



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
An Application of the Buddhadhamma Principles
to heal the Terminal Stage Patients

โดย

สังวรณ์ สมบัติใหม่

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

พ.ศ. ๒๕๖๑

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610761215



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
An Application of the Buddhadhamma Principles
to heal the Terminal Stage Patients

โดย

สังวรณ์ สมบัติใหม่

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

พ.ศ. ๒๕๖๑

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610761215

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

Research Program

An Application of the Buddhadhamma Principles
to heal the Terminal Stage Patients

By

Sangworn Sombatmai

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus
B.E. 2561

Research Project Founded by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

MCU RS 610761215

(Copyright Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย: การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ผู้วิจัย: นายสังวรณ์ สมบัติใหม่
 หน่วยงาน: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
 ปีงบประมาณ: ๒๕๖๑
 ทูลอดหนุนการวิจัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการคือ (๑) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (๒) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต และ (๓) เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน ๒๐ คน และกลุ่มพระสงฆ์ฆราวาสในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๑ วัด/รูป

ผลของการศึกษา พบว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีกระบวนการดังนี้ ๑. ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) ๒. การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) ๓. การปฏิบัติตามแผน (Intervention) ๔. การประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกายใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนจนถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การตรวจเยี่ยมบ้านของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์มีการผสมผสานกันระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเพณีพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาของล้านนา เช่น พิธีผูกข้อมือ, การให้ศีลให้พร และการเทศนาธรรม เรียกว่า “ธรรมมหาวิบาก”

การพัฒนาระบบต้นแบบเพื่อติดตามและขยายการศึกษาต่อไป ผลการศึกษาพบว่าการทำงานบริการดูแลแบบประคับประคองผ่านกิจกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสุข และเสริมสร้างขวัญกำลังใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การเยียวยา, พุทธธรรม

Research Title: An Application of the Buddhadhamma Principles to heal the Terminal Stage Patients

Researchers: Mr. Sangworn Sombatmai

Department: Mahaculalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus

Fiscal Year: 2561/2018

Research Scholarship Sponsor: Mahaculalongkornrajavidyalaya University

ABSTRACT

This research has 3 objectives: (1) to improve care for patients with end-stage of life in the community, (2) to develop guidelines and care and support for patients and their families to prepare for death and (3) to develop a model for applying the principles of Buddhism to heal the end-stage patients in the community. This research is an action research group consists of 20 people and the Care Giver Group in the District Administrative Office of the Umong. Muang Lamphun 11 people

The study shows that palliative care services in the community. The process is as follows: 1. Family Assessment, 2. Planning, 3. Intervention and 4. Evaluation of palliative care service development is the integration of body, mind and spirit as well as the development of best practices and patterns. Care Support patients and their families to prepare for the death of the Terminal Stage Patients.

Care practices and patterns help patients and relatives to prepare before death the results showed that the home of the group Care Giver and the monks are a mixture of the final patient care and traditions of Lanna, such as a hand-bound ceremony, blessing, and teaching.

The development of a prototype system for monitoring and further study. The study found that working palliative care services through religious activities of monks. As a result, patients and relatives of patients feel psychologically defenseless. The patient died peacefully. And strengthen the morale of the patient, the better.

Keywords: The Terminal Stage Patients, heal, Buddhadhamma

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญภาพ.....	ฉ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ.....	ช

บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๗
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๗
๑.๓ ขอบเขตการวิจัย.....	๗
๑.๔ นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	๙
๑.๔ กรอบแนวคิดการวิจัย.....	๙
๑.๖ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	๑๐

บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๑๑
๒.๑ แนวคิดตามหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต.....	๑๑
๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการสูญเสีย.....	๑๙
๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา.....	๒๒
๒.๔ แนวคิดและทฤษฎีการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน.....	๒๙
๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ.....	๓๔
๒.๖ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต.....	๔๒
๒.๗ พุทธวิธีล้านนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนัก.....	๔๙
๒.๘ การดำเนินงานพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.....	๕๘
๒.๙ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๖๒

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย.....	๗๓
๓.๑ รูปแบบการวิจัย.....	๗๓
๓.๒ พื้นที่ในการศึกษาวิจัย.....	๗๔
๓.๓ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	๗๕
๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๗๖
๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัย.....	๗๘

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล.....	๗๙
๓.๗ การนำเสนอผลการศึกษาวิจัย.....	๘๐

บทที่ ๔ ผลการศึกษา.....	๘๑
๔.๑ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.....	๘๑
๔.๒ แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อม ก่อนเสียชีวิต.....	๘๖
๔.๓ การพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน.....	๙๖
๔.๔ องค์ความรู้จากการวิจัย.....	๑๑๔

บทที่ ๕ บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	๑๑๘
๕.๑ สรุปผลการวิจัย.....	๑๑๙
๕.๓ อภิปรายผล.....	๑๒๒
๕.๔ ข้อเสนอแนะ.....	๑๒๓

บรรณานุกรม.....	๑๓๓
------------------------	------------

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย.....	๑๓๔
ภาคผนวก ข ภาพถ่ายการลงพื้นที่ การสัมภาษณ์.....	๑๔๕
ภาคผนวก ค การรับรองการนำไปใช้ประโยชน์.....	๑๔๘
ภาคผนวก ง ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย.....	๑๕๑

ประวัติผู้วิจัย.....	๑๕๔
-----------------------------	------------

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ ๑.๑ ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์.....	๖
ภาพที่ ๑.๒ การลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ.....	๖
ภาพที่ ๔.๑ การเยี่ยมผู้สูงอายุของชมรมอาสาป็นสุข.....	๘๔
ภาพที่ ๔.๒ การประชาสัมพันธ์กิจกรรม สวัสดิการ ด้านการดูแลชุมชน.....	๘๖
ภาพที่ ๔.๓ กรอบความคิดในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นสากล.....	๘๙
ภาพที่ ๔.๔ การจัดประชุมเพื่อพิจารณาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	๙๔
ภาพที่ ๔.๕ การทดลองการใช้คู่มือและการทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ต้นแบบ.....	๙๕
ภาพที่ ๔.๖ การจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	๙๕
ภาพที่ ๔.๗ การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และแกนนำอาสาสมัคร Care Giver ภาคทฤษฎี.....	๑๑๑
ภาพที่ ๔.๘ การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และแกนนำอาสาสมัคร Care Giver ภาคปฏิบัติการ.....	๑๑๒
ภาพที่ ๔.๙ การซักซ้อมความเข้าใจก่อนลงพื้นที่ปฏิบัติงานภาคสนาม.....	๑๑๓
ภาพที่ ๔.๑๐ แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	๑๑๓
ภาพที่ ๔.๑๑ การตรวจเยี่ยมและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามบ้าน.....	๑๑๔
ภาพที่ ๔.๑๒ แสดงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโครงการวิจัย.....	๑๑๗
ภาพที่ ๕.๑ แสดงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโครงการวิจัย.....	๑๒๒

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

รายงานวิจัยฉบับนี้ใช้พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิงโดยจะระบุที่ระบุ เล่ม/ข้อ/หน้า หลังคำย่อชื่อคัมภีร์ ตัวอย่างเช่น ที.สี.(บาลี) ๙/๓/๓๖ หมายถึง สุตตันตปิฎกทีฆนิกาย สีลกขนธวรรค พระไตรปิฎกภาษาบาลี เล่มที่ ๙ ข้อที่ ๓ หน้า ๓๖, ที.สี.(ไทย) ๙/๑๗๐/๕๖ หมายถึง สุตตันตปิฎกทีฆนิกาย สีลขันธวรรค พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ ๙ ข้อที่ ๑๗๐ หน้า ๕๖

พระวินัยปิฎก					
วิ.ม. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	มหาวรรค		(ภาษาไทย)
วิ.ม. (บาลี)	=	วินัยปิฎก	มหาวคคปาลิ		(ภาษาบาลี)
พระสุตตันตปิฎก					
ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	ปาฏิกวรรค	(ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มูลปณณาสก	(ภาษาไทย)
ม.ม. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มูลปณณาสกปาลิ	(ภาษาบาลี)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มัชฌิมปณณาสก	(ภาษาไทย)
ส.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สัปปุตตนิคาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
อง.จตุกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิคาย	จตุกกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.ปญจก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิคาย	ปญจกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.อฏฐก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิคาย	อฏฐกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.ทสก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิคาย	ทสกนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิคาย	ธัมมบท	(ภาษาไทย)
ขุ.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิคาย	อุทาน	(ภาษาไทย)
ขุ.จู. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิคาย	จูฬนิตเทส	(ภาษาไทย)

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life /terminal stage/last week of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ ของโรค ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณ์ได้เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง^๑ นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองอาการจวบจนเสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรังในระยะท้ายของโรค ซึ่งคาดได้อย่างมีเหตุผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ดีที่สุดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน^๒ นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิตการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเรื่องจำเป็นมาก เพราะต้องเป็นผู้มีเวลาให้กับผู้ป่วย มีความเมตตาต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์/พยาบาลไว้ใจได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยและเจ็บป่วยครั้งแรกที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัวและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง^๓ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยตั้งแต่เริ่มแรกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะซึมเศร้าน้อยกว่าและมีช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า^๔ ซึ่งผู้ดูแลที่ดีที่สุด ควรเป็นญาติผู้ใกล้ชิดที่มีรับรู้ข้อมูลในการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจได้ ในส่วนผู้ดูแลเอง ก็จะมีปัญหาจากความ

^๑ Turk DC, Feldman CS, Noninvasive approaches to pain control interminal illness:The contribution of psychological variables, (Hosp J1992; 8):1-2.

^๒ รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, “Living will : มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”, ใน แสงบุญเฉลิมวิภา และไพศาล ลิ้มสถิต, (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลัดใบ*, (นนทบุรี: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและนิติศาสตร์คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๒), หน้า ๒.

^๓ กิตติกร นิลมานัต, *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*, (สงขลา : ออเรนจ์มีเดีย, ๒๕๕๕), หน้า ๑๓.

^๔ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. (N Engl J2010; 363): 733-42.

เหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การเป็นญาติจึงช่วยผ่อนคลายปัญหาทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลลงได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้าไม่มีญาติ คงต้องหาจากสถานฝึกอบรมการพยาบาลต่างๆ และค่อยๆ เลือกคุณสมบัติของผู้ดูแล ซึ่งควรต้องเริ่มหาผู้ดูแลตั้งแต่นั้นๆ ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรต้องดูแลทั้งผู้ป่วย และผู้จะมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในขณะที่อยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's health) ก่อนเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแล (burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (burnout)^๕ ดังนั้น การดูแล หรือ การเตรียมผู้จะมาดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความรู้ในเบื้องต้นเรื่องโรค และอาการของผู้ป่วย ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ให้คำตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน รวมทั้งมีเวลาให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนตามควร อาจต้องช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และควรให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การดูแลปัญหาสุขภาพทุกด้านไปพร้อมกัน ได้แก่ กาย ใจ จิตวิญญาณ และครอบครัวผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

๑. Supportive therapy: ส่งเสริมการดูแลด้านจิตสังคม ช่วยเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ family – centered care, การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความเข้าใจ การให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้มีโอกาสตัดสินใจในการเลือกการรักษา การเล่น ให้ความรักและความเห็นใจ ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตร และผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญเพราะสามารถลดทอนความกลัว และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจได้

๒. แผนการรักษาอีกมิติหนึ่งของ palliative care คือ ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำจิตใจมั่นคง สงบ และยอมรับอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต หนึ่งในหกอันดับแรกความต้องการของพ่อแม่เมื่อลูกอยู่ในภาวะวิกฤตใกล้ตาย คือต้องการให้พระหรือผู้นำทางศาสนาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยควรเริ่มก่อนถึงวาระสุดท้าย อาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค และให้เวลาฟังความรู้สึกจากผู้ป่วย ข้อนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย

๓. ใช้ความคิดและจินตนาการของผู้ป่วยในการนำพาตนเองออกจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งที่พึงพอใจ ได้แก่ distraction, imagery, hypnosis, music ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจน้อมนำได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ที่ห้องเพื่อให้ระลึกนึกถึง ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนา

๔. การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างอยู่ในใจ

^๕ สายพิน หัตถิรัตน์, มนพรัตน์จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิพูน เพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์ และคณะ, คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๓), หน้า ๓๓.

๕. Behavioral therapy: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปวด ได้แก่ การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจเพื่อความผ่อนคลาย แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยมั่นใจว่า มีผู้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้ และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด

๖. สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการเถียงกัน ร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน อาจใช้วิธีทางศาสนาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในชาวคาทอลิก) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal care)

๗. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบข้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดที่ล่วงเกิน จากนั้นน้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางในสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสียอย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ^๖

ด้วยเหตุที่สถานพยาบาลมักมีจำนวนเตียงนอนรักษาจำกัด ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่หากรู้ตัวมักมีความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางบรรยากาศที่ตนคุ้นเคย ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง ตลอดจนชุมชน และจากไปโดยสงบปราศจากอาการทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ ได้ชำระสะสางสิ่งที่ค้างคาใจหรือสิ่งที่ทำให้วิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ และที่สำคัญให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ยอมรับความจริง ผ่านกระบวนการสูญเสียคนอันเป็นที่รักได้รวดเร็วขึ้น (ขั้นการปฏิเสธความจริง ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว ชั่วคราว) (Kuber-Ross E. On death and dying) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่อาศัยแนวคิดของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care)^๗

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชนจึงมีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างยิ่ง ด้วยวิธีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งหมายถึงการดูแลครอบคลุมทางกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณหรือความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว ในฐานะที่ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูนนับถือศาสนาพุทธและมีต้นทุนทางสังคมในเรื่องของกิจกรรมการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแบบพหุภาคีอยู่แล้ว ทางทีมวิจัยจึงมีความสนใจประเด็นการนำเอาหลักพุทธธรรมเข้ามาผสมผสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผ่านกระบวนการพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อแบบล้านนาซึ่งแฝงไว้ด้วยแนวคิด ปรัชญาทางพระพุทธศาสนา ตามความเชื่อวัฒนธรรมวิถีชีวิตของประชากรในภาคเหนือจะให้ความสำคัญกับการจากไปของผู้ป่วยและผู้ที่เสียชีวิตอย่างมาก ซึ่งเมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมักจะมี ความเชื่อเรื่อง ”กรรม” ที่สอดคล้องกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนา ถ้าบุคคลปฏิบัติตามคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าหรือทำความดีบำเพ็ญบุญ ทำนุ

^๖ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗), หน้า ๓๑ – ๓๓.

^๗ Institute for patient-and family-centered care, **Advancing the practice of patient-and family centered care in hospital; 2010**, Available from Website: <http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf> [cite 2014 August 15].

บำรุงศาสนาก็จะได้ไปเกิดหรือสถิตอยู่บนสรวงสวรรค์ หากมีภพหน้าก็จะได้กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ที่มีเพียบพร้อมด้วยบุญบารมี ด้วยความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งนี้วิถีวัฒนธรรมล้านนาจึงมีพิธีกรรม เช่น การเยี่ยมบ้านโดยพระภิกษุสงฆ์ การผูกข้อมือ การเรียกขวัญ การเทศธรรมมหาวิบาก ขณะเดียวกัน การให้พระภิกษุสงฆ์สามารถมีบทบาทในการ “จัดการกับการทำพินัยกรรมทางวาจาได้” สิ่งเหล่านี้ที่แฝงด้วยหลักคิดและขณะเดียวกันก็เป็นกระบวนการที่เป็นการจัดการกับภาวะการณ์สูญเสียความสมดุลทางจิตใจให้กลับมาสู่ภาวะปกติของญาติได้และเข้าสู่ภาวะการณียอมรับความจริงหรือสัจธรรมของญาติสำหรับผู้ป่วยมักจะมีภาวะทนทุกข์ทรมาน ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีความวิตกกังวล มีความกลัว มีความห่วงใย มีภาระที่ค้างคาใจ ทั้งความรู้สึก ทั้งการจัดการกับหนี้สิน (ในบางราย) ขาดที่พึ่งด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นหากจะพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้การตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสงบสุขจึงควรมีการดูแลทั้งระบบจิตวิญญาณ (พิธีกรรมทางศาสนาธรรม) กาย จิตใจ สังคมไปแบบองค์รวม ด้วยเหตุนี้จึงได้มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลนี้เพื่อนำไปเป็นแนวปฏิบัติต่อไปและเป็นต้นแบบในการศึกษาต่อยอด

พื้นที่วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ พื้นที่ตำบลอุโมงค์นั้น มีประวัติความเป็นมาดังปรากฏในเวปไซต์เทศบาลตำบลอุโมงค์ พบว่า ตำบลอุโมงค์เป็นชุมชนดั้งเดิม มีการก่อตั้งในราว พ.ศ. ๒๔๕๙ ตำบลอุโมงค์ปกครองโดยขุนอุโมงค์ มนาท (นายแก้ว พันธุ์อุโมงค์) ได้รับแต่งตั้งเป็นกำนันคนแรกของตำบลอุโมงค์ และหมื่นนรสุขจรุง (นายบุญตัน ยาวุฒิ) เป็นกำนันคนที่ ๒ โดยการแต่งตั้งชื่อเป็น “ขุน” หรือ “หมื่น” ต่อมาได้ยกเลิกการแต่งตั้งชื่อดังกล่าว ให้ใช้ชื่อบุคคลตามปกติ อย่างไรก็ตาม กำนันตำบลอุโมงค์ ได้รับการแต่งตั้งเรื่อยมาตามสภาพการเมืองแต่ละยุคแต่ละสมัย และได้ยกฐานะเป็นสุขาภิบาลตำบลอุโมงค์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ จากนั้น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลอุโมงค์ จนถึงปัจจุบัน สำหรับชื่อของหมู่บ้าน (ชุมชน) ตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุสืบต่อกันมา ซึ่งมีผู้รวบรวมไว้มีที่มาแตกต่างกันดังนี้

(๑) ชุมชนบ้านอุโมงค์ เป็นชื่อแปลงมาจากคำว่า โองังม่ง เป็นคำพื้นเมือง แปลว่า เป็นหลุมเป็นบ่อ อยู่บริเวณหน้าวัดอุโมงค์ บางท่านบอกว่าอยู่ที่ใต้พระวิหารวัดอุโมงค์ และมีเรื่องเล่าสืบต่อกันมาว่าใต้พระเจดีย์มีอุโมงค์อยู่ภายใน ต่อมาเมื่อพระพุทธรูปหนึ่งได้จาริกผ่านมาและพระพุทธรูปได้มีนิมิตเห็นพระยานาคพิทักษ์รักษาสมบัติใต้อุโมงค์ไว้ ด้วยเกรงว่าจะมีผู้ไปรบกวนอันอาจเป็นอันตราย จึงได้สร้างเจดีย์ครอบอุโมงค์ไว้ ต่อมาได้มีการบูรณะและพัฒนาจนเป็นวัดอุโมงค์ในปัจจุบัน ชุมชนบ้านอุโมงค์ ในอดีตมีความสำคัญทางประวัติศาสตร์กล่าวคือในสมัยรัชกาลที่ ๕ ทรงรับสั่งให้ข้าราชการมาปักหลักแดนเมืองเพื่อกำหนดเขตแดนแต่ละเมือง (เขตจังหวัด) และในรัชสมัยรัชกาลที่ ๖ ทรงเสด็จมา ณ บ้านอุโมงค์พร้อมกับข้าราชการและประชาชนได้ตั้งพลับพลาที่ประทับ ณ บริเวณหน้าวัดอุโมงค์ในปัจจุบัน

(๒) ชุมชนบ้านกอม่วง เป็นชื่อของต้นมะม่วงอีตหรือมะม่วงขี้ยา เป็นมะม่วงต้นใหญ่ อยู่ที่หน้าวัดกอม่วงจึงได้ชื่อว่า บ้านกอม่วง เดิมเรียกบ้านปันปวกน้ำ เกิดจากน้ำสองสายที่ไหลมาบรรจบกันจนเกิดน้ำวนและมีปวก (ฟอง) ลอยฟู ชุมชนบ้านกอม่วงมีสถาปัตยกรรมเก่าแก่ที่ได้อนุรักษ์ไว้คือ ห้างนาเจ้าจักรคำ (ผู้ครองเมืองหริภุญไชยหรือจังหวัดลำพูนในสมัยนั้น)

(๓) ชุมชนบ้านสับกับตอง มาจากชื่อต้นไม้ชนิดหนึ่งชื่อทับตองหลวงอยู่ที่บ้านสับกับตองเหนือ อ.สารภี จ.เชียงใหม่ ต่อมาจึงยึดเอาเป็นชื่อวัดสันกับตองและชื่อหมู่บ้าน ประชาชนนับถือทั้งศาสนาคริสต์ และศาสนาพุทธและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข

(๔) ชุมชนบ้านฮ่องกอก มาจากบริเวณดังกล่าวมีต้นกอกหลวงหลายคนโอบ และเชื่อว่าได้ต้นกอกนั้นมีทรัพย์สมบัติฝังไว้จำนวนมาก และบริเวณหมู่บ้านมีต้นแห่ียง ขึ้นอยู่ทั่วไป ซึ่งนำมาสานสานแห่ียง(เสื่อ) สร้างรายได้ให้แก่ประชาชน

(๕) ชุมชนบ้านป่าเหว มาจากชื่อของต้นเหวหลวง หรือต้นตะเคียนหมู เป็นไม้ยืนต้นขึ้นอยู่จำนวนมากบริเวณหมู่บ้านและพระอุโบสถวัดป่าเหว

(๖) ชุมชนบ้านป่าลาน มาจากชื่อ ต้นลานจำนวนมากจนเป็นป่าลานซึ่งตั้งอยู่ทางทิศเหนือของวัดป่าลาน (สุวรรณาราม) ในปัจจุบัน

(๗) ชุมชนบ้านเขตรวัน (หนองหมู) เป็นชื่อซึ่งครูปาคำแสนพบอธิจารึกคำว่า เขตรวัน และพบหมูป่าออกมาหากินอยู่ในหนองน้ำเรียกว่าหนองหมูป่า จึงเรียนรวมกันว่าเขตรวันหนองหมูตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของป่าช้าวัดเขตรวัน (หนองหมู) ปัจจุบันอยู่ตรงถนนสุขุมวิทไฮเวย์เชียงใหม่ – ลำปาง

(๘) ชุมชนบ้านไร่ มาจากชื่อของคำว่า “บ้านไร่ – ปลายนา” เริ่มต้นจากการชุมชนอื่น ๆ มาทำสวนทำไร่อยู่ในพื้นที่และมีการสร้างบ้านหรือที่อยู่อาศัยในไร่ด้วยเพื่อเฝ้าดูแลผลผลิตของตนเองเป็นบ้านที่อยู่ไร่ สวนและนา พื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ในการทำสวนทำไร่ การเกษตร

(๙) ชุมชนบ้านป่าเส้า มาจากชื่อต้นเส้า เป็นป่าต้นเส้าขึ้นอยู่ทั่วไปจำนวนมากบริเวณหน้าวัดป่าเส้าปัจจุบัน ในอดีตสมัยสงครามบูรพา (สงครามโลกครั้งที่ ๒) สถานีรถไฟป่าเส้า เป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญแห่งหนึ่งในเหตุการณ์ในการรักษาอธิปไตยของประเทศชาติให้พ้นภัยจากการล่าอาณานิคมของประเทศญี่ปุ่นด้วย

(๑๐) ชุมชนบ้านชัยสถาน ในอดีตเล่ากันว่าพระนางเจ้าจามเทวีผู้ครองนครหริภุญไชย เสด็จมา ณ บ้านยางกายเก็ง ซึ่งมีต้นยางใหญ่ ๒ ต้น ล้มมาพาดกันอยู่ทางทิศตะวันออกของวัดชัยสถานปัจจุบัน และพระนางเจ้าจามเทวีได้ตั้งทัพอยู่เป็นเวลานาน พอถึงฤดูแล้ง ไม่มีแหล่งเพียงพอจึงย้ายไปตั้งทัพแห่งใหม่ จึงเรียกอีกชื่อว่าบ้านหนองแล้ง และต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อหมู่บ้านใหม่ว่า “ชัยสถาน” เพื่อเป็นเกียรติแก่พ่อท้าวชัยยะสัณฐาน (ต้นตระกูลวงศ์สถาน) เป็นผู้อุปถัมภ์บูรณะวัดเป็นผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระศาสนาและส่วนรวม และรวมถึงชื่อของหมู่บ้านที่เป็นมงคลทำให้มีโชค มีชัย

(๑๑) ชุมชนบ้านแม่ร่องน้อย เป็นชื่อของคลองน้ำไหลขนาดเล็ก ไหลผ่านบริเวณหน้าวัดแม่ร่องน้อยในปัจจุบัน หรือบางครั้งมักเรียกว่าบ้านต้า (ท่าน้ำ) ในอดีตเป็นท่าเทียบเรือสำเภาขนาดเล็กขนส่งสินค้าทางน้ำก่อนเข้าตัวเมืองลำพูน ท้าอาบน้ำ^๔

เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ได้มีการรวมกลุ่มกันภายใต้ชื่อ “อาสาปันสุข” ชมรมอาสาปันสุขตำบลอุโมงค์ ตั้งขึ้นครั้งแรก ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ สมาชิกเริ่มต้น ๘๐ คน ปัจจุบันมี ๒๐๐ คน เป็นชมรมที่เกิดการรวมตัวกันของจิตอาสาจากกลุ่มต่างๆ ของตำบลอุโมงค์ ภายใต้คำขวัญว่า “คนตำบลอุโมงค์ ไม่ทอดทิ้งกัน” นำโดย นางจันทร์เพ็ญ สุทธิจิระพันธ์ รองปลัดเทศบาลฯ

^๔ เทศบาลตำบลอุโมงค์, ประวัติความเป็นมาของตำบลอุโมงค์,
<<http://umongcity.go.th/index.php>> [๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๑].

นายไกรฤทธิ์ หมั่นโพธิ์ ประธานชมรมฯ มีกิจกรรมการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพสมาชิกอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์ ปี๒๕๖๒ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะให้แก่สมาชิกชมรมฯ เพื่อช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ และทำงานด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ชุมชน และสังคม สร้างการมีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยคนในชุมชนโดยอาศัยกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดการดำเนินงาน ในรูปแบบของอาสาสมัครที่มีจิตอาสาสามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่ม จัดกิจกรรมอันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ ตนเอง และส่วนรวม โดยสมาชิกชมรมอาสาป็นสุขเทศบาลตำบลอุโมงค์ ลงพื้นที่ ช่วยเหลือ ดูแล แบ่งปันความสุขให้กับ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในพื้นที่ทั้ง ๑๑ หมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลอุโมงค์ โดยมีภารกิจหลัก ๔ ด้าน ประกอบด้วย ๑.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ๒.สุขภาพาส่งแวดล้อมภายในบ้าน ๓.สุขภาพาส่งแวดล้อมนอกบ้าน และ ๔.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ ๒ และที่ ๔ ของทุกเดือน^๙



ภาพที่ ๑.๑ ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์



ภาพที่ ๑.๒ การลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ

^๙ เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน, เอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ชมรมอาสาป็นสุข จัดพิมพ์โดย เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน, (ลำพูน: เทศบาลตำบลอุโมงค์, ๒๕๕๗), (เอกสารแผ่นพับ).

ในเขตตำบลอุโมงค์มีประชากรมากกว่า ๑๓,๐๐๐ คน โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน ๓,๐๑๐ คน ซึ่งเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน ๑๐ คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน ๒๖ คน และชมรมอาสาป็นสุขจำนวน ๒๐๐ คน ในการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาป็นสุขเมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๒ พบว่า ในระบบดูแลนี้ยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้นำศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าวอย่างที่เราควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมอให้จะยิ่งดีใจ นอกจากนี้ในช่วงที่ไปเยี่ยม พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะฝากทำบุญด้วย โดย เหตุอันใดจึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่ง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับระหว่างพระกับศรัทธาญาติโยมด้วย เพราะหลายคนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระเองก็จะได้สำรวจด้วยว่าปัจจุบันญาติโยมเรายังสบายดีอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้ ๑. ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) ๒. การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) ๓. การปฏิบัติตามแผน (Intervention) ๔.การประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต รวมถึง เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด นักวิจัยจึงได้ทำโครงการวิจัย “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ขึ้นโดยมีพื้นที่การดำเนินงานวิจัยคือ ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.๒.๑ เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน
- ๑.๒.๒ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต
- ๑.๒.๓ เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ ดังนี้

๑.๓.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

๑. ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการดูแลทางด้านกายภาพ ด้วยวิธีการทางการแพทย์และการสาธารณสุข

๒. แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต โดยการใช้แนวทางด้านจิตวิทยาและสังคมสงเคราะห์ เช่น การดูแลด้านจิตใจด้วยกระบวนการการให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติ การดูแลด้านสังคม และเศรษฐกิจ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้การสนับสนุนด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การส่งเสริมการสื่อสารที่เหมาะสม การสร้างความรักและผูกพันของชุมชนกับผู้ป่วย รวมถึงการแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ความต้องการด้านปัจจัยพื้นฐาน อาหาร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

๓. ต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการใช้วิถีวัฒนธรรมเชิงพุทธแบบล้านนา เช่น การผูกข้อมือ การเรียกขวัญ เทศกรรมหาวิบาก สืบชะตา

๑.๓.๑ ขอบเขตด้านประชากร แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในชุมชนเทศบาลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้การสัมภาษณ์แนวลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม จำนวน ๓๓ คน คือ กลุ่มที่ ๑ กลุ่มอาสาป็นสุข จำนวน ๑๔ คน และกลุ่มผู้ดูแลแคร่เทคเกอร์ จำนวน ๑๙ คน

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มพระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีคุณสมบัติ คือ ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามแนวพุทธครบจำนวนชั่วโมงที่กำหนด จำนวน ๕ รูป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม (General informants) ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร โดยการยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน ผู้ป่วย ๖ ตัวอย่าง และญาติผู้ป่วย จำนวน ๑๐ คน (ขอสงวนรายชื่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อเป็นไปตามหลักมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย)

๑.๓.๔ ขอบเขตด้านสถานที่

บ้านและชุมชนในเขตเทศบาลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

๑.๓.๕ ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๖๐– เดือนกันยายน ๒๕๖๒

๑.๔ นิยามศัพท์ในการวิจัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิตการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน หมายถึง การใช้หลักคำสอนหรือหลักปฏิบัติทางศาสนาตามแบบพิธีกรรมล้านนา ไปบูรณาการกระบวนการเยี่ยมบ้านของชมรมอาสาป็นสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (Care Giver) ตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ หมายถึง การพัฒนาคู่มือการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน รวมถึงพิธีกรรมความเชื่อแบบล้านนาในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และให้ญาติสามารถเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแล หมายถึง กระบวนการพัฒนาเรื่องการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้แก่แกนนำพระสงฆ์ร่วมกับผู้เยี่ยมบ้านและผู้ดูแลที่บ้าน

๑.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย



๑.๖ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑.๖.๑ มีระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ได้รับจากผลการวิจัย ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดในด้านการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

๑.๖.๒ แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดในด้านการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีแนวปฏิบัติและรูปแบบที่เป็นทางเลือกของกลุ่มจิตอาสาสมัครหรือจิตอาสาในชุมชนโดยอาศัยกันพึ่งพาอาศัยกันของคนในชุมชน

๑.๖.๓ ต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีหลักสูตร “การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” ที่เป็นแบบอย่างหรือต้นแบบในการพัฒนาพื้นที่อื่นๆ ต่อไป



บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ในการทำวิจัยดังนี้

- ๒.๑ แนวคิดตามหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
 - ๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการสูญเสีย
 - ๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา
 - ๒.๔ แนวคิดและทฤษฎีการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน
 - ๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ
 - ๒.๖ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
 - ๒.๗ พุทธวิธีล้านนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนัก
 - ๒.๘ การดำเนินงานพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.
 - ๒.๙ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- มีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ แนวคิดตามหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การระงับหรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งการที่จะทราบถึงปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยรอบด้านทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาด้วยวิธีต่างๆ มายาวนาน รวมทั้งอาจมีรายละเอียดซับซ้อนในแง่ของผลความเจ็บป่วย ผลข้างเคียงของการรักษาและมีโรคอย่างอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน อาการทั้งหมดนี้อาจมาจากหลายๆ สาเหตุโดยเป็นผลของโรคโดยตรงหรือผลของการรักษา ทั้งนี้มีปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรมจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นส่วนให้เกิดอาการทางกายดังกล่าว ในพระพุทธศาสนามีหลักธรรมคำสอนและแนวคิดเพื่อการเข้าใจความทุกข์ที่มาจากการป่วยไข้ การดูแลกายใจผู้ป่วย ซึ่งปรากฏในคัมภีร์ ตำรา บทสวดมนต์ และแหล่งข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เพื่อประกอบในการศึกษา

๒.๑.๑ ความหมายของการเป็นโรคในพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาถือว่าความเจ็บป่วยเป็นปัญหาสำคัญของมนุษย์เช่นเดียวกับปัญหาเกี่ยวกับความแก่และความตาย เพราะความเจ็บป่วยนั้นเป็นกระบวนการของชีวิตที่ดำเนินไปตามกฎแห่งธรรมชาติซึ่งใครๆ ไม่อาจปฏิเสธได้ ดังที่พระพุทธองค์ตรัสว่า “เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายได้”^๑ อาการเจ็บป่วยทางร่างกายมีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง เรียกว่า ป่วยทั้งทางกายและทางใจไปพร้อมๆ กัน

คำว่า “โรค” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๕๒ ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย^๒ ส่วนคำว่า “โรค” ในทางพระพุทธศาสนามาจากรากศัพท์ภาษาบาลีว่า “รุช” แปลว่า เสียตแหว่ มีความหมายว่า สิ่ง que เสียตแหว่ให้เจ็บปวด คำศัพท์ที่มีความหมายว่า เจ็บป่วยหรือโรค มีกล่าวไว้อีกหลายคำใช้เรียกต่างๆ กันไป ได้แก่ “โรคาพาธ” หมายถึง ความเจ็บไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค “อาพาธ” หมายถึง ความเจ็บป่วย “พยาธิ” หมายถึง ความเจ็บป่วย และ “อามย์” หมายถึง ความไม่สบาย ตรงข้ามกับอนามย์ คือ ความสบาย จึงสรุปได้ว่า ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจทุกอย่าง จึงเป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ ดังนั้น มนุษย์จึงแสวงหาแนวทางในการรักษาโรคด้วยวิธีการต่างๆ เสมอมา

อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่ยังมี ความเจ็บป่วยทางจิตใจ ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขา คือ ความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้ดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาน จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลปิตาอุบาสิกผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราไม่กระสับกระส่าย” ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายนั้น แม้จะเป็นภาวะวิกฤติหรือความแตกสลายในทางกาย แต่สามารถเป็น “โอกาส” แห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับในทางจิตวิญญาณได้ ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายจึงมิได้เป็นสิ่งที่เลวร้ายในตัวเอง หากใช้ให้เป็นสามารถเป็นคุณแก่ผู้เจ็บป่วยได้

^๑ อ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๗/๙๙-๑๐๐.

