล่นๆ ว่าหายใจทางผิวหนัง น้ำท่วมปอดแต่ก็ยังพอหายใจได้ ส่วนหนึ่งเพราะเขาใช้สมาธิช่วยด้วย อันนี้แสดงว่าแม้กายไม่ไหวแต่จะทุกข์หรือไม่อยู่ที่ใจ ถ้าใจไม่ตื่นตระหนกก็ยังพออยู่ได้ แต่ถ้าตื่นตระหนกเมื่อไหร่ ก็แย่เลยเมื่อนั้น

ความเจ็บปวดทางกาย หรือทุกขเวทนาทางกาย ถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับความทุกข์ทางใจ คนเราแม้ร่างกายปกติ แต่มีความทุกข์ทางใจ ก็จะมีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่เป็นสุข แต่ถึงจะมีทุกขเวทนาทางกาย การหายใจติดขัด แต่ถ้าใจไม่วิตกกังวล ก็ยังพออยู่ได้ ประคับประคองตนเองไปได้ สาเหตุที่ใจไม่วิตกกังวลก็เพราะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น หากยอมรับความจริงและยอมรับความเป็นไป จะช่วยให้ใจไม่ทุกข์ ร่างกายของเรานั้นเปรียบเหมือนบ้าน เมื่อแก่ชราและล้มป่วย ร่างกายก็ไม่ต่างจากบ้านที่ผู้พึ่งเต็มที ใกล้จะพังครืนลงมา ผู้ที่ไม่ประมาท เห็นความจริงของชีวิต ย่อมเตรียมใจพร้อมเสมอว่าบ้านหลังนี้จะพังลงมาเมื่อไหร่ เมื่อมันพังลงมา ก็พร้อมทั้งทั้งบ้านหลังนี้ ในยามนั้นพึงระลึกถึงคำของพระเรวัตเถระว่า “เราไม่ยินดีต่อความตาย ไม่เพลิดเพลินต่อชีวิต รอคอยเวลาตายอยู่ เหมือนลูกจ้างรอให้หมดเวลาทำงาน” ชายคนหนึ่ง ที่ป่วยระยะสุดท้าย พูดได้น่าสนใจว่า “ชีวิตนี้ฉันบรรลุทุกอย่างที่ต้องการแล้ว ตอนนี้ฉันกำลังรอพิธีมอบรางวัล” ความตายไม่ใช่สิ่งน่ากลัว วันที่เราตายคือวันที่เราทำงานเสร็จสิ้นแล้ว มีรางวัลหรือค่าจ้างรออยู่ข้างหน้า นั่นคือความสงบ และสำหรับชาวพุทธ เราเชื่อว่ามีสุคติเป็นที่หมาย^{๗๘}

^{๗๘} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๔ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

ทำอย่างไรจึงจะผ่านความทุกข์ยากครั้งนี้ไปได้

มนุษย์สามารถที่จะเรียนรู้ในการช่วยเหลือตัวเองให้ก้าวข้ามผ่านออกจากความทุกข์ยากนั้นไปได้ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดชะตากรรมของคุณนั้นไม่ใช่เรื่องของความอดทนแต่กลับเป็นความสัมพันธ์ของคุณที่มีต่อความเป็นจริง ต่อตัวคุณเองและต่อคนอื่น วิธีคิดและวิธีการที่คุณจะสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นนั้นเป็นคุณสมบัติทางจิตใจที่ทุกคนมีอยู่แต่อาจมีมากไม่เท่ากัน ซึ่งความจริงแล้วเราสามารถพัฒนาให้มากขึ้นและเพียงพอที่จะช่วยให้เราผ่านพ้นความยากลำบากไปด้วยดี ด้วยการปรับตัวเองดังต่อไปนี้

การปรับความคิด ยอมรับความจริงว่าความทุกข์ยากเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การพยายามหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านจะยิ่งทำให้มันคงอยู่กับเรานาน ถ้ามองให้ดีจะเห็นว่าในโลกนี้ล้วนเป็นเรื่องราวของชีวิตที่ต้องมีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดอยู่ทุกหนแห่ง ความทุกข์ยากเป็นของสาธารณะที่สามารถพบได้ทั่วไปในสถานการณ์ต่างๆ ทั่วโลก เช่น น้ำท่วม สึนามิ สงคราม การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และภัยพิบัติทุกประเภท หรือแม้แต่ในครอบครัวของเราและของเพื่อน ก็ยังมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความตาย การสูญเสีย และเหตุการณ์ร้ายแรงต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (อนิจจัง) สิ่งที่เกิดหว้งและตั้งใจจะทำบางอย่างอาจไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้เกิดขึ้นในชีวิต และการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นก็ได้เกิดขึ้นแล้ว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ จะช่วยให้ จดจ่ออยู่กับสภาพสถานการณ์ในปัจจุบันที่ จะสามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้

จัดการกับความคิดอัตโนมัติ การพยายามทำความเข้าใจว่า คิดอย่างไรต่อสถานการณ์ทุกข์ยากที่ไม่รู้ว่าจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไรเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก ถ้าสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นจะพบว่า จะมีความคิดอัตโนมัติมากมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและส่วนใหญ่จะเป็นความคิดลบซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ผ่านกระบวนการของการใช้เหตุผล และไม่เกิดผลดีต่อการแก้ไขปัญหาขณะเดียวกันก็อาจรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ขัดขวางการนอนหลับและการมีสุขภาพกาย-ใจที่ดี ควรปล่อยวางความคิดอัตโนมัติด้านลบเหล่านี้ โดยการฝึกสติสังเกตรับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูก พยายามอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้มีสติจดจ่ออยู่กับลมหายใจ ถ้าใจเผลอไปคิดเรื่องอื่นก็ดึงกลับมารับรู้ลมหายใจใหม่ หรือฝึกสติรับรู้ร่างกายกำลังทำอะไร ยืน เดิน นั่ง เคี้ยวอาหาร ทำไปเรื่อยๆ ไม่ว่าจะทำอะไรอยู่ จินตนาการว่าหลุดออกจากความหมกมุ่น ครุ่นคิดในเรื่องเดิมๆ และรู้สึกผ่อนคลาย

การฝึกดังกล่าวถือเป็นการฝึกกล้ามเนื้อแห่งการปล่อยวาง เพื่อช่วยให้หลุดออกจากวงจรของความคิดลบ การหมั่นฝึกฝนเป็นประจำจะช่วยให้มีทางเลือกในการออกจากความคิดลบได้ทุกขณะเมื่อต้องการ

มองโลกในแง่ดีเข้าไว้ แม้ดูเหมือนจะเป็นการยากที่จะคิดบวกเมื่อชีวิตไม่เป็นไปตามที่คุณต้องการ แต่การมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้ออกมาจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ดีขึ้น ช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพกาย ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ยอมรับความเป็นจริงได้เร็วขึ้น เพราะความยืดหยุ่นเป็นเรื่องของการสงบใจไว้ได้และประเมินสิ่งต่างๆ แทนที่จะเพียงแค่มิปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่การมองโลกในแง่บวกทำให้คนบางกลุ่มเกิดการปรับตัวมองเห็นว่าความทุกข์ยากครั้งนี้ เป็นความท้าทายของชีวิต และหางานใหม่ทำ การมองโลกในแง่ดีและมีความหวังจะช่วยให้

คุณคาดหวังว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้น ลองนึกภาพว่าต้องการอะไร แทนที่จะหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับสิ่งที่คุณกลัวหรือกังวล^{๗๙}

การปรับอารมณ์ พุดระบายความรู้สึกทุกข์ใจออกมา อย่าพยายามเก็บกด ปิดกั้นที่ความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น และถ้าหากยังหาใครสักคนที่ยินดีและพร้อมที่จะรับฟังความรู้สึกอัดอั้นตันใจในขณะนั้นไม่ได้ สามารถพูดกับหมา แมว ต้นไม้ พืชผักต่างๆ หรือแม้กระทั่งการพูดออกมาดังๆ กับตัวเองเมื่ออยู่ตามลำพัง เพราะการพูดเป็นสิ่งที่ดีต่อจิตใจ คำพูดที่สอดแทรกความรู้สึกออกไปด้วยจะช่วยทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง

รักษาอารมณ์ขึ้นไว้ ถ้าสามารถหวั่นระเเยาะกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ ก็จะมีภูมิคุ้มกันต่อความเครียดและความทุกข์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะอารมณ์ขึ้นช่วยเว้นระยะห่างระหว่างจิตใจกับความทุกข์ที่เผชิญอยู่ ช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองให้คุณเห็นสถานการณ์ในสภาพที่ตรงจริงยิ่งขึ้นในแง่บวก

การปรับการกระทำ พัฒนาความเข้มแข็งภายในตนเอง คนที่เชื่อมั่นว่าความสามารถในการควบคุมจัดการกับปัญหามีศูนย์กลางจากความเข้มแข็งภายในตนเอง ย่อมผ่านพ้นความทุกข์ได้ดีกว่าคนที่คิดว่ามาจากคนอื่นหรือปัจจัยภายนอก ขณะเดียวกันคนที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะมองโลกตรงกับความเป็นจริงและเชื่อว่าแม้จะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ จากการเลือกใช้วิธีการในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม มีแนวทางการแก้ปัญหามากขึ้น และรู้สึกควบคุมได้มากขึ้นจะทำให้เกิดความเครียดน้อยลง

คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ผู้คนที่ยังคงติดต่อสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นย่อมสามารถเผชิญกับช่วงเวลาแห่งความทุกข์ยากได้ดีกว่าคนที่รู้สึกว้าตัวเดียวโดดเดี่ยวอ้างว้าง ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็น แฟน สามี ภรรยา เพื่อนๆ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือแม้แต่กลุ่ม/ชมรมที่เป็นสมาชิกทางการแพทย์ บุคลากรทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ อาจเป็นโอกาสในการได้ระบายความรู้สึก ได้รับขวัญกำลังใจและแรงบันดาลใจที่ดีที่จะช่วยให้ผ่านพ้นความทุกข์ยากในครั้งนี้ได้ดีกว่าการแยกตัวอยู่กับความวิตกกังวลอย่างเพียงลำพัง

การดูแลเอาใจใส่ตัวเอง ความเจ็บปวดทางอารมณ์อย่างรุนแรงอาจทำให้ละเลยไม่ใส่ใจเรื่องการกิน การนอน หรือการออกกำลังกาย แต่ร่างกายและจิตใจจะไม่สามารถรับมือกับช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพได้เลย หากไม่ได้ให้การดูแลพวกมันอย่างเหมาะสม พยายามให้โอกาสตัวเองอย่างดีที่สุดในการฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติ โดยการให้ความสำคัญในเรื่องของการนอนหลับรับประทานอาหารตามปกติ และออกกำลังกายให้มาก ไม่ว่าจะเป็นการจูงใจตัวเองให้กลับมาใส่ใจในการดูแลร่างกายจะยากแค่ไหนก็ตาม คุณก็สามารถทำได้โดยการให้กำลังใจตัวเอง

การแสวงหาความช่วยเหลือ คนจำนวนมากสามารถใช้ความเข้มแข็งภายในจิตใจของตนเองและวิธีการดังกล่าวข้างต้นก็อาจเพียงพอสำหรับการก้าวข้ามผ่านความทุกข์ยากในชีวิตไปได้ แต่ในบางคนอาจยังคงติดขัดหรือมีปัญหาในการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตนับเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์ในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความยากลำบากนี้ไปได้

^{๗๙} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๕ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

ความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่ได้เป็นลักษณะที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดแต่เป็นสิ่งที่เราสามารถที่จะเรียนรู้และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยการฝึกจิตใจให้คุ้นเคยกับการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิตประจำวัน เผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนหรือไม่มีแนวทางแก้ไขมาก่อน และพยายามพัฒนานิสัยในการเอาชนะอุปสรรค ซึ่งเมื่อใดถึงคราวที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากแสนสาหัสในชีวิต ความยืดหยุ่นทางจิตใจนี้จะช่วยให้เราสามารถผ่านพ้นช่วงสถานการณ์วิกฤตินั้นๆ ไปได้ดี และได้ระลึกไว้เสมอว่า มีเพียงจิตใจเท่านั้นที่จะสามารถเยียวยารักษาสิ่งที่จิตใจสร้างขึ้นมาได้^{๔๐}

วิธีปฏิบัติให้ใจไม่ป่วยตามร่างกาย ตัวป่วยแต่ใจไม่ป่วย ทำอย่างนี้ คือ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เมื่อเราต้องพบเจอกับความป่วยไข้ แน่แน่นอนว่าร่างกายของเราต้องได้รับความทุกข์ทรมานอันเป็นเรื่องธรรมดาของโลกนี้อยู่แล้วแน่นอน แต่ถ้าหากใจของเรานั้นรู้สึกทุกข์ตามไปด้วย ก็วยังส่งผลให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น ทั้งที่ร่างกายของเราอาจจะไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงมากมายขนาดนั้น ดังนั้นการพยายามปรับอารมณ์ให้ใจตนเองปล่อยวางมากขึ้น โดยอาจจะใช้วิธีการฝึกสมาธิ นั่งวิปัสสนากรรมฐานเพิ่มเติม เพื่อให้ใจของเรามีภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับโรคร้าย ให้เราสามารถวางใจเป็นกลาง มองทุกอย่างในความเป็นจริง และเรียนรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากกายของเราว่าเป็นเพียงอาการรู้ โดยไม่ต้องไปยึดติดให้ใจพลอยป่วยไปด้วย