^๒ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ๒๕๕๒, (กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๕๖), หน้า ๙๗๙.

๒.๑.๒ แนวทางการรักษาโรคในพระพุทธศาสนา

ในทางพระพุทธศาสนากล่าวถึงโรคมีสองชนิด พระพุทธเจ้าทรงจำแนกชนิดของโรคออกเป็น ๒ ชนิด คือ โรคทางกาย (กายิกโรค) และ โรคทางใจ (เจตสิกโรค)^๓

๑. โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคในกาย โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก

๒. โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉา ริษยา ความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอหังการความคับแค้นใจ

โรคทางกายหากจะแยกตามลักษณะของผู้ป่วยมี ๓ ประเภท ได้แก่ ๑) รักษาหรือไม่รักษา ก็ไม่หาย ๒) รักษาหรือไม่รักษาก็ตามหายเอง และ ๓) รักษาเท่านั้นจึงหาย ไม่รักษาไม่หาย^๔ นี้พระพุทธองค์ทรงแสดงไว้ในอังคุตตรนิกาย ติกนิบาต ว่า ๑) คนไข้บางประเภท ได้อาหาร ยา และผู้พยาบาลที่สบายหรือไม่ก็ตาม ก็ไม่หายจากอาการป่วย ๒) คนไข้บางประเภท ได้อาหาร ยา และผู้พยาบาลที่สบายหรือไม่ก็ตาม ก็หายจากอาการป่วย ๓) คนไข้บางประเภท ได้อาหาร ยา และผู้พยาบาลที่สบายเท่านั้นจึงหายจากการป่วย^๕

การเกิดโรคทางกายมีหลายสาเหตุ คือ โรคเกิดจากดี เสมหะ ลม ไซสันนิบาต ฤดู แปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง ผลของกรรม หนาว ร้อนหิวกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ^๖ ธาตุ ๔ ไม่สมดุล^๗ การไม่รู้ประมาณในการบริโภค^๘ การถูกสัมผัสจาก เหลือบยุงและสัตว์เลื้อยคลาน^๙ การถูกทำร้าย การมีอายุมาก ความเศร้าโศก และการมีโทษะมาก เป็นต้น

การเกิดโรคทางใจ พระพุทธศาสนากล่าวว่า เกิดจากกิเลส ตัณหาครอบงำจิตใจดังพุทธพจน์ว่า “สัตว์ผู้อ้างว่า ตนเองไม่มีโรคทางกายตลอดระยะเวลา ๑ ปีบ้าง ๒ ปีบ้าง ๓ ปีบ้าง ๔ ปีบ้าง ๕ ปีบ้าง ๑๐ ปีบ้าง ๒๐ ปีบ้าง ๓๐ ปีบ้าง ๔๐ ปีบ้าง ๕๐ ปีบ้าง แม้ยิ่งกว่า ๑๐๐ ปีบ้าง ยังพอมีอยู่ แต่สัตว์ผู้กล่าวอ้างว่า ตนเองไม่มีโรคทางใจตลอดระยะเวลา แม้ครู่เดียวหาได้โดยยาก ยกเว้นท่านผู้หมดกิเลสแล้ว”^{๑๐}

หลักเวชกรรมในทางพระพุทธศาสนานั้น พระพุทธเจ้าทรงใช้วิธีการบำบัดรักษาและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นกับพระองค์และพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธทางกายและทางใจดังนี้

๑. ด้านร่างกาย

๑. ร่างกายประกอบด้วยธาตุ ๔ คือ ปรฐ्वีธาตุ อาโปธาตุ วาโยธาตุ เตโชธาตุ ธาตุที่ ๕ คือ

^๓ อ.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

^๔ พระสุตฺตปิฎก (ฉนรงค์ จิตฺตโสภณ), พระสงฆ์กับสาธารณสุขชุมชน, เอกสารประกอบการสอนรายวิชาสาธารณสุขในพระไตรปิฎก ชุดที่ ๓, (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ห้องเรียนวัดพระพุทธบาทเขากระโดง จังหวัดบุรีรัมย์, มปป.), หน้า ๕.

^๕ อ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๑.

^๖ ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๑/๓๐๖-๓๐๗, อ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๑๑/๑๗.

^๗ ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๓๒๕/๑๓๔.

^๘ อ.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๘.

^๙ อ.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

อากาศธาตุ มีลักษณะเป็นช่องว่าง ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก คอ ทวารหนัก ทวารเบา^{๑๐}

๒. ความไม่สมดุลของธาตุ ๔ ทำให้เกิดโรคทั้งทางกายและทางใจ ดังปรากฏในพระไตรปิฎกว่า อาพาธมีดี มีเสมหะ มีไข้ เป็นสมุฏฐาน อาพาธเกิดแต่ฤดูแปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ ความเพียรเกินกำลัง วิชาของกรรม ความหนาว ความร้อน ความเครียด ความหิวกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ ความสัมผัสแห่งเหลือบ ยุง ลม แดด สัตว์เลื้อยคลาน^{๑๑}

๓. โรค การตรวจโรค และการวินิจฉัยโรค มีการสืบประวัติ ดูอาการ วินิจฉัยทางพุทธจักขุ ดังกรณีของมัลลภูกุณทลี แล้วเสด็จไปโปรด เขาเกิดความเลื่อมใสในพระพุทธองค์ก่อนเสียชีวิต จิตเป็นสุข หรือกรณีทรงเตือนสติพระเจ้าปเสนทิโกศลที่ทรงอึดอัดพระวรกาย เนื่องจากเสวยพระกระยาหารมากกว่า “มนุษย์ผู้มีสติทุกเมื่อรู้จักประมาณในโภชนะ ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า ครองอายุได้ยืนนาน” พระองค์ทรงชื่นชมในพุทธภาสิตและทรงน้อมนำไปปฏิบัติ

๔. การใช้สมุนไพร ยา และวิธีการในการรักษา สร้างภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันโรค ในคราวที่พระพุทธองค์ประทับ ณ พระเชตวันมหาวิหาร ภิกษุหลายรูปอาพาธ ชูบผอม เศร้าหมอง ทรงดำริวิธีบำบัด ทรงอนุญาตเภสัช ๕ ซึ่งเป็นทั้งยาและนำไปประกอบอาหาร ให้ภิกษุฉันได้ทั้งในกาลและนอกกาล ทรงอนุญาตมูลเภสัช กสาวเภสัช ปิณณเภสัช ผลเภสัช ชตฺเภสัช โลณเภสัช จุลนเภสัชน้ำปานะ มีการใช้สมุนไพร ยาหลายประเภทและวิธีการในการกิน ดื่มน้ำ พอก ทา หยอดยา นัตถุยา สูดควัน ให้ความอบอุ่นและความร้อน เช่น รมควันรักษาโรคเรื้อน อาบน้ำอุ่น แช่วัยวะที่ปวดในน้ำอุ่น อบไอน้ำสมุนไพร การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ได้แก่ กินอาหารมีประโยชน์ ถูกหลักอนามัย พอประมาณ การขับถ่าย ความสะอาด การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสวมเสื้อผ้าเหมาะสมกับสภาพอากาศ เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกายและการป้องกันโรค^{๑๒}

๕. จรรยาแพทย์ พระพุทธองค์ ตรัสถึงลักษณะของแพทย์ที่ดีว่าประกอบด้วยธรรม ๕ อย่าง คือ สามารถจัดยา รู้ของควร ของแสลง นำของแสลงออก นำของควรเข้าไปให้ มีจิตเมตตา จิตไม่มุ่งอามิส ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ หรือเชพพะไปเททิ้ง สามารถชี้ชวน ปลุกใจคนไข้ด้วยธรรมิกถาเป็นครั้งคราว และลักษณะของคนพยาบาลที่ไม่ดี มีธรรมตรงกันข้าม ๕ ประการ

เมื่อกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยทางด้านกายภาพแล้ว ภารกิจอันสำคัญที่พระพุทธเจ้าทรงถือปฏิบัติอยู่เนืองๆ คือการเสด็จไปเยี่ยมภิกษุอาพาธตามศาลาโรงไข้ (คิลานศาลา) หรือตามที่พักอาศัย เพื่อดูแลความสะอาดของสถานที่ สภาพแวดล้อม และร่างกาย เช่นสมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคเจ้า เข้าไปหาท่านพระมหากัสสปะถึงที่อยู่ ได้ตรัสถามอาการป่วยไข้ด้วยพระองค์ดังนี้ว่า “กัสสปะ เธอยังสบายดีหรือ ยังพอเป็นอยู่ได้หรือ ทุกขเวทนาทุเลาลงไม่กำเริบขึ้นหรือ อาการทุเลาปรากฏ อาการกำเริบไม่ปรากฏหรือ”

บางครั้งพระพุทธองค์ทรงพยาบาลภิกษุไข้ด้วยพระองค์เอง ครั้งหนึ่งพระองค์เสด็จเยี่ยมภิกษุที่โรงไข้ (คิลานศาลา) ทรงพบภิกษุรูปหนึ่งอาพาธถูกทอดทิ้งนอนจมอุจจาระไม่มีใครพยาบาล พระองค์จึงทรงรักษาพยาบาลภิกษุรูปนั้น โดยตรัสว่า “อานนทเธอไปตักน้ำมา เราจะอาบให้ภิกษุนี้” พระผู้มีพระภาคเจ้าทางลาดน้ำ พระอานนทขัดสี พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงประคองศีรษะขึ้น ท่านพระ

^{๑๐} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๑๑๔-๑๑๙/๑๒๖-๑๓๐.

^{๑๑} อภ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๘-๑๓๑.

^{๑๒} วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๐-๒๖๑/๔๓-๔๕.

อานนทยกเท้าวางบนเตียง

๒. ด้านจิตใจ

การรักษาโรคที่เกิดขึ้นทางใจนั้น พระพุทธเจ้าทรงมีความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาโรคทางใจโดยเฉพาะกล่าวคือ ทรงเป็นแพทย์ในทางวิญญูณ ท่านเปรียบเทียบโรคทางกาย รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันก็หายได้ แต่โรคทางวิญญูณ คือ โรคทางความคิดหรือโรคทางกิเลสตัณหา ได้แก่ จิตหรือมโนส่วนลึกที่มันเป็นได้ด้วยอำนาจของกิเลส โดยเฉพาะคืออวิชชาหรือมิจฉาทิฐิ ต้องใช้แพทย์ทางวิญญูณ คือ “พระพุทธเจ้า” มารักษาด้วยยา คือ “ธรรมะ” เท่านั้นถึงจะหายขาดจากโรคทางวิญญูณนี้ได้^{๑๓} โดยทรงมีวิธีการรักษาคือทรงใช้ญาณตรวจดูโรค เมื่อรู้ภาวะของเหล่าสรรพสัตว์แล้วก็ทรงวางยา (การแสดงธรรม) คือ ธรรมโอสธ เพื่อเป็นการสกัดต้นตอของโรคที่นอนเนื่องในสันดาน ได้แก่ ความโลภ ความโกรธ ความหลง ได้อย่างไม่มีใครยิ่งกว่า^{๑๔} ธรรมโอสธบางหมวด เมื่อฟังแล้วพิจารณาตาม ทำให้จิตใจสงบระงับ ผ่อนคลาย เป็นสมาธิ ส่งผลไปถึงกายให้หายจากโรคทางกายและโรคทางใจได้ ดังเมื่อครั้งที่พระมหากัสสปะอาพาธ พระพุทธองค์เสด็จไปเยี่ยมอาการแล้ว ทรงแสดงโพชฌงค์ ๗ ให้ฟัง พระมหากัสสปะได้พิจารณาตามธรรมนั้นก็หายจากโรคนั้นได้ และพุทธดำรัสที่ตรัสไว้ว่า “อโรคยา ปรมา ลาภา”^{๑๕} แปลว่า “ความไม่มีโรค เป็นลาภอย่างยิ่ง”^{๑๖} ความไม่มีโรค ประกอบด้วยสุขภาพสมบูรณ์มีกำลังกายแข็งแรง มีกำลังสมองว่องไว มีกำลังประสาทคล่องแคล่ว และมีกำลังใจเข้มแข็ง นี่คือนามัยๆ นี่เป็นเครื่องช่วยให้ชีวิตมีสุขภาพสมบูรณ์ปราศจากโรคทั้งกายและทางใจ เมื่อมีสุขภาพที่สมบูรณ์ร่างกายแข็งแรง สมองว่องไว ประสาทคล่องแคล่ว จิตใจเบิกบานดีแล้วชีวิตก็เป็นอยู่ราบรื่นยืนนาน^{๑๗} พระพุทธองค์ทรงแนะนำให้ภิกษุพิจารณาเรื่อยๆ ว่า “เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้”^{๑๘} เป็นเรื่องที่ทุกชีวิตจะต้องประสบพบเจออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทรงสอนไม่ให้ประมาทในการดำเนินชีวิต คราวใดที่สุขภาพร่างกายได้ประสบกับความเจ็บไข้ได้ป่วย มนุษย์จึงพยายามที่จะแสวงหาวิธีการเยียวยารักษา เอาชนะ ความเจ็บป่วยด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อที่จะให้ตนเองปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วยทางใจตามแนวพุทธแบบองค์รวม

พระพุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญของการเจ็บป่วย โดยสอนให้เห็นความเกิดขึ้นของปัญหาโรคร้ายต่างๆ ให้รู้จักตัวปัญหาที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยนั้นคือปัญหาที่ต้องกำจัดออกไป พิจารณาความเจ็บป่วยเป็นของธรรมดาทุกคน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ อย่างเร่งเกียจ

^{๑๓} พุทธทาสภิกขุ, **แก่นพุทธศาสน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ, ๒๕๕๑), หน้า คำนำ.

^{๑๔} พระครูอินทสารวิจิตร อินฺทโร (กิจโร), “ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสธที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”, **รายงานวิจัย**, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๓.

^{๑๕} **ม.ม.** (บาลี) ๑๒/๑๐๐/๙๕.

^{๑๖} **ม.ม.** (ไทย) ๑๒/๑๐๐/๙๕.

^{๑๗} สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า (พิมพ์ ธรรมโร), **อานาปานะกรรม**, อ้างถึงใน พระมหาพรเทพ อุตตโม (เดชประสาธ), “การศึกษาวิธีบำบัดโรคซึมเศร้าตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”, **รายงานวิจัย**, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓), หน้า ๔๐๑.

^{๑๘} **อภ.ปญจก.** (ไทย) ๒๒/๕๗/๙๙-๑๐๐.

คนไข้ หลักธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ทางพระพุทธศาสนาได้รับความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแนวทางการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการบูรณาการหลักพุทธธรรม หลักการแพทย์การสาธารณสุข เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน เพราะว่า การบูรณาการเป็นการผสมผสานหลายวิธี สามารถช่วยเหลือชาวบ้านให้รู้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีสาระและคุ้มค่าอย่างมีคุณภาพ^{๑๙} จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า “เวลาสวดมนต์จะทำให้รู้สึกชุ่มชื้นเบิกบานใจส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายความวิตกกังวล รู้สึกเป็นสุขสงบเป็นการทำสมาธิเบื้องต้นที่สามารถช่วยให้ผู้สวดนั้นมีจิตใจที่ผ่อนคลาย สงบลดความวิตกกังวลและในขณะที่กำลังสวดมนต์ให้พระจิตใจของผู้สวดมนต์จะแน่วแน่อยู่กับคำสวดมนต์จึงทำให้เกิดสมาธิขึ้นขณะที่จิตมีสมาธิร่างกายจะหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินออกมาในร่างกายมากขึ้นก่อให้เกิดความสุขซึมซาบทั่วไปในร่างกายหรือมีความสุขทั้งเนื้อทั้งตัวส่งผลช่วยลดความวิตกกังวล”^{๒๐} “ธรรมปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ หรือ การสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ สามารถลดอาการซึมเศร้าจากความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ”^{๒๑} “การใช้สมาธิบำบัด การฟังและพิจารณาธรรม มีผลทำให้เกิดความสงบผ่อนคลายทางกายและใจส่งผลให้โรคหายได้ ธรรมโอสถจึงมีผลต่อการรักษาโรค”^{๒๒} พอสรุปได้ดังนี้

๑. กิเลสเป็นสาเหตุเกิดโรคทางใจ กิเลสเกิดขึ้นตามหลักปฏิจจสมุปบาท เหตุปัจจัยอิงอาศัยกัน ทำให้กองทุกข์เกิดแก่มนุษย์ กิเลสสำคัญ ๓ ประการ คือ โลภะ โทสะ โมหะ เป็นต้นเหตุให้กิเลสอื่นเกิดขึ้นตามมาเกิดความเศร้าหมองใจ

๒. โรคทางจิต พระพุทธศาสนากล่าวถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เกิดวิกลจริต (อุมมตโก) มีจิตแปรปรวน (จิตตวิปริยาปนโน) มีจิตฟุ้งซ่าน (วิกขิตตจิตโต) มีความจำผิดปกติ (วิสณฺญา) อันเนื่องมาจากความผิดปกติทางกาย เช่น สมอ^{๒๓} นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงโรคทางจิตว่า ได้แก่ โสภปริเทว ทุกขโทมนสสุปายาสาปิ ทุกขา อปิเยหิ สมปิโยโคปิ ทุกโข ปิเยหิ วิปปโยโคปิ ทุกโข ยมปิฉน น ลกตติมปิ ทุกข แปลว่า ความประสพกับสิ่งอันไม่เป็นที่รักที่พอใจ^{๒๔}

^{๑๙} อุทัย สุตสุข และคณะ, “โครงการศึกษา สถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๓๔-๓๗.

^{๒๐} พรทิพย์ ปุกหุด และทิตยา พุฒิคามิน, “ผลของการสวดมนต์บำบัด ต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา”, รายงานวิจัย, (ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๕), หน้า ๑๒๒-๑๓๐.

^{๒๑} จุฑามาศ วาริแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๒), หน้า ๑.

^{๒๒} สิริรัตน์ จันทระโน และ เจนระวี สว่างอารีรักษ์, “แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี”, วารสารสภาการพยาบาล, (ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๔), หน้า ๕๗-๕๘.

^{๒๓} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๘๑/๓๑๕.

^{๒๔} วิ.ม. (บาลี) ๔/๑๔/๑๔; วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๔/๒๑.

๓. โรคเกิดจากกรรมวิบาก พระพุทธศาสนา อธิบายว่า กรรมวิบาก คือ ผลของกรรมชั่วในอดีตชาติและปัจจุบันชาติ อกุศลกรรมในอดีตชาติต้องมีพลังสูงจนทำให้เกิดโรคในปัจจุบันชาติได้^{๒๕} บางคนอาจไม่เชื่อว่า อกุศลกรรมในอดีตชาติเป็นเหตุหนึ่งของโรค อย่างไรก็ตาม พระพุทธศาสนาสอนให้ใช้ปัญญาพิจารณาโดยแยบคายแล้วจึงเชื่อ

๔. การบำบัดรักษาด้วยธรรม พระพุทธองค์ทรงใช้ ได้แก่ โพชฌงค์ ๗ สัจญา ๑๐ สติปัฏฐาน ๔ และอริยมรรคมีองค์ ๘ เป็นต้น ทรงเลือกใช้ธรรมโอสถ ให้ถูกกับโรคและจริตของผู้ป่วย เช่น ตรัสสอสุกกถาแก่บุคคลราคะจริต เมตตาภาวนาแก่บุคคลโทสจริต กรณียของนกกุลคบดี ทรงชี้แนะให้ปล่อยวาง เจริญมรณสติ แม้กายจะป่วยแต่ใจไม่ทุกข์ตาม

ธรรมบำบัดเพิ่มพูนพลังจิตมีหลายวิธี เช่น สมาธิบำบัด การเดินจงกรม การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน การฟังธรรม การพิจารณาธรรม การปฏิบัติธรรม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา สามารถนำมาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและวิธีการของพุทธศาสนา และนำเสนอแนวทางในการบูรณาการองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดยที่ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าองค์ความรู้ในพระพุทธศาสนาจะช่วยเป็นฐานแนวคิดเชิงบูรณาการเข้ากับศาสตร์สมัยใหม่ได้เป็นอย่างดี สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบันและในอนาคตต่อไป

สำหรับผู้ป่วยในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง บุคคลที่เกิดความทุกข์จากการเจ็บป่วยเข้าครอบงำ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์กาย หรือทุกข์ใจ หรือทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย ๑) โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะของร่างกายหรือเกิดจากบาดแผล เป็นต้น และ ๒) โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยา ความวิตกกังวล ความอาลัย อารมณ์ เป็นต้น การรักษาวิธีที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น การรักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร หมั่นเดินออกกำลังกาย และหมั่นประพฤติธรรม เป็นต้น ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ นอกจากนี้ถ้าหากไม่หมั่นดูแลตนเองในแนวทางที่เหมาะสม ละเลยในการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โรคต่างๆ ก็จะสามารถกำเริบได้

๒.๑.๓ การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการรักษาโรคปัจจุบัน

จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ที่ได้เป็นวิธีการเชิงพุทธผสมกับการแพทย์ปัจจุบัน ในกระบวนการป้องกันการเกิดโรค กระบวนการในการเยียวยา และกระบวนการในการแก้ไขเมื่อเกิดโรค คือ “CMDEEED” ดังนี้ :-

C (Chanting) การสวดมนต์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ เช่น บทสวดมนต์เข้า-เย็น บทสวดพระคาถาชินบัญชร บทสวดโพชฌงค์ปริตร เป็นต้น

^{๒๕} พ.อ. (ไทย) ๒๕/๔๓/๒๕๕

M (Meditation) การปฏิบัติสมาธิ บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์การเจริญสมาธิ ทำให้จิตสงบ ใจสบายคลายทุกข์ หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดี ทำงานมีประสิทธิภาพ

D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรมบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การสนทนาธรรมเป็นการเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูลต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพแล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และการสาธารณสุขด้วย โดยปรึกษาหรือซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม และหรือด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่น

E (Eating) การรับประทานอาหารบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์การรับประทานอาหารเช้า ๕ หมู่ ตามหลักโภชนาการในปริมาณพอประมาณ คือ การรู้จักประมาณในการบริโภคเพื่อหล่อเลี้ยง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้ร่างกายเป็นปกติสุขพอเพียง

E (Exercise) การออกกำลังกาย บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน การวิ่ง ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เต้นจวงกรมและอื่นๆ

E (Emotional control) การควบคุมอารมณ์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การควบคุมและปล่อยวางจิตใจ การรู้จัก คลายเครียด โดยใช้สติสัมปชัญญะและเจริญสมาธิสม่ำเสมอ

D (Daily life activity around the clock) การปฏิบัติตนตามวงจรของชีวิตประจำวัน บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย ๓ ส ๓ อ

สามารถสรุปนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการได้ดังแผนภาพที่

๑



แผนภาพที่ ๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEED”

หลักพุทธธรรมสำคัญที่ใช้ในการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยในเบื้องต้น พุทธธรรมการบรรเทาทุกข์ทางกาย เป็นธรรมที่เหมาะสมแก่การเกื้อกูลตนให้พร้อมที่จะรับมือกับสภาพเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ร่างกายและสิ่งเกื้อกูลภายนอกต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายที่เจ็บป่วยกลับมาแข็งแรงขึ้น ส่วนพุทธธรรมในการบรรเทาทุกข์ทางใจ เป็นการทำให้จิตใจยอมรับกับความจริง คลายความเศร้าหมองเป็นทุกข์ และอยู่กับโรคที่ตนเป็นอย่างถูกต้องและเข้าใจ และพุทธธรรมในการเตรียมตัวตาย เนื่องจากสภาพของโรคที่มีความรุนแรง และทางการแพทย์สามารถพยากรณ์การเสียชีวิต ดังนั้น ในการเตรียมจิตที่จะต้องเผชิญกับความตายเบื้องหน้าเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับผู้ศึกษาที่ต้องดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พุทธธรรมจึงเน้นไปในเรื่องของการเกื้อกูลด้วยหัวใจที่เปี่ยมไปด้วยความเมตตา การยอมรับความเป็นจริงกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในทางที่ไม่ได้เป็นไปตามที่เราปรารถนา แม้ว่าเจตนาของผู้ดูแลเต็มไปด้วยความบริสุทธิ์ก็ตาม ธรรมทั้งหมดเหล่านี้เกื้อกูลและมีความโยงใยกัน เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านกาย ใจ เตรียมความพร้อมในการที่จะเผชิญความจริงของชีวิต

๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการสูญเสีย

แบบจำลองของเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross model) เป็นชุดขั้นตอนทางอารมณ์ที่ผู้เผชิญการเสียชีวิตของบุคคลสนิทประสพ แบ่งเป็นห้าขั้น คือ ปฏิเสธ โกรธ ตอรอง ซึมเศร้าและยอมรับ ซึ่งจิตแพทย์ชาวสวิส-อเมริกัน เอลิซาเบธ เบลอร์-รอสส์ (Elisabeth Kübler-Ross) เริ่มสร้างแบบจำลองนี้ในหนังสือ ว่าด้วยความตายและการตาย (On Death and Dying) ในปี พ.ศ.๒๕๑๒ โดยได้รับบันทึกลงใจจากงานของเธอเองกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๒๖}

กระบวนการทางจิต ๕ ขั้นของการเผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นประสบการณ์ชีวิตที่เราทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกการสูญเสียจะนำมาซึ่งความโศกเศร้า อาลัยและสร้างผลกระทบต่อระบบความคิด ความรู้สึก และการใช้ชีวิต การเผชิญหน้ารับมือกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเปรียบได้กับการต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของชีวิต การผ่านช่วงประสบการณ์นี้ไม่ใช่เรื่องง่าย และมีความจำเป็นที่คุณต้องให้ความรัก ความเข้าใจ และการดูแลเยียวยาตัวเองเป็นพิเศษ

เมื่ออ้างอิงตามแนวทฤษฎีของคุเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) เรื่อง ‘ปฏิกิริยาความโศกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย’ (Grieving Process) เราจะพบว่า การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนั้นประกอบด้วย ๕ ระยะ

๑. ระยะการปฏิเสธ (Denial) เป็นความรู้สึกช็อก (Shock) และไม่เชื่อว่าจะได้มีการสูญเสียเกิดขึ้น ในกระบวนการแรกนี้ ทุกคนจะมีความรู้สึก ว่า ไม่จริง ไม่อยากจะเชื่อ เป็นไปไม่ได้ อาจมีความผิดพลาดบางอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องไม่เป็นความจริง

๒. ระยะโกรธ (Anger) เป็นกลไกที่เกิดขึ้นโดยมาจากความรู้สึกภายใน จากความเจ็บปวด

^{๒๖} Kübler-Ross E, *On Death and Dying*, (Routledge: Macmillan Publishing Co. 1969), pp. 1-2.

ในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่เราต้องเผชิญ จะต้องเผชิญต่อไป อาจเกิดได้ทั้งโกรธตัวเอง ที่ไม่สามารถแก้ไขหรือช่วยไม่ให้เกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้ และอาจจะโกรธคนอื่นที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้องทำให้บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต หรือแม้กระทั่งบางคนอาจรู้สึกโกรธบุคคลอันเป็นที่รักที่ทั้งตนด้วยการเสียชีวิตไป

๓. ระยะการต่อรอง (Bargaining) เป็นกลไกตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคนในเวลาที่ย่ำแย่ บางคนจะเกิดความคิดว่า ถ้าฉันทำตามความเห็นของคนนี้ จะยืดเวลาการสูญเสียต่อไปได้หรือไม่ หรือบางคนอาจรอความหวังจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ที่เราเคารพศรัทธา อธิษฐานขอให้ปาฏิหาริย์มีจริง ที่จะทำให้บุคคลอันเป็นที่รักคืนกลับมามีชีวิตอีกครั้ง

๔. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ระยะนี้เป็นระยะสำคัญที่เราต้องเผชิญเมื่อรู้สึกว่าไม่สามารถต่อรองได้แล้ว มันคือความจริงที่ต้องเผชิญ ไม่สามารถต่อรองได้อีกแล้ว บางคนอาจรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า เสียใจมากจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำหน้าที่ตามบทบาทของตนที่เคยทำได้ เช่น นอนร้องไห้จนไม่สามารถลุกไปทำงานได้ เศร้าจนไม่อยากกินอาหาร นอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังจะมีความรู้สึกกลัว รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย หวาดหวั่น กังวลว่าต่อไปชีวิตจะเป็นอย่างไร ระยะนี้สำคัญมากที่คนรอบข้าง และผู้ที่สูญเสียต้องช่วยกันสอดส่องดูแล ประเมินตัวเองและคนรอบข้าง หากเศร้าเสียใจมากจนไม่สามารถทำหน้าที่ ดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถทำงานได้ต่อเนื่องนานกว่า ๒ สัปดาห์ มีความคิดอยากตาย บ่นอยากตายตามบุคคลอันเป็นที่รัก มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เวลาดูภาพบุคคลอันเป็นที่รักแล้วร้องไห้ เสียใจจนไม่สามารถมีช่วงเวลาที่มีความสุขได้ต่อเนื่องทั้งวัน ควรต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านให้เร็วที่สุด บางคนอาจต้องได้รับประทานยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ จิตใจแจ่มใส ไม่ซึมเศร้ามากจนไม่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะคนที่พูดว่า “ฉันเสียใจเหลือเกิน ทุกอย่างรอบข้างน่าเบื่อไปหมด อีกไม่นานฉันคงตายตาม” “ฉันคิดถึงผู้ตายเหลือเกิน แล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม” เป็นต้น

๕. ระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะสุดท้ายที่บุคคลฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับมายอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแต่ละบุคคลอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน ขึ้นกับสติและแนวคิดที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อดูแลตนเองในการดำรงชีวิตต่อไป ผู้ที่ทำใจยอมรับได้จะมีคำพูดที่ว่า “ฉันโอเคแล้ว” “ชีวิตต้องดำเนินต่อไป”^{๒๗}

โดยทั่วไปหากต้องเผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คนทั่วไปจะสามารถปรับตัวปรับใจในการเผชิญกับภาวะสูญเสียและดำรงชีวิตต่อไปปกติได้ภายในระยะเวลา ๖ เดือนหลังจากการสูญเสีย หากบุคคลใดยังคงมีอาการโศกเศร้าไม่สามารถลดความรู้สึกหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้ปกติ ควรได้รับการรักษาจากจิตแพทย์

การดูแลตัวเองในช่วงที่ประสบความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและฟื้นคืนสภาพจิตใจ ตั้งสติและทำใจยอมรับการสูญเสีย แม้ว่าการยอมรับจะเป็นสิ่งที่เจ็บปวด แต่หากคุณยังหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับความจริง ความเจ็บปวดนี้ก็จะไม่ได้รับการเยียวยา การยอมรับเหตุการณ์จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอารมณ์โศกเศร้าที่ผิดปกติหรือโรคซึมเศร้าได้ ขอให้คุณตระหนักรู้ไว้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการดูแลทุกความเจ็บปวดทางจิตใจที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ เพียงแค่เปิดใจยอมรับ

^{๒๗} นภวิทย์ กัมพลาศิริ, การพยาบาลสุขภาพจิต, (กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๖), หน้า ๔ – ๕.