จากความเจ็บป่วยจนเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นอย่างแน่อน เพราะการที่ต้องทนอยู่กับความเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้สุขภาพโดยรวมแย่ลง และอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ อีกด้วย แต่ในเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว สิ่งที่คุณป่วยควรทำ คือดูแลสุขภาพตนเอง และหาทางอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังอย่างปลอดภัยและมีความสุขที่สุด โรคเรื้อรังนั้นมีหลายลักษณะและเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจเกิดขึ้นในร่างกายเป็นเวลานานกว่าจะแสดงอาการ และอาจทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายเกิดปัญหาหรือใช้งานได้ไม่เต็มที่ ซึ่งโรคเรื้อรังบางชนิดยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงควบคุมไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ

ฉะนั้นการรู้จักอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังให้มีความสุข จึงเป็นเรื่องที่ทุกคนรอบควรเรียนรู้และเตรียมพร้อม โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงวัยป่วยกระเสาะกระแสะ เพราะโรคเรื้อรังบางอย่างอาจเป็นความเจ็บป่วยที่อยู่กับเราไปตลอดชีวิต แต่ในเมื่อยังต้องใช้ชีวิตอยู่ต่อไป สิ่งที่เราควรทำคือยอมรับ ทำความเข้าใจ และหาทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขที่สุด ขอแนะนำวิธีช่วย “ตัวป่วยแต่ใจไม่ป่วย” ดังนี้

๑) ทำความเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ ควรศึกษาและทำความเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ให้ดีที่สุด โดยอาจหาข้อมูลด้วยการสอบถามแพทย์หรือค้นหาข้อมูลตามแหล่งที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ทราบรายละเอียดของโรค หาวิธีรับมือและดูแลตัวเองให้ดียิ่งขึ้น

๒) รักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ ซึ่งอาจทำได้โดยออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเป็นประจำ หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ เช่น รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอ เลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มสุรา เป็นต้น

^{๔๐} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๖ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗.

๓) จัดการกับอารมณ์และความคิดของตนเอง นอกจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ความเครียด ความกดดัน ความกังวล และความเศร้า ก็ล้วนเป็นอุปสรรคของการใช้ชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ผู้เป็นโรคเรื้อรังจึงควรจัดการกับความคิดของตนเอง โดยพยายามเข้าใจความเป็นจริง ไม่โทษตัวเอง ลดความคาดหวังลงบ้าง หรืออาจใช้วิธีฝึกสมาธิเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและจัดการกับความคิดความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ถ้าจิตใจป่วยและอ่อนแอ สามารถรักษาได้เช่นกัน พยายามปรับทัศนคติ มุมมองใหม่กับสิ่งรอบข้าง คิดบวกอย่างสร้างสรรค์อาจจดจำสิ่งเล็กน้อย ที่ทำให้เรายิ้มได้ในแต่ละวัน ไว้ เมื่อจิตใจเข้มแข็งแล้วจะรู้ว่ายังมีสิ่งดีๆ อีกมากมายที่ได้รับ อาจใช้ระยะเวลาสักหน่อยแต่ไม่น่าเกินความพยายาม

๔) รับการรักษาและทำตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเต็มที่ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อความต่อเนื่องของการรักษา และควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด รับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์แนะนำ สอบถามแพทย์ในส่วนที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด ให้ครอบครัวและคนรอบข้างคอยเป็นกำลังใจ การป่วยเป็นโรคเรื้อรังนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแยกกับตนเองและสิ่งรอบข้าง จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่ต้องคอยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้รู้สึกว่าไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว ชีวิตของตนยังมีคุณค่า เพื่อให้มีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป

๕) หันมาทำความรู้จักกับจิตใจของตนเองให้มากขึ้น ทบทวนดูจิตใจของตนเอง ฝึกปรับใจให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้โดยให้ความยืดหยุ่นเกิดขึ้นน้อยที่สุด แม้จะไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย นักในการปรับสภาพจิตใจและทัศนคติเชิงบวกของตัวเราให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง แต่หากทำได้ก็จะทำให้จิตใจเป็นสุขขึ้น และร่างกายก็จะกลับมาแข็งแรงได้อย่างไม่ยาก ถึงกายจะป่วยแต่ใจจะไม่ป่วย วิธีการรักษาใจที่จะไม่ให้พังแตก ก็คืออยู่กับอารมณ์ที่ดั่งเดิม จะเห็นว่าในเวลาที่เราเจ็บไข้ได้ป่วยนี้ จะต้องการกำลังใจมาก ถ้าไม่สามารถจะมีกำลังใจด้วยตนเองก็ต้องอาศัยผู้อื่นมาช่วย

ผู้ที่ช่วยให้กำลังใจได้มากก็คือญาติพี่น้อง ตัวเองต้องฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง ให้จิตใจสบาย การตั้งใจอย่างนี้ เรียกว่ามีสติ ทำให้จิตใจไม่ตกอยู่ในอำนาจครอบงำของความแปรปรวนในร่างกาย รักษาใจไว้ ทำให้จิตใจนั้นไม่พลอยหงุดหงิด ไม่พลอยอดแอด ไม่พลอยแปรปรวนไปตามอาการทางร่างกาย^{๘๑}

๕) ท่านมีวิธีการสนทนากับผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และท่านมีวิธีการอย่างไร

วิธีการสนทนากับผู้ป่วยมาก หรือธรรมะเยียวยาผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ธรรมะเยียวยาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยตามหลักคำสอนพระพุทธศาสนา ในบทบาทของพระสงฆ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Paliative Care) ประยุกต์หลักธรรมคำสอนพระพุทธศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ปิติ สงบ พบว่าผู้ป่วยระยะนี้ส่วนมากกำลังใจไม่ดี จึงไปช่วยตรงจุดนี้ ไปสนทนาธรรม ให้กำลังใจ สอนการเจริญสติ การภาวนา ในรายที่มีสติ และใช้บทสวดมนต์โพชฌังคปริตรสูตร สวดให้ฟัง อธิบายข้อธรรม ผู้ป่วยกำลังใจดีขึ้น ที่สำคัญญาติผู้ป่วยก็ดีใจ ปิติใจ ข้อควรระวัง คือ ๑) รักษาความลับของผู้ป่วย ๒) การสนทนาต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยตีความว่าตนเองกำลังแย่มากๆ ต้องใช้

^{๘๑} สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญลำดับที่ ๑๗ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗.

เทคนิค ๓) ในเวอร์ตที่เป็นห้องรวมเสียงสวดมนต์อาจเป็นเสียงที่คนไข้บางคนคิดว่าตนเองใกล้ตาย จึงต้องระมัดระวัง ๔) ควรปิดท้ายด้วยการนำแผ่เมตตาอุทิศบุญแก่เจ้ากรรมนายเวร ผู้ป่วยจะรู้สึกดีมาก ๆ ๕) ต้องกระทำทุกขั้นตอนด้วยจิตที่เมตตากรุณาจริงๆ ออกมาจากภายใน ผู้ป่วยจะรับและสัมผัสได้

การสนทนาธรรม เป็นกระบวนการหนึ่งของการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้รู้หรือผู้ทรงคุณวุฒิด้านพุทธศาสนาด้วยกัน ซึ่งอาจเป็นบรรพชิตด้วยกันหรือบรรพชิตกับฆราวาสหรือฆราวาสกับฆราวาสด้วยกันก็ได้ การสนทนาอาจเกิดขึ้นแบบธรรมชาติหรือไม่เป็นทางการ เช่น โยมไปเยี่ยมหรือทำบุญกับพระภิกษุที่ตนคุ้นเคย เคารพนับถือ ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจหยิบยกหัวข้อธรรมมาถามหรือโยมมีปัญหาครอบครัวยกมาปรึกษาขอคำแนะนำจากพระภิกษุรูปนั้นก็ได้อาจสนทนาธรรมอาจจัดเป็นแบบทางการ เช่น การจัดเทศน์ ปุจฉา-วิสัชนา ระหว่างพระภิกษุ ๒ รูป หรือ ๓ รูป ในงานบุญงานกุศล ในวันสำคัญทางศาสนาหรือวันเทศน์มหาชาติประจำปีของวัด โดยมีญาติโยมฟังเป็นจำนวนมากก็ได้ นอกจากนั้นอาจจัดสนทนาธรรมในหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องธรรมะในการสัมมนาหรือเรียนในชั้นเรียนก็ได้ การสนทนาธรรมถือว่ามีคุณประโยชน์มากต่อการเรียนรู้ และการเผยแผ่พระพุทธศาสนาให้กว้างขวาง เพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาให้มั่นคงสืบต่อไป ทั้งนี้เพื่อช่วยเหลือประชาชนให้มีคุณธรรมจริยธรรมและมีความสุขสงบ สร้างสรรค์ รวมกันเป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข มีสามัคคีธรรมและเจริญรุ่งเรืองล้ำยุค ล้ำสมัยในสังคมโลกต่อไป

หลักปฏิบัติการเยียวยาใจผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ตามหลักธรรมการเยียวยาจิตใจทางพระพุทธศาสนา “คิลานสูตร” ว่าด้วยคนไข้และบุคคลผู้เปรียบด้วยคนไข้ ภิกษุทั้งหลาย คนไข้ ๓ จำพวกนี้ มีปรากฏอยู่ในโลก คนไข้ ๓ จำพวกไหนบ้าง คือ

๑) คนไข้บางคนในโลกนี้ ได้โทษขณะที่เป็นสัปายะหรือไม่ได้โทษขณะที่เป็นสัปายะก็ตาม ได้ยาที่เป็นสัปายะ หรือไม่ได้ยาที่เป็นสัปายะก็ตาม และได้คนพยาบาลที่เหมาะสม หรือไม่ได้คนพยาบาลที่เหมาะสมก็ตาม ย่อมไม่หายจากอาพาธนั้นได้เลย

๒) คนไข้บางคนในโลกนี้ ได้โทษขณะที่เป็นสัปายะ หรือไม่ได้โทษขณะที่เป็นสัปายะก็ตาม ได้ยาที่เป็นสัปายะ หรือไม่ได้ยาที่เป็นสัปายะก็ตาม และได้คนพยาบาลที่เหมาะสม หรือไม่ได้คนพยาบาลที่เหมาะสมก็ตาม ย่อมหายจากอาพาธนั้นได้

๓) คนไข้บางคนในโลกนี้ ได้โทษขณะที่เป็นสัปายะจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย ได้ยาที่เป็นสัปายะจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย และได้คนพยาบาลที่เหมาะสมจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย

บรรดาคนไข้ ๓ จำพวกนั้น คนไข้ใดได้โทษขณะที่เป็นสัปายะจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย ได้ยาที่เป็นสัปายะจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย และได้คนพยาบาลที่เหมาะสมจึงหายจากอาพาธนั้น เมื่อไม่ได้ย่อมไม่หาย เพราะอาศัยคนไข้แน่ เราจึงอนุญาตอาหารสำหรับภิกษุไข้ อนุญาตยาสำหรับภิกษุไข้ และอนุญาตคนพยาบาลสำหรับภิกษุไข้ ก็เพราะอาศัยคนไข้ นี้ คนไข้แม้อื่นๆ ก็ควรได้รับการพยาบาลด้วย^{๘๒}

^{๘๒} อัง.ติก. (ไทย) ๒๐/๒๒/๑๖๙.

กระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะ เป็นการพัฒนากระบวนการสร้างจิตอาสาของกลุ่มพระ พบว่า กลุ่มพระให้ความหมายจิตอาสาว่าเป็นความสมัครใจ เต็มใจ ตั้งใจทำ และเสียสละทั้งร่างกายและแรงใจหรือทรัพย์สิน ในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น กระบวนการสร้างจิตอาสา มี ๔ ประเด็น คือ ๑) ปลุกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตอาสา ๒) การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจด้านความรู้ และการติดต่อสื่อสาร ๓) การสร้างความเชื่อมั่นในตน และ ๔) การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องประสบการณต่อการพัฒนาจิตอาสา คือ ทำให้ได้รับการพัฒนาให้เป็นคนเก่ง คนดี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

๖) การใช้หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่

หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การดูแลรักษาด้วยธรรมะ ในพระไตรปิฎกจะพบว่ามีการใช้ ๒ วิธีด้วยกัน คือ ใช้สวดให้คนป่วยฟัง และคนป่วยนำหลักธรรมมาปฏิบัติเพื่อระงับความเจ็บไข้ การสวดพระปริตร หมายถึง การใช้บทสวดต่างๆ สาธยายให้คนป่วยฟัง การฟังสาธยายธรรม ทำให้กายผ่อนคลายไม่เครียดได้ เมื่อกายผ่อนคลายไม่เครียด จิตก็ตั้งมั่นไม่หวั่นไหว สามารถใช้ปัญญาพิจารณาเข้าถึงความจริงแห่งชีวิต และทำจิตให้มีสุขภาพสมบูรณ์เต็มที่ กายที่เครียดจากความเจ็บไข้ก็จะผ่อนคลาย ปรับเข้าสู่สภาพปกติได้ง่าย กรณีดังกล่าวนี้ พบทั้งกรณีการสวดให้ฆราวาสญาติโยมฟัง การสวดให้พระภิกษุด้วยกันฟัง รวมทั้งการสวดให้พระพุทธเจ้าฟัง

การสวดในลักษณะดังกล่าว ส่งผลหลายลักษณะ เช่น ในรายที่อาการหนัก ไม่ไหว ไม่รอดแล้ว ก็ถือเป็นการช่วยประคองจิตให้อยู่ในฐานะที่ควร ที่เหมาะสม อย่างน้อยก็พอจะประกันได้ว่า หากตายไปในสภาพจิตแบบนี้ ไม่ไปสู่ทุกขนิมิตแน่นอน

ข้อนี้ได้กลายมาเป็นแบบแผนสำหรับการปฏิบัติของชาวพุทธในปัจจุบัน ในกรณีญาติพี่น้องพิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยไม่รอดแล้วก็จะนิมนต์พระมาสวด และเรียกการสวดชนิดนี้ตามภาษาชาวบ้านง่ายๆ ว่า “สวดตัดกรรม” ในรายที่เป็นพระสงฆ์สาวก ท่านได้รับการฝึกจิตมาดีแล้ว มีพลังจิตสูง การสวดพระปริตรจะส่งผลให้หายจากอาการป่วยไข้ได้ การรักษาโรคด้วยการสวดพระปริตรให้ฟังจึงพบเห็นได้บ่อยทั้งในคัมภีร์พระไตรปิฎก และคัมภีร์อรรถกถา

ส่วนการนำหลักธรรมมาปฏิบัติเพื่อระงับความเจ็บป่วย เช่น อธิติบาท ๔ อันมี ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา มีอานุภาพตรงที่ทำให้เราได้เรียนรู้ชีวิตจากความเจ็บไข้ เรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับตนและหาหนทางเยียวยาแก้ไขเพื่อระงับความเจ็บปวดให้บรรเทาเบาบางไป เมื่อมีอธิติบาท ๔ เราก็น่าจะมีความหนักแน่น อดทน สืบค้นหาเหตุแห่งความเจ็บไข้ ทำให้เราได้เรียนรู้โรคภัยต่างๆ ที่เกิดกับตน จนเข้าใจโรคและวิธีการเยียวยารักษาได้

แต่ที่เน้นเป็นการเฉพาะก็เห็นจะเป็น ในมหาสติปัฏฐานสูตรและอานาปานสติสูตร ได้พูดถึงการเจริญสติและการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ทั้ง ๒ พระสูตรนี้ นับว่าเป็นยอดของการทำกายและใจให้สงบผ่อนคลายไม่เครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบกับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ทางกายและใจ การเจริญสติทุกขณะที่เคลื่อนไหวและการทำสมาธิ ย่อมช่วยให้จิตตั้งมั่น สงบ ผ่อนคลาย เมื่อกายผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆ ก็จะทำงานปกติมีคุณภาพ ร่างกายก็สามารถซ่อมแซม ทำลายและต่อต้านโรคที่คุกคามเราได้

การป้องกันการเกิดโรคด้วยข้อปฏิบัติสุขอนามัยในวัตร ๑๔ นับได้ว่าพระพุทธองค์ได้วางหลักการดำเนิน

ชีวิตที่ดีงาม ซึ่งนำไปสู่การดูแลป้องกันตัวเองจากทุกข์และโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ธรรมเพื่อส่งเสริมความเป็นมนุษย์ ธรรมเพื่อดำเนินชีวิตให้่งอกงาม ธรรมเพื่อส่งเสริมชีวิตที่ดีร่วมกัน ธรรมเพื่อชีวิตครอบครัว ธรรมเพื่อความสัมพันธ์ในสังคม ธรรมเพื่อความอยู่ดีทางเศรษฐกิจ และธรรมสำหรับภิกษุสงฆ์ ฯลฯ พระพุทธองค์ได้ตรัสไว้มากมายหลายแห่งด้วยกัน รวมทั้งวัตรปฏิบัติที่พูดถึง มารยาท ความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของภิกษุสงฆ์ ไม่เว้นแม้แต่เรื่องถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เรื่องการล้างบาตร การขบฉัน ฯลฯ ล้วนแสดงให้เห็นถึงสุขอนามัยที่พระพุทธองค์ได้สอน ภิกษุมา เช่น วัตรปฏิบัติเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ๑ ใน ๑๔ ข้อ ที่พระสงฆ์ต้องถือปฏิบัติขณะพำนักอยู่ที่ใด ที่หนึ่ง ซึ่งจัดว่าเป็นสุขอนามัยขั้นพื้นฐานสำคัญของพระสงฆ์ นอกจากหลักธรรมที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บอันเนื่องมาจากความสกปรกกรุงรังของเครื่องใช้ไม้สอยต่างๆ ในที่อยู่อาศัย โดยนัยนี้ก็จะเห็นว่า พระพุทธองค์นี้นับเป็นยอดในการรักษาความสะอาดของอาคารสถานที่และเครื่องใช้ไม้สอยต่างๆ ด้วยเช่นกัน ไม่ใช่สะอาดแต่จิตใจแต่ฝ่ายเดียว ต้องสะอาดด้านในและด้านนอก พร้อมกันไปด้วย

ในหมู่ภิกษุสงฆ์นั้น ความรู้ด้านต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพสืบสายมาจากสมัย พุทธกาล โดยมีพระไตรปิฎกเป็นหลักฐานสำคัญที่บันทึกหลักธรรมคำสอน พระวินัย หรือข้อปฏิบัติ สำหรับการดำเนินชีวิตที่ดีงาม และเรื่องราวต่างๆ ของพระพุทธองค์และภิกษุสงฆ์ไว้มากมาย ครอบคลุมในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมด

เราจึงเห็นภิกษุสมัยพุทธกาลและหลังพุทธกาล มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้คนใน ชุมชนหมู่บ้าน แต่ละท่านแต่ละวัดใช้วิธีหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น มีทั้งที่เข้าไป สงเคราะห์ชาวบ้านในเรื่องของสุขภาพกายและสุขภาพใจโดยตรง เช่น เข้ามาทำหน้าที่เป็นหมอช่วย แนะนำและรักษาโรคให้กับชาวบ้านตามโอกาส หรือช่วยบำบัดทางด้านจิตใจให้กับชาวบ้าน ด้วยการ แนะนำให้คำปรึกษาหรือว่าสาธยายธรรมให้คนป่วยฟัง ให้วัดอุ้มมุงคต่างๆ ไปจนถึงประกอบพิธีกรรม ฤกษ์ยาม ขบผิร้าย เพื่อช่วยเหลือชาวบ้านให้มีจิตใจเข้มแข็งต่อสู้กับทุกข์ภัยไข้เจ็บได้

๔.๒.๓ เครือข่ายพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขต จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑) เครือข่ายกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย การส่งต่อ/รับกลับผู้ป่วยใน เครือข่าย เช่น แนวทางการดูแลและรับส่งต่อในเครือข่าย หรือ Flow (แผนภูมิ) ที่ใช้ในเครือข่าย, รูปแบบการจัดบริการ

- การจัดระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น dataset ที่จำเป็น, สมุดประจำตัวผู้ป่วย

- การสนับสนุนการดูแลรักษา รวมทั้งการจัดบริการด้านต่าง ๆ ในเครือข่าย เช่น การ เตรียมความพร้อมเครือข่าย การดูแลรักษาด้านร่างกายโดยใช้ยาบรรเทาอาการ เช่น มอร์ฟีน และ หรืออุปกรณ์การแพทย์

- การสนับสนุนวิชาการ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย เช่น การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย การจัดประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประสานงานและการนิเทศติดตามงาน พร้อมทั้งระบุหัวข้อในการจัดอบรมในเครือข่ายและหัวข้อในการติดตามนิเทศงานเครือข่าย

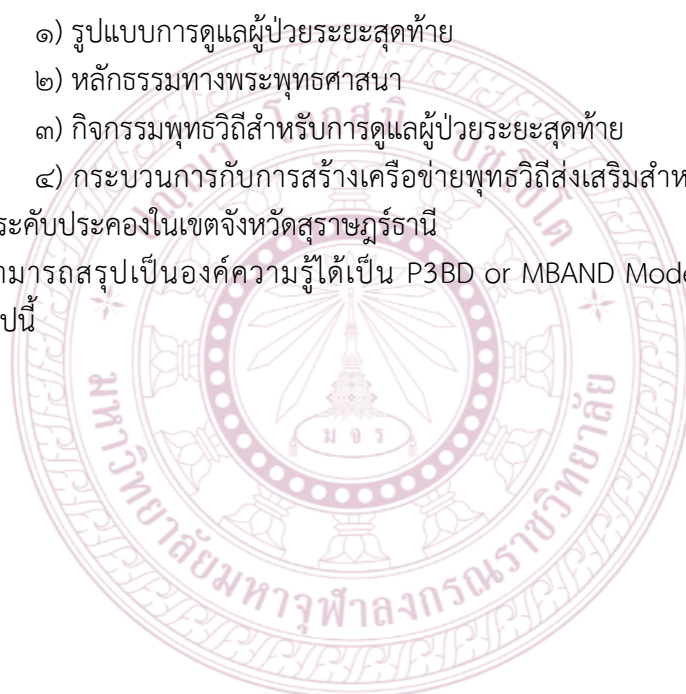
- การพัฒนาคุณภาพ และหรือนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย (ถ้ามี)

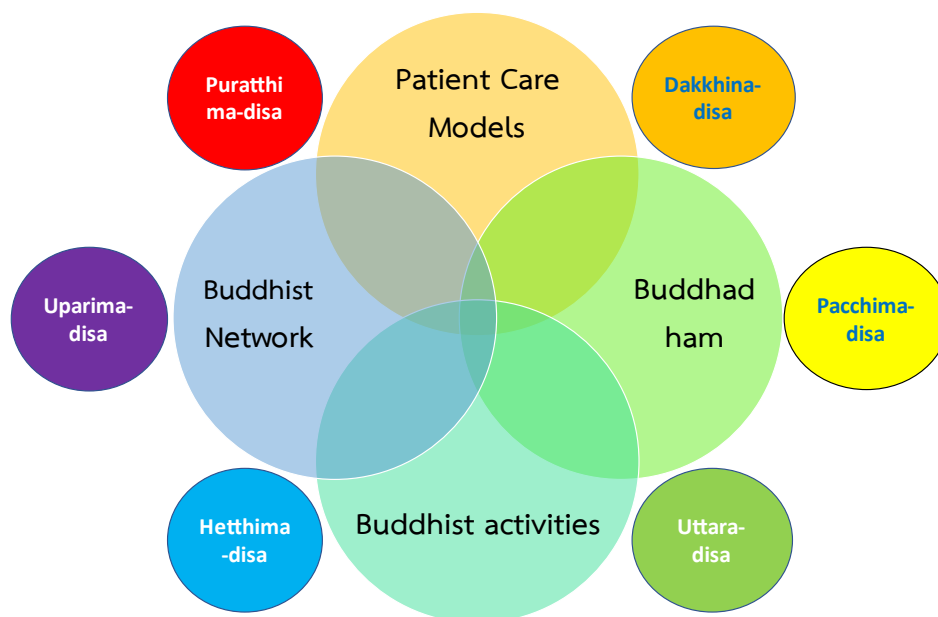
๔.๓ องค์ความรู้จากการวิจัย

องค์ความรู้เกี่ยวกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย

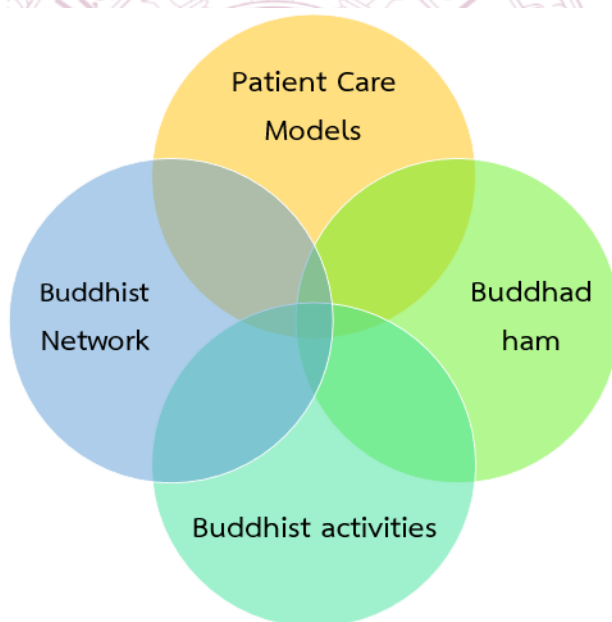
- ๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ๒) หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา
- ๓) กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ๔) กระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ได้เป็น P3BD or MBAND Model ปรากฏผังแผนภาพข้างล่างดังต่อไปนี้





ภาพที่ ๔.๓ แสดงเกี่ยวกับ P3BD or MBAND Model



ภาพที่ ๔.๓.๑ แสดงเกี่ยวกับ P3BD or MBAND Model

P3BD or MBAND Model หมายถึง พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอรรถาธิบายดังต่อไปนี้

P3BD มาจาก P= หมายถึง Patient Care Models ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี 3B= หมายถึง B1=Buddhadham ได้แก่ พุทธธรรม, B2=Buddhist activities ได้แก่ กิจกรรมทางพุทธศาสนา, B3=Buddhist Network ได้แก่ เครือข่ายวิถีพุทธ D=Disa หมายถึง เครือข่ายสังคมพุทธรอบข้างทั้ง ๖ ทิศ