และสร้างกระบวนการเยียวยาให้ตนเอง อนุญาตให้ตนเองอยู่กับความอ่อนแอทางอารมณ์ ความโศกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียเป็นสิ่งปกติ คุณต้องอนุญาตให้ตนเองรู้สึกและระบายออกความรู้สึกต่างๆ นั้นอย่างอิสระ ไม่ควรสร้างหลอกว่าตัวเองเข้มแข็ง หรือกดดันตัวเองว่าควรโศกเศร้าได้แค่ไหน และใช้เวลานานเท่าใด การพูดเล่าความคิดภายในใจและร้องไห้คร่ำครวญตามความต้องการที่แท้จริง เป็นสิ่งที่คุณควรทำ เพราะสิ่งนี้จะช่วยให้ความเจ็บปวดของคุณเบาบางลง ระบายความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคนที่คุณไว้วางใจ หลายคนที่อยู่ในระยะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะแยกตัวและเก็บกดความรู้สึกต่างๆ ไว้กับตัวเอง การได้พูดคุยกับคนที่คุณไว้วางใจและพร้อมที่จะเข้าใจจะช่วยให้คุณปลดปล่อยความรู้สึกเจ็บปวดนี้ หากคุณพบความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคคลรอบข้างและไม่สามารถจัดการความคิดและความรู้สึกที่อ่อนแอซับซ้อนนี้ การปรึกษากับจิตแพทย์ นักบำบัด หรือผู้เชี่ยวชาญก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

การสร้างแนวความคิดเชิงบวกเกี่ยวกับการสูญเสีย รูปแบบของความคิดที่เป็นบวกจะช่วยให้เกิดกระบวนการจัดการความคิดและความรู้สึกที่เป็นลบ และสนับสนุนให้คุณสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตอย่างมีความสุขมากขึ้น ตัวอย่างความคิดเชิงบวก เช่น เลือกจัดเก็บภาพและเรื่องราวดีๆ เกี่ยวกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ในความทรงจำ เรื่องราวและประสบการณ์การใช้ชีวิตร่วมกันของคุณกับบุคคลที่คุณรักอาจจะมีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดี คุณควรเลือกที่จะสร้างความทรงจำจากสิ่งที่คุณและเขามีความสุขร่วมกัน การจมอยู่กับความรู้สึกผิด ประสบการณ์ที่เป็นทุกข์ และยึดติดความคิดอยู่กับสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ ไม่สามารถช่วยให้คุณหลุดพ้นจากความเจ็บปวดนี้ได้ แสดงออกถึงความโศกเศร้าอย่างสร้างสรรค์ การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์เปรียบเสมือนตัวช่วยที่ทำให้คุณสามารถเผชิญหน้าและปลดปล่อยความเจ็บปวดได้ง่ายขึ้น คุณสามารถเลือกที่จะปรับเปลี่ยนมวลความทุกข์และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยรูปแบบการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ที่คุณถนัดหรือสนใจ เช่น วาดภาพ แต่งกลอน แต่งเพลง จัดทำสมุดภาพ และเขียนบันทึกความประทับใจที่มีต่อคนที่คุณรัก ฯลฯ ดูแลสุขภาพร่างกายและพยายามควบคุมการใช้ชีวิตให้เป็นปกติ ปฏิบัติความโศกเศร้าไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ แต่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของคุณด้วย หลายคนมักเกิดอาการปวดศีรษะ ร่างกายอ่อนล้า หายใจขัด ความดันผิดปกติ อาหารไม่ย่อย ฯลฯ ฉะนั้นคุณจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายขั้นพื้นฐาน อันได้แก่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ งดเว้นการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเพื่อปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึก นอกจากนี้คุณควรพยายามควบคุมกิจวัตรให้เป็นปกติเพื่อช่วยสร้างเป้าหมายของการใช้ชีวิตในแต่ละวัน และช่วยไม่ให้ตัวคุณจมอยู่กับความคิดและความรู้สึกด้านลบมากเกินไป ทำในสิ่งที่คุณรักและมีความสุข เมื่อเกิดการสูญเสีย คุณอาจจะติดอยู่กับความโศกเศร้าทุกซอกทุกมุมถึงสิ่งที่ตัวเองต้องการ ฉะนั้นคุณจึงควรให้พื้นที่และเวลากับตัวเองเพื่อทำสิ่งที่คุณรักและมีความสุข เช่น เล่นกีฬา ทำอาหาร ท่องเที่ยว ฯลฯ ควบคู่ไปกับการจัดการความคิดและความรู้สึกด้านลบ

เข้าร่วมพิธีกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่ออำลาบุคคลอันเป็นที่รัก พิธีกรรมหลังการสูญเสีย เช่น งานศพ การสวดมนต์ และทำบุญอุทิศส่วนกุศล เปรียบได้กับเครื่องมือสำหรับการเยียวยาจิตใจ การให้ความช่วยเหลือในการจัดเตรียมงานและได้เข้าร่วมพิธีกรรมจะทำให้คุณมีโอกาสได้ทำสิ่งดีๆ และแสดงออกซึ่งความเคารพรักต่อบุคคลอันเป็นที่รักของคุณอีกครั้ง การที่คุณต้องดูแลจัดการงานต่างๆ และพบปะกับเพื่อนฝูงญาติมิตรจะช่วยสร้างกระบวนการผ่อนคลายความโศกเศร้า นำมาซึ่งกำลังใจ

และจะช่วยให้คุณสมารถนำตนเองกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้รวดเร็วขึ้น

การจากไปของบุคคลหนึ่งมักก่อให้เกิดความโศกเศร้าและสร้างความเจ็บปวดให้กับบุคคลหลายกลุ่ม นอกเหนือจากการพยายามดูแลเยียวยาจิตใจของตนเองให้ดีขึ้นแล้ว การช่วยดูแลและส่งผ่านความเห็นอกเห็นใจให้กันและกันระหว่างคนที่สูญเสียก็เป็นสิ่งที่พึงกระทำเช่นเดียวกัน บุคคลอันเป็นที่รักของคุณคงจะมีความสุข หากว่าการจากการไปของเขาจะช่วยสร้างความรักและความปรารถนาดีให้เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่เขารักซึ่งยังคงมีชีวิตอยู่

๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา

แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา มีแนวคิดทฤษฎีดังต่อไปนี้

๒.๓.๑ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ริเริ่มโดย ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) นักประสาทวิทยาชาวออสเตรีย ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยฟรอยด์มีความเชื่อว่าระดับจิตใจของมนุษย์มีความแตกต่างกันในแต่ละชั้น เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ พฤติกรรมและประสบการณ์ในภาวะจิตสำนึกเป็นเพียงส่วนที่เล็กน้อยส่วนหนึ่งของจิตใจเท่านั้น การแสดงออกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นแรงกระตุ้นโดยตรงจากจิตใต้สำนึก ความขัดแย้ง แรงจูงใจ รวมไปถึงความคับข้องใจ ซึ่งการศึกษาระบบจิตใต้สำนึกนั้นไม่สามารถศึกษาได้โดยตรง แต่สามารถเข้าใจได้โดยการวิเคราะห์จากการแสดงออกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตสำนึก ฟรอยด์ได้ศึกษาและกำหนดแนวคิดของทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย ระดับของจิตใจ (Level of mind) โครงสร้างของจิตใจ (Structure of mind) สัญชาตญาณ (Instinct) กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) และพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Psychosexual development) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับของจิตใจ (Level of mind) ภาพเปรียบเทียบเกี่ยวกับจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ที่รู้จักกันดีเป็นภาพภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) ซึ่งฟรอยด์เปรียบเทียบจิตใจของคนเป็นเหมือนก้อนน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในน้ำ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๑) ระดับจิตสำนึก (Conscious level) เป็นระดับของจิตใจที่มนุษย์รู้สึกตัวและตระหนักในตนเอง มีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ตนรับรู้ พฤติกรรมที่แสดงออกอยู่ภายใต้การควบคุมด้วยสติปัญญา ความรู้ และการพิจารณาให้เหมาะสมกับสิ่งที่ถูกต้องและสังคมยอมรับ

๒) ระดับจิตใต้สำนึก (Subconscious/Preconscious level) เป็นระดับของจิตใจที่อยู่ในระดับกึ่งรับรู้ และไม่รับรู้ อยู่ในระดับลึกกว่าจิตสำนึก ต้องใช้เวลาและเหตุการณ์ช่วยกระตุ้นให้เกิดการระลึกได้ จิตใจในส่วนนี้จะช่วยจัดข้อมูลที่ไม่จำเป็นออกไปจากความรู้สึกของบุคคลและเก็บไว้แต่ส่วนที่มีความหมายต่อตนเอง จิตใจในส่วนนี้ดำเนินการอยู่ตลอดเวลาในชีวิต

๓) ระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious level) เป็นระดับของจิตใจที่อยู่ในส่วนลึกไม่สามารถจะนึกได้ในระดับจิตสำนึกธรรมดา บุคคลมักจะเก็บประสบการณ์ที่ไม่ดีและเลวร้ายในชีวิตที่ผ่านมาของตนไว้ในจิตไร้สำนึกโดยไม่รู้ตัว และจะแสดงออกในบางโอกาสซึ่งเจ้าตัวไม่ได้ควบคุมและไม่

รู้สึกตัว^{๒๘}

เป้าหมายที่สำคัญของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ไปให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล (Client) มีดังต่อไปนี้

๑. ดึงแรงจูงใจในระดับจิตไร้สำนึกมาสู่ระดับจิตสำนึก เป็นการทำให้ ego เข้มแข็งขึ้นทำให้ผู้ดูแล (Client) เข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ เช่นคนใช้ระบายความโกรธมาสู่เรา ซึ่งเป็น Counselor โดยมีสาเหตุจากจิตใต้สำนึกเกลียดพ่อ และบังเอิญตัวเรามีอะไรบางอย่างเหมือนพ่อของเขา ถ้าเรารู้ความจริงเช่นนี้ ต้องดึงสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของคนใช้ออกมาให้เขารับรู้และเข้าใจ

๒. ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Client) เพื่อใช้ระบบเหตุผลในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ตามข้อเท็จจริง ลดการใช้กลไกป้องกันตัวเอง เช่นทุกครั้งที่พูดถึงแม่ ผู้ดูแล (Client) จะมีท่าทางอึดอัด พูดตะกุกตะกักและไม่ยอมตอบคำถามใดๆเกี่ยวกับเรื่องแม่ แสดงว่าคนใช้ต้องมีความขัดแย้งกับแม่และใช้กลไกป้องกันตัวเอง เราต้องพูดให้คนใช้เข้าใจและยอมรับถึงปัญหาดังกล่าว แล้วมาพิจารณาตามข้อเท็จจริงว่า ทำไม ผู้ดูแล (Client) จึงไม่ยอมพูดถึงแม่ เมื่อรู้ความจริงแล้ว เราจึงจะช่วยเหลือเขาได้

๓. ช่วยให้ผู้ดูแล (Client) สามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น รับผิดชอบและแก้ไขปัญหได้ด้วยตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น เมื่อเราสามารถชี้ให้ผู้ดูแล (Client) เข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของเขา จนเขายอมรับแล้ว ต่อไปเขาจะสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตัวเอง เพราะเข้าใจปัญหาดีแล้ว

๔. หลังจากที่ถูกผู้ดูแล (Client) เข้าใจตัวเอง เข้าใจปัญหา ยอมรับและสามารถพึ่งพาตัวเองได้แล้ว ผู้ดูแล (Client) จะมีสุขภาพจิตที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความสุข

๒.๓.๒ ทฤษฎีจิตวิทยารายบุคคลของแอดเลอร์ (Adler's Individual Psychology)

Alfred Adler เกิดประเทศออสเตรีย เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ค.ศ.๑๘๗๐ ครอบครัวของเขา มีฐานะปานกลาง Adler เป็นบุตรคนที่ ๓ ในจำนวนพี่น้อง ๗ คน การศึกษาหลังจากเรียนจบ การศึกษาเบื้องต้นแล้วเขาได้เข้าการศึกษาแพทย์ที่ Vienna Medical School จากการศึกษาที่นี่เขาได้รับการเน้นว่าแพทย์ต้องทำการรักษาคนไข้ทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาทั้งหมดไม่เฉพาะแต่เรื่องความเจ็บป่วยเท่านั้น Adler ชอบคำสอนที่ว่า “ถ้าคุณต้องการเป็นหมอที่ดี คุณก็ต้องเป็นคนที่มีความเมตตา กรุณา” (If you want to be a good doctor, you have to be a kind person) คำกล่าวนี้อาจเป็นสิ่งที่เขาสนใจมากและจดจำไม่ลืมลูกคนสุดท้าย มักมีบุคลิกภาพเป็นคนที่เอาแต่ใจตนเอง ช่างประจบ ชอบให้คนอื่นช่วยเหลือ ได้รับความรักจากพ่อแม่พี่ๆ ค่อนข้างมาก ถ้าเลี้ยงดีก็จะดีมากแต่ถ้าเลี้ยงตามใจมากเกินไปเด็กอาจเสียในที่สุดลูกโทน มักจะมีบุคลิกภาพที่มักจะเอาแต่ใจตนเอง มักถูกตามใจจนเคยตัว แต่ถ้าครอบครัวสอนให้รู้เหตุรู้ผลลูกโทนจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง อดทน รับผิดชอบ แต่ความรับผิดชอบอาจน้อยเพราะต้องการอะไรก็มักจะได้อีกโดยง่ายจึงไม่รู้ค่าของสิ่งที่มี

แนวคิดของ Adler ยังเน้นถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และเขาบอกว่าการดูคนต้องดูทั้งหมด ดูทุกแง่มุมและนำความรู้จากการดูนั้นมาทำความเข้าใจบุคคลนั้นทั้งหมด (Person as a

^{๒๘} จิราพร รักการ, แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช, (กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๖), หน้า ๖ – ๗.

whole) และเด็กจะรู้ถึง “ตน” เมื่ออายุ ๒ ขวบ และเด็กก็จะรู้ถึงความ “เด่น” และความ “ด้อย” ด้วยเช่นกัน^{๒๙}

๒.๓.๓ ทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มเกสตัลท์

ทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มเกสตัลท์ กลุ่มนี้เกิดจากนักจิตวิทยาชาวเยอรมัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๑๒ ได้ชื่อว่า “กลุ่มจิตวิทยาส่วนร่วม” คำว่า “Gestalt” หมายถึง ส่วนรวมทั้งหมดหรือโครงสร้างทั้งหมด (totality หรือ configuration) กลุ่มเกสตัลท์นิยมเกิดสมัยเดียวกับกลุ่มพฤติกรรมนิยม กลุ่มเกสตัลท์นิยมเกิดในเยอรมัน กลุ่มพฤติกรรมนิยม เกิดในอเมริกา กลุ่มนี้ได้ชื่ออีกชื่อหนึ่งว่า “ปัญญานิยม” (cognitivism) ผู้นำกลุ่มที่สำคัญ คือ เวอร์ธไฮเมอร์ (Max Wertheimer, ๑๘๘๐ – ๑๙๔๓) คอฟฟิกา (Koffka) และ เลวิน (Lewin) และโคเลอร์ (Wolfgang Kohler, ๑๘๘๖ – ๑๙๔๑) ทั้งกลุ่มมีแนวความคิดว่า การเรียนรู้เกิดจากการจัดประสบการณ์ทั้งหลายที่อยู่กระจัดกระจายให้มารวมกันเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาส่วนย่อยต่อไป

กลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt) เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ไม่ได้มีลักษณะของการสมยอมและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติ ตรงกันข้ามเมื่อมนุษย์พบสิ่งเร้า มนุษย์จะตีความแล้วจัดเสียใหม่ให้เป็นระบบและมีความหมาย ดังนั้นพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกมาจึงมิใช่การตอบสนองตามเงื่อนไขแต่เพียง อย่างเดียว แต่พฤติกรรมที่แสดงออกได้สะท้อนให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึภายในของมนุษย์ด้วย

แนวคิดของกลุ่มเกสตัลท์มีอิทธิพลอย่างมากต่อนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งซึ่ง เมื่อนำเอาแนวคิดนี้มาศึกษาพฤติกรรมมนุษย์แล้ว เสนอว่า มนุษย์มีธรรมชาติดังนี้ คือ ๑.เอาใจใส่ต่อสิ่งเร้าซึ่งมีลักษณะแปลกใหม่และซับซ้อน ๒.ต้องการความสอดคล้องกันระหว่างความรู้ความเข้าใจ ๓. ต้องการความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง ๔. ต้องการแสวงหาความจริง ๕. ต้องการควบคุมสิ่งแวดล้อม

นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ได้ชี้ให้เห็นถึง แนวโน้มที่มนุษย์ชอบและแสวงหาความสอดคล้องกันระหว่างความรู้และความเข้าใจ จากจุดนี้แสดงให้เห็นว่าความต้องการที่จะคิดอย่างมีประสิทธิภาพนั้นสามารถ จูงใจคนให้แสดงพฤติกรรมได้

หลักการเรียนรู้ของทฤษฎี กลุ่มเกสตัลท์เน้นการเรียนรู้ที่ส่วนรวมมากกว่าส่วนย่อย ซึ่งจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และการเรียนรู้เกิดขึ้นจาก ๒ ลักษณะคือ

๑. การรับรู้ (Perception) เป็นการแปรความหมายจากการสัมผัสด้วยอวัยวะสัมผัสทั้ง ๕ ส่วนคือ หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง การรับรู้ทางสายตาสองประมาณร้อยละ ๗๕ ของการรับรู้ทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มของเกสตัลท์จึงจัดระเบียบการรับรู้โดยแบ่งเป็นกฎ ๔ ข้อ เรียกว่า กฎแห่งการจัดระเบียบ คือ

๑.๑ กฎแห่งความชัดเจน (Clearness) การเรียนรู้ที่ดีต้องมีความชัดเจนและแน่นอน เพราะผู้เรียนมีประสบการณ์เดิมแตกต่างกัน

๑.๒ กฎแห่งความคล้ายคลึง (Law of Similarity) เป็นการวางหลักการรับรู้ในสิ่งที่คล้ายคลึงกันเพื่อจะได้รู้ว่าสามารถจัด เข้ากลุ่มเดียวกัน

^{๒๙} เดิมศักดิ์ คทวนิช, จิตวิทยาทั่วไป, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน), ๒๕๔๗), หน้า ๒๔๒ – ๒๔๔.

๑.๓ กฎแห่งความใกล้ชิด (Law of Proximity) เป็นการกล่าวถึงว่าถ้าสิ่งใดหรือสถานการณ์ใดที่มีความใกล้ชิดกัน ผู้เรียนมีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งนั้นไว้แบบเดียวกัน

๑.๔ กฎแห่งความต่อเนื่อง (Law of Continuity) สิ่งเร้าที่มีทิศทางในแนวเดียวกัน ซึ่งผู้เรียนจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน

๑.๕ กฎแห่งความสมบูรณ์ (Law of Closer) สิ่งเร้าที่ขาดหายไปผู้เรียนสามารถรับรู้ให้เป็นภาพสมบูรณ์ได้โดยอาศัย ประสบการณ์เดิม

๒. การหยั่งเห็น (Insight) หมายถึง การเกิดความคิดแวบขึ้นมาทันทีทันใด ในขณะที่ประสบปัญหาโดยมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มแรกเป็นขั้น ตอนจนสามารถแก้ปัญหาได้ เป็นการมองเห็นสถานการณ์ในแนวทางใหม่ ๆ ขึ้น โดยเกิดจากความเข้าใจและความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ว่าได้ค้นพบแล้ว ผู้เรียนจะมองเห็นช่องทางการแก้ปัญหาขึ้นได้ในทันทีทันใด^{๓๐}

สรุปหลักความเชื่อของเกสตัลท์ มีความทันสมัยและเป็นที่ยอมรับมากในปัจจุบันสำหรับในประเทศไทยของเราเองได้ มีการตื่นตัวกันมากที่จะนำแนวคิดนี้มาสู่การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อแก้ปัญหาสังคม โดยนักการศึกษาส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่า หากเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพสูง แม้จะเผชิญกับความยุ่งยากในการนำทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ มาใช้ประโยชน์ แม้มีอุปสรรคมากมายต่อการพัฒนาประเทศ แต่ประชากรที่มีคุณภาพน่าจะฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ด้วยวิริยะอุตสาหะ ด้วยความหาญฉลาดแห่งปัญญา และด้วยคุณธรรมความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อสังคม ซึ่งกลุ่มมนุษยนิยมเชื่อว่า ถ้าเด็กถูกเลี้ยงในบรรยากาศของความรักความอบอุ่น เขาจะมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มองโลกในแง่ดี มีน้ำใจให้คนอื่น ถ้าเด็กถูกเลี้ยงให้รู้จักช่วยตัวเองตามวัย ตามความถนัด ความสนใจ และตามบทบาทหน้าที่ภายใต้การให้กำลังใจจากผู้ใหญ่ เด็กนั้นจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ในสังคมกลุ่ม มนุษยนิยมมีความเชื่อว่าการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนเรานั้นจะทำได้โดย ให้คนมองเห็นส่วนดีในตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการนำส่วนดีมาใช้ประโยชน์ ให้รู้จักวางแผนชีวิตและสร้างพลังใจให้ดำเนินชีวิตไปตามแผน ให้ได้มีโอกาสศึกษาตนเองในแง่มุมต่าง ๆ และให้ได้แนวทางในการเรียนรู้บุคคลอื่น ๆ ที่แวดล้อมตนเพื่อปรับตนในการอยู่ร่วมกับคนอื่นอย่างได้ประสิทธิภาพ เกิดการยอมรับตนเอง ยอมรับคนอื่น เมื่อยอมรับตนเองก็เกิดความเชื่อมั่น ปฏิบัติตนเป็นธรรมชาติ ลดความก้าวร้าว และความเก็บกดลงไปได้ เมื่อยอมรับคนอื่นก็จะทำให้มองโลกในแง่ดี ทำให้อยู่ร่วมกันโดยสันติสุข

๒.๓.๔ การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Counseling)

การให้บริการปรึกษาโดยยึดศูนย์กลางอยู่ที่ตัวผู้รับบริการปรึกษาเป็นแนวความคิดของ Carl R. Rogers ทฤษฎีดังกล่าวนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อด้วยกัน เช่น Client Centered Theory, Non directive Technique, Self Theory และ Rogerian ภายหลังเรียกว่า Person Centered Theory ซึ่งทั้งหมดนี้คือทฤษฎีเดียวกัน การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางมีคาร์ล อาร์รอเจอร์ส (Carl R. Rogers) (ค.ศ. 1802-1987) เป็นผู้นำของทฤษฎีนี้เขาสำเร็จการศึกษาด้านจิตวิทยาคลินิก เคยทำงานเป็น

^{๓๐} ทิศนา แคมมณี, รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๖๐ – ๖๒.

อาจารย์มหาวิทยาลัย เคยทำงานในศูนย์แนะแนวเด็ก สถาบันพฤติกรรมศาสตร์สถาบันศึกษาบุคคล และสถาบันทางจิตต่าง ๆ ทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) ของ Carl R. Rogers เป็นทฤษฎีที่มีความน่าสนใจ และนำไปพิจารณาสำหรับใช้ในการให้บริการปรึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้รับบริการปรึกษาความทุกข์ความไม่สบายใจในระดับของความรู้สึก โดยเนื้อหาของทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นจะเน้นการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง เพราะมุ่งเน้นในตัวของผู้รับคำปรึกษาจากการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์และตระหนักรู้แห่งตนของผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นความสำคัญต่อการรับผิดชอบ และความสามารถในตัวของผู้รับคำปรึกษาเอง ค้นหาพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ด้วยการเปิดรับประสบการณ์ มีความไว้วางใจในตนเอง เพื่อให้เป็นตัวของตัวเองอย่างที่เป็นอย่างถูกต้อง

ทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นตัวอย่างหนึ่งของการสร้างสัมพันธภาพของบุคคล โดยการช่วยเหลือที่ผ่านสัมพันธภาพกับผู้ให้คำปรึกษาที่ให้ความเอาใจใส่ เข้าใจและมีความจริงใจ เป็นสัมพันธภาพกับผู้ให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรม การแสดงออกกับความรู้สึกและความคิดภายใน มีการยอมรับ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่เน้นการใช้เทคนิคที่ตายตัว ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เจตคติในการเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

โดยผู้ให้คำปรึกษาควรมีคุณลักษณะของสัมพันธภาพการให้คำปรึกษา ที่จะนำไปสู่การสร้างบรรยากาศทางจิตวิทยาอย่างเหมาะสม ซึ่งตามความเห็นของโรเจอร์ มีอยู่ ๖ สภาพการณ์ที่จำเป็นและเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

๑. การติดต่อกันทางจิตใจ บุคคลสองคนมีสัมพันธภาพต่อกันและมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

๒. ความไม่สอดคล้อง ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในภาวะอ่อนแอด้านจิตใจ ได้แก่ กลัว วิดกกังวล หรือความทุกข์อื่น ๆ ความทุกข์เหล่านี้เป็นความไม่สอดคล้องระหว่างการรับรู้ตนเองของเขากับประสบการณ์ที่เป็นอยู่จริง บางครั้งผู้รับคำปรึกษาไม่ได้ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องนี้ จึงจำเป็นต้องเพิ่มการตระหนักรู้และเปิดรับประสบการณ์จากการให้คำปรึกษามากขึ้น

๓. ความสอดคล้องและความจริงใจ ในสัมพันธภาพการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นตัวของตัวเองอย่างจริงใจไม่เสแสร้ง

๔. มองด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขหรือยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้รับคำปรึกษาที่เขาเป็น ไม่ว่าเขาจะปวดร้าว เป็นทุกข์แปลกประหลาด มีความรู้สึกผิดไปจากธรรมดา หรือมีความรู้สึกดี ๆ ก็ตามการยอมรับไม่ได้ หมายถึง เห็นด้วยกับเขาแต่ผู้ให้ความใส่ใจในฐานะเขาเป็นบุคคลหนึ่ง ไม่มีการตัดสินตัวผู้รับคำปรึกษา การมองด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขของผู้ให้คำปรึกษา จะช่วยเพิ่มด้านบวกต่อตนเองของผู้รับคำปรึกษา

๕. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ผู้ให้คำปรึกษาให้ความเอาใจใส่เขามาใส่ใจเราตามกรอบแห่งการอ้างอิงภายในของ ผู้รับคำปรึกษา และพยายามสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นการเข้าไปสู่โลกของผู้รับคำปรึกษา โดยปราศจากอิทธิพลของทัศนคติและค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษาเอง การกระทำเช่นนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการแยกตนเองออกมาให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เขาหลงอยู่ในโลกแห่งการรับรู้ของผู้รับคำปรึกษา

๖. การรับรู้ถึงการเอาใจเขามาใส่ใจเราและการยอมรับ การที่ผู้ให้คำปรึกษาอย่างไม่มี

เงื่อนไขและเข้าใจอย่างเอาใจเขามาใส่ใจเรา ยังถือว่าไม่เพียงพอ ผู้รับคำปรึกษาต้องรับรู้ถึงสภาพการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาสื่อสารมาให้ทราบ ด้วยอาจเป็นการสื่อสารด้วยภาษาพูดหรือภาษากายเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เป็นการถูกบังคับหรือเสแสร้งทำ

แนวคิด มีหลักการสำคัญ คือ มนุษย์มีความสามารถที่จะแก้ปัญหา หรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความทุกข์ ทำให้เกิดความสับสน บดบังความสามารถในการใช้เหตุผล มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้ เมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้ให้บริการปรึกษาจึงควรเน้นจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการการปรึกษา โดยพื้นฐานมนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ เพราะเกิดกลไกการป้องกันจิตใจตนเอง มนุษย์จึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และมนุษย์รับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจรอบการรับรู้ของผู้รับบริการปรึกษา

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

๑. ค้นพบ เข้าใจ และยอมรับตนเอง

๒. หาทางที่จะพัฒนาปรับปรุงตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง

๓. เข้าใจตนเองว่าอะไรคืออุปสรรคของความเจริญงอกงามของตน

๔. รับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้รับ รู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง

เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

๑. การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (Intensive Listening) และสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น

จริงใจ

๒. การยอมรับฟังในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข โดย

ไม่ตัดสิน

๓. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)

๔. การทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัด (Clarifying)

๕. การสนับสนุน (Supportive)

ผู้ให้การปรึกษาที่ใช้ ทฤษฎี Client-Centered จะเปิดโอกาสและให้ความไว้วางใจตลอดจน มอบความรับผิดชอบให้แก่ผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมาก ในเรื่องการตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาด้วยตัวของผู้รับการปรึกษาเอง^{๓๑)}

๒.๓.๕ ทฤษฎีวิเคราะห์ติดต่อสัมพันธ์ (T.A.)

ทฤษฎีวิเคราะห์ติดต่อสัมพันธ์ (T.A.) ถูกพัฒนาขึ้นโดย อีริก เบิร์น (Dr.Eric Berne) จิตแพทย์ชาวแคนาดา เกิดวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ค.ศ.๑๙๑๐ ที่เมืองมอนทรีอัล คิวเบค ประเทศแคนาดา เดิมชื่อว่า เลนนาร์ด เบิร์นสไตน์ พ่อของเบิร์น เดวิด ฮิลเลอร์ เบิร์นสไตน์ เป็นหมอ ส่วนแม่ของเบิร์น ซารา กอร์ดอน เบิร์นสไตน์ มีอาชีพเป็นนักเขียน เบิร์น มีพี่น้องคนเดียวคือ เกรซ น้องสาวซึ่งมีอายุน้อยกว่าเขา ๕ ปี พ่อแม่ของเบิร์นอพยพมาจากรัสเซียและโปแลนด์. ทั้งพ่อและแม่ของเบิร์นจบปริญญาโทจากมหาวิทยาลัยแมคกิลล์, อีริก ซึ่งสนิทกับพ่อของเขามาก, ได้เล่าถึงการเป็นผู้ช่วยพ่อ

^{๓๑)} วชิร ทรัพย์มี, ทฤษฎีให้การปรึกษา, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๖๑ – ๖๓.