MBAND มาจาก M=Models หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วย B=Buddhadham ได้แก่ หลักธรรมทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย หมายถึง A=Activities หมายถึง กิจกรรม พุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง N= Network หมายถึง เครือข่าย พุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง D=Disa หมายถึง เครือข่ายสังคม พุทธรอบข้างทั้ง ๖ ทิศ

สามารถอธิบายได้ว่า

พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี นั้น กล่าวคือ Patient Care Models รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ๔ รูปแบบในประเทศไทย ได้แก่ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลในโรงพยาบาล และ (๔) การดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน

Buddhist activities กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ๑) การใช้ศีลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการระเบียบวินัยเคารพสิทธิส่วนบุคคลทุกฝ่าย เห็นใจเข้าใจกันไม่เอาแต่ใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ๒) ทุกฝ่ายต้องตั้งมั่น (สมาธิ) ในการทำหน้าที่ของตน มีจิตใจมั่นคงไม่ย่อท้อถือว่าการดูแลผู้ป่วยคือการทำหน้าที่ และการทำหน้าที่คือการปฏิบัติธรรม ๓) ทุกฝ่าย มีผู้ป่วย ผู้ดูแล หมอ พยาบาล และญาติๆ เป็นต้น ต้องหาเวลามาร่วมกันการสวดมนต์แผ่เมตตาด้วยกัน ๔) หาเวลาในการสนทนาธรรม ปรับทุกข์ปล่อยโยนเกี่ยวกับเรื่องใดลักษณะเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นสังขธรรมความจริงปล่อยวางจากความทุกข์ใจ ๕) ชักชวนใส่บาตรทำบุญแก่พระสงฆ์ที่มารับสังฆทานในโอกาสพิเศษ ๖) ชักชวนกรวดน้ำอุทิศบุญแก่ ผู้มีพระคุณแก่เจ้ากรรมนายเวรแก่สรรพสัตว์ตลอดถึงอุทิศบุญให้กับตนเองด้วย

Buddhist Network เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล หมอ พยาบาล และญาติๆ เป็นต้นแล้ว ทางพระพุทธศาสนา หมายถึงเอาเครือข่ายสังคมพุทธ กล่าวคือตามหลักทิศ ๖ คือ บุคคลประเภทต่างๆ ที่เราต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม ดุจทิศที่อยู่รอบตัว ได้แก่ ๑) ปุริตถิมทิศ ทิศเบื้องหน้า คือ ทิศตะวันออก ได้แก่ มารดาบิดา เพราะเป็นผู้มีอุปการะแก่เรามาก่อน ๒) ทักขินทิศ ทิศเบื้องขวา คือ ทิศใต้ ได้แก่ ครูอาจารย์ เพราะเป็นทักษิณบุคคล ควรแก่การบูชาคุณ ๓) ปังฉิมทิศ ทิศเบื้องหลัง ทิศตะวันตก ได้แก่ บุตรภรรยา เพราะติดตามเป็นกำลังสนับสนุนอยู่ข้างหลัง ๔) อุตตรทิศ ทิศเบื้องซ้าย ทิศเหนือ ได้แก่ มิตรสหาย เพราะเป็นผู้ช่วยให้ข้ามพ้นอุปสรรคภัยอันตราย และเป็นกำลังสนับสนุน ให้บรรลุความสำเร็จ ๕) เภฏฐิมทิศ ทิศเบื้องล่าง ได้แก่ คนรับใช้และคนงาน เพราะเป็นผู้ช่วยทำการงานต่างๆ เป็นฐานกำลังให้ ๖) อุปริมทิศ ทิศเบื้องบน ได้แก่ สมณพราหมณ์ คือ พระสงฆ์ เพราะเป็นผู้สูงด้วยคุณธรรม และเป็นผู้นำทางจิตใจ ผู้ปฏิบัติดังกล่าวนี้นี้ชื่อว่า ปกปักษ์รักษาทั่วทุกทิศ ให้เป็นแดนเกษมสุขปลอดภัย

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

รายงานการวิจัยเรื่อง “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเสนอกระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิถีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีกระบวนการวิธีการดำเนินการศึกษา ๒ แบบ คือ ๑) การศึกษาเอกสาร (Documentary/Study) เป็นการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพุทธวิถี ๕ ประเด็นหลัก คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย สร้างกิจกรรมพุทธวิถี ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ข้อมูลพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๒) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลสำคัญ ๓ กลุ่ม คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลใกล้ชิด และเครือข่ายพุทธวิถี ในประเด็นหลัก ๓ ด้าน คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมพุทธวิถี และเครือข่ายพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตีความ พร้อมนำเสนอผลรายงานการวิจัยด้วยกระบวนการวิธีการพรรณนาความเป็นลำดับ ดังนี้

๕.๑ สรุปผลรายงานการวิจัย

๕.๑.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลรายงานการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมี ๔ รูปแบบ ได้แก่ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลในโรงพยาบาล และ (๔) การดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง



๑) รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา องค์กรศาสนานับเป็นหน่วยงานในลำดับต้นๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทย ปรัชญาและแนวคิดทางศาสนามีความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ความตายในมุมมองของทางศาสนาจึงเป็นเรื่องของการเป็นไปตามธรรมชาติ อีกทั้งแนวคิดทางศาสนายังเชื่อในเรื่องของการมีสติและจิตใจอันผ่องแผ้วก่อนเสียชีวิต เพื่อไปสู่สุคติหลังการตาย ฉะนั้นเป้าหมายของการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนาจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติและมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นอย่างมีความสุข พร้อมที่จะจากไป ตายดีหรือตายอย่างสงบในที่สุด แนวคิดเช่นนี้ทำให้เกิดการก่อตั้งสถานดูแล กระบวนการรักษาของสถานพยาบาลแห่งนี้ประกอบด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แบบผสมผสาน และการบำบัดต่างๆ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การสัมผัสบำบัด โภชนาการบำบัด ดนตรีบำบัด หัตถะบำบัด และการออกกำลังกาย สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพรในส่วนของการจัดการอาการเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยมีการใช้ยาสมุนไพร่วมกับการปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อพิจารณาทุกขเวทนา โดยพบว่า มีการใช้ยาบรรเทาปวดในปริมาณที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกจากนี้ความศรัทธาและความเชื่อ นับเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญ ความศรัทธาที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อพระสงฆ์ผู้บำบัดรักษา รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อพระพุทธศาสนา และพิธีกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธา ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสขอขมาลาโทษหรือขอโทษกรรมกันและกัน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น คลายความขัดแย้ง ปลดปล่อยความรู้สึกผิดบาปและติดค้างในใจ และเมื่อสัญญาณชีพต่างๆ ของผู้ป่วยเริ่มอ่อนตัวลง ครอบครัวและจิตอาสา จะร่วมกันสวดมนต์เพื่อให้จิตของผู้ป่วยที่กำลังจะละสังขารอยู่ในสภาวะที่นิ่งและสงบที่สุด หรือในทางพุทธศาสนาเรียกว่าการตายดีนั่นเอง จากโครงสร้างและกระบวนการดูแลข้างต้น พบว่า การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น อาการไม่สุขสบายต่างๆ ลดน้อยลง มีคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณดีขึ้น หรือสูงกว่าสถานพยาบาลทั่วไป มีการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณ ปล่อยวาง สิ้นหนียึดแน่น มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรค แต่ในขณะเดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้นก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไป แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(๒) รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน

โดยที่มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล บุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วยแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชา แต่เนื่องจากภาวะการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ทั้งนี้สิ่งที่สังเกตได้ว่า ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน มักเป็นผู้ป่วยที่รักษาจากที่อื่นๆ มาแล้วไม่ดีขึ้น หรือรักษาไม่ได้แล้ว ต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลแบบประคับประคองต่อที่บ้านจนวาระสุดท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักจะมีอาการต่างๆ ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลอาจพบภาวะเหนื่อยล้าในการดูแล ปัญหาการเบิกจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ตลอดจนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล จากหลากหลายมิติของการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่อาจพบ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการเตรียมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลแบบองค์รวม การคิดเชิงระบบ และการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลที่บ้าน

อีกทั้งการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการประสานการดูแล การจัดการทางการแพทย์ การดูแลด้านจิตสังคม และการให้ความรู้คำแนะนำ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี โดยมีตัวอย่างการประสบผลสำเร็จที่มีให้เห็นอย่างเด่นชัดในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง บุคคลเหล่านี้มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าทีมในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอคิวและสามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่อง รับปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เครือข่ายผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการเยี่ยมบ้านตามชุมชนสอนและแนะนำการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลจัดการอาการปวดและควบคุมอาการต่างๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถบริหารยาแก้ปวดและยาพื้นฐานเพื่อจัดการอาการต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน

จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชา ผู้ซึ่งได้รับการอบรมฝึกฝนด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น สามารถควบคุมความปวดและอาการรบกวน ประหยัดค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่นๆ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

ประโยชน์ของการดูแลในรูปแบบนี้ คือ ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่ตนเองต้องการ และได้อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ลดการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างหนักทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น คือ ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลและสะสมจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป มีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายยาและวัสดุอุปกรณ์บางอย่างที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้เมื่ออยู่ที่บ้าน การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน และภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เนื่องจากระบบการประกันสุขภาพของไทยยังให้ความครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครบถ้วนนัก ดังนั้นรัฐบาลควรมีนโยบายและมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลสมาชิกที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

(๓) การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญมากในระบบสุขภาพ เป็นองค์การทางสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการจัดการหรือการรักษา เช่น การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด หรือการดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ที่ไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ การรักษาในโรงพยาบาลดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อย่างไรก็ตามก็ตีสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยทั่วไปอาจจะมีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อย และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมในโรงพยาบาลอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมากนัก ผลการสำรวจสถานการณ์ การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยังต้องการความพร้อมทั้งในเรื่องระบบบริการและการเตรียมการด้านบุคลากร อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาระบบโรงพยาบาลต่างๆ ได้นำแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในหลายรูปแบบ มีความพยายามในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การใส่บาตรข้างเตียง การนิมนต์พระมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น โดยการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแบ่งเป็นรูปแบบหลักๆ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา และหน่วยเฉพาะหรือหอผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมให้คำปรึกษา เป็นบริการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะ ซึ่งผู้ให้บริการหลักที่สำคัญอย่างน้อยควรประกอบไปด้วยแพทย์และบุคลากรพยาบาลชั้นสูง ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนั้นบุคลากรในทีมอาจประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา พระภิกษุ ฯลฯ โดยทีมดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทีมงานหนึ่งในโรงพยาบาลและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งข้อดีคือใช้บุคลากรน้อย และไม่จำเป็นต้องมีสถานที่เหมือนการดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะ โดยการให้บริการอาจมีความแตกต่างกันตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล โดยเริ่มจากรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมประเมิน ผู้ป่วยรับปรึกษาทางโทรศัพท์ ดูแลร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ จนถึงรับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ จุดแข็งของรูปแบบการให้คำปรึกษาจึงเป็นบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องให้ทรัพยากรสิ้นเปลือง

โดยมีการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาทำให้ครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับการดูแลดีขึ้น มีการสื่อสารให้ข้อมูลมากขึ้น และได้รับการดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ข้อจำกัดของรูปแบบนี้ คือโอกาสที่จะสร้างมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองให้เกิดขึ้นในระบบแบบวงกว้างและทั่วถึงลดลง และหากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งปรึกษา ผู้ดูแลไม่ตระหนัก หรือไม่ทำตามคำแนะนำของทีมให้คำปรึกษา อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลที่ไม่เหมาะสม

(๔) รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน สถานที่พำนักรักษาและให้บริบาลผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้มีชีวิตรอดอยู่ได้ในเวลาจำกัด อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยหนึ่งในสถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของรัฐหรือของเอกชน เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร แนวคิดของ Hospice เชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเรารู้ว่าจะต้องเสียชีวิต ก็ไม่ควรยึดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยชีวิตเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทา ควบคุมความเจ็บปวดและอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วยด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย ซึ่งแนวคิดเช่นนี้จะแตกต่างจากแนวคิดของการรักษาพยาบาลกระแสหลัก ที่การรักษาพยาบาลเป็นการต่อสู้กับความตายที่ต้องเอาชนะด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยความสำเร็จอยู่ที่การยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไป จุดแข็งของรูปแบบนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาลกึ่งบ้าน ได้รับการจัดการควบคุมอาการ และมีคุณภาพการตายที่ดีขึ้น และค่าใช้จ่ายในปลายสุดของชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ได้รับตามปกติ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของสถานพยาบาลกึ่งบ้าน คือจำนวนเตียงที่มีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะพักได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้เท่านั้น

๕.๑.๒ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลรายงานการวิจัยพบว่า การสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองใช้หลักพุทธธรรม ดังนี้



ภาพที่ ๕.๑ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธี

๑) พรหมวิหารธรรม เป็นกลุ่มธรรมมีอยู่ในจิตใจที่สัมพันธ์กับคนรอบข้าง ๔ สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่ปกติ มีความเป็นมิตรกันช่วยเหลือกันในยามปกติธรรมดา สถานการณ์ที่ไม่ปกติ ในทางตกต่ำได้รับความทุกข์เดือดร้อนความลำบาก ก็มีใจพลอยทุกข์ไปกับเขาด้วย สถานการณ์ที่ไม่ปกติในทางได้ดีได้ดีมีความสุข ก็มีใจพลอยยินดีไปกับเขาด้วย ส่วนสถานการณ์ที่สี่ เป็นตัวปัญญา เป็นกุศลสังคมเป็นธรรมชาติที่ควบคุมสถานการณ์ทั้งสามข้างต้นไม่ให้ผิดเพี้ยนคลาดเคลื่อนไปจากความถูกต้องเป็นธรรม

๒) สังคหวัตถุ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมภายนอกคู่กับพรหมวิหาร คือ ยามปกติเมื่อมีเมตตาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ยามไม่ปกติตกต่ำเดือดร้อน มีกรุณาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ยามไม่ปกติได้ดีมีความสุข มีมุทิตาที่ช่วยด้วยสิ่งของ ช่วยเหลือด้วยปิยวาจา ช่วยเหลือด้วยกำลัง ส่วนสมานัตตาเอาตัวเข้าสมานร่วมทุกข์ร่วมสุขกับเขาด้วย

๓) กัลยาณมิตตตา ความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ๔ ประเภท คือ ๑) มิตรมีอุปการะ มี ๔ ลักษณะ คือ ปกป้องเพื่อนมิให้เป็นผู้ประมาทหรือปกป้อง ช่วยเหลือเพื่อนที่กระทำผิดในความประมาทปกป้องทรัพย์ของเพื่อนได้ สามารถพึ่งพาอาศัยได้เมื่อยามทุกข์หรือมีภัย เมื่อมีกิจร่วมกันกับเพื่อน ยินดีต่อการออกทรัพย์เท่ากันหรือมากกว่า ๒) มิตรร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นมิตรมีใจดีมีลักษณะ ๔ ประการ คือ บอกสิ่งที่เพื่อควรรู้แก่เพื่อนเรื่องที่ตนไม่สามารถบอกแก่ผู้อื่นได้ แต่สามารถบอกแก่เพื่อนของตนได้เก็บรักษาความลับของเพื่อนได้ ย่อมรักษาความลับของเพื่อนเพื่อไม่ให้ผู้อื่นล่วงรู้ไม่ละทิ้งเพื่อนในยามทุกข์ หรือในยามประสบอันตรายสามารถสละความสุข และชีวิตของตนเพื่อความสุขและชีวิตของเพื่อนได้ ๓) มิตรแนะนำประโยชน์ มีลักษณะ ๔ ประการ คือห้ามเพื่อนมิให้ประพฤตินในความชั่วแนะนำให้เพื่อนประพฤติอยู่ในความดี ให้รู้ในสิ่งที่เพื่อนยังไม่เคยรู้ และช่วยอธิบายให้เข้าใจ บอกทางสวรรค์ให้มิตร ด้วยการแนะนำอธิบายให้เพื่อนเข้าใจกระทำกรรมดีแล้วย่อมเกิดในสวรรค์ ๔) มิตรมีความรักใคร่ เป็นมิตรมีใจดี มีลักษณะ ๔ คือไม่ยินดีกับความเสื่อมของเพื่อน ยินดีในความเจริญของเพื่อน ห้ามปรามคนที่ินหาหรือติเตียนเพื่อน หรือช่วยแก้ต่างให้ยินดี และส่งเสริมผู้ที่สรรเสริญเพื่อนคำว่ามิตรแท้หรือเพื่อนแท้เป็นสิ่งที่ใครๆ ก็ปรารถนาบางคนมีเพื่อนพ้องมิตรสหายมากมายมีทั้งเพื่อนเรียน เพื่อนกิน เพื่อนดื่ม เพื่อนเที่ยว แต่จะหาเพื่อนที่มีคุณสมบัติดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น หายากเหมือนกัน ฉะนั้นคำว่ามิตรแท้ดูเหมือนเป็นถ้อยคำที่ฟังง่าย แต่หาพบได้ยากเพราะมิตรแท้จริงๆ นั้นคือผู้ที่เมื่อเราคบหาสมาคมด้วยแล้วนำแต่ประโยชน์สุขมาให้อย่างเดียวเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ คือถ้าวางใจในบุคคลนั้นแล้วเป็นไม่ผิดหวัง

๔) หลักอภินิหารปัจจุเวกขณะ เป็นการพิจารณาถึงความจริง ได้แก่ ความแก่ ความเจ็บ ความตาย ความพลัดพรากจากของรักของชอบใจ และกรรมที่เราทำกรรมอันใดไว้ต้องได้รับผลกรรมนั้นๆ ตามนัยแห่งการพิจารณาอภินิหารปัจจุเวกขณะได้ทุกโอกาสหรือพิจารณาบ่อยๆ ให้เป็นกิจวัตรประจำวันด้วยสติปัญญา เห็นและเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต จนนำไปสู่การปล่อยวางความยึดมั่นถือมั่นได้ ซึ่งเราทุกคนต้องพิจารณาเพื่อให้เข้าใจความจริงของชีวิต และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทดังที่พระพุทธองค์ ทรงแสดงธรรมที่ควรพิจารณาเนื่องๆ แก่ภิกษุทั้งหลาย ว่า “สตรีบุรุษ คฤหัสถ์ ไม่ว่าจะหญิงก็ตาม ชายก็ตาม ผู้ที่บวชก็ตาม ไม่ได้บวชก็ตาม ควรพิจารณาความจริงของชีวิต ๕ ประการ คือ ๑) เรามีความแก่เป็นธรรมดา ล่วงพ้นความแก่ไปไม่ได้ ๒) เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา

ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปไม่ได้ ๓) เรามีความตายเป็นธรรมดา ล่วงพ้นความตายไปไม่ได้ ๔) เราจำต้องพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งของซึ่งเรารักเราชอบทั้งสิ้น ๕) เรามีกรรมเป็นของของตน เป็นผู้รับผลของกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย เราทำกรรมใดไว้จะเป็นกรรมดีหรือกรรมชั่วก็ตาม เราย่อมเป็นผู้รับ ผลความจริงที่ทุกคนควรพิจารณา ๕ ข้อ นี่เป็นสิ่งที่ผู้มีชีวิตตามอายุขัยจะต้องได้ประสบทุกคน ไม่มีใครจะหลีกเลี่ยงได้พ้น ต่างแต่ว่าช้าหรือเร็วเท่านั้น เมื่อรู้กฎความจริงตามที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้แล้วเช่นนี้ ทุกคนก็ไม่ควรประมาทควรหมั่นพิจารณาอยู่เป็นประจำเพื่อการทำใจหรือปรับใจยอมรับความจริงไว้มาก่อน เมื่อเหตุการณ์ใน ๕ ข้อนี้เกิดขึ้น เราก็จะได้ไม่ต้องฝืนกฎธรรมชาติของโลก เมื่อเราไม่ฝืนกฎของธรรมชาติหรือธรรมชาติก็เพื่อไม่ให้ประมาท ได้แก่ การปล่อยเสียซึ่งสติ ไม่ระลึกรู้คิดตรอง มองพิจารณา ปล่อยให้จิตโน้มไปทางอกุศล เช่น ทางความโลภ โกรธ หลง เป็นต้น ไม่ดำริไปทางกุศล มีทาน ศีล ภาวนา เป็นต้น ดังนี้เรียกว่า ความประมาท สิ่งที่เกิดขึ้นให้เกิดความประมาทคือความเมา ๓ อย่าง คือ ๑) ความเมาในวัย คือคิดว่าเรายังหนุ่มสาวยังไม่ต้องละอกุศล ยังไม่ต้องเจริญกุศล ๒) ความเมาในความไม่มีโรค คือคิดว่าเรายังแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ยังไม่ต้องละอกุศล ๓) ความเมาในชีวิต คือคิดว่าเรายังไม่ตาย ยังมีชีวิตสืบต่อไปได้นาน ยังไม่ต้องละอกุศล ยังไม่ต้องเจริญกุศล ความเมาทั้ง ๓ นี้ เป็นเครื่องก่อให้เกิดความประมาท เพราะว่า เป็นเหตุให้กระทำความบาปทางกาย วาจา ใจ คิดประทุษร้ายแก่ผู้อื่น การหมั่นระลึกรู้พิจารณาถึงหลักความจริงดังกล่าว ย่อมถือได้ว่า เป็นผู้ไม่ประมาทหมัวเมา สามารถตัดความยินดีในภพทั้งหลายได้คลายความรักใคร่ในชีวิตเสียได้ จะเว้นเสียซึ่งบาปกรรม ทำให้เป็นผู้มีก่น้อย สันโดษ ไม่สะสมหวงแหน ตระหนี่ ข้าวของ จะคุ้นเคยในอนิจจสัญญา คือรู้ว่าสังขาร คือรูปธรรม นามธรรม ร่างกาย จิตใจ ไม่เที่ยง ทุกขสัญญาคือรู้ว่าเป็นทุกข์ อนัตตสัญญาคือรู้ว่าไม่ใช่ตัวตน สัตว์ บุคคล เรา เขา จะเป็นผู้ไม่กลัวตายเวลาจะตายจะมีสติไม่หลงตาย เมื่อมีชีวิตอยู่ก็จะเป็นผู้ไม่ประมาท จะเป็นผู้ขยันขันแข็งในการละอกุศลกรรม และจะเป็นผู้ขยันขันแข็งในการเจริญกุศลกรรม บุคคลผู้มีความไม่ประมาทในกุศลธรรมนี้ ย่อมเป็นมงคลอันประเสริฐในชีวิต

๕) โยนิโสมนสิการ เป็นการเจริญปัญญาโดยการคิดแบบโยนิโสมนสิการ คือ การคิดพิจารณาอย่างละเอียด ถี่ถ้วนและลึกซึ้ง หรือการคิดที่ถูกวิธี มีระเบียบและสร้างสรรค์ บุคลากรเหล่านี้คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้อยู่ในสถานการณ์จริง กำลังปฏิบัติงานกิจอันสำคัญยิ่ง จึงต้องใช้โยนิโสมนสิการอย่างยิ่งยวด มี ๑๐ วิธี คือ ๑) วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย คือ คิดแบบมีเหตุผล เช่น พิจารณาว่าที่เป็นสุข หรือเป็นทุกข์นี้ เกิดขึ้นโดยมีอะไรเป็นปัจจัย ต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร ๒) วิธีคิดแบบแยกแยะส่วนประกอบ คือ การคิดจำแนกแยกแยะองค์รวมของสิ่งต่างๆ ออกเป็นองค์ย่อย ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยเหล่านั้นว่ามีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างไร ๓) วิธีแบบสามัญลักษณะ คือ คิดแบบไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) คือคิดแบบรู้เท่าทันธรรมดา ชีวิตของคนเราก็คือเป็นเช่นนี้เอง เป็นอนิจจัง ไม่เที่ยงแท้ เป็นทุกข์ มีแต่ความทุกข์ เป็นอนัตตา ไม่มีตัวตนที่แน่นอน ๔) วิธีคิดแบบอริยสัจ คือ การพิจารณาปัญหาว่าคืออะไร (ทุกข์) มีอะไรเป็นสาเหตุ (สมุทัย) เป้าหมายของการแก้ปัญหาคืออะไร (นิโรธ) หนทางเพื่อบรรลุเป้าหมายเป็นอย่างไร (มรรค) ๕) วิธีคิดแบบอรรถธรรมสัมพันธ์ คือ การคิดแบบสัจบุรุษอันเป็นคุณสมบัติของคนดี คือ คิดตามหลักการและความมุ่งหมาย รู้จักเหตุ

รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักบุคคล รู้จักชุมชน ๖) วิธีคิดแบบเห็นคุณค่าเห็นโทษและเห็นทางออก คือ มองในเชิงคุณค่าว่าสิ่งนั้นๆ มีคุณในแง่ไหน มีโทษในด้านใด แล้วก็พิจารณาหาทางออก ๗) คิดแบบคุณค่าแท้และคุณค่าเทียม คือ รู้จักแยกแยะสิ่งดีสิ่งชั่ว สิ่งแท้จริงสิ่งปลอมอย่างมีเหตุผล ๘) วิธีคิดแบบปลูกเร้าคุณธรรม คือ คิดหาประโยชน์ในการกระตุ้น และส่งเสริมความดี ๙) วิธีคิดแบบเป็นอยู่ในขณะปัจจุบัน คือ คิดอยู่ในปัจจุบัน ไม่รำพึงถึงอดีต และไม่กังวลถึงอนาคต ๑๐) วิธีคิดแบบวิภาษวาท คือ คิดแบบรอบด้าน แยกแยะ มองสิ่งต่างๆ ในหลายๆ มุมมองอย่างละเอียดรอบคอบ ฉะนั้น การคิดแบบโยนิโสมนสิการทั้ง ๑๐ ข้อที่กล่าวมา สรุปได้ว่าเป็นการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล และคิดเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นกุศลนั่นเอง