ครูรักษาผู้ป่วย. คุณหมอเบิร์นสไตน์เสียชีวิตด้วยวัยโรคด้วยวัย ๓๘ ปี. แม่ของเบิร์น ของเสาหลักของครอบครัวหลังพ่อเขาเสียชีวิต เธอสนับสนุนให้เบิร์นเรียนด้านแพทย์เพื่อดำเนินรอยตามคุณหมอเบิร์นสไตน์พ่อ ของเบิร์น. เบิร์น จบแพทยศาสตร์ และศัลยศาสตร์จากวิทยาลัยการแพทย์มหาวิทยาลัยแมคกิลล์ ในปี ๑๙๓๕

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสภาวะทั้ง ๓ ส่วนนี้ จะมีอยู่ในมนุษย์ทุกคน แต่สภาวะใดจะเด่นชัดมากน้อยกว่ากัน ย่อมขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่า พลังทางจิต (Psychic Energy) ของบุคคลนั้นจะไหลไปสู่สภาวะใดมากกว่ากัน ในขณะที่แสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งจะทำให้สภาวะอื่นมีบทบาทน้อยลงหรือหมดไป บุคคลที่มีความคล่องตัว พลังทางจิตจะไหลเวียนถ่ายเทจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งได้คล่องแคล่ว ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาได้เหมาะสมกับกาลเทศะของบุคคล แต่ในบุคคลที่ไม่ยอมให้พลังทางจิตไหลเวียนถ่ายเทและติดแน่นอยู่กับสภาวะใด สภาวะหนึ่งเป็นส่วนใหญ่ และใช้แต่สภาวะนั้นในการแสดงพฤติกรรม อาจก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวติดตามมา

๑. สภาวะความเป็นเด็ก (Child Ego State) เมื่อเราอยู่สภาวะตัวตนแบบเด็ก เราจะแสดงออกเหมือนเด็ก. ไม่ใช่แค่แสดงออกเท่านั้น เราจะคิด รู้สึก มอง ได้ยิน และตอบสนองราวกับเด็กอายุสามขวบ ห้าขวบ หรือแปดขวบ. สภาวะตัวตนเกิดจากสภาวะที่บุคคลมีประสบการณ์อย่างเต็มที่ ไม่ใช่เพียงแค่บทบาทหนึ่งเท่านั้น. เมื่อเด็กมีความรู้สึกเกลียดหรือรัก ตื่นเต้น เป็นธรรมชาติ หรือชอบเล่นสนุก เราจะเรียกเด็กประเภทนี้ว่า เด็กตามธรรมชาติ (Natural Child). เมื่ออยู่สภาวะช่างคิด ชอบทำโน่นทำนี่ ช่างจินตนาการ เราจะเรียกสภาวะแบบนี้ว่า ศาสตราจารย์ตัวน้อย (Little Professor). เมื่อเขาารู้สึกกลัว รู้สึกผิด ขี้อาย สภาวะนี้จะถูกเรียกว่า เด็กที่อยู่ในโอวาท (Adapted Child). เด็กอาจมีความรู้สึกได้ทุกอย่างที่กล่าวมา เกลียด รัก โกรธ สนุกสนาน เศร้าสร้อย เขินอายหรืออื่นๆ. โดยปกติเด็กมักจะถูกกำหนดว่าเป็นสาเหตุของความวุ่นวาย เนื่องจากเขามักจะเอาแต่ใจตนเอง เจ้าอารมณ์ แข็งกร้าว ต่อต้านต่อความกดดันที่มากกระทบ

๒. สภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (Adult Ego State) เมื่ออยู่ในสภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ (Adult ego state) บุคคลจะแสดงออกเหมือนคอมพิวเตอร์. คอมพิวเตอร์จะทำงานตามข้อมูลที่รวบรวมได้ และเก็บข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อ ตัดสินใจตามโปรแกรมที่อิงตามหลักตรรกะ. เมื่ออยู่ในสภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ บุคคลจะใช้ความคิดแบบตรรกะในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้แน่ใจว่าสภาวะตัวตนแบบ ผู้ใหญ่ และแบบเด็กไม่ระบบกวนกระบวนกร. ดังนั้น การใช้อารมณ์จึงไม่ใช่สิ่งที่ดีในความคิดของคนที่มีสภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่. ในที่นี้หมายถึงการใช้เหตุผลหรือการคิดแบบตรรกะที่พวกเราต้องการที่จะแยกตัว เราเองออกจากอารมณ์ของเราเท่านั้น. ไม่ได้หมายความว่า การมีเหตุผลหรือหลักการคิดแบบตรรกะจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในทุกเวลา อันที่จริง สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่แบบแยกตัวออกมาอย่างเด่นชัดเกิดขึ้นเพราะมนุษย์ไม่ สมบูรณ์แบบ ดังนั้น สภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ที่แยกตัว จะมีผลกระทบชัดเจนต่อบุคคลเช่นเดียวกัน บุคคลอาจตั้งวัตถุประสงค์เอาไว้ว่า ฉันเป็นผู้ใหญ่และฉันก็มีอารมณ์ แบบนี้ใช้หรือไม่ การเป็นมนุษย์ที่มีวุฒิภาวะและเจริญเติบโตขึ้นไม่เหมือนกับการอยู่ในสภาวะตัว ตนแบบผู้ใหญ่. เด็กเล็กก็สามารถอยู่ในสภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ของพวกเขาได้ และปรับเปลี่ยนไปตามวัย พร้อมกับสามารถใช้สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่และเด็กได้ตลอดเวลาเช่นกัน

๓. สภาวะความเป็นบิดามารดา (Parent Ego state) สภาวะตัวแบบพ่อแม่มีลักษณะตรงกับข้ามกับสภาวะตัวตนแบบเด็ก. สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่จะมีลักษณะเก็บจำล่วงหน้า ด่วนตัดสินใจ มืดคติ

ล่วงหน้าในการดำรงชีวิต. เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ เขาจะคิด รู้สึก และแสดงออกเหมือนพ่อแม่หรือคนที่เขาถือเป็นแบบอย่าง. ภาวะตัวแบบพ่อแม่จะตัดสินใจว่าจะต้องสนองต่อเหตุการณ์อย่างไร อะไรดีหรือไม่ดี และบุคคลจะดำรงชีวิตอยู่อย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องอิงอยู่กับหลักเหตุผล. ภาวะตัวตนแบบพ่อแม่อาจแสดงออกในรูปของการตัดสิน ต่อด้าน ควบคุม หรือให้การสนับสนุนก็ได้ ภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ที่แสดงออกในรูปการติเตียน จะถูกเรียกว่า พ่อแม่ช่างตำหนิ (Critical Parent) ภาวะตัวแบบพ่อแม่ที่แสดงออกในรูปของการสนับสนุนจะถูกเรียกว่า พ่อแม่ผู้อารี (Nurturing Parent)

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบ TA

๑. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเลือกใช้ Ego Stage แต่ละสถานะให้เหมาะสม

๒. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยน Ego Stage จากสถานะหนึ่งไปสู่ Ego Stage อีกสถานะหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

๓. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ Adult Ego Stage เพื่อช่วยให้เข้าใจตนเองได้ตรงตามสภาพที่เป็นจริง และมีเหตุผล ตลอดจนสามารถเป็นตัวของตัวเองอย่างเป็นธรรมชาติ

๔. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาอยู่ในตำแหน่งชีวิตแบบ “I’m OK – you’re OK

กระบวนการให้การปรึกษาแบบ TA

๑. การวิเคราะห์โครงสร้าง (Structural Analysis) จะช่วยให้บุคคลเข้าใจถึงโครงสร้างของตนเองว่ามีสถานะของ Ego stage อย่างไร เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นสามารถใช้ Ego stage แต่ละสถานะได้อย่างเหมาะสม

๒. การวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ในการแสวงหาความเอาใจใส่จากผู้อื่น (Stroke) และหาทางปรับปรุงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ให้ดีขึ้น

๓. การวิเคราะห์เกมทางจิตวิทยา (Games Analysis) เกมทางจิตวิทยา หมายถึง วิธีการที่บุคคลพยายามเอาประโยชน์จากบุคคลอื่น เพื่อให้ได้ความเอาใจใส่ (Stroke) ที่ตนพอใจผู้ให้การปรึกษาต้องวิเคราะห์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบและ เข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ผู้รับการปรึกษาได้ใส่ความหมายอะไรลงไปในเกมหรือเหตุการณ์นั้น และผู้รับการปรึกษาต้องการอะไรจากเกมนั้น ผู้ให้การปรึกษาต้องบอกให้ผู้รับการปรึกษาเล่นเกมที่เคยใช้มา เพื่อแสวงหาความเอาใจใส่ (Stroke) จากผู้อื่น ควรชี้ให้ทราบว่าวิธีการอื่นที่เหมาะสมกว่าที่จะได้มาซึ่งความเอาใจใส่^{๓๒}

๒.๔ แนวคิดและทฤษฎีการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) มีการแปลเป็นภาษาไทยไว้หลากหลาย ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น มีความหมายว่า การดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านซึ่งหมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้

^{๓๒} พรรณราย ทรัพย์ะประภา, จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและการทำงาน, (กรุงเทพมหานคร: พรนเรศวร, ๒๕๔๘), หน้า ๗๒ – ๗๕.

บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล มีทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย จุดเน้นของ Home Health Care คือ การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และอื่นๆ ร่วมกันเป็นทีมสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั่นเอง^{๓๓}

ส่วนการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ แพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งที่ได้ Home Visit เป็นกิจกรรมหรือเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนอีกคำ คือ Home Ward ภาษาไทยใช้คำว่า การใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคไต อัมพาต ผู้ป่วยอุบัติเหตุผู้ป่วยวาระสุดท้าย ฯลฯ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยมีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/หรือสร้างความอบอุ่นในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว^{๓๔}

ในอดีต การดูแลรักษาหรือการเยี่ยมไข้ หรือ การทำคลอด มักจะทำที่บ้าน ไม่ว่าจะโดยแพทย์ แพทย์ประจำตำบล หมออนามัย ผดุงครรภ์ หมอตำแย แต่ในปัจจุบัน การดูแลรักษาหรือการเยี่ยมไข้ที่บ้านมีการปฏิบัติกันน้อยลง อาจจะเนื่องมาจากการเน้นดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความนิยมของผู้ป่วย การคมนาคมที่ดีขึ้น หรือมีการดูแลกับแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ทำให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในชุมชน หรือการดูแลกับหมออนามัย ผดุงครรภ์ลดน้อยลงตามไป

การเยี่ยมบ้านหรือให้การดูแลที่บ้านในครั้งแรกนั้น ควรเริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ในท้องที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาล หรือการเดินทางเข้าสู่สถานบริการที่ลำบาก/ไม่สะดวก มักได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ให้บริการและผู้รับบริการของการเยี่ยมและการรักษาดูแลที่บ้านที่สำคัญคือ คุณภาพของการดูแลรักษา โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลซึ่งที่จริงแล้ว หากพิจารณาในด้านคุณภาพเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะมีความแตกต่างกันมากนัก แต่ถ้าพิจารณาถึงความพร้อมหรือปริมาณของเครื่องมือ ย่อมมีความแตกต่าง แนวคิดแบบนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเสียทีเดียวอยู่พอสมควร เพราะคุณภาพบริการจะต้องพิจารณาอยู่บนพื้นฐานของศักยภาพและคุณภาพของการให้บริการจุดนั้นๆ เช่น ความปลอดภัย การทุเลาจากความเจ็บป่วย หรือมาตรฐานบริการในชุมชน เป็นต้น

^{๓๓} นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา และคณะ, การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, (กรุงเทพมหานคร: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖), หน้า ๑๕.

^{๓๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕.

การเยี่ยมบ้าน จึงหมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งควรจะมีรูปแบบและวิธีการ เพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุด แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมเยี่ยมบ้าน ควรที่จะต้องมีความรู้, ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านด้วยข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน การที่จะเกิดการเยี่ยมบ้านได้ควรจะต้องประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความเต็มใจในการเยี่ยม และควรอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิอันได้แก่ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง, ต่อเนื่อง, เบ็ดเสร็จ, ผสมผสาน, บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อชนิดของการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยลักษณะไหนบ้างที่ควรเยี่ยมบ้าน ที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นผู้ป่วยที่ติดบ้าน (homebound) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้หรือต้องใช้เครื่องช่วยเมื่อต้องการออกจากบ้าน แต่เราสามารถแบ่งประเภทของการดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้านได้เป็น ๔ กลุ่ม คือ

๑. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภทได้แก่

๑. กรณีฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หมดสติ, หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้มักต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือควรจะมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ ในประเทศไทย การช่วยเหลือลักษณะนี้มักจะมีพบในอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรจะมีความรู้ในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายมากขึ้นกว่าเดิมและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดีก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ, ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินและในการช่วยเหลือเบื้องต้น โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย, ญาติ หรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

๒. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย, โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่

๒.๑ การดูแลระยะสุดท้าย ผู้ป่วยประเภทนี้มักจะทรมานจากอาการปวดมาก, บวมหรือหอบ การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้ยาลดอาการปวด, ลดอาการบวมให้ผู้ป่วย, เจาะดูดน้ำในช่องท้อง, ให้ออกซิเจน เป็นต้น

๒.๒ ประกาศการเสียชีวิต เมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้านการบอกสาเหตุของการเสียชีวิตอาจจะผิดพลาดได้เนื่องจาก ผู้ประกาศการเสียชีวิตมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมจะช่วยบอกสาเหตุการตายได้ และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะใช้บอกแนวโน้มการเสียชีวิตและวางแผนในการป้องกันโรคเหล่านั้น

๒.๓ ประคับประคองภาวะโศกเศร้า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสามารถให้การประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ระยะที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิตลงไป และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว เมื่อภาวะโศกเศร้าไม่หายไปในช่วงเวลาที่สมควร

๓. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกายต้อง

ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งมักจะมีการใช้ยามาก ประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมากผู้ป่วยบางคนอาจนิยมไปหาหมอตามที่ต่างประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในบ้านที่อาจจะถูกกลืนหรือถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัวเช่น ผู้สูงอายุหรือเด็ก เป็นต้น ประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยได้

๔. การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล ประเภทของการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลจากการนอนโรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนก ผู้ป่วยนอก ได้แก่ นอนโรงพยาบาลโดยโรคฉับพลัน, อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลโดยโรคต่าง ๆ หลังจากที่ถูกออกจากโรงพยาบาล สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคฉับพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้แพทย์ประจำครอบครัวสามารถติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งที่จะเป็นที่วางไข่ของยุง เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัด การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล, ทำแผลผู้ป่วย, ตัดไหม หรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีบุตรใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลลูก รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลเกิดใหม่อย่างดี

ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หรือมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้เพื่อทำให้การความต่อเนื่องของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น^{๓๕}

แนวทางการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งนี้เพื่ออธิบายสภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวจากการเจ็บป่วย ที่สัมพันธ์กับปัจจัยสุขภาพ (health determinants) และระบบบริการสุขภาพ การเยี่ยมบ้านจะต้องเกิดจากความยินยอมของสองฝ่ายคือฝ่ายผู้เยี่ยมและฝ่ายผู้ถูกเยี่ยมมีความยินยอม พร้อมใจกัน เมื่อเลือกครอบครัวที่จะเยี่ยมแล้วแนวทางในการเยี่ยมแบ่งได้เป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย มีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม, ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว, มีแผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย, โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม, มีพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก

ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน ประเมินทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน สรุปปัญหาทางด้านร่างกาย, จิตใจและสังคม, แนวทางการเยี่ยมครั้งต่อไป, บันทึกข้อมูล

ก่อนการเยี่ยมบ้านทีมเยี่ยมบ้านควรมีความรู้หรือข้อมูลและเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม

ศึกษาองค์ประกอบของสุขภาพ (health determinants) ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของ

^{๓๕} นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, หน้า ๗๕ – ๘๐.

ผู้ป่วย

ทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ ปัญหาและสภาวะต่างๆ ในทุกมิติของสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการดูแลตนเอง หลังจากมีอาการเจ็บป่วย อธิบายความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยและจากแพทย์ / ระบบบริการปฐมภูมิ อุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน การไปเยี่ยมบ้านควรมีอุปกรณ์สำหรับเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แผนที่ในการเดินทาง, หมายเลขโทรศัพท์ สมุดบันทึก กล้องถ่ายรูป / VDO แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ดังนั้นก่อนการเยี่ยมบ้านควรจะทราบทางที่จะไปบ้านที่จะไปเยี่ยมหรือมีแผนที่เดินทางไปยังบ้าน หรือมีแผนที่การเดินทางภายในเขตที่จะเยี่ยมทำให้สะดวกและประหยัดเวลาในการเยี่ยม ควรจะทราบหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านที่จะเยี่ยม กรณีไม่มีอาจจะขอหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านใกล้เคียงเพื่อใช้ในการติดต่อโทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม โทรศัพท์นัดหมายเวลาเยี่ยมครอบครัวหรือติดต่อกับครอบครัวที่จะเยี่ยมก่อน เพื่อไม่ต้องเสียเวลาในการไปเยี่ยมเมื่อไม่มีสมาชิกในบ้านอยู่ หรือกรณีที่สมาชิกในบ้านหรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะให้เยี่ยมบางเวลา และครอบครัวควรมีเบอร์ติดต่อของผู้เยี่ยมด้วยเพื่อใช้ในการติดต่อกลับ กรณีที่สมาชิกของครอบครัวต้องการติดต่อกลับเพื่อปรึกษาหรือต้องการให้เยี่ยม โดยมีข้อตกลงของการให้บริการทั้ง ๒ ฝ่ายก่อน

ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

- การที่จะประเมินให้ได้ครบถ้วนอาจต้องใช้สิ่งช่วยจำ เช่น จำตัวย่อ INHOMESSS หรือจำเป็นระบบร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (bio psycho social spiritual) สิ่งที่ต้องทำ คือการเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมร่วมกับสมาชิกครอบครัว

- ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่จะเกิดขึ้น เช่น

การเคลื่อนไหว (immobility) ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ได้แก่ การอาบน้ำ, การเคลื่อนย้าย, การแต่งตัว, การเข้าห้องน้ำ, การกินอาหาร และการปัสสาวะและอุจจาระหรือประเมินการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน (Instrumental activities of daily living) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์, การรับประทานยา, การไปตลาด, ชำระบิล, เตรียมอาหาร และทำงานบ้าน สามารถสอบถามหรือสังเกตจากกิจวัตรประจำวันได้

อาหาร (nutrition) ได้แก่ การประเมินลักษณะอาหาร, ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับประทานเหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่ ประเมินการเก็บอาหาร เป็นต้น

สภาพบ้าน (housing) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านครอบครัวที่นิสิตดูแล ว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นวัณโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทได้สะดวก, ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรที่จะนอนอยู่ชั้น ๑ ของบ้านไม่เดินขึ้นบันได เป็นต้น

เพื่อนบ้าน (other people) ได้แก่ การประเมินดูเพื่อนบ้านของครอบครัวที่นิสิตดูแลความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหา เพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่

การใช้ยา (medication) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ ภาวะที่บรรเทาเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่หรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคข้ออักเสบจากของยาทำได้ยากต้องบรรเทาไว้ในขวดยา ยาบางอย่างไม่ให้ถูกแสง เป็นต้น

การตรวจร่างกาย (examination) ได้แก่ ประเมินจากการสอบถามความผิดปกติของร่างกาย จากผู้ป่วย หรือญาติ

แหล่งให้บริการ (services) ได้แก่ การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ภายในครอบครัวหรือในชุมชนได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข, บ้านประธานชุมชน, อสม. เป็นต้น

ความปลอดภัย (safety) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยตัวบ้าน, เฟอร์นิเจอร์, อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับครอบครัว ในการอยู่อาศัยหรือไม่ เช่น สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่, พื้นห้องน้ำลื่นเกินไปหรือไม่, บันไดบ้านชันหรือมีราวให้จับหรือไม่ เป็นต้น

จิตวิญญาณ (spiritual) ได้แก่ การประเมินในเรื่องของการค้นหาความหมาย, วัตถุประสงค์และความจริงในชีวิต ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ เรื่องของความรู้สึก สิ่งที่อยู่ในจิตใจ รวมถึงสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อ ทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ส่วนของจิตวิญญาณจะมีผลต่อสุขภาพได้ เช่น นิกายในศาสนาบางนิกายห้ามดื่มเลือดจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยท่านนั้นจำเป็นต้องผ่าตัด อาจต้องเตรียมการใช้เลือดของผู้ป่วยเองเมื่อจำเป็น เป็นต้น

ภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันในทีมว่าใครคุยกับญาติเพื่อนบ้านได้ข้อมูลมาประกอบและหาข้อสรุปเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น เขียนบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านหรือใน Nurse's Note ใน OPD Card เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมของพยาบาลและบันทึกทางคลินิก โดยเขียนข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลให้ตรงตามวัตถุประสงค์ การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสรุปกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้ได้ในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป จึงเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน^{๓๖}

ภายหลังการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยมีการบันทึกและวางแผนการปฏิบัติตัว และการติดตามประเมินของทีมเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้านพยาบาลต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึกข้อมูล ทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป่าเย็บ และวางแผนการดูแลในครั้งต่อไป

๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ

แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ มีประเด็นในการศึกษาดังหัวข้อต่อไปนี้

๒.๕.๑ วิธีการสังคมสงเคราะห์ตามแนวพุทธศาสนา

พระเทพเวที (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้ให้ความหมายสังคมสงเคราะห์ไว้ว่า สังคมสงเคราะห์ หมายถึงการยึดเหนี่ยวจิตใจ ประสานหมู่ชนไว้ให้รวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือการให้สังคมเกื้อหนุน

^{๓๖} นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน, หน้า ๘๒-๘๐.

คุมกันอยู่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่แตกไม่กระจัดกระจาย ดังนั้น ความมุ่งหมายของสังคัมสงเคราะห์ จึงไม่เป็นเพียงเอาอะไรไปให้เขา ไม่ใช่เอาบริการไปให้ เอาทรัพย์สินเงินทองไปให้ แต่หมายถึงการทำให้สังคัมรวมใจกันผดึกยัดเหนียวกันไว้ได้ การสังคัมสงเคราะห์ เป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนา ที่พระพุทธเจ้าทรงวางหลักแห่งการสงเคราะห์ไว้ สามารถนำมาใช้ในงานสังคัมสงเคราะห์ได้เป็นอย่างดี ในขณะเดียวกันก็ได้กล่าวเชิงสรุปเกี่ยวกับพุทธศาสนากับงานสังคัมสงเคราะห์ว่าการสังคัมสงเคราะห์ คือการสงเคราะห์สังคัม แต่ถ้าแปลให้ลึกกว่านั้น ก็มีความหมายทางธรรมสงเคราะห์คำบาลีเป็น สงคห (สังคห) แปลว่า ประมวล รวบรวม จัปมารวมเข้าด้วยกัน ยึดเหนี่ยวใจให้รวมกันเป็นหนึ่ง ผูกใจกันไว้ สังคห ที่แปลว่า ยึดเข้าไว้ด้วยกันนั้น หมายถึง ยึดในแก่นามธรรมและยึดในแง่รูปธรรม ทางนามธรรม คือยึดเหนี่ยวผูกจิตใจให้รวมกันไว้เป็นหนึ่งทางรูปธรรม คือให้คนมารวมกัน ประสานเข้าด้วยกัน ดังนั้น สังคัมสงเคราะห์ตามแนวทางพระพุทธศาสนา คือ ทำให้สังคัมรวมกันได้เป็นหนึ่งเดียวทั้งรวมใจและรวมกาย^{๓๗}

การสังคัมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้รับการสงเคราะห์บรรลุความดีสูงสุดที่มนุษย์ควรได้ควรถึงนี้ ผู้ทำหน้าที่อย่างนั้นได้ต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติพิเศษ มีความเพียรพยายาม มีความมุ่งมั่น และมีความอดทน มากกว่าบุคคลปกติทั่วไป พระพุทธองค์ถือว่าเป็นบุคคลผู้มีคุณสมบัติพิเศษ ที่ไม่มีใครผู้ใดจะเทียบเทียมได้ ด้วยเพราะการบำเพ็ญประโยชน์ตนและผู้อื่น ถือว่าเป็นการทำหน้าที่ในฐานะ “พระบรมศาสดา” ย่อมเป็นพุทธกิจที่พระบรมศาสดาทุกพระองค์ต้องกระทำ และถือเป็นพุทธกิจสำคัญที่พระบรมศาสดาต้องกระทำต่อเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย คล้ายกับเป็นพันธกิจที่พระบรมศาสดามีต่อโลกนี้และโลกอื่นๆ

พุทธกิจที่พระบรมศาสดาทรงบำเพ็ญ การงานที่พระบรมศาสดาทรงกระทำ[๑] อย่างเป็นปกติหรือเป็นกิจวัตรในแต่ละวันและปฏิบัติตลอดระยะเวลา ๔๕ พรรษา ซึ่งการปฏิบัติพุทธกิจนี้ ถือเป็นหน้าที่ของพระบรมศาสดาทั้งหลายทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ที่มีต่อเทวดาและมนุษย์ทั้งหลายเหมือนกันทุกพระองค์ โดยอาศัยพุทธคุณ ซึ่งพุทธกิจอยู่ ๕ ประการดังนี้

๑. ปุพฺพณฺเห ปินฺทปาตณฺจ คือ เวลาเช้า ทรงเป็นผู้นำหมู่พระภิกษุสงฆ์สาวกออกบิณฑบาตเพื่อโปรดเหล่าเวไนยสัตว์ปวงชนให้ได้บริจาทาน อาหารบิณฑบาต ซึ่งยังหมู่ชนที่ได้พบเห็นได้เกิดความเคารพศรัทธา เลื่อมใสในพระพุทธศาสนา

๒. สายณฺเห ธมฺมเทศนํ คือ เวลาเย็น แสดงธรรมสั่งสอนประชาชน เพื่อฟอกจิตใจของประชาชนผู้ได้สดับฟังพระธรรมคำสอนจากพระโอษฐ์ของพระองค์ ยิ่งความศรัทธาเลื่อมใสให้เกิดขึ้น และขอถึงซึ่งพระรัตนตรัย เป็นสรณะเป็นจำนวนมาก

๓. ปโทเส ภิกฺขุโววาทํ คือ เวลาค่ำ ประทานโอวาทแก่ภิกษุสงฆ์สาวกให้รู้ธรรม รู้วินัย และให้กรรมฐานแก่พระภิกษุสงฆ์ และยังคงตอบคำถามแก่ภิกษุสงฆ์ที่มีวิจิตรจินา คือ ความลึกลับสงสัยในธรรม ในการปฏิบัติ

๔. อพฺพลฺลิตเต เทวปณฺหํ คือ เวลาเที่ยงคืน ตอบปัญหาเทวดา

๕. ปจฺจุสฺสเว คเต กาเล ภพฺพาภพฺเพ วิโลกนํ คือ เวลาเช้ามีด ทรงตรวจดูอุปนิสัยของ

^{๓๗} พระเทพเวที (ป.อ. ปยุตโต), คินสู่ความหมายแท้ของสังคัมสงเคราะห์, นิตยสารการ
ประชาสงเคราะห์, (ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๒ (มี.ค.-เม.ย. ๒๕๓๒) : ๖๙-๗๓.

สัตว์ที่ควรบรรลุนิพพาน แล้วเสด็จไปโปรดสั่งสอน^{๓๘}

๒.๕.๒ วิธีการสังคัมสังเคราะห์ตามแนวพุทธศาสนา

วิธีการสังคัมสังเคราะห์ตามแนวพุทธ ก็คือ การจัดให้มีการดำเนินการสังคัมสังเคราะห์ให้สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสังคัมสังเคราะห์ตามแนวทางพระพุทธศาสนา

พุทธธรรมที่เป็นวิธีการสังคัมสังเคราะห์ คือ คำสอนที่สอนให้บุคคลรู้จักการดำเนินชีวิตของมนุษย์รู้จักดำเนินชีวิตให้บรรลุประโยชน์ที่เป็นจุดหมายของชีวิต ที่เรียกว่า อตถะ ๓ ประการ ได้แก่

๑. ทิฏฐธัมมิกัตถะ คือ ประโยชน์ปัจจุบัน, ประโยชน์ในโลกนี้, ประโยชน์ขั้นต้น
๒. สัมปรายิกัตถะ คือ ประโยชน์เบื้องต้น, ประโยชน์ในภพหน้า, ประโยชน์ขั้นสูงขึ้นไป
๓. ปรมัตถะ คือ ประโยชน์สูงสุด, จุดหมายสูงสุด คือ พระนิพพาน^{๓๙}

อตถะ ๓ ประการนี้ เป็นวิธีการสังคัมสังเคราะห์ที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสังคัมสังเคราะห์ตามแนวพุทธ ในลักษณะดังนี้

๑. ในแง่ของความคิด อตถะ ๓ ประการ เป็นวิธีการสังคัมสังเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาของชีวิต คือ

๑) ทิฏฐธัมมิกัตถะ เป็นวิธีสังเคราะห์ให้บุคคลได้มาซึ่งปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อร่างกายอย่างเพียงพอ เป็นการสังเคราะห์รายบุคคล

๒) สัมปรายิกัตถะ เป็นวิธีสังเคราะห์เพื่อให้สังคมมีความสงบสุข เป็นการตอบสนองด้านสังคม เป็นการมุ่งสังเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาส่วนสังคม

๓) ปรมัตถะ เป็นวิธีสังเคราะห์ด้านจิตใจ เพื่อให้บุคคลมีความมั่นคงสงบสุข เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ วิธีนี้เป็นการดับปัญหาอย่างสิ้นเชิง

เราสามารถทำตารางวิธีการสังเคราะห์ตามหลักอตถะ ๓ ประการ ดังนี้

ความต้องการของชีวิต	ปัญหาของชีวิต	วิธีการสังเคราะห์
๑. ทางชีววิทยา	ปัญหาส่วนบุคคล	ทิฏฐธัมมิกัตถะ
๒. ทางด้านสังคม	ปัญหาส่วนสังคม	สัมปรายิกัตถะ
๓. ทางด้านจิตใจ	ปัญหาส่วนจิตใจ	ปรมัตถะ

๒. ในแง่ของหลักการ

อตถะ ๓ ประการ สอดคล้องกับหลักการสังเคราะห์ชุมชนตามแนวพุทธ ดังนี้

๑) อตถะ ๓ ประการ เป็นวิธีการสังเคราะห์ที่เป็นไปตามหลักเหตุผล หรือแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ เป็นวิธีการสังเคราะห์ทั้งในแง่ เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ อย่างสมดุลกัน

^{๓๘} รังษี สุนทร, พุทธกิจ กิจที่พระพุทธเจ้าทรงกระทำ, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๑๘-๒๓.

^{๓๙} บ.จ. (ไทย) ๓๐/๖๗๓/๓๓๓.

๒) อัตถะ ๓ ประการ เป็นวิธีสงเคราะห์ที่ทุกคนต้องลงมือปฏิบัติเอง เป็นวิธีการแก้ไขที่ค่อยเป็นค่อยไปตามความเหมาะสม เป็นการขจัดปัญหาทั้ง ๓ ด้าน โดยมุ่งให้ดับปัญหาได้ในที่สุด และเป็นประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

๒. ในแง่ของกระบวนการสงเคราะห์

ในแง่ของการสงเคราะห์ อัตถะ ๓ ประการ เป็นคำสอนหลักหรือเป็นวิธีการสงเคราะห์ที่เป็นจุดเริ่มต้นที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามคำสอนข้ออื่น ๆ ที่สนับสนุนการสงเคราะห์ตามหลักอัตถะ ๓ ประการได้อย่างเป็นระบบ เช่น การสงเคราะห์ตามหลักทฤษฎัมมิกัตถะ ข้อมูลฐานสัมปทา ย่อมนำไปสู่หลักอธิบาทสี่ เป็นต้น

ดังนั้น อัตถะ ๓ ประการ จึงเป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์ตามแนวพระพุทธศาสนา โดยวิธีการแล้ว อัตถะ ๓ ประการเป็นการสงเคราะห์ที่มุ่งให้เกิดผลเป็นการตอบสนองความต้องการของชีวิตและแก้ไขปัญหามองชีวิต ในลักษณะดังต่อไปนี้

๑. การแก้ไขปัญหาล้วนบุคคล ปัญหาส่วนบุคคลเป็นปัญหาที่เกิดจากความต้องการที่จำเป็นทางชีววิทยา บุคคลจะต้องแสวงหาปัจจัยที่จำเป็นต่างๆ อย่างน้อยปัจจัยสี่ มาตอบสนองความต้องการ หรือการหาเลี้ยงชีพของตนและครอบครัวให้เพียงพอ การแก้ไขปัญหาล้วนบุคคลนี้ จะต้องแก้ไขโดยปลูกฝังให้บุคคลทุกคนมีคุณธรรมขั้นพื้นฐาน ที่เรียกว่า “ทฤษฎัมมิกัตถะ หรือประโยชน์ในปัจจุบัน ๔ ประการ คือ

- ๑) ฐานสัมปทา คือความขยันหาทรัพย์
- ๒) อารักขสัมปทา คือการประหยัดและอดออม
- ๓) กัลยาณมิตรตตา คือการรู้จักคบเพื่อนดี
- ๔) สมชีวิตา คือการเลี้ยงชีพแต่พอดี^{๔๐}

หลักอธิบาท ๔ ประการ คือ

- ๑) ฉันทะ คือความพอใจในงานที่ตนเองทำ
- ๒) วิริยะ คือความพากเพียรทำงาน
- ๓) จิตตะ คือเอาใจฝักใฝ่ในงานที่ทำ
- ๔) วิมังสา คือหมั่นใช้ปัญญาใคร่ครวญ^{๔๑}

๒. การแก้ไขปัญหาล้วนสังคม ปัญหาส่วนสังคมเป็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในสังคม เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดผลกระทบต่องานสังคมโดยรวม เพราะเกิดความขัดแย้ง ทะเลาะกัน ในเรื่องลาภ ยศ สรรเสริญ เป็นต้น เป็นเรื่องค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนในสังคม อาจเนื่องมาจากกิเลส นั่นเอง ดังนั้น การแก้ไขปัญหาล้วนสังคมนั้น จะต้องแก้ไขที่พฤติกรรมของคนในสังคม ให้มีคุณธรรมขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันในสังคม ที่เรียกว่า “สัมปรายิกัตถะ คือประโยชน์ เบื้องหน้า ๔ ประการ คือ

- ๑) สัทธาสัมปทา คือ มีศรัทธาที่ถูกต้อง เช่น หลักกรรม ความดี ความชั่ว
- ๒) สीलสัมปทา คือมีศีลธรรม และเคารพกฎระเบียบของสังคม
- ๓) จาคสัมปทา คือมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่เสียสละช่วยเหลือกัน

^{๔๐} ๐.๐.๐.๐. (ไทย) ๒๓/๑๔๔/๒๘๙.

^{๔๑} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๓๑/๒๓๓.

๔) ปัญญาสัมปทา คือมีปัญญารู้เท่าทันสถานการณ์ เข้าใจความจริงของชีวิต^{๔๒}
 ฯลฯ

๓. การแก้ไขปัญหาล้วนจิตใจ

ปัญหาล้วนจิตใจ เป็นปัญหาที่ลึกซึ้งละเอียดอ่อน เพราะมนุษย์มีกิเลสอยู่ในจิตใจ ถ้าจิตใจ
ถูกครอบงำด้วยกิเลสแล้วก็จะส่งผลกระทบต่อสังคมเช่นเดียวกัน เพราะพระพุทธศาสนาถือว่าจิตใจ
เป็นใหญ่เป็นหัวหน้า แก้ไขได้ด้วยการปฏิบัติตามหลักอริยมรรคมีองค์ ๘ ประการ คือ

๑) สัมมาทิฐิ คือความเห็นที่ถูกต้อง

๒) สัมมาสังกัปปะ คือคิดถูกต้อง

๓) สัมมาวาจา คือพูดถูกต้อง

๔) สัมมากัมมันตะ คือกระทำถูกต้อง

๕) สัมมาอาชีวะ คือเลี้ยงชีพถูกต้อง

๖) สัมมาวายามะ คือพยายามถูกต้อง

๗) สัมมาสติ คือมีสติถูกต้อง

๘) สัมมาสมาธิ คือมีสมาธิถูกต้อง^{๔๓}

นอกจากนี้พระพุทธศาสนายังมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหามอง
มองได้จากหลักการของอริยสัจ ๔ คือ

๑) ทุกข์ คือปัญหา

๒) สมุทัย คือสาเหตุของปัญหา

๓) นิโรธ คือสภาวะที่ปราศจากปัญหา

๔) มรรค คือทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญห^{๔๔}

๒.๕.๓ วิธีสังเคราะห์ของพระพุทธเจ้า

พระพุทธเจ้าเมื่อสอนเวไนยสัตว์ ทรงเอาแบบการสอนต่างๆ มาสอนตามความเหมาะสม
แบบการสอนเหล่านี้คือ

๑. แบบสนทนา (สากัจฉา หรือธรรมสากัจฉา) เป็นวิธีที่ทรงใช้บ่อยที่สุดอ่านพระไตรปิฎก
แล้วจะเห็นว่าพระองค์ชอบให้วิธีนี้ อาจเป็นด้วยว่าผู้ฟังได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ทำให้การเรียน
การสอนสนุก ไม่รู้สีกว่าตนกำลัง “เรียน” หรือกำลัง “ถูกสอน” แต่จะรู้สีกว่าตนกำลังสนทนาปราศรัย
กับพระพุทธองค์อย่างสนุกสนาน

ในการสนทนานั้น พระพุทธองค์จะทรงทำหน้าที่น่าสนใจ คือ ทำหน้าที่ซักถามโยน
ปัญหาให้ขบคิด แล้วค่อยๆ เข้าจุดสรุปเข้าหาประเด็นที่ต้องการ บางทีเพียงตรัสเป็นนัยๆ คู่สนทนาจึง
อาจสรุปได้เอง ขอยกตัวอย่างสักเรื่อง ภิกษุหนุ่มลูกชายเศรษฐีชื่อ โสณะ บำเพ็ญเพียรขะมักหมั่นใน
ป่าสี่วันเต็มจนจรดรุ่งเช้าแต่ทั้งสองข้างก็ไม่บรรลุผลที่ต้องการ วันหนึ่งเธอนั่งครุ่นคิดอยู่ผู้
เดียวว่า ในบรรดาผู้ที่ตั้งหน้าทำความเพียร เราก็นับเป็นผู้หนึ่งทำไมเพียรจนขนาดนี้แล้วจึงไม่

^{๔๒} อ.อ.อ. (ไทย) ๒๓/๑๔๔/๒๕๒.