๖) อปปมาทธรรม “ความไม่ประมาท ” นั่นคือการมีจิตสำนึกในเรื่องกาลเวลา และความเปลี่ยนแปลง คนที่จะมีความไม่ประมาท ก็เพราะสำนึกในเรื่องกาลเวลา ว่าเวลาเคลื่อนผ่านไปตลอดเวลา กาลเวลาและวารีไม่รอใคร จะทำอะไรต้องรีบทำ เพราะฉะนั้นจะต้องมีความกระตือรือร้น เร่งชวนขวยทำอะไรต่างๆ อันนี้คือจิตสำนึกในกาลเวลา ความสำนึกในกาลเวลาเกิดขึ้นก็เพราะมองเห็น การเปลี่ยนแปลง กาลเวลาเกิดขึ้นกำหนดด้วยการเปลี่ยนแปลง ที่มีวันมีคืนก็เกิดจากโลกหมุนรอบดวงอาทิตย์ โลกหมุนรอบตัวเองรอบหนึ่งก็เป็นวันหนึ่ง หมุนรอบดวงอาทิตย์ไปได้รอบหนึ่งเต็มบริบูรณ์ก็เป็นปีหนึ่ง กาลเวลาผ่านไป พร้อมด้วยการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงของสิ่งทั้งหลาย รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของเราที่ไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา ทุกส่วนในชีวิตของเรา ทั้งรูปธรรมนามธรรม มีการเกิดดับอยู่ตลอดเวลา ชีวิตของเราจะต้องแตกดับอย่างแน่นอน และชีวิตจะเป็นอย่างไรต่อไปก็ไม่แน่นอน แล้วแต่เหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก จึงต้องชวนขวยเรียนรู้และกระทำเหตุปัจจัยเท่าที่ เราทำได้ให้ดีที่สุดด้วยความไม่ประมาท พระพุทธศาสนาสอนในเรื่องความเปลี่ยนแปลง สอน “หลักอนิจจัง” ว่ามีการเกิดขึ้นและการดับสลาย ก็ด้วยต้องการให้เราไม่มีความไม่ประมาท พระพุทธเจ้าตรัส ปจฉิมวาจา วาจาสุดท้ายที่ตรัสก่อนปรินิพพาน เหมือนกับวาจาสั่งเสียของพระองค์ คือ คำว่า “วณฺณมา สงฺขารํ, อปฺปมาเทน สมปาเทถ. (แปลว่า) สังขารทั้งหลาย มีความเสื่อมสลายไปเป็นธรรมดา ท่านทั้งหลายจงยังความไม่ประมาทให้ถึงพร้อม หรือแปลว่า จงทำกิจให้บริบูรณ์ด้วยความไม่ประมาท หรือที่นิยมแปลกันให้ถึงความเต็มที่ว่า จงยังประโยชน์ตนและประโยชน์ผู้อื่นให้ถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาท” พุทธพจน์นี้แสดงถึงการที่พระองค์นำเอาหลักอนิจจัง หรือหลักความไม่เที่ยงนี้มาสัมพันธ์กับความไม่ประมาท คือ ตรัสเรื่องความเปลี่ยนแปลง ความไม่เที่ยง เพื่อกระตุ้นเร้าให้ไม่ประมาท แต่เรามองข้ามพระพุทธพจน์สำคัญที่เป็นปจฉิมวาจา หรือวาจาสุดท้ายนี้ไป การที่พระพุทธเจ้าสั่งเสียสิ่งใด ก็แสดงว่าพระองค์ต้องถือว่าสิ่งนั้นสำคัญมาก แต่ชาวพุทธไม่ค่อยเอาใจใส่คำสั่งเสียของพระศาสดา พระพุทธเจ้าตรัสสอนให้ไม่ประมาท เพราะ “สิ่งทั้งหลายไม่เที่ยง” เราจึงควรมีจิตสำนึกในกาลเวลา และจิตสำนึกในความเปลี่ยนแปลง และให้จิตสำนึกในความเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นตัวกระตุ้นเร้าให้มีความไม่ประมาท ฉะนั้น สิ่งหนึ่งที่เป็นบุพณิมิตของการศึกษา หรือเป็นเครื่องนำเข้าสู่การเดินตามมรรค หรือการปฏิบัติธรรม ก็คือความกระตือรือร้น ความเร่งชวนขวยไม่ประมาท หลักพระพุทธศาสนาเตือนเราไม่ให้เป็นคนเฉื่อยชา ไม่ให้เป็นคนอยู่นิ่งเฉย ให้มีสติระลึกระวัง ตื่นตัวอยู่เสมอ ไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไปเปล่า มีอะไรเกิดขึ้นจะเป็นเหตุของความเสื่อม ก็เร่งหลีกเลี่ยงแก้ไขป้องกัน อะไรจะเป็นเหตุของความเจริญก็เร่งปฏิบัติจัดทำ “อปปมาทธรรม” นี้ พระพุทธเจ้าตรัสย้ำไว้ไม่รู้กี่ครั้ง ย้ำในฐานะ บุพณิมิตของการศึกษา ในฐานะปจฉิมวาจา ในฐานะที่เป็นธรรมที่ครอบคลุมการปฏิบัติทั้งหมด

เหมือนกับรอยเท้าช้าง หลายท่านคงเคยได้ยิน พระพุทธเจ้าตรัสว่า รอยเท้าของสัตว์บกทั้งหลาย ย่อมรวมลงได้ในรอยเท้าช้าง ฉันทิ ธรรมทั้งหลายก็รวมลงได้ในความไม่ประมาท ฉันทัน ถ้ามีความไม่ประมาทแล้ว ก็สามารถปฏิบัติธรรมทุกข้อ แต่ถ้าประมาทเสียอย่างเดียว ธรรมทั้งหลายที่เรียนมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะไม่เอามาปฏิบัติ ไม่เอามาใช้ เพราะฉะนั้น จึงให้มีความไม่ประมาท” เป็นอยู่ด้วยความไม่ประมาท รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง และเห็นคุณค่าของเวลา ทำให้การพัฒนาต่อเนื่องและทันการ ต่อจากนั้นก็ต้องมีอีกประการหนึ่ง คืออุปมาที่จะต้องถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาท ความไม่ประมาทก็คือความกระตือรือร้น มองเห็นความสำคัญของกาลเวลา มองเห็นความไม่เที่ยงแท้แน่นอนของสิ่งทั้งหลาย ซึ่งไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นอนิจจัง ชีวิตของเราและสังขารทั้งหลายล้วนแต่เป็นอนิจจัง คือไม่เที่ยงแท้แน่นอน เราจะประมาทอยู่ไม่ได้ สิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นแล้วก็เสื่อมสลายแตกดับไป ต้องเอาใจใส่ในการที่จะกระตือรือร้น ทำหน้าที่ของเราในการประพฤติปฏิบัติธรรม (หน้าที่) นี้เรียกว่าความไม่ประมาท ความไม่ประมาท ซึ่งจะทำให้เร่งรัดตัวเอง มองเห็นคุณค่าของเวลา เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง จนอนาถใจนิ่งเฉยอยู่ไม่ได้ จะต้องรีบพัฒนาตนเอง จึงเป็นข้อธรรมสำคัญที่จะทำให้เดินหน้าไปในมรรคได้ จึงเรียกว่าเป็นแสงเงินแสงทองอีกอย่างหนึ่ง ของคณะที่มการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ บุคลากรเหล่านี้ ต้องตั้งอยู่ในความไม่ประมาท ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

๗) การเจริญสมณะและวิปัสสนา สมถกรรมฐานมีหลักง่ายนิดเดียว อยากระงับมิเรี่ยวมิแรง ก็อย่าให้จิตมันฟุ้งซ่านไป จิตที่ฟุ้งซ่านคือจิตที่จับอารมณ์อันนั้นที่ จับอารมณ์อันนี้ที่ เราจับอารมณ์อันนั้นที่ จับอารมณ์อันนี้ที่ จิตมันก็ฟุ้งซ่านไปหาอารมณ์ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น ทางกาย ทางใจ มันฟุ้งไปอย่างนั้น มันไม่สุข ไม่สงบ ทีนี้ถ้าเราอยากให้จิตมันสุข ให้จิตมันสงบ เราก็อยู่ในอารมณ์อันเดียวได้ ไม่วิ้งวุ่นวาย เลือกรมณ์ที่อยู่ด้วยแล้วมีความสุข มีความสงบ สบายใจอยู่กับอารมณ์อันไหน เราก็อยู่กับอารมณ์อันนั้น อยู่กับลมหายใจแล้วมีความสุข เราก็อยู่กับลมหายใจ พอจิตมันได้อารมณ์ที่มีความสุข เราหาสิ่งที่ถูกอกถูกใจมาล้อมัน พอมันอยู่กับอารมณ์ที่ชอบใจ มันก็ไม่วิ้งไปหาอารมณ์อื่น พอมีอารมณ์ชอบใจมีความสุขมันก็จะพอใจ อารมณ์ในโลกวิ้งหาเท่าไรมันก็ไม่มีความสุขที่แท้จริง แต่อารมณ์กรรมฐานมี ถ้าทำอานาปานสติ หายใจไปอย่างนี้ จิตใจมีความสุข ความสงบ ความสบาย ให้อยู่ทั้งชาติก็อยู่ได้ ฉะนั้นก็ต้องรู้จักเลือกรมณ์ ดูตัวเอง ใช้กรรมฐานอะไรเหมาะกับเรา ตัวนี้เป็นสัมปชัญญะตัวหนึ่ง รู้ว่าอะไรสมควร พออยู่กับอารมณ์ที่มีความสุข มีความพอใจ จิตใจก็ไม่หิวอารมณ์ ก็มีความสุขอยู่ในอารมณ์อันเดียว สมถกรรมฐาน ก็คือการที่จิตมันไปสงบอยู่ในอารมณ์อันเดียวโดยไม่ได้บังคับ รู้จักตัวเองว่าสมควรกับอารมณ์ตัวไหน แล้วก็ใช้อารมณ์ตัวนั้น จิตใจมีความสุข จิตใจก็ไม่หนีไปไหน สบายอยู่อย่างนั้น บางทีหายใจเพลิน อยู่ไปเกือบสว่าง หรืออยู่ไปจนสว่างเลย ใจมันสงบ ใจมันสบาย มีความสุข ไม่วิ้งซ่าย วิ้งขวา วิ้งข้างบน ข้างล่าง ไปอดีต ไปอนาคต นี่หลักของสมถกรรมฐานก็มีเท่านี้ ดูจิตดูใจก็เป็นสมณะได้ ดูกายก็เป็นสมณะ อย่างเห็นท้องพอง เห็นท้องยุบ เห็นยกเท้า เห็นย่างเท้า เห็นหายใจเข้า เห็นหายใจออก อันนี้คือสมณะ ดูกายจ้องร่างกายไว้จะเป็นสมณะ พอจิตใจเราพอใจอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง เราอยู่กับอารมณ์อันนั้น จิตไม่ฟุ้งซ่านไปที่อื่น จิตก็เข้าถึงความสุข ความสงบ อันนี้เป็นส่วนของการภาวนาชนิดแรก การทำสมถกรรมฐาน

ได้เรียนรู้**วิปัสสนากรรมฐาน** เป็นการเห็นไตรลักษณ์ของรูปนาม การจะทำวิปัสสนากรรมฐาน ขั้นแรกต้องหัดเห็นสภาวะธรรมก่อน เพราะวิปัสสนากรรมฐานมันเป็นการเห็นไตรลักษณ์ของรูปของนาม เพราะฉะนั้นก่อนที่จะไปเห็นไตรลักษณ์ของรูปของนามได้ ต้องเห็นรูปเห็นนามได้ก่อน ต้องหัดแยกสภาวะให้ออก ขั้นแรกต้องแยกขันธให้ได้ แยกธาตุแยกขันธให้ออก แยกรูป แยกนาม จะเรียกอะไรก็ได้ ที่จริงก็คือแยกออก สิ่งที่เราเรียกว่าตัวเราถูกแยกออกเป็นส่วนๆ การหัดแยกสภาวะ ที่แรกก็ต้องฝึกจิตให้ตั้งมั่นขึ้นมาก่อน ก่อนจะเดินปัญญาได้ต้องมีสมาธิที่ถูกต้องก่อน มีจิตที่ตั้งมั่นขึ้นมาเป็นผู้รู้ผู้ดูเสียก่อน ตรงนี้ก็ใช้ต่อยอดจากการทำสมาธิ อย่างร่างกายนั่งอยู่ รู้สึกลงไปร่างกายมันนิ่ง ใจมันเป็นคนรู้ จิตมันเป็นคนรู้ ร่างกายมันเย็น มันเดิน มันนั่ง มันนอน มันคู่ มันเหยียด มันหายใจออก มันหายใจเข้า จิตเป็นคนรู้คนดู ร่างกายเป็นของถูกรู้ถูกดู ทำให้ขึ้นมาว่าร่างกายเป็นของถูกรู้ถูกดู มันก็จะมีส่วนที่เป็นผู้รู้ผู้ดู คือตัวจิตเกิดขึ้น มันจะแยกออกมา หรือเราเห็นความสุขความทุกข์เกิดขึ้นในร่างกาย ความสุขความทุกข์เป็นของถูกรู้ถูกดู ตัวผู้รู้มันก็จะตั้งมั่นเด่นขึ้นมา ค่อยดูไป ดูกาย ดูเวทนา ดูจิตตสังขาร คือความเป็นกุศล อุกุศลทั้งหลาย โลก โกรธ หลงเกิด ก็รู้ว่าโลก รู้ว่าโกรธ รู้ว่าหลงไป ไม่ใช่รู้เชื่อมั่น แต่รู้สภาวะมัน อาการโลกเกิดขึ้นรู้ทัน อาการโกรธเกิดขึ้นรู้ทัน อาการหลงเกิดขึ้นรู้ทัน มีจิตเป็นผู้รู้ผู้ดู ฝึกอย่างนี้บ่อยก็จะได้ตัวจิตผู้รู้ขึ้นมา หรือจิตหลงไปคิดรู้ทัน ฉะนั้นขั้นแรกหัดอาศัยกาย เวทนา จิตอย่างนี้ เป็นอารมณ์กรรมฐาน แล้วสังเกตลงไปว่าสิ่งเหล่านี้เป็นของถูกรู้ถูกดู พอรู้ว่ามันถูกรู้ถูกดู มันก็จะเกิดผู้รู้ผู้ดูขึ้นมา เรียกว่า จิตมันทรงสมาธิแล้ว สติระลึกรู้สภาวะนั้น จิตตั้งมั่นเป็นผู้รู้ผู้ดู สติมันรู้ว่าร่างกายอยู่ในอิริยาบถอย่างนี้ หรือความสุขความทุกข์อะไรเกิดขึ้น สติรู้ จิตเป็นคนดูแล้ว เห็นว่าความสุขความทุกข์เป็นของถูกรู้ถูกดู ฉะนั้นเราจะต้องหัดเห็นสภาวะเนื่องๆ พอจิตมันเป็นคนดู แล้วมันจะเห็นสภาวะทั้งหลายผ่านมาผ่านไป จนกระทั่งใจมันสามารถหมายรู้ได้ มันจะเห็นว่าโลกเกิด แล้วโลกก็ดับ โกรธเกิดแล้วโกรธก็ดับ เห็นสภาวะของสังขาร สังขารก็คือความปรุงของจิต ปรุงดีบ้าง ปรุงชั่วบ้าง ปรุงสุขบ้าง ปรุงทุกข์บ้าง ปรุงโลก โกรธ หลง ปรุงไม่โลก ไม่โกรธ ไม่หลง หรือพยายามจะไม่ปรุงก็คือความปรุงอีกชนิดหนึ่ง ค่อยดูไปจะเห็นทุกสิ่งทุกอย่างเป็นของถูกรู้ถูกดู จิตเป็นแค่ผู้รู้ผู้ดู จะเห็นทุกสิ่งที่เกิดล้วนแต่ดับทั้งสิ้น กำลังของศีล สมาธิ ปัญญามันเพียงพอ อริยมรรคมันจะเกิดขึ้นเอง จิตมันเกิดมรรคเกิดผลขึ้นเองเมื่อศีล สมาธิ ปัญญามันสมบูรณ์เต็มที่แล้ว

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

๕.๒.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน สอดคล้องกับ สายใจ จารุจิตร และคณะ ที่ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ในชุมชนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหลายประการจึงต้องการ

การสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น รถรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษารหรือติดตามอาการอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ผ่าอ้อมสำเร็จรูป รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาชี้แนะการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับกรรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นขาดนักกายภาพบำบัดในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ผู้ดูแลหลักทุกรายต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านบ่อยๆ เพื่อขอรับคำแนะนำในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงต้องการความรู้ในเรื่องโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพระศักดิ์ธัช สวโร (แสงธง) ที่ได้ศึกษาถึง รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่ พบว่า ปัจจัยที่จะนำมาสู่ความสำเร็จในการใช้รูปแบบและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา คือ การเน้นบทบาท และหน้าที่ของผู้ดูแลกล่าวคือ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลทั้งแพทย์ พยาบาล พระสงฆ์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีเมตตากรุณาเป็นพื้นฐานช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาดสว่างสงบให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำชีวิตให้มีคุณภาพ มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต ไปสู่สุคติโลกสวรรค์และพระนิพพานที่เรียกว่า การตายดี และสมศักดิ์ศรี

๕.๒.๒ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาพร้อมด้วยการสร้างกิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า การใช้ศีลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย วิธีการทำให้ผู้ป่วยได้มีสมาธิ การให้ผู้ป่วยได้มีการสวดมนต์แผ่เมตตา การทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากความทุกข์ใจในเรื่องต่างๆ วิธีการสนทนาธรรมกับผู้ป่วย และ การใช้หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลจากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ^๑ ที่สอดคล้องกับจรัสแสง ผิวอ่อน ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมกรณีศึกษา วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร พบว่า วิธีการดูแลจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีหลักพุทธธรรมใหญ่ ๕ หลักธรรมที่ได้ถูกกล่าวถึงคือ ๑) ไตรลักษณ์ ๒) โยนิโสมนสิการ ๓) การพิจารณาภวนานุสติ ๔) การภาวนาโดยใช้อานาปานสติ ๕) การอยู่กับโลกธรรม ๘

^๑ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๖๒.

โดยผ่านทางกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพพื้นฐานของคนไข้และญาติคนไข้ที่มีพื้นฐานความคิดความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกันใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยสอนเริ่มตั้งแต่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ปรับสภาพจิตใจที่เศร้าหมอง ให้มีความสุขผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรีบำบัด สวดมนต์ ร่วมกัน สร้างมิตรภาพและกำลังใจร่วมกัน ผ่านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันอย่างเกื้อกูล หลักธรรมที่มีเทคนิคในการสอนทำให้ผู้ฟังผ่อนคลายทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ การฝึกสมาธิโดยใช้ มรณานุสติรวมถึงการเรียนรู้ความจริงเชิงประจักษ์ คือ การร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิต^๒ และสอดคล้องกับพระเทพสุวรรณเมธี ที่ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจ ผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาศีลानุธรรม พบว่า พระพุทธศาสนามีหลักธรรมที่มุ่งเน้นให้บุคคลมีความเมตตาเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม คือ สังคหวัตถุธรรม พรหมวิหาร ๔ หลักธรรมที่พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงใช้เยียวยาจิตใจผู้ป่วย คือ พระไตรลักษณ์ โดยวิธีการสนทนาธรรมกับผู้ป่วย โดยทรงถามและให้ผู้ป่วยตอบทำความเข้าใจถึงข้อธรรมที่ละข้อ ผู้ป่วยจะเห็นแจ้งในสัจธรรมได้ เมื่อเห็นแจ้งในธรรมแล้วผู้ป่วยก็จะคลายความทุกข์เวทนาได้^๓

๕.๒.๓ กระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธีส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย การส่งต่อ/รับกลับผู้ป่วยในเครือข่าย การจัดระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อสนับสนุน การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลรักษารวมทั้งการจัดบริการด้านต่าง ๆ ในเครือข่าย และการสนับสนุนวิชาการ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย และการพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาศ และคณะ ที่ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่จำเป็นเช่น บางคนต้องทำบัตรใหม่ บางคนต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล จึงต้องการการสนับสนุนรถบริการสำหรับรับ-ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวก และเพื่อใช้ในการเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่า การพาไปอาบน้ำและ อรุณี ชุนหบดี และคณะ ที่ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากท้องถิ่นในการอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อมารับบริการ การหารถเข็นหรือเตียง ทั้งนี้เป็นเพราะบางพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสามารถอำนวยความสะดวกให้ได้^๔

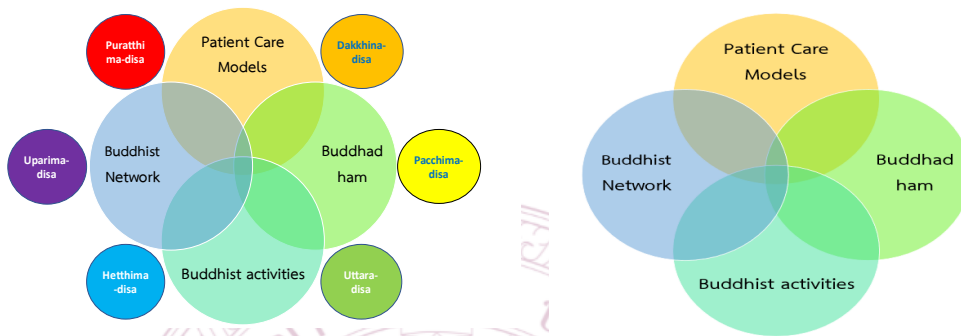
^๒ พระศักดิ์ธัช ส่วโร (แสงธง), “รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่”, วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๒) : ๑๘๕.

^๓ พระเทพสุวรรณเมธี, “รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสาศีลानุธรรม”, วารสารเซนต์จอห์น, ๒๗๘

^๔ สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน, “รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล”, วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๒) : ๖๕.

๕.๓ องค์ความรู้ใหม่การวิจัย

องค์ความรู้เกี่ยวกับพุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกระบวนการกับการสร้างเครือข่ายพุทธวิธี ส่งเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ได้เป็น P3BD or MBAND Model ปรากฏดังแผนภาพข้างล่างดังต่อไปนี้



P3BD or MBAND Model

P3BD or MBAND Model หมายถึง พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอธิบายดังต่อไปนี้

P3BD มาจาก P= หมายถึง Patient Care Models ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี 3B= หมายถึง B1=Buddhadham ได้แก่ พุทธธรรม, B2=Buddhist activities ได้แก่ กิจกรรมทางพระพุทธศาสนา, B3=Buddhist Network ได้แก่ เครือข่ายวิถีพุทธ D=Disa หมายถึง เครือข่ายสังคมพุทธรอบข้างทั้ง ๖ ทิศ

MBAND มาจาก M=Models หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วย B=Buddhadham ได้แก่ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย หมายถึง A=Activities หมายถึง กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง N= Network หมายถึง เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง D=Disa หมายถึง เครือข่ายสังคมพุทธรอบข้างทั้ง ๖ ทิศ

สามารถอธิบายได้ว่า

พุทธวิธีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี นั้น กล่าวคือ Patient Care Models รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ๔ รูปแบบในประเทศไทย ได้แก่ (๑) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (๒) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (๓) การดูแลในโรงพยาบาล และ (๔) การดูแลโดยสถานพยาบาลกึ่งบ้าน

Buddhist activities กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ๑) การใช้ศีลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการเปรียบวินัยเคารพสิทธิส่วนบุคคลทุกฝ่าย เห็นใจเข้าใจกันไม่เอาแต่ใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ๒) ทุกฝ่ายต้องตั้งมั่น (สมาธิ) ในการทำหน้าที่ของตน มีจิตใจมั่นคงไม่ย่อท้อถือว่าการดูแลผู้ป่วยคือการทำ

หน้าที่ และการทำหน้าที่คือการปฏิบัติธรรม ๓) ทุกฝ่าย มีผู้ป่วย ผู้ดูแล หมอ พยาบาล และญาติๆ เป็นต้น ต้องหาเวลามาร่วมกันการสวดมนต์แผ่เมตตาด้วยกัน ๔) หาเวลาในการสนทนาธรรมปรับทุกข์ ปล่อยใจเกี่ยวกับเรื่องไตรลักษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นสัจธรรมความจริงปล่อยวางจากความทุกข์ใจ ๕) ชักชวนใส่บาตรทำบุญแก่พระสงฆ์ที่มารับสังฆทานในโอกาสพิเศษ ๖) ชักชวนกรวดน้ำอุทิศบุญแก่ผู้มีพระคุณแก่เจ้ากรรมนายเวรแก่สรรพสัตว์ตลอดถึงอุทิศบุญให้กับตนเองด้วย

Buddhist Network เครือข่ายพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล หมอ พยาบาล และญาติๆ เป็นต้นแล้ว ทางพระพุทธรักษาหมายเอาเครือข่ายสังคมพุทธ กล่าวคือตามหลักทศ ๖ คือ บุคคลประเภทต่างๆ ที่เราต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม จุดทศที่อยู่รอบตัว ได้แก่ ๑) ปุริตถิมทศ ทศเบื้องหน้า คือ ทิศตะวันออก ได้แก่ มารดาบิดา เพราะเป็นผู้มีอุปการะแก่เรามาก่อน ๒) ทักขินทศ ทศเบื้องขวา คือ ทิศใต้ ได้แก่ ครูอาจารย์ เพราะเป็นทักขิไณยบุคคล ควรแก่การบูชาคุณ ๓) ปัจฉิมทศ ทศเบื้องหลัง ทิศตะวันตก ได้แก่ บุตรภรรยา เพราะติดตามเป็นกำลังสนับสนุนอยู่ข้างหลัง ๔) อุตตรทศ ทศเบื้องซ้าย ทิศเหนือ ได้แก่ มิตรสหาย เพราะเป็นผู้ช่วยให้ข้ามพ้นอุปสรรคภัยอันตราย และเป็นกำลังสนับสนุน ให้บรรลุความสำเร็จ ๕) เหมฐิมทศ ทศเบื้องล่าง ได้แก่ คนรับใช้และคนงาน เพราะเป็นผู้ช่วยทำการงานต่างๆ เป็นฐานกำลังให้ ๖) อูปริมทศ ทศเบื้องบน ได้แก่ สมณพราหมณ์ คือ พระสงฆ์ เพราะเป็นผู้สูงด้วยคุณธรรม และเป็นผู้นำทางจิตใจ ผู้ปฏิบัติตั้งกล่าวนี้อธิบาย ปกปักษ์รักษาทั่วทุกทิศ ให้เป็นแดนเกษมสุขปลอดภัย

๕.๔ ข้อเสนอแนะการวิจัย

รายงานการวิจัยเรื่อง “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

๕.๔.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ควรที่จะบรรจุเรื่อง “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” เข้าไว้ในแผนพัฒนาวิทยาลัยแล้วทำงานร่วมกับโครงการพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสม.) ของคณะสงฆ์จังหวัดสุราษฎร์ธานีควบคู่กันไปได้เลย