^{๔๓} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๕๔/๓๔๘.

^{๔๔} ส.ม. (ไทย) ๑๘/๑๖๖๕/๕๒๘.

บรรลุมรรคผลอะไร เราเองก็เป็นบุตรของตระกูลมั่งคั่ง โภคทรัพย์ก็มากมาย อย่ากระนั้นเลย เราลกลีกขาไปทำบุญทำทานรักษาศีลตามวิสัยของอุบาสกผู้ครองเรือนจะดีกว่า

พระพุทธเจ้าทรงทราบความคิดของภิกษุหนุ่ม จึงเสด็จมาเทศนาสั่งสอนเธอพระองค์ทรงเลือกแบบสนทนาดังต่อไปนี้

พระพุทธเจ้า : โสณะ เธอเกิดความคิดเช่นนั้น (ดังข้างต้น) จริงหรือ

โสณะ : ถูกแล้ว พระเจ้าข้า

พระพุทธเจ้า : เธอคิดอย่างไร เวลาสายฝนเธอต้องเกินไป เสียงฝนของเธอไพเราะกระนั้นหรือ

โสณะ : หามิได้ พระเจ้าข้า

พระพุทธเจ้า : เวลาสายฝนเธอหย่อนเกินไป เสียงฝนของบเธอไพเราะกระนั้นหรือ

โสณะ : หามิได้ พระเจ้าข้า

พระพุทธเจ้า : แต่คราวใดสายฝนเธอไม่ตึงเกินไป ไม่หย่อนเกินไป ตั้งอยู่ในระดับพอดี เสียงฝนของเธอไพเราะ เหมาะจะใช้การใช้หรือไม่

โสณะ : ถูกแล้ว พระเจ้าข้า

พระพุทธเจ้า : ฉะนั้นเหมือนกัน โสณะ ความเพียรที่ระดมมากเกิดไปย่อมเกินไปเพื่อความฟุ้งซ่าน ความเพียรที่หย่อนเกินไป ย่อมเกินไปเพื่อความเกียจคร้าน เพราะฉะนั้น เธอพึงกำหนดความเพียรให้พอดีๆ พอเหมาะ พึงเข้าใจความพอดีแห่งอินทรีย์ (สภาพที่เป็นใหญ่ในหน้าที่ของตน เช่น ปัญญาเป็นใหญ่ในการใช้เหตุผล วิริยะเป็นใหญ่ในการระดมพลัง) วิธีการสนทนานี้ พระพุทธองค์ทรงส่งเสริมให้พระสาวกใช้กัน ดังทรงยกย่องว่า “การสนทนาธรรมตามอุดมมงคล” และปรากฏว่ามี “อุปัฏฐากศาสดา” (หอนัน ที่ใช้เป็นโรงธรรมด้วยทำนองศาลาอเนกประสงค์ อะไรงานอนั้น) สำหรับให้ภิกษุสงฆ์มานั่งสนทนาธรรมกันทุกบ่ายเมื่อไม่สามารถตกลงกันได้ในเรื่องบางประเด็น พระพุทธองค์ก็เสด็จมา ทรงอธิบายให้พวกเธอหายข้องใจ

๒. แบบบรรยาย การสอนแบบนี้ก็ทรงใช้เสมอ ส่วนมากจะเป็นโอกาสที่มีผู้ฟังมารวมกันมากๆ ดังที่ทรงแสดงพระธรรมเทศนาในพระเชตวันมหาวิหารในช่วงบ่ายของทุกวัน และที่นั่นสังเกตคือ ผู้ฟังมักจะมีพื้นความรู้ หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นในขั้นพื้นฐานมาบ้างแล้ว มาฟังการบรรยายเพิ่มเติมเพื่อเกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นดังเมื่อทรงแสดงแก่ปัญจวัคคีย์ครั้งแรกก็ทรงใช้วิธีบรรยาย แบบทรงบรรยายถึงความล้มเหลวของแนวทางปฏิบัติ ๒ แนวทางคือ การทรมานกาย กับ การหมกมุ่นอยู่ในกามคุณเสร็จแล้วทรงชี้ทางสายกลาง แล้วทรงแสดงอริยสัจ ๔ ประการ โดยละเอียดพิสดาร

ถ้าถามว่า ทำไม แสดงธรรมครั้งแรก พระองค์ก็ทรงใช้แบบบรรยายคำตอบก็คือผู้ฟังคือปัญจวัคคีย์มิใช่ “คนใหม่” หากเป็นศิษย์เก่าที่เคยรับรู้ว่า พระพุทธองค์แสวงหาทางตรัสรู้ พระพุทธองค์จึงทรงทดลองปฏิบัติด้วยพระองค์เอง โดยมีปัญจวัคคีย์คอยเฝ้าดูแล ด้วยหวังว่าเมื่อพระองค์ตรัสรู้แล้วก็จะทรงแผ่ความรู้นั้นให้พวกตนด้วย

ครั้นพระองค์ทรงค้นพบแนวทางใหม่ ที่ไม่ต้องอดอาหารแต่ต้องกินอาหารให้ร่างกายแข็งแรง เพื่อเกื้อกูลให้สุขภาพสมบูรณ์ จะได้นำไปสู่การตรัสรู้ง่ายเข้าปัญจวัคคีย์ก็ผิดหวังจึงหนีไปอยู่

ในป่าอิสิปตนมฤคทายวัน หลังจากพระองค์ตรัสรู้แล้วจึงเสด็จไปชี้แจงให้พวกเธอหายเข้าใจผิดว่า การทรมานตนมิใช่แนวทางบรรลุ ทางสายกลางต่างหากนำไปสู่การรู้แจ้ง

เมื่อมีโอกาสดำเนินการเข้าใกล้กับอดีตศิษย์ทั้ง ๕ ของพระองค์ พระองค์จึงทรงเลือกวิธีการบรรยาย เพราะจะต้องใช้เหตุให้ผลชี้แจง ยืดยาวให้พวกเธอเห็นดีเห็นชอบด้วยเพราะเหตุนี้ ธัมมจักกัปปวัตตนสูตร (พระธรรมเทศนาถ้อยคำแรกด้วย อริยสัจ ๔) จึงเป็นแบบบรรยายล้วน

๓. แบบตอบปัญหา ผู้ถามปัญหาอาจถามด้วยจุดประสงค์หลายอย่าง บางคนถามเพื่อต้องการคำตอบในเรื่องที่สงสัยมานาน บางคนถามเพื่อลองภูมิว่าคนตอบรู้ หรือไม่บางคนถามเพื่อชมหรือปรามให้ผู้ตอบอับอาย บางคนถามเพื่อเทียบเคียงกับความเชื่อหรือคำสอนในลัทธิศาสนาของตน พระพุทธองค์ตรัสรู้ว่าการตอบปัญหาใดๆ ต้องดูลักษณะของปัญหาและเลือกวิธีตอบให้ถูกต้องเหมาะสมด้วย พระองค์จึงทรงจำแนกประเภทของปัญหาไว้ ๔ ประการ คือ

๑. ปัญหาบางอย่างต้องตอบตรงไปตรงมา ตอบตายตัว ไม่มีเงื่อนไข (เอกังสพยากรณ์ปัญหา) บางเรื่องมีคำตอบตายตัวแน่นอนแล้ว ใครๆ ก็รู้ต้องตอบตามนั้น ดุจดั่งถามว่า หนึ่งบวกหนึ่งเป็นเท่าไร คำตอบคือเป็นสอง คำตอบนี้ตายตัวใครๆ ก็รู้ ใครๆ ก็ยอมรับจะไปตอบว่าเป็นสาม เป็นสี่ไม่ได้ (แม้ว่าอาจตอบได้ และอาจอธิบายโดยนับอื่นว่าเป็นเช่นนั้นได้ก็ตาม)

ตัวอย่างที่ชัดเจนในทางพระพุทธศาสนา เช่น อริยสัจ คือ อะไร มีเท่าไร คำตอบคืออริยสัจคือความจริงอันประเสริฐมี ๔ อย่าง คำตอบอย่างนี้เรียกว่า เอกังสพยากรณ์ ในการตอบ พึงรู้ว่าปัญหาชนิดใดที่พึงตอบตรงไปตรงมา ตายตัว แล้วพึงชี้ให้เหมาะสม การตอบปัญหาจึงจะเป็นไปด้วยดี

๒. ปัญหาบางอย่างต้องย้อนถามก่อนจึงตอบ (ปฏิปุจฉาพยากรณ์ปัญหา) ไม่พึงด่วนตอบทันทีในแง่ใดแง่หนึ่ง เพราะอาจผิดพลาดได้ ในคัมภีร์ท่านยกตัวอย่างว่าถ้าเขาถามว่าตากับหูเหมือนกันหรือไม่ ผู้ตอบอย่าพึงด่วนตอบ พึงย้อนถามว่าที่ถามนั้นหมายถึงแง่ใดถ้าเขาตอบว่าในแง่การทำหน้าที่ถึงตอบว่า ไม่เหมือนกัน ตามีหน้าที่ดู ส่วนหูมีหน้าที่ฟัง แต่ถ้าเขาถามว่าในแง่ความเป็นอนิจจังละเหมือนกันไหม พึงตอบว่าเหมือน (เพราะทั้งตาและหูต่างก็ไม่เที่ยงแท้ถาวรเหมือนกัน)

๓. ปัญหาบางอย่างต้องแยกความตอบ (วิวัชชพยากรณ์ปัญหา) คำถามที่คลุมๆ อย่างพัวพันตอบ ตอบไปก็มีแต่จะผิดพลาด ต้องแยกตอบเป็นเรื่องๆ เป็นประเด็นๆ ไปยกตัวอย่างง่ายๆ เช่น ถ้าถามว่า คุณจำลองกับคุณสมศรีใครดีกว่ากัน ถ้าด่วนตอบว่าคุณจำลองดีกว่า หรือคุณสมศรีดีกว่าย่อมมีโอกาสผิดเพราะแต่ละคนอาจมีส่วนดีกว่ากันในบางเรื่องบางประเด็นวิธีตอบที่น่าจะใกล้เคียงความจริงที่สุดก็ต้องแยกประเด็นตอบเช่น (เช่นอะไรบ้างลองแยกเอาเอง ผมเพียงชี้แนะพอเป็นแนวทางเท่านั้น)

ในคัมภีร์ท่านยกตัวอย่างว่า พระพุทธเจ้าทรงติเตียนตบะ(ความเข้มงวด) ทุกอย่างใช่หรือไม่ อย่ารีบตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เพราะมีส่วนผิด ต้องแยกประเด็นตอบคือแยกว่าตบะที่เข้มงวดมากเช่นการทรมานตัวเอง พระพุทธองค์ทรงติเตียน ตบะคือ ความอดกลั้น (สติกาขันติ) พระพุทธองค์ ทรงสรรเสริญว่าเป็นยอดตบะ

สรุปในที่นี้ก็คือ ตบะในความหมายว่าทรมานตนเอง เช่น ทุกรกิริยา พระพุทธเจ้าตรัสติเรียน แต่ตบะในความหมายว่า ความอดกลั้นเช่นขันติ หรือความเข้มงวดเช่นธุดงค์ พระพุทธองค์ไม่ตำหนิกลับสรรเสริญเสียอีกดังนี้ เป็นต้น

๔. ปัญหาบางอย่างต้องตัดบทไปเลย ไม่ตอบ (รูปนัยปัญหา หรือ อพยาคตปัญหา) มีบางเรื่องบางประเด็นตอบไปก็เท่านั้น สู้ตัดบทเสียดีกว่าเช่นปัญหาที่ชวนให้ทะเลาะกับคนอื่น หรือปัญหาที่ตอบไปแล้วก็ไม่ทำให้ดีขึ้น

พระพุทธเจ้านั้น เวลาใครมาถามว่า ศาสดานั้นสอนอย่างนั้น ศาสดานั้นสอนอย่างโน้น อยากทราบว่าคุณสอนของใครถูกต้อง คำสอนของใครผิด ถ้าถามอย่างนี้พระองค์มักจะทรงตัดบทว่า เรื่อนั้นพักไว้ก่อน เราตถาคตจะแสดงธรรมให้ฟัง นี่คือพระจริยาวัตรของพระพุทธองค์ที่ครูพึงเอาเป็นแบบอย่าง

คนเราปัจจุบันนี้ มักตอบปัญหาที่ไม่ควรตอบ และเวลาตอบก็แสดงสีหน้าเสใจว่าตนรู้มาก รู้ลึก คนอื่นโง่หมด ตนบริสุทธิ์ผุดผ่อง คนอื่นสารเลวสันดาน เป็นอย่างนั้นเสียด้วย^{๔๕}

จุดมุ่งหมายในการสังคัมภีระของพระบรมศาสดา

คำสั่งหรือโอวาท และคำสอนหรืออนุสาสนีของพระบรมศาสดา ในสมัยพุทธกาลเรียกว่า พรหมจรรย์, ธรรมวินัย, สาสนัง แล้วได้มีการถ่ายทอดด้วยการท่องจำสืบทอดกันมาตามลำดับ จนที่สุดได้จดจารึกเอาไว้เป็นหมวดหมู่ เรียกว่า การสังคายนา จนเป็น “พระไตรปิฎก” ในปัจจุบัน เป็นการรวบรวมคำสั่งสอนห้ามไม่ให้พุทธบริษัททำความชั่วทางกาย วาจา จัดเป็นส่วนของ “พระวินัย” หรือที่เรียกว่า “ศีล” และคำสั่งสอนให้พุทธบริษัทตั้งตนอยู่ในความดีงาม ด้วยการชำระจิตของตนให้บริสุทธิ์จากกิเลสได้ทั้งแบบชั่วคราว และหรือได้ทั้งแบบถาวร จัดเป็นส่วนของ “พระธรรม” ตรงกับหลักคำสอนที่เป็นหัวใจพระพุทธศาสนา ที่เรียกว่า โอวาทปาฏิโมกข์[๓] นั้น คำสอนทั้งหมด หากมองตามพุทธประสงค์ที่พระบรมศาสดาส่งสาวก ๖๐ รูปออกไปประกาศพระพุทธศาสนาตามพุทธพจน์ที่ว่า “จรธ ภิกขเว จาริก พุทธชนิตาย พุทธชนสุขาย โลกานุกมปาย อตถาย หิตาย สุขาย เทวมนุสสาน มาเอเกน เทว อคมิตถ...ฯ” แปลว่า คุณก่อนภิกษุทั้งหลาย พวกเธอจงเที่ยวจาริก เพื่อประโยชน์และความสุขแก่มหาชน เพื่ออนุเคราะห์โลก เพื่อประโยชน์เกื้อกูลและความสุขแก่เทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย พวกเธออยู่ได้ไปรวมทางเดียวกันสองรูป...

โดยสรุปหากจะตีความพุทธพจน์นี้ จะพบว่าพระพุทธเจ้าทรงมีพุทธประสงค์ ๓ ประการ คือ

๑) อตถายะ แปลว่า เพื่อประโยชน์ กล่าวคือ ธรรมะที่กล่าวถึงความจริงของโลกและชีวิต และการดำเนินชีวิตอยู่ในโลกนั้น ล้วนเป็นความจริงที่พระสงฆ์สาวกพยายามถ่ายทอดสู่ผู้ฟังด้วยการชี้แนะ บอกกล่าว แสดงให้ผู้ฟังได้รู้ เห็น เข้าใจ แล้วนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต พระธรรมที่ได้รับการปฏิบัตินั้นจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติธรรมนั้นๆ จนทำให้ชีวิตมีคุณภาพ ได้บรรลุเป้าหมายทั้ง ๓ ตามลำดับ ได้แก่ (๑) ทิฐธัมมิกัตถะ คือประโยชน์ที่เห็นด้วยตา หรือประโยชน์ปัจจุบัน เรียกว่า มนุษย์สมบัติ (๒) สัมปรายิกัตถะ คือประโยชน์ในเบื้องต้น เรียกว่า สวรรค์สมบัติ และ (๓) ปรมัตถะคือประโยชน์อย่างยิ่ง หรือประโยชน์สูงสุด ได้แก่ การเข้าถึงภาวะของความดับเย็นของกิเลส เรียกว่า นิพพานสมบัติ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่มีเฉพาะในพระพุทธศาสนาเท่านั้น

๒) หิตายะ แปลว่า เพื่อเกื้อกูล กล่าวคือ เมื่อธรรมะถูกนำมาปฏิบัติในวิถีชีวิต จนทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับประโยชน์ในเบื้องต้น ด้วยการมีวิถีชีวิตที่ดีงามโดยตรงแล้ว ธรรมะยังจะเกื้อกูลให้ตัวผู้

^{๔๕} พระพรหมคุณาภรณ์(ป. อ. ปยุตฺโต), เทคนิคการสอนของพระพุทธเจ้า, พิมพ์ครั้งที่ ๑๘, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๔๗-๕๑.

ปฏิบัติให้ได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้นไปเรื่อยๆ นอกจากนั้น ยังทำให้เขามีความคิดที่จะเกื้อกูลต่อบุคคลอื่นๆ อีกด้วย วิธีชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรมจึงเป็นไปเพื่อการสร้างสรรค์ประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้างและชุมชนทั้งในแนวลึกและแนวกว้าง ทำให้ชุมชนที่เขาอยู่อาศัยได้รับประโยชน์จากธรรมะอย่างที่เขาได้รับ

๓) สุขายะ แปลว่า เพื่อความสุข กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้ปฏิบัติตนด้วยการมีวิถีชีวิตที่ถูกต้อง ดีงามแล้ว ความดีที่เป็นพื้นฐานอยู่แล้วนั้นก็จะเกื้อกูลให้เขาและชุมชนได้มีวิถีชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แล้วขยายผลวิธีการดำเนินชีวิตที่ดีงามนั้นออกไป ทั้งในแนวลึกและแนวกว้าง เพื่อให้ตนและผู้อื่นบรรลุถึงการมีวิถีชีวิตที่ดีงาม อันเป็นความสุขที่เกิดจากประโยชน์ที่นำธรรมะมาปฏิบัติ จนธรรมะได้เกื้อกูลแก่ตนและบุคคลอื่น แล้วขยายความสุขในเบื้องต้น ที่เรียกว่า มนุษย์สมบัตินี้ออกไปให้ถึงทุกคนในสังคมกันอย่างถ้วนทั่ว เสียตั้งแต่ในขณะที่อยู่ระหว่างการเดินทางของชีวิต ก่อนที่ชีวิตจะบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้นไปอีกคือ สวรรค์สมบัติ และนิพพานสมบัติ

๒.๖ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

๒.๖.๑ หลักการมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

หลักการมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ แม้มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๑) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ประกาศใช้มาหลายปีแล้ว แต่ยังไม่ปรากฏความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของคนส่วนหนึ่งเกี่ยวกับบทบัญญัติดังกล่าว โดยที่เข้าใจว่ามาตรา ๑๒ เป็นเรื่องสิทธิที่จะตายเมื่อไรก็ได้ หรือเข้าใจว่าเป็นเรื่องการรณฆาต (Mercy killing) รวมทั้งกังวลว่า หากแสดงเจตนาที่ปฏิเสธการใช้เครื่องมือ ต่าง ๆ มายืดความตาย ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งหรือไม่ ผู้เขียนจึงขอนำเรื่องดังกล่าวมาอธิบายเพิ่มเติมอีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดง เจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป ซึ่งในต่างประเทศจะเรียกการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าแบบนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” การสื่อความหมายที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดก็คือการกล่าวถึงมาตรา ๑๒ ดังกล่าวว่า เป็นกฎหมายที่ ออกมารองรับสิทธิที่จะตาย ทำให้เข้าใจว่า เป็นสิทธิที่จะตายเมื่อไรก็ได้เหมือนเข้าใจผิดว่า กฎหมายออกมา เพื่รองรับการขอตายก่อนเวลาอันควร การพูดถึงมาตรา ๑๒ จึงควรพูดให้เต็มประโยคกว่า มาตรา ๑๒ คือสิทธิ ที่จะขอตายตามธรรมชาติ

มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมิใช่บทบัญญัติที่ให้บุคคลใดสามารถเร่งการตายได้ กล่าวคือมิใช่เรื่องของกรณฆาต หรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า โดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้และกฎหมายประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็เห็นตรงกัน ในเรื่องนี้ จะมีอยู่บางประเทศเท่านั้นที่เปิดโอกาสให้แพทย์และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องใช้ดุลยพินิจในเรื่องนี้ได้คือ ให้ทำ Active euthanasia ได้ ดังกฎหมายของประเทศเบลเยียม เนเธอร์แลนด์ และบางรัฐของอเมริกา เช่น รัฐโอเรกอน เป็นต้น ซึ่งต้องเข้าใจว่า มาตรา ๑๒ ที่บัญญัติขึ้น มิใช่แนวคิด

ดังกล่าว แต่เป็นเรื่องของการขอตายธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายื้อความตาย มาตรา ๑๒ จึงเป็นกรณีของ Passive euthanasia

มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะใช้เฉพาะกรณีที่ ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เท่านั้น หากเป็นกรณีที่ยังรักษาได้ก็ต้องรักษากันไปตามปกติผู้เขียนจำ ได้ว่าเมื่อครั้งที่ผู้เขียน ไปร่วม ชี้แจงกฎหมายเรื่องนี้ต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา กรรมการกฤษฎีกาท่านหนึ่งได้ถามว่า ถ้าตัว ท่านได้แสดง เจตนาไว้ใน Living will ว่าไม่ประสงค์จะให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ประสงค์ให้เจาะคอ หากวันหนึ่ง ท่านประสบอุบัติเหตุและอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว มีผู้นำส่งยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล คุณหมอ คุณพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน จำเป็นจะต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต จะใส่ได้หรือไม่ หรือต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยที่เขียนไว้ใน Living will ผู้เขียนตอบว่า หลักการของ Living will ใช้ เฉพาะเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต หากเป็นกรณีทั่วไปหรือกรณีฉุกเฉินที่จะต้องช่วยชีวิต ก็เป็นเรื่อง ที่ต้องรักษาพยาบาล กันไปตามความรู้และจริยธรรมวิชาชีพ

ข้อสงสัยอีกประการหนึ่งก็คือ ในมาตรา ๑๒ นอกจากมีข้อความว่า “ไม่ประสงค์จะรับ บริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน” แล้วยังมีข้อความว่า “หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งมีผู้สงสัยว่า ข้อความนั้นคืออะไร เรื่องนี้ได้มีการอธิบาย เพิ่มเติมไว้แล้วใน กฎกระทรวงที่ออกมาตามที่ มาตรา ๑๒ วรรคสองกำหนดไว้ในกฎกระทรวงได้ ให้นิยามไว้ดังนี้ “การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทาง จิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ จะรู้ได้ อย่างไร ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ให้นิยามไว้ดังนี้ “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจาก การพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ใน ระยะเวลาอัน ใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือก สมองใหญ่ที่ทำให้ขาด ความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรม การตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น การให้ ความหมายเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิตกฎหมายบัญญัติเป็นกรอบหรือแนวทางไว้ เท่านั้นในทาง ปฏิบัติแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ประเมินตามหลักวิชาการทางการแพทย์และแจ้งแก่ญาติ หากญาติเห็น พ้องตามที่แพทย์อธิบายทุกอย่างก็คงดำเนินการตามเจตนาที่ผู้ป่วยได้แสดงไว้ใน Living will แต่หาก ญาติไม่เห็นด้วยและประสงค์ให้ยื้อชีวิตต่อไป ก็คงต้องเป็นไปตามเจตนาของญาติในทางปฏิบัติการ เชิญญาติที่มีอำนาจตัดสินใจมาประชุมพูดคุยกันจึงเป็นเรื่องที่แพทย์พยาบาล ฟังปฏิบัติแม้ผู้ป่วยจะมี Living will ไว้แล้วก็ตาม ขั้นตอนเหล่านี้เป็นเรื่องที่แพทย์พยาบาล ปฏิบัติกันอยู่แล้วเพียงแต่ว่า ถ้ามี Living will ของผู้ป่วยการพูดคุยกับญาติย่อมง่าย เพราะรู้ว่า ผู้ป่วยต้องการอย่างไร

ข้อกฎหมายที่มักจะสอบถามกันก็คือ เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวใครคือผู้ที่มีอำนาจจัดการแทน คำตอบก็คือญาติผู้ใกล้ชิด เช่น บิดามารดา สามีหรือภริยา หรืออาจเป็นบุตรของผู้ป่วย หากญาติมี ความเห็นตรงกันก็คงไม่มีปัญหา แต่ในกรณีที่ญาติมีความเห็นไม่ตรงกัน จะฟังความเห็นของญาติคน ไหน ในเรื่องนี้กฎหมายไม่ได้เรียงลำดับ ญาติไว้ กฎหมายได้ลำดับ ญาติไว้เฉพาะเรื่องการรับมรดก

เท่านั้น ดังนั้นในเวชปฏิบัติ ในกระบวนการ informed consent แพทย์จึงควรถามญาติที่มาส่งผู้ป่วย หรือญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่ว่า เขามีอำนาจตัดสินใจแทนญาติทุกคนหรือไม่หากไม่สามารถตัดสินใจคนเดียวได้แพทย์ควร แนะนำให้พญาติที่มีอำนาจร่วมตัดสินใจมาพบแพทย์ด้วย ยิ่งในสังคมไทยที่เป็น ครอบครัวใหญ่ มีญาติ หลายคน แพทย์ไม่อาจทราบได้เลยว่า ในแต่ละครอบครัว ใครมีบทบาทสำคัญ ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว การสอบถามให้รู้ว่าใครจะตัดสินใจได้จะช่วยให้ไม่เกิดปัญหา ในภายหลัง แต่ปัญหานี้จะง่ายเข้า ถ้าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใน ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียน Living will ไว้และหากบุคลากรทางการแพทย์ ได้ปฏิบัติตาม Living will กฎหมายก็ได้บัญญัติรับรองไว้ว่า มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจาก ความรับผิดชอบ การพูดคุยกับญาติให้เกิดความเข้าใจตามความเป็นจริงจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ มาก แต่การพูดคุยเรื่องดังกล่าวนี้แพทย์จะต้องอาศัยศิลปะในการพูดคุยกับญาติให้รู้ถึงความจริงของ โรคภัยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และให้ญาติได้รับรู้ว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว

การเนิ่นยว้างชีวิตด้วยเครื่องมือต่าง ๆ กลับจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานโดยให้ ความรู้แก่ญาติด้วยว่า วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมาน มากนักและจะทำให้จากไปอย่าง สงบก็คือ การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) คือการดูแลบรรเทาโรคตามอาการ (symptom control) การบรรเทาความเจ็บปวด (relief pain) ตลอดจนการดูแล ทางด้านจิตใจ (spiritual healing) ให้แก่ผู้ป่วยด้วย หากญาติได้รับรู้และมีความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ก็จะตัดสินใจ ในทางที่ถูกต้องได้ ในหลายๆกรณีที่เป็นอยู่ก็คือ ญาติไม่ได้รับรู้ข้อมูลในเรื่องเหล่านี้ และคิดว่า การใส่ เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายอาหารทางจมูก การปั๊มหัวใจ เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีที่สุด แพทย์ จะปฏิเสธการทำตาม Living will ได้หรือไม่โดยหลักกฎหมาย

ในมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หากแพทย์ทำตาม Living will กฎหมายได้ บัญญัติรับรองไว้แล้วว่า การกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดใด ๆ แต่ถ้าจะปฏิเสธการทำตาม Living will คงขึ้นอยู่กับเหตุผลในกรณีอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยได้เขียน Living will ไว้แล้วว่า ไม่ประสงค์ให้ใส่ เครื่องช่วยหายใจในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่เมื่อ ถึงเวลาดังกล่าว ญาติได้มาบอกกับแพทย์ว่า บุตร ของผู้ป่วยกำลังเดินทางมาจากต่างประเทศและเป็นบุตรที่ผู้ป่วยมีความรักความผูกพันมาก ขอให้ แพทย์ช่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดเวลาออกไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อให้บุตรได้มาพบกับบิดา เหตุผล เช่นนี้เป็นเรื่องที่ควรรับฟังความเห็นและคำขอของญาติ แต่ถ้าคำขอของญาติที่จะให้ยืดการตาย ออกไปนั้น เป็นไปด้วยความไม่รู้หรือขาดเหตุผลแพทย์พึงชี้แจงให้ญาติได้ ทราบความจริงและทำตาม ความประสงค์ที่เขียนไว้ใน Living will หากได้ใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว และมาพบ Living will ภายหลังว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการจะทำอย่างไร

แม้ทุกวันนี้จะมีกฎหมายรองรับให้บุคคลสามารถเขียน Living will ไว้ได้ เพื่อแสดงเจตนา ล่วงหน้าว่า ต้องการให้รักษาพยาบาลอย่างไรในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่เรื่องนี้ ยังเป็นเรื่องใหม่ใน สังคมไทย จึงยังมีแนวปฏิบัติที่ต่างกัน วิธีที่ดีที่สุดคือ เมื่อเขียน Living will เสร็จควรจะทำสำเนา และเซ็นชื่อรับรอง สำเนาถูกต้องจากนั้นให้นำสำเนาไปแนบไว้กับเวชระเบียนในโรงพยาบาลที่ไป รักษาเป็นประจำแพทย์ท่านใดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลานั้น ก็จะทราบความประสงค์ Living will ฉบับจริง ควรจะเก็บไว้กับเจ้าของเพราะบุคคลนั้นอาจจะเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ และ เกิด อาการป่วยกะทันหันจนถึงระยะสุดท้าย แพทย์ผู้รักษาจะได้ทราบความประสงค์ เกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาล

การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๒ ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลต่อไปหรือไม่ คนส่วนหนึ่งยังมีความสงสัยอยู่ว่า ถ้าเขียน Living will ปฏิเสธการใช้เครื่องมือมายืดความตาย ดังกล่าว ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลต่อไปหรือไม่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แม้แพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้แต่โดยจริยธรรม แห่งวิชาชีพ ยังคงให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ “หลักการสำคัญของ Palliative care คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมาน (relief suffering) และดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (improve quality of live) Palliative care เป็นหน้าที่ของทุกๆ คนในทีมรักษา คือการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม คือ Humanized medicine นั่นเอง”^{๔๖}

สำหรับนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ palliative care ไว้ว่า “the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment control of pain and other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families. Many aspects of palliative care are also applicable earlier in the course of the illness in conjunction with active treatment of disease”^{๔๗} จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ชี้ให้เห็นว่า palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคองมิใช่การดูแลเฉพาะการบรรเทาอาการของโรคและบรรเทาความเจ็บปวด แต่ยังรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ และการทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งต้องอาศัยการพูดคุยอย่างมีศิลปะ โดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ที่อยู่ในอารมณ์ของการสูญเสียด้วย

กล่าวโดยสรุป เจตนารมณ์ของมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ คือการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยขอใช้สิทธิจากไปตามธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้ เครื่องมือต่าง ๆ มายืดความตายออกไป หลักการของมาตรา ๑๒ มิใช่การเร่งให้ตายเร็วขึ้น แต่ก็ได้ยืดความตายออกไปเรื่อย ๆ และก็ไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะการรักษาแบบประคับประคองหรือ palliative care ยังคงกระทำอยู่ แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่อาจรักษาโรคให้หายได้แล้ว แต่ยังสามารถช่วยดูแลอาการควบคุมความเจ็บปวด ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ เหมือนเป็นแสงสุดท้ายในความมืด

๒.๖.๒ เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

การให้การดูแลเชิงรุกในทุกด้านของผู้ป่วย ที่กำลังใจเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่กำลังลุกลามและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ มุ่งแก้ไขปัญหที่สำคัญ ได้แก่ บรรเทาความเจ็บปวด ปัญหาทางกายภาพต่างๆ ปัญหาทางสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

^{๔๖} พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๗/ตอนที่ ๒๒ ก /หน้า ๑/๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓.

^{๔๗} James L. Bernat, *Ethical Issues in Neurology*, (New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2002), P.155.

เป็นการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ด้วยความรัก ความเมตตา เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ให้แก่ผู้ป่วย มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลโดยมีเป้าหมายการดูแลดังนี้

๑. ลดความเจ็บปวดและอาการไม่สบายต่างๆ
๒. ยอมรับเรื่องการมีชีวิตและการตายตามบริบทของศาสนาและวัฒนธรรม
๓. บำรุงการมีสติทางสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ
๔. ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือญาติ
๕. มีการทำงานเป็นทีมเพื่อการดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างมีคุณภาพ

๒.๖.๓ ความต้องการของญาติผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดและอยู่ในระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยมีความต้องการในด้านต่างๆ ตามมาเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวเองและอีกทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวคิดว่าเป็นการตอบแทนผู้ป่วยและได้ทำสิ่งที่ดี ๆ ให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของเวอร์เฮเก, ดีฟรอส, ซูเรน, ไตจีส์ทรี และกริบดอนค (Verhaeghe et al) เรื่องประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านต่างๆ แบ่งได้เป็น ๔ ระยะคือ

ระยะที่ ๑ เป็นระยะต้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ต้องการรื้อหน้าห่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยไม่มีความแน่ใจในการรักษาและอาการของผู้ป่วย เครียด สับสน ขณะที่รื้อหน้าห่อผู้ป่วยในระยะนี้แม้ว่าแพทย์ได้ให้ข้อมูลการวินิจฉัยหรือความก้าวหน้าของโรค แต่พบว่าสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ

ระยะที่ ๒ เป็นระยะที่ครอบครัวจะกลับมาเผชิญกับความจริง ครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เริ่มรับรู้ และซึมซับ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเกิดพึงพอใจและสามารถที่จะดำเนินไปในระยะต่อไปได้

ระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ครอบครัวมีการสังเกต วิเคราะห์และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ครอบครัวต้องการสังเกตสิ่งต่างๆ จากข้อมูลที่ได้รับว่ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือไม่

ระยะที่ ๔ เป็นระยะที่ครอบครัวหาแหล่งให้การตอบสนองความต้องการจากที่อื่น และมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเอง ซึ่งครอบครัวจะตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ในระยะนี้ครอบครัวต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีจากแพทย์และพยาบาล^{๔๘}

^{๔๘} Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F., V., Duijnste, M., & Grypdonck, M., “The need and Experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: A review of the literature”, *Journal of Clinical Nursing*, (14 (4), 2005): 501-509.

นอกจากนี้ การทบทวนการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถสรุปแบ่งความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

๑. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (information needs) ครอบครัวต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษาของแพทย์ ข้อมูลที่ญาติต้องการเป็นคำพูดที่ง่ายสามารถเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต และใกล้ตายครอบครัวมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจากไปของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ที่สอดใส่ในร่างกายของผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลจากแพทย์ในทุกๆ วัน ซึ่งข้อมูลมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวและมีผลต่อการตัดสินใจ^{๔๙} และจากพยาบาลคนเดิมในทุกๆ วัน

๒. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความสะดวกสบายด้านต่างๆ ในระยะแรกที่ครอบครัวผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้นครอบครัวไม่ได้คำนึงถึงความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนัก แต่ความต้องการส่วนใหญ่จะอยู่ที่ผู้ป่วย ต้องการให้แพทย์และพยาบาลให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต^{๕๐} ความต้องการด้านร่างกายครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการเช่น ความต้องการให้มีห้องน้ำ ห้องพักรอเยี่ยมอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการให้มีการอำนวยความสะดวกในห้องพัก เช่นอุปกรณ์ต่างๆ มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก ต้องการให้มีบริการอาหารและเครื่องดื่มให้กับหอผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่จากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ แพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์มีความรวดเร็วในการปฏิบัติงานต้องการอุปกรณ์ที่มีความพร้อมที่สุดสำหรับผู้ป่วย^{๕๑} และนอกจากนี้ครอบครัวยังมีความต้องการมีเวลาอยู่คนเดียวหรือเวลาที่เป็นส่วนตัว และต้องการบุคคลคอยช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย

๓. ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นภาวะวิกฤตของญาติและครอบครัว ความต้องการด้านอารมณ์ของครอบครัวที่สำคัญคือความต้องการลดความวิตกกังวลครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่มีอาการวิกฤตอยู่ในระยะใกล้ตาย มีความไม่แน่ใจในการรักษาและอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ ความต้องการด้านอารมณ์จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์เช่น ต้องการพูดคุยระบายความรู้สึก ต้องการให้มีการรองรับอารมณ์ ความต้องการด้านอารมณ์จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์เช่น ต้องการพูดคุยระบายความรู้สึก ต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย ต้องการอยู่คนเดียวตามลำพัง ต้องการการยอมรับจาก

^{๔๙} Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F., V., Duijnste, M., & Grypdonck, M., “The need and Experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: A review of the literature”, *Journal of Clinical Nursing*, (14 (4), 2005): 501-509.

^{๕๐} Dunbar, S.B., & Mclain, R.M., Family care in M.R.Kinney. D.R. Packa & S.B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical care nursing*, (St.Louis: Mosby, 1993): pp.411-425.

^{๕๑} Pichaikul, S., *Need of family members of critically ill patients in critical care unit in Thailand*, (The catholic university of America, America, 2000), p. 33.

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และต้องการให้มีการเคารพในความเป็นบุคคล^{๕๒} สมาชิกในครอบครัวอาจจะแสดงออกมาเป็นคำพูดการสนทนากับเพื่อน แพทย์และพยาบาล สมาชิกในครอบครัวต้องการรอยยิ้มจากแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความต้องการด้านความหวังจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอย่างทันที หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นรุนแรงโดยเฉพาะ ๑-๒ สัปดาห์แรกและความต้องการยังคงอยู่ต่อไปหลังจากที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ๑-๒ สัปดาห์^{๕๓} สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเครียดและโดยการต้องการความหวังว่าแพทย์สามารถที่จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ (Pichaikul, ๒๐๐๐) ในขณะเดียวกันครอบครัวผู้ป่วยต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด และต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยทันทีหรือสามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลาเท่าที่ต้องการ

๔. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) ได้แก่ การยึดมั่นในศาสนาประเพณี ความเชื่อโดยครอบครัวต้องการให้พระหรือผู้นำศาสนาเยี่ยม ต้องการนำวัตถุที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และสิ่งที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่เงียบสงบ สะอาด มีความเป็นส่วนตัวทั้งด้านตัวผู้ป่วยและครอบครัวความต้องการด้านจิตวิญญาณอาจเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาก็ได้ เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ผ่านมา นึกถึงลูกหลาน ความรักที่มีต่อชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์เป็นต้น^{๕๔}

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ ทรองส์ และคณะ (Trous, ๒๐๐๑) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวและญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าครอบครัวต้องการสิ่งต่อไปนี้เป็น ๑๐ อันดับแรก โดยแพทย์และพยาบาลต้องการให้การดูแลแบบองค์รวมได้แก่ ๑) ต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ๒) ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ๓) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย ๔) ต้องการทราบว่าทีมสุขภาพจะให้การพยาบาลอะไรกับผู้ป่วยเหตุผลอะไร ๕) ต้องการให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบายไม่เจ็บปวดหรือทรมาน ๖) ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีม สุขภาพ ๗) ต้องการระบายความรู้สึก ๘) ต้องการได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจของญาติและครอบครัวถูกต้อง ๙) ครอบครัวได้ค้นพบความหมายของการตายของคนที่คุณรัก ๑๐) ครอบครัวได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย เช่นอาหาร น้ำ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

^{๕๒} Pichaikul, S., **Need of family members of critically ill patients in critical care unit in Thailand**, (The catholic university of America, America, 2000), p. 34.

^{๕๓} Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F., V., Duijnste, M., & Grypdonck, M., “The need and Experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: A review of the literature”, **Journal of Clinical Nursing**, (14 (4), 2005): 501-509.

^{๕๔} Pichaikul, S., **Need of family members of critically ill patients in critical care unit in Thailand**, (The catholic university of America, America, 2000), p. 35.

๒.๗ พุทธวิธีล้าหนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนัก

ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนักในวิถีชาวล้านนานั้นได้มีการประยุกต์ใช้หลักพุทธวิธีแบบล้านนา ดังนี้

๒.๗.๑ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อแบบล้านนา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living dying interval) และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน หรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ดังเดิม มีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคที่เป็นอยู่นั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะเปลี่ยนเป็นการดูแลเพื่อการประคับประคอง (palliative care) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพอจะสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก เนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ แต่การดูแลด้านร่างกายยังจำเป็นอยู่ มิฉะนั้นจะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทวีมากขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

๒. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการดูแลมากกว่าการรักษา ผู้ป่วยมิได้อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา เพราะผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษาแล้ว แต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ต้องการดูแลมากกว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงมิใช่การดูแลโรค แต่เป็นการดูแลในฐานะบุคคล ที่ต้องการการได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

๓. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมิใช่มีชีวิตอยู่คนเดียว แต่มีครอบครัว และสมาชิกในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยและเพื่อนๆ สมาชิกในทีมสุขภาพด้วย^{๕๕}

จากความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนจะถูกคุกคามจากความตาย แต่ปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลจากงานวิจัยของนักวิทยาศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตาย ทำให้เข้าใจมากขึ้นว่าเมื่อความตายมาถึงจะมีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรบ้าง ซึ่งแพทย์สามารถทำนายได้ แต่สำหรับสิ่งที่กระทบกระเทือนกับสภาพจิตใจเป็นสิ่งที่ยากต่อความเข้าใจ แต่ที่ทุกคนตระหนักดีก็คือความเข้าใจต่อความตายว่าเป็นการ

^{๕๕} สุภาวดี ดาวดี, “ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๗), หน้า ๑๐.

สูญเสีย ดังนั้น คนส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่เกี่ยวข้องกับความตาย แต่ความตายก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น ทุกคนจึงต้องเผชิญกับความตาย แม้จะไม่พึงปรารถนาก็ตาม

ภาคเหนือของไทยที่คนทั่วไปมักเรียก “ล้านนา” นั้น นับเป็นดินแดนอีกแห่งหนึ่งที่มีมนต์เสน่ห์ดึงดูดใจให้คนอยากไปเยือนอยู่เสมอ ทั้งนี้ เพราะวิถีชีวิตที่ปรากฏเป็นรูปธรรมอันโดดเด่นได้กลายเป็นเอกลักษณ์ที่ต่างไปจากภูมิภาคอื่นๆ จากหน้าบันทึกประวัติศาสตร์ในอดีต “ล้านนา” เป็นอาณาจักรที่มีความสำคัญยิ่งทางภาคเหนือตอนบนก่อนที่จะมาหลอมรวมกับกรุงรัตนโกสินทร์เป็นประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งแม้จะผ่านช่วงพัฒนาการที่ยาวนานทั้งการเป็นอาณาจักรที่เป็นอิสระปกครองโดยราชวงศ์มังราย มีความเจริญรุ่งเรืองและเสื่อม จนต่อมาต้องตกอยู่ภายใต้การปกครองของพม่าและสยามนั้น อาณาจักรล้านนาก็ยังคงมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มชน ภายใต้ระบบความเชื่อแบบผสมผสานทั้งศาสนาพุทธ ศาสนาพราหมณ์ และการนับถือผี โดยสะท้อนให้เห็นจากมรดกวัฒนธรรม อาทิ ศาสนสถาน โบราณสถาน โบราณวัตถุ และเอกสารโบราณต่างๆ เช่น คัมภีร์ใบลาน พับสา สมุดไทย และจารึกล้านนาที่มีเป็นจำนวนมาก

การดำรงอยู่ของวิถีชีวิตคนล้านนาตั้งแต่สมัยโบราณกาลจะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อทางพิธีกรรม ที่มักจะอาศัยอำนาจสิ่งลี้ลับเหนือธรรมชาติที่บางครั้งหาข้อพิสูจน์ไม่ได้ ไม่ว่าในยุคใดสมัยใดพิธีกรรมความเชื่อเช่นนี้ก็ยังคงอยู่คู่กับคนล้านนาอย่างไม่มีวันสูญหาย

ความเชื่อเรื่องการนับถือผีและวิญญาณถือได้ว่าอยู่คู่กับคนล้านนามาช้านานจนแยกจากกันไม่ออก โดยเฉพาะผีบรรพบุรุษนั้นมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน ทว่ายังมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับ “ผี” อีกพิธีหนึ่งที่ปัจจุบันนับวันกำลังจะสูญหายไปเพียงเพราะความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี รวมทั้งการรับเอาวัฒนธรรมจากต่างชาติเข้ามาใช้ในสังคม พิธีกรรมที่ว่านี้ก็คือ “ผีหม้อน้ำ” ซึ่งเป็นการเชิญวิญญาณของปู่ย่า ตายายเพื่อถามไถ่เหตุการณ์และเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พิธีกรรมเช่นนี้ยังคงมีปรากฏให้เห็นในหมู่บ้านแถบชนบท

เมื่อมีคนเจ็บป่วยในชุมชน คนล้านนาจะมีพิธีกรรมหนึ่งที่ถือปฏิบัติกันก็คือ “การเรียกขวัญ” หรือ “การฮ้องขวัญ” พิธีกรรม “เฮียกขวัญ” หรือเรียกขวัญตามความเชื่อของหมอเมืองเชื่อว่าในร่างกายของคนเราประกอบด้วยธาตุทั้ง ๔ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ก่อตัวกันขึ้นมาเป็นรูปร่างที่ประกอบด้วยอาการ ๓๒ เป็นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและเชื่อว่าจะมี “ขวัญ” หรือจิตเข้ามาเป็นส่วนคอยควบคุมการดำรงอยู่ของร่างกาย เช่น ขวัญแข็ง, ขวัญขา, ขวัญตา, ขวัญหู, ขวัญใจ, ขวัญคอ ซึ่งขวัญของส่วนต่าง ๆ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์กันทั้งร่างกายและจิต หรือขวัญซึ่งหากส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับการกระทบกระเทือนก็จะส่งผลให้อีกส่วนได้รับผลกระทบไปพร้อม ๆ กัน อาทิเช่น เมื่อร่างกายได้รับความกระทบกระเทือนบาดเจ็บขึ้นมาก็ย่อมส่งผลให้จิตใจได้รับผลดังกล่าวตามกัน ดังนั้น เมื่อร่างกายและจิตใจได้รับความกระทบกระเทือนก็ย่อมจะมีแนวทาง ในการแก้ไขหรือการเสริมสร้างให้ทั้งสองส่วนกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งการรักษาทางกายนั้นจะมุ่งเน้นการรักษาโดยการใช้น้ำมันไพรและกระบวนการรักษาอื่นที่เน้นวิธีการรักษาแต่เพียงภายนอก แต่ทางด้านจิตใจ^{๕๖}

นอกจากการให้กำลังใจแล้วกระบวนการ “เรียกขวัญ / สู่ขวัญ” ถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่หมอเมืองได้มีการนำมาใช้ในการรักษาเพื่อการเสริมสร้างสภาพจิตใจให้คืนสู่สภาพปกติ ดังนั้น ประวัติ

^{๕๖} วรรณวลี อินทร์ปิ่น ภัททิรา วิภาณิญา และจันทราภักษ์ โตวรานนท์, “การวิเคราะห์พิธี “ฮ้องขวัญ” ในจังหวัดเชียงราย”, รายงานวิจัย, (เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, ๒๕๔๔), หน้า ๑๔.

ความเป็นมาของการเรียกขวัญและการสู่ขวัญตามความคิดเห็นของหมอเมืองเชื่อว่า การเรียกขวัญ และการสู่ขวัญมีประวัติความเป็นมาสืบเนื่องมาจากสาเหตุการเจ็บป่วยของคนเราโดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับจิตใจซึ่งจำเป็นต้องหาแนวทางในการรักษา ซึ่งกระบวนการเรียกขวัญ / สู่ขวัญ ถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้มีการถือปฏิบัติสืบต่อ ๆ กันมาจากรุ่นสู่รุ่น

ตามความเชื่อของหมอเมืองเชื่อว่า ขวัญจะมาอยู่กับเนื้อกับตัวของเรา ซึ่งหากทุกวันนี้ถ้าคนเราไม่มีขวัญก็จะเป็นชีวิตอยู่ไม่ได้ ดังนั้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับขวัญจึงต้องทำการเรียกขวัญและสู่ขวัญ เพื่อที่จะช่วยให้อาการเหล่านั้นหายเป็นปกติ ถือได้ว่าการเรียกขวัญ / สู่ขวัญ ก็คล้ายกับเป็นการชโลมจิตใจหรือปลอบใจเพื่อให้จิตใจดีขึ้น ดังได้กล่าวไว้ว่าคนเรามี ๓๒ ขวัญ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยตามความเชื่อของหมอเมืองเชื่อว่า อาการเหล่านั้นมักจะเกิดจากขวัญใดขวัญหนึ่งได้หายไปไม่อยู่กับเนื้อกับตัว ก่อให้เกิดความไม่สบายกายไม่สบายใจ เช่น เกิดจากการตกใจ เกิดจากการประสบอุบัติเหตุจนทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งอาการเจ็บป่วยเหล่านี้ถือเป็นอาการเจ็บป่วยที่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนจึงทำการเรียกขวัญ / สู่ขวัญได้โดยไม่ต้องทำพิธีการที่เรียกว่า “บนขวัญ” ซึ่งพิธีการบนขวัญจะกระทำเมื่อไม่ทราบสาเหตุหรือเมื่อเราไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเกิดจากขวัญหายไประหว่างทางหรือไม่จึงได้มีการบนขวัญ โดยกล่าวคำไหว้หรือคำอ้อนวอนให้อาการเจ็บป่วยหายภายใน ๓ วัน ๗ วัน ซึ่งขั้นตอนการบนขวัญจะบนกับตัวผู้ป่วยเอง

ดังนั้นแสดงว่าพิธีการเรียกขวัญ / สู่ขวัญนี้เกิดขึ้นมาเนื่องจากคนเรามีขวัญเมื่อขวัญหายไประหว่างทางทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย จึงต้องมีการเรียกขวัญ / สู่ขวัญ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อตัวเราเองไปพบเจอกับสิ่งที่ทำให้ตกใจก็มักจะอุทานว่า “ขวัญมา ขวัญมา” ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการเรียกขวัญ / สู่ขวัญก็เพื่อให้เกิดความสบายทั้งกายและใจ รวมทั้งเพื่อให้อาการเจ็บป่วยเป็นที่อยู่หายเป็นปกติ

ประเภทของการเรียกขวัญ

พิธีกรรมเรียกขวัญสามารถแบ่งออกตามลักษณะของการประกอบพิธีได้ ๕ ลักษณะ ดังนี้

(๑) การเรียกขวัญคนป่วย เป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อเป็นการรักษาสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยที่ไม่ต้องทำการตรวจสอบหาสาเหตุของการเจ็บป่วยแต่อย่างใด

(๒) การเรียกขวัญหยิบข้าว เป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อตรวจสอบขวัญผู้ป่วยมาอยู่กับเนื้อกับตัวหรือไม่

(๓) การเรียกขวัญตั้งไข่ เป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อการเสี่ยงทายหาสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับขวัญ

(๔) การเรียกขวัญปักเทียน เป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อการเสี่ยงทายและตรวจสอบอาการเจ็บป่วยเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

(๕) การเรียกขวัญเข้าร่างหรือการเรียกขวัญลงร่าง เป็นพิธีกรรมที่มักจะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

เป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบหาสาเหตุของการเจ็บป่วยอย่างละเอียด

๑.๑ การเรียกขวัญคนป่วย

(๑) ประวัติความเป็นมาของการเรียกขวัญคนป่วย

การเรียกขวัญคนป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ จนทำให้ขวัญไม่อยู่กับเนื้อกับตัวมีอาการเบื่ออาหาร เศร้าซึม นอนไม่หลับสามวันสี่วันไข้ หรือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุตกต้นไม้ ตกรถ รถชนจนทำให้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งภาวการณ์เจ็บป่วยเหล่านี้ได้ทำให้ขวัญใดขวัญหนึ่งในร่างกายของผู้ป่วยหนีออกจากร่าง จึงต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการเรียกขวัญ ซึ่งการประกอบพิธีกรรมเรียกขวัญคนป่วยไม่จำเป็นต้องทำการเสี่ยงทายหาสาเหตุแต่อย่างไร เพราะการเรียกขวัญคนป่วยส่วนใหญ่จะทราบสาเหตุของผู้ป่วยอยู่แล้ว เป็นต้น

(๒) ขั้นตอนและวิธีการเรียกขวัญคนป่วย

เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวประสบอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยญาติก็เชิญหมอผู้ทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรมการเรียกขวัญมาประกอบพิธี โดยหมอผู้ประกอบพิธีกรรมจะแจ้งให้ญาติได้เตรียมบายสี หรือชกษาขวัญ ๓ ยอด มี ๖ กาบ ในชกษาขวัญ ๓ ยอด ประกอบด้วย ดอกไม้ ของหอม และอุปกรณ์ในการแก้บน ซึ่งประกอบด้วย ไก่ต้ม ๑ ตัว ไข่ ๑ ฟอง เหล้า ๑ แก้ว น้ำ ๑ แก้ว กล้วย ๑ ลูก ข้าวสุก ๑ ปั้น ข้าวต้ม ขนมน้ เมี่ยง บุหรี่ ของส้ม ของหวาน หมาก เทียน ๓ เล่ม ใส่ตรงยอดทั้ง ๓ ยอด ด้ายสายสิญจน์ ๕, ๗, ๙ เล่ม เสื้อผ้าของผู้ป่วย น้ำสั้มป่วย ๑ แก้ว สำหรับการส่งเคราะห์ ปิดเคราะห์ ปิดภัย และจัดเตรียมขันครูซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ ขัน ๘ และขัน ๑๖ ดังนี้ ขัน ๑๖ จะประกอบด้วย สวยหมาก ๘ สวยพลู ๘ สวยดอกสวยเทียน ๘ หมาก ๘ ขด ผ้าขาว ผ้าแดง เทียนคู่บาท เทียนคู่เฟื้อง เบี้ยพันสาม หมากพันสาม ซึ่งเครื่องใส่ขันครูต่าง ๆ เหล่านี้ ญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดเตรียมรวมแล้ว เรียกว่าขัน ๑๖ ซึ่งจะต้องใส่วัตถุ (เงิน) ๓๖ บาท

ส่วนขัน ๔ ประกอบด้วย สวยหมาก ๔ สวยสวยปู ๔ สวย หมาก ๔ ขด หมากหั่ว พลูมัด และอื่น ๆ คล้ายคลึงกับขัน ๑๖ แต่จะลดจำนวนให้เหลือเพียง ๔ อย่าง ซึ่งทั้งหมดรวมเรียกว่าขัน ๘ ซึ่งจะต้องใส่วัตถุ (เงิน) ๑๕ บาท เมื่อเตรียมเครื่องชกษาขวัญและเครื่องขันครูเสร็จเรียบร้อยแล้ว หมอผู้ประกอบพิธีกรรมการ เรียกขวัญจะทำการประกอบพิธีกรรมดังกล่าวโดยจะเริ่มจากการกล่าวคำไหวหรือบทสวดในการเรียกขวัญ ดังนี้

“อะชะโส อะชะไซโย อะชะเนวันนัก็เปวันตี เปวันศรีไสเชียงคาน มีทั้งเครื่องอะรังการ เสื้อผ้าตกแต่งไว้ถ้านานา มีทั้งขันและปลา มีพวงมาลาดอกไม้ ผูกเงินคำมีบ่อไร่ เจ้าหากเกิดมาตี ลูกลาภร้อนรักขณะถ้วนเลาเลิง บ่สมเพิงเพาและเจ้า หากเกิดมายุากเล่าหนักหนา ทรงคำพระดำเมินมาก สิบเดือนหากบวระมานเจ้าจั่งประสูติ บางพ่องเกิดเป็นหุดเป็นเปา เนื่อเปล่าเรียนเกลี้ยงสูงต่ำพ่องเหมือนกันสูงต่ำขาวดำมีหลายหลาก อันถูกลักษณะก็หายากมีแควนหย้อย อายุเจ้ายังบ่อพอร้อยบ่พอ พันถึงหกสิงถึงสังขารหัวหงอกตาเป็นหมอกจักขุญาณเท่าเทียวสงสารหลายกำเนิด เจ้าเกิดมาร่วมศาสนา พระแต่งตั้งว่า อรัมโคญาณก็บ่ผาเสริฐ บ่เป็นที่เกิดแห่งสัพพตามอุดรโฆเลยบ่ชะข้องซัง ก็บ่ยิ่งเหลือกว่าชมพูเรา ผูกเทวดาเขาเลงดูชู่แห่ง พระยาอินทร์จั่งใช้เทวบุตรลงมาเวียนเอาชื่อแห่งตนบุญ ใส่หลายเงินไว้ถ้าผูกใจหายบ่ข้าสาหดเอาหนั่งหมามาจดชื่อไว้คู่หญิงชาย เหตุนั้นเราควรกระทำบุญหลายมามาก บ่ควรดีเรียกยากแท้เล่า เพราะอายุเจ้าบ่พอร้อยพอพัน บ่พอเป็นอันชั้นฟ้า ขวัญเจ้าจะไปนั่งขอยหน้าสู่เมืองผี จุ่งหื้อคีนมาติดังเก่า หื้อเจ้าได้เว้นทานแล้วทานเล่าบุญนักรกว่าบุญเก่าหลาย หื้อเจ้าเว้นเสียยังอบายทั้งสี่ หื้อเจ้ามาอยู่เรือนมงคล หื้อเจ้าสืบแทนตระกูลเผ่าพันธุ์วงศ์พ่อแม่ ขวัญเจ้าอย่าไปล่าเล่นยังดง ขวัญเจ้าอย่าไปหลงเสียยังแม่น้ำแถมปลา ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ยังทุ่งยังนากลางป่า อย่าไปอยู่จันนาคาแถมหมู่ ครุฑหากหลายเหลือ ขวัญเจ้าอย่าไปพั้งเมื่อเมืองไว้ ตูอย่าคงหัน จุ่งคีน

มาพันโดยรีบ มังคะละทีบดตี ขวัญเจ้าอย่าไปสวดล่าเมืองผีต่างด้าว ขวัญเจ้าอย่าไปเมือง
 ทานท้าวไอศวรขวัญเจ้าอย่าไปอยู่สุขสรวนมวนเล่น ที่เถื่อนถ้าย่านน้ำวังคูหา ขวัญจักชุตาทิ้งคู่ ขวัญ
 ตั้งจุมูกุ่งมาอยู่กับดั่ง(จุมูก) ดมดอกไม้ ขวัญหูเจ้าจูงมาอยู่หูไว้ฟังธรรม หื้อมาทั้งขวัญแขนลำบองแก้ว
 หื้อมาทั้งขวัญแหวแคว้และอกกลม หื้อมาทั้งขวัญถานานมทั้งคู่ ขวัญท้องอย่าอดด้วยคำกิน ขวัญแค้น
 หื้อได้อดเดียวดินหมั่นย้าย ขวัญตื่น เจ้าอย่าแหวฝ้ายลีลา สามสิบสองขวัญเจ้าจูงมาตั้งเกาเตอะเนอ
 ขวัญเฮยขวัญหัวเข้าอย่าคอนหื้อมาทั้งขวัญตน นอนสาด หื้อมาทั้งขวัญปากที่เจ้าเคยฟูจาหวาน หื้อมา
 ทั้งขวัญนิ้วนางนิ้วก้อยแม่มือ หื้อมาทั้งขวัญสายตือขวัญคิ้วขวัญสปีน้วยอยู่ตื่น ขวัญเจ้าอย่าไปบินแหวผ้า
 ลีลา สามสิบสองขวัญเจ้าอย่าไปแถมเถื่อนข้างกินขวิขวัญเจ้าอย่าไปแถมนางณีออกค่าง ขวัญเจ้าอย่า
 ไปอยู่ที่ปางโอราที่กวงไม้ใหญ่ ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ที่แม่ไก่สองหงอน ขวัญเจ้าอย่าไปละองต่าต้อย ขวัญ
 เจ้าอย่าไปเล่นหมากรุกหน้อยและหมากรุกกา จิงนางเทวดาเขาแก้วขวัญเจ้าอย่าไปสวैयाแล้วจิมนาย
 พาน ขวัญเจ้าอย่าไปหลงเสียดงคำที่สลอกห้วย ที่รู้จิงควากินกล้วย ที่ป่าไม้บมีคน ขวัญเจ้าไปเวนเสียยัง
 กางป่าไม้แถมผี ขวัญเจ้าอย่าไปไปอยู่จิมเศรษฐีและช่างหม้อ ขวัญเจ้าอย่าไปแถมไม้้อและไม้เลา
 ขวัญเจ้าอย่าไปเมืองจอมเขาไกลาส ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่อากาศกลางหาว ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่กลางเดือน
 ดาวยังฟ้า ขวัญเจ้าจูงหื้ออว้ายหน้าคินมา เนอขวัญเนอ ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ที่ศาลาหลสูงเก้าห้องขวัญ
 เจ้าอย่าไปอยู่ที่ฟาร้องแผ่นดินสุด ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ที่สมุทหลวงและคงคาใหญ่กว้าง ขวัญเจ้าอย่าไป
 อยู่ในท้องช้างเอราวัณเนอเจ้า ขวัญทวารจูงมาอยู่ทวารทั้งเก้า ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่เมืองย่าเฒ่าดอกซอน
 มาร ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่จิมรื่นและยุงยังผา ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ทำน้ำและทางหลง ขวัญเจ้าอย่าไปชม
 ดวงดอกไม้ที่ด่านฮ้อเทือกแก้ว ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่กับแมลงและนกแอ่นเหวัน ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่จิม
 นกเขาควและนกเขาทอง ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่หมอกเกี้ยวจอยวอย ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่จิมแม่มกจ้ารอย
 และเขาตุ่กาแก ขวัญอย่าไปอยู่จิมนกแลข้างปากเปนคำคน ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่จิมแม่มกเอี้ยงต่างและ
 ถั่วดำ ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่จิมหงษ์คำและไก่เถื่อน ขวัญเจ้าอย่าไปเปนเพื่อนมะนาววิพลที่นั้นนาเป็นที่
 แฝงไม้เล่นแห่งพญาธร สามสิบสองขวัญเจ้าจูงมามาเรียบร้อย ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่ที่พระยอดสร้อยเมือง
 ไกล ที่แม่ตาไหลตาคำลุ่มน้ำ ขวัญเจ้าอย่าไปอยู่เถื่อนคำศรีในดงรีเทคทอง โขงเขตห้องเมืองอุดรโข
 ขวัญเจ้าอย่าไปมัวเมาอยู่โขงชมพวยารยานกว้าง ขวัญอย่าไปอยู่ท่าทางชะโนมา ขวัญเจ้าอย่าไปเปน
 เพื่อนพญาอยู่ในเรื่องนาค ขวัญเจ้าอย่าไปฝากฟากหกสวรรค์ ขวัญเจ้าอย่าไปสวงม่วนเล่น ซอยอยู่ใน
 เทศห้องโขงเขตห้องเมืองไกล ขวัญเจ้าอย่าไปร้องรำให้อยู่วอย ๆ ขวัญตื่นรอยที่หื้อมาอยู่เนื้อ ขวัญติด
 เสื้อผ้าที่หื้อมาอยู่ตัว ขวัญหัวที่หื้อมาอยู่งามแ่ง ขวัญเหล็กที่หื้อมาอยู่แหล่งามงาม ขวัญขากที่หื้อมาอยู่ขา
 ตั้งคู่ ขวัญหูตั้งคางขวัญแถม จูงหื้อรีบเร็วพลันมาเต้อมแ่ง จูงหื้อมาอยู่ดั่งอยู่แถมเปนอาจिन ขวัญตื่น
 นายอันท้องเทียวฝ้าย ขวัญที่ยกย่างย้ายก็หื้ออยู่ที่ไผ่ที่มัน จูงอยู่ยืนยงเที่ยงเท่าเตอะเนอ เมื่อเรียกขวัญ
 เสร็จแล้วก็ให้ผูกมือพร้อมว่า ดังนี้

“ศรีสวัสดิ์ สิริโยค อุตตะมะโซคมมากเนื่องนองเงินคำมีหลายกองบ่อรู้ค่าย ข้าจักผูกมือซ้าย
 เจ้าไว้บ่หื้อ ขวัญเจ้าหนี จักผูกหื้อขวัญเจ้าอยู่ดียิ่งกว่าเก่า จักผูกขวัญเจ้าเล่าไว้กับตน จักผูกด้วยฝ้าย
 มงคลอันวิเศษฝ้ายขาว เทศอันบริสุทธิ์ ฝ้ายอันคนมนุษย์หาใช้อุปโภค เส้นฝ้ายมนุษย์ชะโลกหากลือ
 แพร แม่หลักผูกเพกผูกแสงก็หมั่น ปล้นบ่ยามมอง พอพะหมาน แม่นจักผูกข้าพหลายสารก็อยู่ ผูกเอาไว้
 ควายขี้ลูกก็พน แม่นจักผูกมือหื้อคนหายพยาธิ ดีกว่าเชือกชะบั้งบาตรแห่งพญานาค ตนชื่อว่าวิรุ
 ปิกชะ ฝ้ายเส้นนี้มีอานุภาพแคว้นวิเศษ อันประกอบด้วยสาธะเพตอันได้แต่เมืองตะกะศีลามา ข้าจัก