๕.๔.๒ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

รายงานการวิจัยฉบับนี้มีประโยชน์ต่อหน่วยงานดังต่อไปนี้ คือ ๑) วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒) คณะสงฆ์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓) สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดสุราษฎร์ธานี ๔) สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดสุราษฎร์ธานี ๕) สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัดสุราษฎร์ธานี นำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวคือ วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยผู้เป็นแม่ข่ายการวิจัย ขอให้คินองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้แก่บุคคลผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มี เกสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น รวมทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งญาติ

ทุกคนมาร่วมประชุมเรียนรู้พุทธรูปเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีร่วมกัน หาแนวทางในการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปขยายผลต่อยอดต่อไป

๕.๔.๓ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑) พัฒนาคู่มือ “พุทธรูปเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองฉบับท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยเฉพาะซึ่งมีความแตกต่างกันโดยภูมิลักษณะให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานที่ ภูมิอากาศ วัฒนธรรม การประกอบอาชีพ ภาษา ความเชื่อ เป็นต้น

๒) ศึกษาการยกระดับ “พุทธรูปเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองฉบับท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี” เพื่อให้องค์กรทั้ง ๕ มี ๑) วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี ๒) คณะสงฆ์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓) สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดสุราษฎร์ธานี ๔) สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดสุราษฎร์ธานี ๕) สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมพลังเป็นหนึ่งเดียว รวม MOU โดยมีวิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เป็นตัวกลางแม่ข่ายเชื่อมประสานทุกองค์กรเข้าด้วยกันทั้งงบประมาณ บุคคล วัสดุอุปกรณ์พร้อมเครื่องมือ เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลประโยชน์กำไร



บรรณานุกรม

๑. หนังสือทั่วไป

- กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ๒๕๕๐.
- นิรชา อัครธีรากุล และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี : บริษัท พิมพ์ดีจำกัด, ๒๕๕๖.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัตน์. สุขสุดท้ายที่ปลายทาง : เฝชิญความตายอย่างสงบ. พิมพ์ครั้งที่ ๔ กรุงเทพมหานคร : โครงการเฝชิญความตายอย่างสงบ, ๒๕๕๓.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, ๒๕๕๖.
- เมตตาณนโท ภิกขุ. ธรรมะ ๕ ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที่เอ็นพี พรินติ้ง จำกัด, ๒๕๕๙.

๒. วิทยานิพนธ์

- พระณรงค์ กิตติธโร (เด่นประเสริฐ). “การศึกษาเปรียบเทียบปรัชญาการศึกษาของพุทธทาสภิกขุและพระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต)”. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙.
- พระธนกร กิตติปัญโญ (สร้อยศรี). “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๖.
- พระมหาสุภวิชัย วิราม, “การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเรื่องกัลยาณมิตรตามหลักพุทธจริยศาสตร์ทัศนะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนวัดปากน้ำวิฑายาคมและโรงเรียนสุวรรณพลับพลา พิฑายาคม”, วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕.
- สุภรณ์ แนวจำปา “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”. ดุษฎีนิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

๓. วารสารบทความ

- กุสุมา ยี่งู. “ภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ตามหลักกัลยาณมิตรสำหรับผู้บริหารสถานศึกษา”. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์. ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๕): ๔๘๗.

จิตรกร วะรภัษ. “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอยะหริ่ง จังหวัดพังงา”. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม - เมษายน ๒๕๖๔) : ๒๘๕-๒๘๘.

พระเทพสุวรรณเมธี. “รูปแบบและกระบวนการเยียวยาใจผู้ป่วยด้วยธรรมะของกลุ่มพระจิตอาสา คิลานธรรม”. วารสารเซนต์จอห์น, ๒๗๘

พระศักดิ์ธัช ส่วโร (แสงธง). “รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่”. วารสารวิชาการธรรมทศน์. ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๒) : ๑๗๖-๑๘๘.

พระโสภณ โสภณ (ทองสม) และคณะ. “การประยุกต์ใช้หลักสังคหวัตถุ ๔ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนวัดใหม่ทุ่งคาอำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา”. วารสารมหาจุฬานาครทศน์. ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓ (มีนาคม ๒๕๖๓) : ๒๐-๒๑.

พระมหาหมื่นจันทร์ ปุริสุตโตโม. “วิเคราะห์แนวคิดและปรัชญาของศรีอโรรสโรพินโทและสวามี วิเวกานันทะ”. วารสารพุทธมคค์ ศูนย์วิจัยธรรมศึกษา สำนักเรียนวัดอาวูวิกสิตาราม, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๑): ๓-๔.

พิศมัย บุติมาลย์ และคณะ. “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน”. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๑) : ๗๙-๙๑.

ศรีรัตน์ กีนาวงค์ และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร. “นิพนธ์ต้นฉบับ: ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย”. เชียงรายเวชสาร: CHIANGRAI MEDICAL JOURNAL. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑ (๒๕๕๕): ๑๓๔.

สายใจ จารุจิตร. ราษฎร์ อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน, “รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล”. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๒): ๕๗ และ ๖๔-๖๕.

สุทัศน์ ประทุมแก้ว. “พรหมวิหารธรรม : หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในการบริการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย”. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์. ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๗) : ๒๖๗.

รุ่งนิภา เหลียง. “โซเปนฮาวเออร์ข้อวิพากษ์แนวคิดแบบทุนนิยม”. ธรรมธรา วารสารวิชาการทางพระพุทธศาสนา. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ (ฉบับรวมที่ ๑๐, ๒๕๖๓): ๘๙.

๔. เว็บไซต์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. “ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ”. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476> [๑๓ กันยายน ๒๕๖๖].

ถนนอมขวัญ ทวีบุรณ์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [ออนไลน์], แหล่งที่มา:

<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/index.html> [๒๐ มกราคม ๒๕๖๗].

ประพนธ์ เรืองณรงค์. สุราษฎร์ธานี (ศิลปวัฒนธรรม). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : https://www.silpa-mag.com/history/article_54611 [๑๒ กันยายน ๒๕๖๖].

๕. รายงานการวิจัย

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ. “ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช”. รายงานการวิจัย (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๔๗.

๖. สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม:

๑) นางวารีย์ ลอยใหม่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๒) นางจันทรา วงศ์อุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๓) น.ส. กิตติยา ดาราชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๔) น.ส. สุนิวัตรณ สุขสำราญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๕) น.ส. เพ็ญศรี พลราม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๖) น.ส. ชนิษฐา วิมล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๗) น.ส. นภาพร ศิกาสัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๘) น.ส. รัตนา ช่วยอยู่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๙) น.ส. เยาวลักษณ์ แป้นเหลือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๐) น.ส. อุษณีย์ เนสรยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๑) น.ส. จันทน์ แสงศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๒) น.ส. สุจิตา เผ่าใจมา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๓) น.ส. ธิติมา เกตุเพชร	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๔) น.ส. ญัฐริกา จันทน์เพ็ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๕) น.ส. ชลิตา เพชรชู	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๖) น.ส. อุบลรัตน์ แก้วแกม	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๗) น.ส. พรพิมล หอมชื่น	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๘) น.ส. วิมลพัตร กุลทอง	เภสัชกรปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๙) น.ส. จารูวี พรหมสอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๒๐) น.ส. ฤทัยรัตน์ พูลเปี่ยม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๒๑) น.ส. อภिरดา ทองชูศักดิ์	ผู้ดูแลผู้ป่วย	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๒๒) นายธิตินันท์ คุณาวุฒิ	ผู้ดูแลผู้ป่วย	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๒๓) พระครูโสภณธรรมวิสิฐ	เจ้าอาวาส (ดูแลผู้ป่วย)	วัดท่าโรงช้าง

๒๔) พระครูจิรธรรมรัต,ดร.	เจ้าอาวาส (ดูแลผู้ป่วย)	วัดประชาวังศาราม
๒๕) พระครูเนกขัมมธัมมธาร, ดร.	เจ้าอาวาส (ดูแลผู้ป่วย)	วัดปากน้ำละแม
๒๖) พระธวัชชัย คมกัรโต, ดร.	อาจารย์ (ดูแลผู้ป่วย)	วส.สุราษฎร์ธานี
๒๗) พระครูธีรธรรมพิมล, ดร.	เจ้าอาวาส(ดูแลผู้ป่วย)	วัดโฉลกศิลาราม
๒๘) พระครูวินัยธรชวลิต อุตตโม	เจ้าอาวาส (ดูแลผู้ป่วย)	วัดมะปริง
๒๙) พระครูปลัดคำรน กตปุญโญ	เจ้าอาวาส(ดูแลผู้ป่วย)	วัดบางมะเตื่อ
๓๐) อาจารย์นิคม ปักซี่	ผู้ดูแลผู้ป่วย	จังหวัดสุราษฎร์ธานี





แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

งานวิจัยเรื่อง

“พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

.....

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา “พุทธวิถีเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ในประเด็นเกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว จึงได้คัดเลือกท่านเป็นผู้หนึ่งในการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและสร้างองค์ความรู้ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นต้นแบบของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อไป

สำหรับคำถามการวิจัยประกอบด้วย ๔ ตอน ได้แก่

ตอนที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลสำคัญ

ตอนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

ตอนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับ “กิจกรรมพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

ตอนที่ ๔ คำถามเกี่ยวกับ “เครือข่ายพุทธวิถีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี”

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มีเมตตาอนุเคราะห์สละเวลาในการให้สัมภาษณ์เป็นอย่างยิ่ง

พระมหาติลกร์ศมี จิตจาโร และคณะ

วิทยาลัยสงฆ์สุราษฎร์ธานี

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

ชื่อ นามสกุล (ผู้ให้สัมภาษณ์)

อายุ..... ปี ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....

ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง.....

ประสบการณ์ทำงาน.....

สัมภาษณ์ วันที่เริ่ม.....น. เวลา
สิ้นสุด..... น.

สถานที่.....

ตอนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองใน
เขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ดังต่อไปนี้

๑) ท่านมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในรูปแบบใดบ้าง?

.....
.....

๒) ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร?

.....
.....

๓) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง?

.....
.....

๔) ท่านมีวิธีการในการแก้ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไรบ้าง?

.....
.....

๕) ท่านมีวิธีการหรือการเตรียมการในการดูแลผู้ป่วยไว้ด้วยวิธีอะไรบ้าง?

.....
.....

๖) ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบดังกล่าว

.....
.....

๗)ญาติผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรหลังจากได้รับการรักษาตามรูปแบบดังกล่าว

.....
.....

๘) มีการติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๙) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องทางช่องทางไหนบ้าง?

.....

.....

๑๐) หากเกิดภาวะฉุกเฉินท่านมีวิธีการเตรียมการหรือดำเนินการอย่างไรบ้าง?

.....

.....

**ตอนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับ “กิจกรรมพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ดังต่อไปนี้**

๑) การใช้ศีลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างไร?

.....

.....

๒) ท่านมีวิธีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องของการทำสมาธิของผู้ป่วย

.....

.....

๓) ท่านมีวิธีการดำเนินการอย่างไรให้ผู้ป่วยได้มีการสวดมนต์แผ่เมตตา

.....

.....

๔) ท่านมีวิธีการอย่างไรในการทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางจากความทุกข์ใจในเรื่องต่างๆ

.....

.....

๕) ท่านมีวิธีการสนทนธรรมกับผู้ป่วยมากนักน้อยเพียงใด และท่านมีวิธีการอย่างไร

.....

.....

๖) การใช้หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๗) ท่านมีวิธีการเช่นไรในการทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการฟังเทศน์ ฟังธรรม

.....

.....

๘) การดำเนินกิจกรรมพุทธวิธีมีความต่อเนื่องหรือไม่ และได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?

.....

.....

๙) ท่านมีวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วยตามแนวทางพระพุทธศาสนาอย่างไรบ้าง?

.....

.....

๑๐) หลังจากได้มีการทำบุญต่ออายุหรือทำบุญอื่นๆ ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรบ้าง?

.....

.....

**ตอนที่ ๔ คำถามเกี่ยวกับ “เครือข่ายพุทธวิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคองในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ดังต่อไปนี้**

๑) ท่านดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับเครือข่ายใดบ้าง?

.....

.....

๒) เครือข่ายมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๓) เครือข่ายมีการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๔) เครือข่ายมีการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๕) การรักษาตามเครือข่ายท่านได้มีการกำหนดแนวทางไว้อย่างไร?

.....

.....

๖) เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลทางด้านจิตใจเช่น การพูดคุยเพื่อให้เกิดความสบายใจหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๓) ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในกรณีที่มีปัญหาอย่างรวดเร็วหรือไม่ และมีวิธีการอย่างไร?

.....

.....

๔) ท่านได้รับรู้ข้อมูล-ข่าวสารจากเครือข่ายได้มากน้อยเพียงใด ด้วยวิธีการใดบ้าง?

.....

.....

๕) ท่านได้รับการตอบสนองต่อประเด็นความเชื่ออย่างเหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด?

.....

.....

๑๐) ปัญหาอุปสรรคในการทำกิจกรรมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยได้แก่เรื่องอะไรบ้าง และมีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง?

.....

.....

หมายเหตุ

: แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ และคณะผู้วิจัยขออนุญาตถ่ายภาพประกอบในการสัมภาษณ์ด้วย