ผูกขวัญเจ้าไว้บ่หื้อไหลคล้า ข้าจักผูกแขนนายเบื่องซ้ายไว้บ่หื้อขวัญเจ้าหนี ไปอยู่จีนผีในป่า บ่หื้อขวัญเจ้าล่าเดินดง บ่หื้อขวัญเจ้าหลงไปแอ่วเหล่าน บ่หื้อตื่นตื่นตกใจ บ่หื้อไปอยู่กลางดงไพรในป่าเถื่อน บ่หื้อไปเป็นเพื่อนแรด ช้างและเสือหมี บ่หื้อขวัญเจ้าไปอยู่จิมผิยักษ์ผีเย็นตัวใหญ่ ข้าจักผูกขวัญเจ้าไว้หื้อเป็นมงคล คือแขนดวงผาเสริฐ แขนข้างามล้ำเลิศเหมือนดังลอตเงินดี มีเล็บยาวขว้างเหมือนดังงาช้าง เอราวัด สัพพะภัยยะมีร้อยและพันแสนล่ำหรือหลังค้อยพ้อนิบหายปลายมือเจ้าเป็นอาวุธห้าเยื้อง รักษาตน สัพพอนทราย ก็หรือหายพาดเหมือนดังน้ำกลิ้งตกจากใบวันนั้นแท้ดีหลี หื้อเจ้าได้อยู่ดีมีชีวิตาอายุมันยืนยาวนั้นยังจักมี อมพุธโร รกชิตติ ทมโม รกชิตติ สังโฆ รกชิตติ ลมพณังมหาพณัง อมสวาทะ” หลังจากผูกมือซ้ายเสร็จให้ผูกมือขวาอีก แล้วกล่าวดังนี้

“อะชะในวันนี้ ก็เป็นวันดี ศรีไชโยชค วันนั้นก็เป็นวันพันโทษโคกา ข้าจักผูกมือขวาแห่งเจ้าจักผูกมือ ไว้เล่าด้วยฝ่ายอันบริสุทธ์ เพื่อหื้อเป็นมงคล หื้อพ้นจากกังวลทุกสิ่ง หรือขวัญเจ้าอยู่หมั่นยิ่ง กับตนแท้ดีหลี หรือหมั่นเหมือนดังปะรุพี อันหนาได้สองแสนสี่หมื่นโยชน์ หื้อหมั่นเหมือนดังคอยหินหนักได้แสนโกฏิสักคะหยา หื้อหมั่นเหมือนกันทะมาทะนะสะอาดหื้อหมั่นเหมือนดังเขาแห่งพระยาอินทร์ตาราช หื้อหมั่นเหลือ ขนาดเหมือนดังหินปันดูกำพะระศีลาแห่งพระยาอินทร์ตาราช หื้อหมั่นเหลือขนาดเหมือนดังเสาอินทขิน อันฝังไว้หมั่นบรู๊ คลาโคล หื้อหมั่นเหมือนนมหินสิดา อันพระสังฆเจ้าหากปลูกไว้ ข้าจักผูกมือเจ้านี้ไซ้ หรือเจ้าได้อยู่สุขสบาย ปลายมือเจ้ามีห้ากึ่ง หรือมีเดชะยิ่งกว่าดาบศรีกันชย กับเจ้าเหยียดมีไปทางใดก็หื้อฝึกกลัวเหมือนใจจะขาด สัพพพยาธิเจ้าก็หื้อหาย คลายจากตนตัวเจ้าไปเสียวันนียามนี้สันจุงจักมีแท้ดีหลีเตอะ”^{๕๗}

ในขณะที่หมอจะประกอบพิธีเรียกขวัญตามความเชื่อของหมอบางรายจะทำการปิดเคราะห์ให้ผู้ป่วยก่อนประกอบพิธีในบางอาจารย์จะทำการปิดเคราะห์ก่อนทำการป้อนข้าวขวัญหรือช่วงกลางบทสวด เมื่อเสร็จแล้วก็ทำการผูกข้อมือผู้ป่วย และให้พรแก่ผู้ป่วย

๒.๗.๒ การสู่มาขันแก้วทั้งสาม

เมื่อมีคนล้มป่วยใกล้เสียชีวิต ตามความเชื่อล้านนาจะมีการสู่มาขันแก้วทั้งสาม โดยปู่จารย์หรือพ่ออาจารย์ ผู้นำพิธีกรรมทางพุทธศาสนาของล้านนาทำหน้าที่ต่อด้วยการทำพิธีกล่าว คำสู่มาขันแก้วทั้งสาม แบบที่ตนได้เรียนมาจากครูบาอาจารย์ที่สืบทอดกันมา โดยให้ตัวแทนท่านหนึ่งไปยกขันดอกไม้ธูปเทียน(ขันแก้ว)ที่ยังไม่ได้จุดไฟ ก็ให้ทำการจุดธูป ๓ ดอก บางแห่งจุด ๕ ดอก แล้วก็เหน็บไว้ที่ขันดอกไม้นั้นพร้อมกับยกตั้งไว้บนโต๊ะหน้าพระพุทธรูป ช่วงนี้ ปู่จารย์ก็กล่าวคำสู่มาดังกล่าวไปโดยลำดับ...ตั้งนะโม ๓ จบแบบสำเนียงภาคเหนือ แล้วต่อด้วยคำว่า...

“สาธุ สุตินันัง ะตะเมตานัง ประมะมัง สุขัง อะหังวันทา นิสีระสา ผู้ช้าน้อยขอกราบไหว้ถวายบูชา สุมাত্রิตนยังแก้วสามสิ่ง อันล้ำเลิศยิ่งว่าเป็นมงคล แก้วแก้วผนแสนห้า ก็ยังบ่อมีค่าเท่าใด นานาหลอนวาแก้วปะภาจมนเงิน หลับลุกตื่นมาเกิน ก็ยังบ่อแต่ารสศีลธรรม แห่งพระเจ้ามะนิแก้วเก้า ก็เรียกว่าสีแดง เอามาแบ่งแหวนปวงคำ อาจอ้าง ก็ยังบ่อหู้แตกม้างแหงใน และแก้วจันตะคาคต ก็ยังบ่อมีค่ามากเท่าใด และแก้วเนระกันตีสี่ใสบ่อเศร้า มณีนแก้วเก้าก็เรียกว่าสีแดง เอามาแบ่งเครื่องฮ้อยองก์ หากดูงาม เอามาบูชาตามโขงเขตห้องเมืองคน กันเราดบจิตตันต่ายไป ก็บ่ออาจเอาไปดวยได้ ตามว่า

^{๕๗} ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนาสาขาหมอพิธีกรรมบำบัด, (เขียนราย : วิทยาลัย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, ๒๕๔๗), หน้า ๗๖ – ๑๐๐.

เรามีข้าวของเงินค่าบาทได้ ไว้หลายหมื่นหลายพัน ผูกหมู่นี้อย่างตั้งหลาย ก็มารวมกันกันกันจ่าย เราก็บอได้เอาแบ่งกันเกย(แบ่งข้าวกาย)ขึ้นเมืองสวรรค์ แก้วตั้งสามนี้หนาดีเหลือยิ่งโยช ดีเหลือกว่าแก้วมณีโจด แห่งพระยาจักร์กะวัดตราชราจา เราอาจเอาสั่งมาเปรียบเตรียมบอได้ เหตุนั้นเราจึงก็คิดไว้ยามเมื่อใจเรายัง เราจึงปากันกะดาบุญหื้อตานอันกว้าง ก็จึงอาจอ้างได้ว่า เป็นของเรา ได้เป็นแสงไฟเงาตามส่องติดตัวต่อตามต้น กันว่ากุศลเรามี มันก็บออ้างว่าจักหลงตีเกิดและนา มหามูละศรัทธาตั้งหลายติดดีนี่เป็นแก้ว มีตั้งขุนนายจายเจ้าผู้เฝ้าผู้หนุ่ม จุผู้คนจุใหญ่หน้อยญิงจาย จึงจักจวนกันมาอันแต่บ้านวันตกวันออกขอกได้และหนเหนือ สะหลงขงขวยหามาได้ยัง มะทุบุปผาราจาดวงดอกเข้าดอกดอกไม้และลำเตียน พร้อมกับข้าวบิณฑบาตและโภจนะอาหาร พร้อมจตุปัจจัย มีตั้งหมากเมี่ยง ปูนปู ยา คิรา ไตยะวัดถุดาน ตั้งหลายมาถวายตริทันะผ่านแล้วพระเจ้าแก้วตั้งสามประการ ขอหื้อผู้ข้าตั้งหลายปันได้ไปรอดจอตถึงเมืองแก้วมหาเนระพาน จุผู้คนจุใหญ่หน้อยญิงจายนั่น จุ่จักมีแต่ยงแต่ดีดีหลียาวะอะระหันต้า อะระหันดี สาวะกะยานัง ประมะมังสุขัง ดีหลีเต้ออ...(เป็นคำกล่าวของปู่อาจารย์ เกษม ทามา และปู่อาจารย์ ลือ เขย่า ที่ท่านได้เสียชีวิตไปไม่นานนี้)

กล่าวจบแล้ว ผู้ที่นั่งอยู่หน้าชั้นดอกไม้ธูปเทียนก็จะยกตะที่ฐานพระพุทธรูป วางลงแล้วกราบ ๓ ครั้ง แล้วก็ยกไปตะที่ฐานของธรรมาสน์ที่ใช้แสดงธรรมซึ่งเปรียบเหมือนกับตัวแทนของพระธรรม นั่งลงกราบ ๓ ครั้ง จากนั้นก็ยกไปถวายประเคนพระสงฆ์ ประธานสงฆ์รับแล้ว กราบ ๓ ครั้ง^{๕๘}

๒.๗.๓ การเทศน์ธรรมหาวิบาก

วรรณกรรมพระพุทธศาสนาเล่าเรื่องราววิบาก หรือธรรมหาวิบาก เป็นวรรณกรรมท้องถิ่นทางพระพุทธศาสนาที่เกิดขึ้นจากหลักธรรม ความเชื่อและความศรัทธาในพระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความกลัวต่อบาปอกุศลต่างๆ ซึ่งมีพระพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและก่อกำเนิดความศรัทธา จนสร้างแรงบันดาลใจในการสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรมทางพระพุทธศาสนา อาจกล่าวได้ว่าวรรณกรรมเหล่านี้ได้มีส่วนสำคัญในการถ่ายทอดหลักคำสอนและแนวทางประพฤติปฏิบัติตามหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนา มีพระสงฆ์เป็นผู้ถ่ายทอดหลักธรรมผ่านทางวรรณกรรม นำไปสู่ความเชื่อที่สร้างสรรค์สังคมให้เรียนรู้เรื่องกรรม การแสดงออกถึงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยผ่านท่วงทำนองการเทศนาในรูปแบบธรรมวาท^{๕๙} ในทางพิธีกรรมนั้น หากมีใครป่วยหนักเข้าขั้นวิกฤตหรือใกล้ตายพักอยู่ในบ้าน จะมีการตระเตรียมวาระสุดท้ายเพื่อนำไปสู่การตายดีกันแล้ว ญาติพี่น้องจะต้องมาเยี่ยมเยียนดูแล ฝ้าพยาบาล ไม่มีการทอดทิ้งให้ห่างหาย มิเช่นนั้นจะถือว่าใจแคบ ถูกเพื่อนบ้านตำหนิ ลูกหลานจะนิมนต์พระมาให้ “ธรรมหาวิบาก” เป็นการเทศน์เกี่ยวกับวิบากกรรม ยิ่งคนเป็นโรคเรื้อรังได้ฟัง เชื่อกันว่าถ้าพ้นวิบาก โรคจะเหือดหายได้เร็ว แต่ถ้ายังมีวิบากกรรม จะสิ้นใจด้วยความสงบ ไม่ทนทุกข์ทรมาน

^{๕๘} มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคเหนือ, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย ธนาคารไทยพาณิชย์, ๒๕๔๒), หน้า ๑๑๖๗.

^{๕๙} นวฤต เห่งกระโทก, “ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในวรรณกรรมพระพุทธศาสนา ล้านนา เรื่องมหาวิบาก”, วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่, (ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙): ๘๕-๙๖.

การฟังเทศน์ มีนัยยะเพื่อเตือนสติคนป่วยให้ระลึกถึงพระพุทฺธ พระธรรม พระสงฆ์ เป็นสรณะในบั้นปลายชีวิต จะมีลูกหลานผู้ชายคนหนึ่ง นำขันข้าวตอกดอกไม้ไปวัดในหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนผู้ป่วยขอสุมาแก้วทั้งสาม หมายถึงขอขมาพระรัตนตรัย แสดงให้เห็นถึงความศรัทธาของคนป่วย อีกอย่างหนึ่ง ตามความเชื่อของคนโบราณ คนที่กำลังจะตาย สติสัมปชัญญะอาจเลอะเลือน ลูกหลานจะช่วยประคับประคองให้ใจผู้ใกล้ตายสงบลงได้ ด้วยการน้อมนำให้ระลึกถึงบุญกุศล เป็นพาหนะนำไปสู่สุคติภูมิ

เมื่อคนป่วยกำลังจะจากไป ลูกหลานจะช่วยบอกทางว่า “ขอหื้อคิดหาของกินของท่านเน้อ” หมายถึง ขอให้คิดหาแต่บุญกุศล พระรัตนตรัย หรือกล่าวพุทฺธโธฯ จนกระทั่งสิ้นใจ

ส่วน ธรรมธิ สำนักส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้กล่าวถึงธรรมหาวิบากไว้ว่าธรรมหรือคัมภีร์ที่ชื่อ “มหาวิบาก” เป็นคัมภีร์ที่นิยมใช้เทศน์ให้ผู้ป่วยหนักฟัง โดยเชื่อกันว่า หากได้ฟังธรรมหรือเทศน์กัณฑ์นี้แล้ว ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงคราวตายจะหายเป็นปกติโดยเร็วพลัน แต่ถ้าถึงคาตหมตบุญ หมดอายุขัยจะตายโดยสงบไม่ช้าเช่นกัน

ธรรมมหาวิบาก มีลักษณะเป็น “ธรรมโทน” คือมีกัณฑ์เดียว เป็นคัมภีร์โบราณ จารด้วยอักษรธรรมล้านนา เนื้อหาเมื่อกล่าว กาลครั้งหนึ่ง สมัยพระเจ้าปเสนทิโกศลครองเมืองสาวัตถี เมืองนี้มีเศรษฐีคนหนึ่งไม่มีบุตรธิดา จึงอาศัยอยู่แต่ผู้เดียว เศรษฐีผู้นี้มีทรัพย์สินมากมายถึง ๘๐ โกฏิ แต่เขาเป็นคนตระหนี่ถี่เหนียว ไม่ยอมใช้จ่ายทรัพย์ ไม่ยอมซื้ออาหารดี ๆ มีแต่กินปลายข้าวต้ม เสื้อผ้าก็ใช้เสื้อผ้าที่ทอดด้วยผ้าปานหยาบ ๆ หากจะเดินทางไปไหนก็จะใช้แต่เกวียนเก่า ๆ ไม่มีการจับจ่ายทำบุญกุศล ด้วยเกรงว่าทรัพย์สินที่มีจะหมดสิ้นไป เป็นอยู่อย่างนี้กระทั่งป่วยตาย

พระเจ้าปเสนทิโกศลทราบข่าว เศรษฐีไม่มีบุตรสืบทอดสมบัติจึงสั่งให้ยัดทรัพย์ทั้งหมดเข้าท้องพระคลัง ต่อมาพระเจ้าปเสนทิโกศลมีโอกาสดำไปเฝ้าพระพุทธเจ้าพร้อมทูตภิกษุสงฆ์ที่เศรษฐีไม่สามารถใช้ทรัพย์สมบัติของตนทั้ง ๆ ที่มีทรัพย์มาก และเหตุใดเศรษฐีจึงไม่มีบุตรสืบสกุล เรื่องนี้ พระพุทธองค์ทรงแสดงถึงอดีตชาติของเศรษฐีว่า

ในอดีตกาล เศรษฐีถือเอากำเนิดเป็นภุมมพิณหนึ่งในเมืองพาราณสี ภุมมพิณนี้มีทรัพย์มากแต่ไม่ชอบทำบุญกุศล ครั้งหนึ่งมีพระปัจเจกพุทธเจ้าชื่อ “ตักกรสีขี” มาบิณฑบาตในระแวกบ้าน เขาได้ตะโกนเที่ยวบอกให้ชาวบ้านมาใส่บาตร แต่เขาเองกลับไม่สนใจใยดี ภรรยาเขาเสียอีกที่มีจิตมุ่งกุศลบุญริบนำอาหารมาใส่บาตรพระปัจเจกพุทธเจ้าร่วมกับชาวบ้าน และเมื่อเขาทราบข่าวว่าภรรยาใส่บาตรจึงรู้สึกเสียดายอาหารเป็นอย่างมาก เหตุนี้เองพอเกิดมาเป็นเศรษฐีจึงไม่สามารถบริโภครทรัพย์ของตนเองได้ ส่วนสาเหตุที่ไม่มีบุตรนั้น เป็นเพราะเศรษฐีเคยฆ่าลูกชายของพี่ชายตาย โดยเรื่องมีอยู่ว่า พี่ชายเป็นคนมีสมบัติ แต่เกิดอยากบวชเป็นฤาษี จึงฝากลูกชายไว้ให้เลี้ยงดูพร้อมยกทรัพย์สมบัติให้ทั้งหมดก่อนออกบวช ต่อมาเขาตระแวงว่าหลานจะแย่งสมบัติคืนเมื่อโตขึ้น จึงฆ่าหลานเสียเพื่อตัดไฟเสียแต่ต้นลม ด้วยวิบากกรรมนี้ เขาจึงไม่มีบุตร อย่างไรก็ตาม อาณิสสที่เคยตะโกนบอกชาวบ้านมาใส่บาตรพระเจ้าได้ไปเกิดบนสวรรค์ถึง ๗ ชาติ จากนั้นก็ได้มาเกิดเป็นเศรษฐีในชาตินี้ อภุศลกรรมที่เขาได้ฆ่าลูกของพี่ชายและละโมภเอาทรัพย์ของพี่ชายมาเป็นของตน จะส่งผลให้ไปเกิดเป็นเปรตในเปตภูมิ พระพุทธองค์ทรงแสดงเรื่องราวในอดีตชาติของเศรษฐีแล้ว ได้ทรงแสดงต่อถึงตระกูลของเปรต ๗ จำพวก และตรัสสอนว่า สัตว์โลกทั้งปวงประกอบด้วย อภุศลกรรมบถ ๑๐ อันได้แก่ กายทุจริต ๓ คือ ฆ่าสัตว์ ลักทรัพย์ และประพฤติดิฉินคาม วาจาทุจริต ๔ คือ พูดเท็จ พูดส่อเสียด พูดคำหยาบ และพูด

เพื่อเจ้าหาประโยชน์มิได้ มโนทุจริต ๓ คือ ละโมบคอยจ้องเอาของผู้อื่น พยาบาทปองร้ายผู้อื่น และมีความเห็นผิดจากคลองธรรม นอกจากนี้ยังทรงตรัสสอนอีกว่า ผู้ใดโลภเอาที่ดินเขตแดนผู้อื่นจะเกิดเป็นลิงเป็นค่าง ผู้ใดมีวาจาหยาบกระด้าง ถูกลมน้ำลายใส่ผู้อื่นตายไปจะได้เกิดเป็นแร้งเป็นกา ผู้ใดใจโหดร้ายทารุณสัตว์ จะได้เกิดเป็นสัตว์ร้าย อาทิ ตะขาบ แมลงป่อง เสือ หมี เป็นต้น ผู้ใดมีจิตใจไม่ผ่องใสยามทำบุญให้ทาน ย่อมไปเกิดในตระกูลครุฑและนาค และหากผู้ใดมีบุญคุณของบิดามารดา คุณพระรัตนตรัย จะได้เกิดเป็นสุนัขชาติอันต่ำทราม เหล่านี้เป็นกรรมวิบากของสัตว์อันสังคายนาจารย์กล่าวไว้แต่เดิมมา

เนื้อหาของธรรมมหาวิบากเป็นคำสอนในเรื่องความตระหนี่ ความโลภ และปาณาติบาต ซึ่งดูไม่ค่อยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแต่ประการใด การนำธรรมหรือคัมภีร์มาเทศน์ให้ฟัง ก็คงเห็นว่าคนป่วยอยู่ในอาการหนักที่เรียกตามภาษาล้านนาว่า “ลำบาก” คือป่วยหนักใกล้ตายแล้ว แต่ไม่ยอมตายง่าย ๆ จึงคิดว่าคนป่วยน่าจะมี “วิบาก” หนา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ถ้าเอาธรรมมหาวิบาก ซึ่งพ้องเสียงกับ “วิบาก” มาเทศน์ให้ฟังน่าจะมีผลทำให้พ้นวิบากกรรม ถ้ามีบุญก็จะหาย หมดบุญก็จะได้ตายเสียให้รู้แล้วรู้รอด

การเทศน์เพื่อเยียวยาผู้ป่วย การเทศน์เพื่อเยียวยาผู้ป่วย เป็นพิธีกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างหนึ่งในวัฒนธรรมล้านนา เรียกว่า พิธีกรรมบำบัด เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการหนักเรื้อรังไม่มีท่าทีว่าจะหายจากโรคหรือตาย เรียกว่า อยู่ในช่วงวิบาก บรรดาญาติจะปรึกษากันนิมนต์พระสงฆ์มาเทศน์คัมภีร์ธรรมเรื่องมหาวิบากให้ผู้ป่วยฟัง โดยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยหนักเรื้อรังเป็นเพราะวิบากกรรมที่เคยทำไว้ อีกทั้งจิตใจยังห่อหุ้มด้วยกิเลส ทรัพยาสมบัติ หรือมีสิ่งที่ยึดติดอยู่ในใจที่ยังไม่ได้รับการปลดปล่อย หากผู้ป่วยได้ฟังการเทศน์คัมภีร์มหาวิบากแล้วจะช่วยปลดปล่อยให้พ้นจากวิบากกรรม เจ้ากรรมนายเวรก็จะให้อโหสิกรรม จิตใจก็จะปล่อยวางไม่ยึดติดในสิ่งต่างๆ ถ้าผู้ป่วยยังมีบุญอยู่ก็จะหายเป็นปกติในเร็ววัน แต่หากหมดบุญหรือหมดอายุขัยแล้วก็จะตายอย่างสงบไม่ช้าเช่นเดียวกัน พิธีเทศน์เริ่มจากพระสงฆ์เดินทางมาถึงบ้านผู้ป่วย อาจเป็นเวลาใดก็ได้ตามแต่ญาติผู้ป่วยนิมนต์ไว้ แต่ส่วนมากมักเป็นเวลาเร่งด่วนที่ผู้ป่วยมีอาการใกล้จะตาย เมื่อพร้อมเพรียงกันแล้วก็อัญเชิญพระพุทธรูปขึ้นประดิษฐานบนแท่นหรือเตียงเหนือศีรษะผู้ป่วยแล้วโยนด้ายสายสิญจน์จากพระพุทธรูปมาพันรอบศีรษะผู้ป่วย ให้พระสงฆ์ถือด้ายสายสิญจน์ประกบกับคัมภีร์ธรรมมหาวิบากไว้ จากนั้นมัคนายกหรืออาจารย์นำไหว้พระ รับศีล และอาราธนาธรรม พระสงฆ์เริ่มเทศน์คัมภีร์มหาวิบากด้วยทำนองขับขานท่องถ้อยในขณะที่ยาตีพ่นองุ่นพรมมือล้อมผู้ป่วยพร้อมกับบอกผู้ป่วยเป็นระยะๆ ให้ตั้งใจฟังการเทศน์เป็นครั้งสุดท้าย โดยให้ทำใจให้สบาย นึกถึงบุญกุศลที่เคยทำ อย่าได้ห่อหุ้มกิเลสและทรัพยาสมบัติ เมื่อพระสงฆ์เทศน์จบ มัคนายกนำกล่าวสุมาครวัทาน ถวายสังฆทาน พระสงฆ์ให้พร โดยกล่าวคำอุทิศด้วยโวหารล้านนาว่าผู้ป่วยได้ถวายทานคัมภีร์มหาวิบากแล้วต้องการอุทิศบุญกุศลไปให้พ่อเกิดแม่เกิดเจ้ากรรมนายเวร สัพพสัตว์ สัพพวิญญาณทั้งหลาย เพื่อให้ปลดปล่อยจากวิบากกรรม เมื่อพระสงฆ์ให้พรอนุโมทนาเสร็จก็กล่าวคำแผ่เมตตาเป็นเสร็จพิธี บรรดาญาติการเทศน์คัมภีร์มหาวิบากมีความสำคัญและศักดิ์สิทธิ์ ผู้ร่วมพิธีจะนั่งฟังอย่างสงบได้ยินแต่เสียงพระสงฆ์เทศน์ และเสียงกระซิบของญาติพี่น้องที่สื่อสารกับผู้ป่วยเท่านั้น^{๖๐}

^{๖๐} พระนคร ปณณฺวาชโร (ปรังฤทธิ) , วิถีเทศน์ในล้านนา, (เชียงใหม่: หจก.จีเอ็มมีเดีย, ๒๕๕๗), หน้า ๒๒๓ - ๒๒๔.

วรรณกรรมพระพุทธศาสนาล้านนา เรื่องมหาวิบากหรือธรรมมหาวิบาก เป็นวรรณกรรมท้องถิ่นทางพระพุทธศาสนาที่เกิดขึ้นจากภูมิปัญญาของนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา มีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศลต่างๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนาก็ก่อให้เกิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรม

ในทางพระพุทธศาสนา อาจกล่าวได้ว่าวรรณกรรมเรื่องมหาวิบากนี้ ได้มีส่วนสำคัญในการถ่ายทอดหลักคำสอนและแนวทางประพฤติปฏิบัติตามหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนา มีพระสงฆ์เป็นผู้ถ่ายทอดผ่านทางวรรณกรรม นำไปสู่ความเชื่อที่สร้างสรรค์สังคมให้เรียนรู้เรื่องกรรม ผลของกรรมหรือวิบาก การประพฤติปฏิบัติตนตามกรอบของศีลธรรม การแสดงออกถึงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยผ่านทำนองการเทศน์ในรูปแบบธรรมวัตร หลักธรรมที่ปรากฏในธรรมมหาวิบากของชาวล้านนาได้ใช้เป็นกรอบจริยธรรมในการดำเนินชีวิต พบว่า มีหลักธรรม ๔ ประการ คือ การให้ทาน รักษาศีล เจริญภาวนา และหลักของไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิและปัญญา ธรรมมหาวิบากจึงเป็นการสื่อสารด้านศีลธรรม จริยธรรมระดับชาวบ้าน ภาษาที่ใช้ก็เป็นภาษาท้องถิ่น ทำให้ผู้ฟังสามารถเข้าใจในหลักธรรมโดยถ่องแท้ ลึกซึ้ง และเข้าใจถึงธรรมที่เป็นธรรมชาติว่าทำอย่างไรก็ได้เช่นนั้น แม้กรรมนั้นจะไม่ได้ ให้ผลในทันทีทันใด แต่วิบากกรรมนั้นย่อมติดตามไปในทุกภพทุกชาติ トラบใดที่มนุษย์ยังคงวนเวียนอยู่ในวัฏฏสงสาร คุณค่าของวรรณกรรมพระพุทธศาสนาล้านนา เรื่องมหาวิบากที่มีต่อคนในสังคมล้านนา พบว่าธรรมมหาวิบากมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวล้านนา ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยหนัก หากมีการนิมนต์พระมาเทศน์ แสดงว่าบุคคลนั้นก็จะไม่พ้นความตาย ทำให้คนในสังคมได้เรียนรู้ถึงสัจจะธรรมของชีวิต และจะต้องดำรงตนอยู่ในความไม่ประมาท ความเชื่อเหล่านี้ได้ฝังรากลึกอยู่ในสังคมล้านนา ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนในธรรมเรื่องมหาวิบาก นอกจากจะเป็นการสืบทอดหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาผ่านวรรณกรรมท้องถิ่นแล้ว ยังทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความเกรงกลัวในบาปอกุศลต่าง ๆ น่าแปลกมาก คนป่วยหนักได้ฟังธรรมมหาวิบากมักตายโดยเร็ว รายไหนก็รายนั้น แต่รายที่จะหายไม่เคยมีสักรายเลยทีเดียว

๒.๘ การดำเนินงานพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.

จากกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี มุ่งหวังพัฒนาให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุข สถาบันพระพุทธศาสนาอยู่คู่สังคมไทยมาอย่างช้านาน ปัจจุบันวัดในประเทศไทยมีจำนวน ๓๙,๔๘๑ วัด และมีพระสงฆ์จำนวน ๒๙๐,๐๑๕ รูป สามเณรจำนวน ๕๘,๔๑๘ รูป รวมเป็น ๓๔๘,๔๓๓ รูป ซึ่งมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของพระสงฆ์เป็นผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุมากขึ้น

คนไทย ร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม

จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่นชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาวะของชุมชน พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่แล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจังและมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร หากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านสุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนาและการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

จากสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ดังกล่าว รัฐบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องมติมหาเถรสมาคม ที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ และมติสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ ๕ ให้มีการขับเคลื่อนงาน “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี จึงได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย “วัด” เป็นสถานที่ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เพราะวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นได้รับความเลื่อมใสศรัทธาจากประชาชน การส่งเสริมให้วัดเป็น “วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Temple)” จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะส่งผลที่ดีให้กับประชาชน ในท้องถิ่น ชุมชนมีสุขภาพที่ดีตามวิถีแบบไทยๆ กลไกการพัฒนาที่สำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) เพื่อให้พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและให้คำแนะนำ ดูแลพระสงฆ์ภายในวัดและชุมชนได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัยตามหลักพระธรรมวินัยและให้คำแนะนำ ดูแลพระสงฆ์ภายในวัด และชุมชนได้

๒. เพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

๓. เพื่อพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ และผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม

กลุ่มเป้าหมาย

๑. พระสงฆ์ฝ่ายปกครอง พระสงฆ์จากฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ พระสังฆาธิการ เจ้าอาวาส เจ้าคณะจังหวัด เจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะตำบล

๒. พระสงฆ์นักพัฒนา เครือข่ายพระสงฆ์ที่ทำงานอยู่ พระหมอ พระธรรมทายาท

๓. พระสงฆ์จากวัดส่งเสริมสุขภาพ

๔. พระสงฆ์ในมหาวิทยาลัยสงฆ์

๕. โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

๑. มีจิตอาสา

๒. บวชไม่ต่ำกว่า ๑ พรรษา

๓. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

๔. มีความรู้พื้นฐานนักธรรมตรีหรือการศึกษามัธยมศึกษา

๕. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อร้ายแรง

๖. มีวุฒิภาวะและมีบุคลิกลักษณะเหมาะสมในการเป็นพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.)

ระยะเวลา ๗๐ ชั่วโมง

เนื้อหา

หมวดที่ ๑ หลักพระธรรมวินัยกับการดูแลสุขภาพ

แผนการสอนที่ ๑ แนวทางการปฏิบัติของพระสงฆ์ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์สุขภาพที่เชื่อมโยงกับกิจวัตร ๑๐ อย่างของพระสงฆ์ (ทฤษฎี ๓ ชั่วโมง)

แผนการสอนที่ ๒ สถานการณ์พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ (ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง)

แผนการสอนที่ ๓ รู้เรา...รู้เขา (Reflection) (ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เป้าหมายของชีวิต อุดมการณ์ชีวิต การประเมิน สภาวะและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและเรียนรู้การประเมินความรู้สึกของผู้รับการช่วยเหลือดูแลได้

หมวดที่ ๒ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระสงฆ์ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

แผนการสอนที่ ๔ การรู้จักและเข้าใจร่างกาย (ทฤษฎี ๓ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในกลไกของร่างกายแบบตะวันตก และกลไกร่างกายแบบตะวันออกที่จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างสมดุล

แผนการสอนที่ ๕ ปัจจัยการเกิดโรคตามพระไตรปิฎกและกลไกการเกิดโรคในปัจจุบัน เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในกลุ่มพระสงฆ์ พฤติกรรมเสี่ยงการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น

แผนการสอนที่ ๖ การส่งเสริมสุขภาพ “พระสงฆ์สุขภาพแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข” (ทฤษฎี ๔ ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติ ๒ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ

ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้คำแนะนำแก่โยมอุปัฏฐาก พระสงฆ์ และชุมชนได้

แผนการสอนที่ ๗ ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (ทฤษฎี ๓ ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติ ๓ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถสังเกตและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตได้

แผนการสอนที่ ๘ การดูแลช่วยเหลือพระสงฆ์เบื้องต้น (ทฤษฎี ๔ ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติ ๓ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินดูแลช่วยเหลือพระสงฆ์เบื้องต้น

แผนการสอนที่ ๙ รู้เท่าทันชีวิตและความตาย (ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หมวดที่ ๓ พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) กับ การพัฒนาวัดและชุมชน

แผนการสอนที่ ๑๐ พระสงฆ์กับการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพสู่...“วัด” รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Temple) (ทฤษฎี ๓ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในองค์ประกอบและความสำคัญของการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพสู่ “วัด” รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Temple)

แผนการสอนที่ ๑๑ การฝึกปฏิบัติงาน (ฝึกปฏิบัติงานจริง ๓๐ ชั่วโมง) เพื่อให้พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด - อสว.) และผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติและมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลพระสงฆ์สามารถนำความรู้ที่ได้ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ

แผนการสอนที่ ๑๒ การวัดและการประเมินผล (๒ ชั่วโมง) เพื่อประเมินระดับ/วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามบทบาทพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) เพื่อให้การถวายเป็นการดูแลพระสงฆ์ที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย เพื่อพระสงฆ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามหลักพระธรรมวินัย^{๖๑}

^{๖๑} สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือแนวทางการอบรม หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.), (กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑), หน้า ๑๕๑ – ๒๑๐.

๒.๙ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและศึกษาค้นคว้างานวิจัยเช่นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ และได้นำเสนอสาระสังเขปไว้ดังนี้

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี กล่าวถึงหลัก การของ Palliative Care หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งในทางปฏิบัตินั้น คงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นเรื่องสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่นๆ ซึ่งหลักการสำคัญสามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “๔ C” ดังนี้

๑) Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

๒) Comprehensive : ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

๓) Coordinated : เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม

๔) Continuous : มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ^{๖๒}

พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธพุทธหลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมโดยสรุปได้เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

๑) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแอมาก เขาต้องการใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไขจากสภาพจิตใจที่เปราะบาง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย ผู้ดูแลสามารถช่วยได้ด้วยอารมณ์อดทนอดกลั้นพยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ดังนั้นสิ่งที่ญาติหรือผู้ดูแลขาดไม่ได้คือสติอยู่เสมอสติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม

๒) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้วาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึงย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ การปกปิดความจริงย่อมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง ดังนั้น ในการบอกข่าวร้ายสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจแก่เขาว่า เรา(ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด ประโยชน์อีกอย่างหนึ่ง ในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่า เมื่อตนมีอาการเพียบหนักไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวยารักษาไปถึงขั้นไหนบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัว ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะโคม่าญาติไม่มีทางเลือกจึงขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

^{๖๒} เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๒๐.

แก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

๓) ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข สงบ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ผู้ป่วยระลึกความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนา เท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตร สหาย หรือ สอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิด ความปิติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติ

๔) ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ ก็คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง เช่นภารกิจการทำงานที่ยังค้างค้าง ความโกรธแค้นใครบางคน ความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย คนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมาน หักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลสักไสความตายและตายไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้วในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วย แทนที่จะสุคติ วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้น แม้จะยังไม่มีโอกาสสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

๕) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การขัดขืนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าเป็นสาเหตุแห่งทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เหตุที่เราขัดขืนดิ้นรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพลาจากสิ่งนั้นได้ ได้แก่ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ทรัพย์สินสมบัติหรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝน ขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยโรคร้าย สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กลายอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถะเยียวยาจิตใจ

๖) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การงดพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติ พี่น้อง หรือร้องไห้ร่ำไห้ หากญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้นแม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้

๗) กล่าวคำอำลา แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิมีประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยในความสงบ ไม่มีการ

พยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายผู้ป่วย ในภาวะใกล้ตาย สิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้น หากผู้ป่วยมากกว่าซึ่งหมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกัณฐรมผู้ป่วย ปลอ่ยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่คติ^{๖๓}

ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ ได้ทำการศึกษา ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นปัญหาด้านบริการที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย แต่กลับพบว่าพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมักได้รับ การเตรียมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายงานพบว่าการจัดโปรแกรมฝึกอบรมความรู้ช่วยส่งเสริมการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาติดตามผลของโครงการอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีพยาบาลจำนวน ๘๖ รายเข้าร่วมการอบรมความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา ๒ วัน ประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ตอบแบบสอบถาม ๓ ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้ารับการอบรม (ครั้งที่ ๑) หลังได้รับการอบรม ๑ เดือน (ครั้งที่ ๒) และหลังได้รับการอบรม ๓ เดือน (ครั้งที่ ๓) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม ๑ เดือน และ ๓ เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนน การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังการอบรม ๓ เดือนสูงกว่าหลังการอบรม ๑ เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายหลังการอบรม ๑ เดือนและ ๓ เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม^{๖๔}

เกษร เกตุชู และคณะ ได้ทำการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่จะมีอาการหนักและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งทีมผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสรุปวิธีปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤติ จากงานวิจัย

^{๖๓} พระไพศาล วิสาโล, การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ, ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์; ๒๕๕๒), หน้า ๒๓.

^{๖๔} ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, “ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล”, รมานธิบัติพยาบาลสาร, (๑๗, (๑), ๒๕๕๔): ๑๒๖ – ๑๔๐.

ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๕๕ โดยใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, ๒๐๑๑) ผลการสืบค้นอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด ๑๓ เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองจำนวน ๒ เรื่อง และการศึกษากึ่งทดลอง จำนวน ๑๑ เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบสกัดข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เมตาและการสรุปเชิงเนื้อหาในการอธิบายการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง

ผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการวิเคราะห์เมตาในงานวิจัย ๒ เรื่อง พบว่า การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก ส่งผลให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง (WMD ๒.๗๘; ๙๕% CI ๒.๔๖, ๓.๑๑, $p < 0.000๑$) จากการสรุปเชิงเนื้อหา พบว่า การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยเน้นทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้คำปรึกษา การสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยมีกระบวนการวางแผนการสื่อสารภายในทีมและระหว่างทีมกับครอบครัวและการจัดการอาการปวดเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ของการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง คือ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง อัตราการให้คำปรึกษาที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลง ทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้นและเพิ่มคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการที่หลากหลายในการให้การดูแลระยะสุดท้ายที่สามารถนำไปใช้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรมีการทำวิจัยซ้ำโดยใช้การวิจัยแบบทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของวิธีการต่างๆ ต่อไปด้วย^{๖๕}

มีตะ เหมมาน และคณะ ได้ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักมุสลิม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รับรู้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย ๑ เดือน จำนวน ๙ ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกรายบุคคลใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ ๓๐-๔๕ นาที และสัมภาษณ์ประมาณ ๒-๓ ครั้งต่อราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือ การดูแลระยะท้ายและการดูแลระยะใกล้ตาย การดูแลระยะท้ายสะท้อนการดูแล ๗ ลักษณะดังนี้ ๑) ดูแลให้ผู้ป่วยรับทราบยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด ๒) แสวงหาการรักษาเพื่อการฟื้นหายของไต ๓) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย ๔) ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ๕) ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย ๖) บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และ ๗) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ส่วนการดูแล

^{๖๕} เกษร เกตุชู และคณะ, “การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต”, พยาบาลสาร, (ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๙): ๑ – ๑๐.

ระยะใกล้ตาย สะท้อนการดูแล ๕ ลักษณะดังนี้ ๑) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย ๒) จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด ๓) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความสุขสบาย ๔) ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และ ๕) ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลหลักมูลในการดูแลผู้ป่วยไทรเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้อย่างแท้จริง^{๖๖}

สอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า ได้ทำการศึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินขาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด โดยใช้ความเอื้ออาทรของคนในชุมชนเป็นกลไกหลักในการแสวงหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์ของชาวอีสาน จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินขาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ได้ค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบของ “พิธีกรรม” ที่หลากหลายทั้งรูปแบบและจุดประสงค์ที่สามารถจำแนกตามช่วงเวลา ได้เป็น ๓ ระยะ คือ ๑) ระยะ “ตุ้มโฮม” ๒) ระยะ “อยู่ก็สบาย” และ ๓) ระยะ “ไปก็สงบ” ซึ่งแต่ละระยะก็จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของวิถีปฏิบัติในแต่ละพิธีกรรมกับผลที่คาดหวังที่จะให้บังเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นถึง “ความหวัง” ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่พบว่าไม่มีวันที่จะสิ้นสุดจนกว่าจะหมดลมหายใจ แม้จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าหมดหนทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ ผลจากการเรียนรู้ในครั้งนี้จะนำไปสู่การเชื่อมประสานแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิทยาการสมัยใหม่กับแนวปฏิบัติที่มาจากความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน^{๖๗}

พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ ได้ทำการศึกษา ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาทรรศนะของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์และความไม่สุขสบายทางร่างกาย รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือ โดยใช้การออกแบบวิจัยเป็นวิจัยเชิงบรรยาย วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายจำนวน ๑๐๐ ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้ ๑) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ๒) แบบประเมินทรรศนะ ของครอบครัว และ ๓) แบบประเมิน

^{๖๖} มีดี๊ะ เหมมาน และคณะ, “ประสบการณ์ผู้ดูแลหลักมูลในการดูแลผู้ป่วยไทรเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา”, วารสารพยาบาลทหารบก, (ปีที่ ๑๘ ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๐): ๑๘๕ - ๑๙๓.

^{๖๗} สอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินขาราบ จังหวัดอุบลราชธานี”, วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, (ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม -มิถุนายน ๒๕๕๘): ๘๙ - ๑๐๔.

ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติบรรยาย ผลการวิจัย: ๑) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสงค์ ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย = ๓.๓๘, SD = ๑.๑๕) ๒) ความคิด ความเชื่อ และ ความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้ความสำคัญกับบุคคลที่รักและผูกพัน (ค่าเฉลี่ย = ๔.๘๘, SD = ๐.๔๓) และ ๓) สภาวะทางอารมณ์ พบว่า ความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = ๔.๗๐, SD = ๒.๖๕) และความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีความรุนแรงมาก ๓ อันดับแรก ได้แก่ ๑) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย (ค่าเฉลี่ย = ๗.๔๔, SD = ๑.๙๙) ๒) ปวด (ค่าเฉลี่ย = ๖.๕๓, SD = ๓.๑๖) และ ๓) ง่วงซึม/สะลึมสะลือ (ค่าเฉลี่ย = ๖.๒๓, SD = ๓.๑๖) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = ๑.๙๒, SD = ๐.๗๘) โดยความต้องการการช่วยเหลือในการ ดูแลผู้ป่วย สูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป^{๖๘}

อาตัม นิละไพจิตร สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำการศึกษา การศึกษาคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชน ของนักศึกษา สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาชุมชนและสำรวจคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชนของนักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นอาจารย์สอนในระดับมหาวิทยาลัยที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาเอก ในสาขาวิชา จิตวิทยาการให้คำปรึกษา จำนวน ๑๗ คน เพื่อใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาชุมชน กลุ่มที่สองเป็นนักศึกษาสาขาวิชา จิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน ๑๓๑ คน เพื่อใช้ในการสำรวจคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

๑. การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาชุมชน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันจำนวน ๒๓คุณลักษณะ และคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาชุมชนที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นสอดคล้องกันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=๕.๐๐๐) ได้แก่ ชอบที่จะรู้จักผู้อื่น มีความตั้งใจช่วยเหลือผู้อื่นมองโลกในแง่ดี เป็นผู้รับฟังที่ดีมีความจริงใจ ควบคุมอารมณ์ได้ และมีความเสียสละ

๒. นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มีคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=๓.๘๙๕) และมีคุณลักษณะเพียง ๑ด้านที่มีคุณลักษณะอยู่ในระดับปานกลาง คือด้านการเปิดเผยตนเอง (M=๓.๔๘๙) และมีคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชนด้านการยอมรับหลักคำสอนของแต่ละศาสนาสูงสุด (M=๔.๔๑๒) รองลงมาคือการมีความรับผิดชอบ (M=๔.๓๐๕) และด้านการมองโลกในแง่ดี (M=๔.๑๙๓) ตามลำดับ^{๖๙}

^{๖๘} พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, “พรรณนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย”, วารสารสภาการพยาบาล, (ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘): ๕๗ – ๗๑.

^{๖๙} อาตัม นิละไพจิตร, “การศึกษาคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชนกับนักศึกษาสาขาจิตวิทยาชุมชน ม.ศิลปากร”, รายงานวิจัย, (สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๖๐), หน้า ๑.

น้ำทิพย์ วิชาชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ๒) เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน ๔๐ คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๒๐ คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม ๖ ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ๑) โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ๒) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และ ๓) แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน โดยแบบประเมินทั้ง ๒ ชุด ได้หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .๘๑ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

๑. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๒. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕^{๗๐}

เพ็ญศิริ อุตถาวงค์ (๒๕๖๐) ได้ทำการศึกษา ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ประเภท ๓ แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC)

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงประเภท ๓ ที่ปฏิบัติงานใน PCU เครื่องหมาย โรงพยาบาลสงขลา จำนวนทั้งหมด ๒๘ ราย ระยะเวลาการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๗-กันยายน พ.ศ.๒๕๕๘ เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย Input Process และ Output วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติครัสคาล-วอลลิส (Kruskal-Wallis test) ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มีการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ งานเยี่ยมบ้านในชุมชน ของสำนักงานการพยาบาลระดับ ๒ และ ๓ ($M=40.04$, $SD=1.51$, $M=45.41$, $SD=0.62$ ตามลำดับ) ซึ่งมากกว่า

^{๗๐} น้ำทิพย์ วิชาชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น”, วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, (ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม- เมษายน ๒๕๕๔): ๙๕ – ๑๐๘.

ก่อนการใช้การเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care ($M=24.07$, $SD=2.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Kruskal-Wallis test=42.601)^{๗๑}

กรณีการ ฤทธิกลาง และคณะ ได้ทำการศึกษา ความชุก และลักษณะผู้ป่วยพิการที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพิการ และศึกษาความชุก และลักษณะของผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่จำเป็นต้องได้รับการบริการเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์และวิธีการทดลอง: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ส่วนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพิการของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด โดยการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบในกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน และผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด ในประเด็น ๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพิการ; ๒) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพิการ; ๓) การบันทึกข้อมูลเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยพิการ; ๔) ความเชื่อมโยงในการจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพิการระหว่างหน่วยบริการ และ ๕) ปัญหาอุปสรรค ส่วนที่ ๒ ศึกษาความชุก และลักษณะของผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่จำเป็นต้องได้รับการบริการเยี่ยมบ้าน โดยลงพื้นที่สำรวจ ณ บ้านของผู้พิการ ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel Index ภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ มีผู้ป่วยพิการยินดีเข้าร่วมการศึกษา ๑๐๕ คน ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มงานเยี่ยมบ้าน และศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นเยี่ยมบ้านผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นหลัก โดยเป็นหน้าที่หลักของทีมนักกายภาพ ลงเยี่ยมบ้านผู้พิการตามรายชื่อจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พร้อมสำรวจหาผู้พิการรายใหม่ นอกจากนี้ มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care Visit Form) มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล ความชุกของผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวของตำบลยางตลาดมีร้อยละ ๒ (๑๔๔ คน) จากทั้งหมด ๓๔๐ คน และจากการลงพื้นที่สำรวจจำนวน ๑๐๕ คน พบว่ามีผู้ป่วยพิการที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากมีความรุนแรงของปัญหามากที่สุด มีร้อยละ ๕.๗ (๖ คน) โดยมีลักษณะคือ ผู้พิการที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีผู้ดูแล สรุปผล: กลุ่มผู้ป่วยพิการที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านมีประมาณร้อยละ ๖ อย่างไรก็ตาม หากหน่วยบริการมีบุคลากรที่เพียงพอ อาจขยายกิจกรรมดังกล่าวไปสู่ผู้ป่วยพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีปัญหาในลำดับรองลงมา^{๗๒}

ศศิธร เขมาภิรัตน์ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กับการแพทย์แผนไทย พบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมี ๒ แนวทาง คือ

^{๗๑} เพ็ญศิริ อุตถาวงค์ และคณะ, “ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท ๓ แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ”, วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, (ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๐): ๗๓ - ๘๕.

^{๗๒} กรณีการ ฤทธิกลาง และคณะ, “ความชุก และลักษณะผู้ป่วยพิการที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด”, วารสารเภสัชศาสตร์ภาคอีสาน, (เล่มที่ ๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๕๖): ๓๙.

๑) การป้องกัน พระพุทธองค์ทรงใช้หลักปฏิบัติในการดูแลสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ๒) การรักษา พระพุทธศาสนากล่าวถึงการรักษาโรคทางกาย ๓ วิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การใช้ธรรมบำบัด การรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจ ๓ วิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณ โทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบกับัลยาณมิตร^{๗๓}

พระณัฐกิตติ อนารโท (ผุยเหง้า) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาหลักมรตติในพระไตรปิฎก พบว่า วิธีสอนการระลึกถึงความตายที่เกิดขึ้นในชีวิตตนในอนาคต หรือคนอื่น ทำให้ปล่อยวาง ไม่ยึดติดในรูปนาม มองความตายมาถึงตน และคนอื่นเป็นเรื่องที่ดั่งาม เป็นครูสอนใจให้รู้ว่าชีวิตที่เกิดมาอยู่ได้ไม่นานเมื่อถึงกาลเวลาแล้วก็ตายลงเป็นเรื่องธรรมดา^{๗๔}

อัษฎางค์ สุวรรณมสิสระ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาไตรลักษณ์ในการปฏิบัติวิปัสสนาตามหลักสติปัฏฐาน ๔ เฉพาะกรณี การปฏิบัติวิปัสสนาภาวนา ๗ เดือน ผลจากการศึกษาพบว่า หลักสติปัฏฐาน ๔ เป็นหนทางสายเอกที่จะนำไปสู่การรู้แจ้งในสังขธรรม และเข้าถึงความจริงในชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่กิเลสถูกทำลายไป อันเป็นจุดมุ่งหมายของผู้ปฏิบัติ ฉะนั้น พระวิปัสสนาจารย์จึงใช้หลักสติปัฏฐาน ๔ ที่ปรากฏในมหาสติปัฏฐานสูตร ด้วยการกำหนดรู้ใน กาย เวทนา จิต ธรรม เป็นกรอบในการปฏิบัติและตรวจสอบความก้าวหน้าทางจิต ประเด็นสำคัญอยู่ที่ผู้ปฏิบัติต้องมีสติกำหนดรู้ในรูปนามที่เป็นปัจจุบัน^{๗๕}

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลจากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตน ตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{๗๖}

พระพรพล วิถีธรรม ได้ทำการศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ตำบลเชียงกลม อำเภอบ้านดง จังหวัดเลย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของประชาชนในเขตตำบลเชียงกลม อำเภอบ้านดง จังหวัดเลย ที่มีต่อบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ๒) เพื่อเปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่เป็นจริงของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม

^{๗๓} ศศิธร เหมภักดิ์, “การศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า ๑.

^{๗๔} พระณัฐกิตติ อนารโท (ผุยเหง้า), “ศึกษาหลักมรตติในพระไตรปิฎก”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑.

^{๗๕} อัษฎางค์ สุวรรณมสิสระ, “ศึกษาไตรลักษณ์ ในการปฏิบัติวิปัสสนาตามหลักสติปัฏฐาน ๔ เฉพาะกรณี การปฏิบัติวิปัสสนาภาวนา ๗ เดือน”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑.

^{๗๖} วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย”, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑.

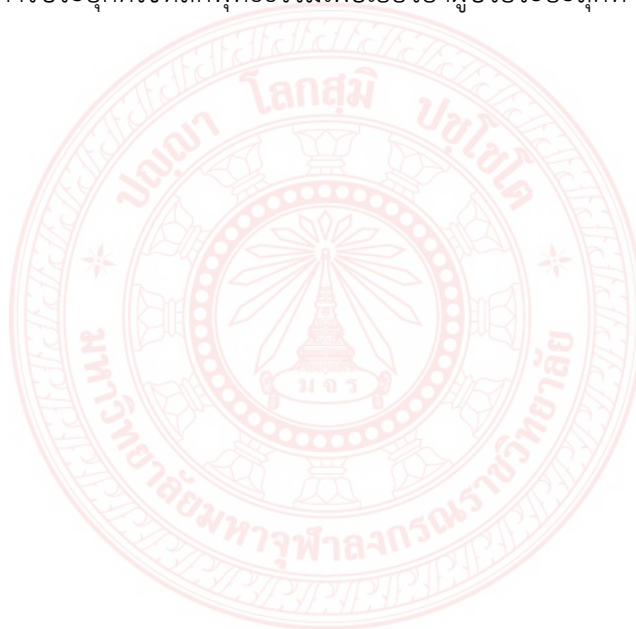
และ ๓) เพื่อค้นหาข้อเสนอแนะของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ ๑. บทบาทที่คาดหวังของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านศีลธรรมและวัฒนธรรม รองลงมาคือด้านศึกษาสงเคราะห์ และด้านสามัคคีธรรม ส่วนบทบาทที่เป็นจริงของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดถึงต่ำสุด คือด้านสุขภาพอนามัย ด้านสันติสุข และด้านสามัคคีธรรม ตามลำดับ ๒. บทบาทที่คาดหวังมากกว่าบทบาทที่เป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ๓. ข้อเสนอแนะของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ดังนี้ พระสงฆ์ควรจัดให้มีการปฏิบัติธรรมพัฒนาจิต พระสงฆ์ควรสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชน พระสงฆ์ควรเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ประชาชนและคอยให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า^{๗๗}

พระมหาโชคทอง นนท์ศิริ และนางนุช โรจนเลิศ ได้ทำการศึกษา บทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนของพระสงฆ์เขตการปกครอง คณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาระดับบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนของพระสงฆ์เขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม ๒) ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน ของพระสงฆ์เขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนครปฐมที่มี อายุพรรษา ระดับการศึกษาแผนกธรรม ระดับการศึกษาแผนกสามัญ ประสบการณ์การสอนในสถานศึกษา ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ แตกต่างกัน ๓) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน ความตระหนักถึงบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน สัมพันธภาพกับชุมชนแรงสนับสนุนจาก คณะสงฆ์ และบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน ของพระสงฆ์เขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์เขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม จำนวน ๒๔๘ รูป ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบ ค่าที (t-test) การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-Way-ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผลการวิจัยพบว่า ๑. บทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน ความตระหนักถึงบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน สัมพันธภาพกับชุมชน และความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน อยู่ในระดับมาก ส่วนแรงสนับสนุนจากคณะสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลาง ๒. พระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาแผนกธรรม ประสบการณ์การสอนในสถานศึกษา ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ และระดับการศึกษาแผนกสามัญต่างกัน มีบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนพระสงฆ์ที่มีอายุพรรษาต่างกัน มีบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนไม่แตกต่างกัน ๓. ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน ความตระหนักถึงบทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน สัมพันธภาพกับชุมชน และแรงสนับสนุนจากคณะสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาท

^{๗๗} พระพรพล วิถีธรรม, “บทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ตำบลเชิงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย”, วารสารวิจัยและพัฒนา, (ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๔๘ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๒): ๗๐ – ๗๙.

การส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชน ของพระสงฆ์เขตการปกครองคณะสงฆ์
จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑^{๗๘}

ในสรุปภาพรวม จากผลการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยจะนำแนวคิดทั้ง ๘ แนวคิดมาใช้เป็น
กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้ แนวคิดตามหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
ผสมผสานกับแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการสูญเสีย แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา
แนวคิดและทฤษฎีการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการใช้หลักพุทธวิธีล้านนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติด
เตียงอาการหนัก ภายใต้การดำเนินงานพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว. และการ
อภิปรายร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และการ
พัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต
เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป



^{๗๘} พระมหาโชคทอง นนทศิริ, “บทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนของ
พระสงฆ์เขตการปกครอง คณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม”, วารสารวิชาการ ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์
สังคมศาสตร์ และศิลปะ, (ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓ กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๙): ๑๔๙๔ – ๑๕๑๐.

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ๒) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต และ ๓) เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ได้มีการดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
 - ๓.๒ พื้นที่ในการศึกษาวิจัย
 - ๓.๓ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
 - ๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัย
 - ๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล
 - ๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - ๓.๘ การนำเสนอผลการศึกษาวิจัย
- มีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” เป็น การวิจัยแบบผสมผสานของการวิจัย ๔ ประเภท คือ การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีขั้นตอน ดังนี้

๓.๑.๑ การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การศึกษาและรวบรวมข้อมูล จากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระไตรปิฎก อรรถกถา หนังสือตำรา รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และรายงานเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดดังต่อไปนี้

- ๑) แนวคิดตามหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
- ๒) แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการสูญเสีย
- ๓) แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษา
- ๔) แนวคิดและทฤษฎีการเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน

- ๕) แนวคิดและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์เชิงพุทธ
- ๖) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
- ๗) พุทธวิธีล้านนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนัก
- ๘) การดำเนินงานพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.

๓.๑.๒ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน ข้อมูลประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ด้วยการลงสำรวจข้อมูลปฐมภูมิการเก็บรวบรวมข้อมูลสนทนากลุ่มย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน และแนวทางต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสัมภาษณ์สนทนากลุ่มกับชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์ ที่ร่วมเป็นสมาชิกจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรมของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ มีกระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่

๓.๑.๓ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การลงพื้นที่สำรวจในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน โดยเน้นการทำงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research- PAR) โดยการนำเอาหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านตามหลักศาสนา จัดพิมพ์โดยเครือข่ายองค์กรศาสนาด้านเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย และหลักสูตรคู่มือดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับชุมชน ไปพัฒนาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมพระสงฆ์ แก่นนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) หลังจากอบรมแล้วให้นำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นนำผลที่ได้มาทบทวนเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง

๓.๒ พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในการสำรวจพื้นที่และพบปะกับกลุ่มพระสงฆ์ แก่นนำชุมชน/อาสาสมัครและผู้ดูแล (Care Giver) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๒ มีพื้นที่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน ที่ได้กำหนดไว้ดังนี้

- ๑) หมู่ ๑ หมู่บ้านอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๒) หมู่ ๒ หมู่บ้านกอม่วง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๓) หมู่ ๓ หมู่บ้านสับกับตอง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๔) หมู่ ๔ หมู่บ้านฮ่องกอก อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๕) หมู่ ๕ หมู่บ้านป่าเหว อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๖) หมู่ ๖ หมู่บ้านปาลาน อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๗) หมู่ ๗ หมู่บ้านเขตวัน อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๘) หมู่ ๘ หมู่บ้านไร่ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๙) หมู่ ๙ หมู่บ้านป่าเส้า อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๑๐) หมู่ ๑๐ หมู่บ้านชัยสถาน อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

๑๑) หมู่ ๑๑ หมู่บ้านแม่ร่องน้อย อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

๓.๓ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในชุมชนเทศบาลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้การสัมภาษณ์แนวลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม จำนวน ๓๓ คน คือ

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มอาสาป็นสุข จำนวน ๑๔ คน มีรายชื่อ ดังนี้

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ๑. นางอุมา วีระสะ | ๒. นางจันทร์ภักพร กานต์โนนวิวงศ์ |
| ๓. นางนราภรณ์ สิทธิวัฒน์ | ๔. นางสาวเฉลิมวรรณ ศรีวิชัย |
| ๕. นางไพลิน ไชยศรี | ๖. นางไกรฤทธิ หมีนโพธิ์ |
| ๗. นางผ่องพันธ์ ต๊ะแก่ง | ๘. นางสุมิตรา นุชจำนงค์ |
| ๙. นางแก้วตา กันทาว์ฒน์ | ๑๐. นางอำพร สุตวิงษ์ |
| ๑๑. นางพัชรภา ทิพย์มณี | ๑๒. นางกฤษณา วงศ์น้อย |
| ๑๓. นางปทุมภักดิ์ สूरียะ | ๑๔. นางวันเพ็ญ ส่องน้อย |

กลุ่มผู้ดูแลแคร์เทคเกอร์ จำนวน ๑๙ คน มีรายชื่อ ดังนี้

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| ๑. นางบัวโรย พิบาลแดง | ๒. นางอุทุมพร มณีรัตน์ |
| ๓. นางนงเยาว์ วงศ์สถาน | ๔. นางราตรี ธรรมยศ |
| ๕. นางพินธ์ นิमितสิน | ๖. นางปทุมภักดิ์ สूरียะ |
| ๗. นางพวงพะยอม อุตเจริญ | ๘. นางพัชรินทร์ วงศ์สถาน |
| ๙. นางนราภรณ์ สิทธิวัฒน์ | ๑๐. นางพัชรภา ทิพย์มณี |
| ๑๑. นางกฤษณา วงศ์น้อย | ๑๒. นางวันเพ็ญ ส่องน้อย |
| ๑๓. นางจันทร์ขจร คงสมัย | ๑๔. นางอำพร คงสมัย |
| ๑๕. นางชวนพิศ โสฬส | ๑๖. นางปองพันธ์ ต๊ะแก่ง |
| ๑๗. นายไกรฤทธิ หมีนโพธิ์ | ๑๘. นางสาวอมรรัตน์ พรหมจักร |
| ๑๙. นางสาวชลธิดา คำภา | |

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มพระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีคุณสมบัติ คือ ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามแนวพุทธครบจำนวนชั่วโมงที่กำหนด จำนวน ๕ รูป มีรายชื่อ ดังนี้

๑. พระครูประโชติพัฒนกร (ศิริวัฒน์ ทองอินทร์)
๒. พระจันทสโร มีเงิน

๓. พระชนาธิป จิรสโร (ตั้งบุญเลิศ)

๔. พระใสคำ กันตสีโล

๕. พระมหาอินสอน คุณวุฑโฒ

๒. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม (General informants) ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร โดยการยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน ผู้ป่วย ๖ ตัวอย่าง และญาติผู้ป่วย จำนวน ๑๐ คน (ขอสงวนรายชื่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อเป็นไปตามหลักมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย)

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสานเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการลงพื้นที่ จึงมีเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

๓.๔.๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ได้รับการฝึกอบรมและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๔.๒ แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (key informant) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ได้รับการฝึกอบรมและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๔.๓ หลักสูตร “การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” มีรูปแบบการจัดอบรมโดยการบรรยาย แลกเปลี่ยน และแบ่งกลุ่มภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การบรรยายรวมไม่เกิน ๒ ชั่วโมง การปฏิบัติโดยการจับคู่ และแบ่งกลุ่มปฏิบัติ รวม ๕ ชั่วโมง มีระยะเวลา ๑ วัน เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม ดังนี้ เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในชุมชนเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน สามารถที่จะเข้าร่วมและอยู่ครบกระบวนการได้ตามที่แจ้ง โดยในหลักสูตรมีทั้งภาคทฤษฎี ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ความรู้เบื้องต้นการให้คำปรึกษา ความรู้เบื้องต้นการเยี่ยมบ้าน ส่วนภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล และกิจกรรมกลุ่มบทบาทพระสงฆ์/การปฏิบัติตนเองของพระสงฆ์ต่อผู้ใกล้ตาย

๓.๔.๔ แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยหวัคำถามดังต่อไปนี้

๑) สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตรฝึกอบรมกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม

๒) จุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรมกับเนื้อหาสาระหลักสูตร

- ๓) เนื้อหาสาระหลักสูตรกับกิจกรรมและวิธีการฝึกอบรม
- ๔) กิจกรรมและวิธีการฝึกอบรมกับสื่อประกอบการอบรม
- ๕) กิจกรรมและวิธีการฝึกอบรมกับการวัดและประเมินผล
- ๖) ระยะเวลาของการฝึกอบรม

๓.๔.๕ แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ และอายุ

ตอนที่ ๒ ความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหาการอบรม อาทิ การให้คำปรึกษาคือการบอกให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาว่าต้องทำตามแบบที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้การให้คำปรึกษาควรทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาให้เกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย กล้าเปิดเผยตนเอง การให้คำปรึกษา เน้นการสื่อสารทางเดียว ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการเตรียมคำตอบไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ที่จะมาขอรับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่พูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอน และมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่ผู้ให้การศึกษาจะเลือกใช้ การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ การเยี่ยมบ้านควรไปเป็นหมู่คณะ หรือมากกว่า ๕ คนขึ้นไป เพื่อจะได้ช่วยกันไตร่ตรองปัญหา การเยี่ยมบ้านคือการเข้าไปถามว่าเขามีปัญหาอะไร เขาต้องการการช่วยเหลืออะไรบ้าง พระสงฆ์ไม่ควรไปเยี่ยมบ้านผู้ที่ใกล้ตาย เพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์และอาจหมายถึงการกระตุ้นให้ผู้ใกล้ตายเสียชีวิตไวขึ้น ผู้ทำพินัยกรรมแสดงเจตนากำหนดข้อพินัยกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อย ๒ คน ซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น

๓.๔.๖ แบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ และอายุ

ตอนที่ ๒ ประโยชน์ของหัวข้อวิชาต่อการนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ ๓ ความพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการ ได้แก่ ด้านกระบวนการ ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพ และด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

การสร้างเครื่องมือการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

๑) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) หลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒) ร่างเครื่องมือทุกฉบับ เพื่อให้เป็นต้นแบบการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

๓) นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ คน เพื่อทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัย

๔) นำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตามวัตถุประสงค์ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ ๐.๕๐ ถึง ๑.๐๐ ซึ่งแสดงว่า จุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อสอบนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า ๐.๕๐ ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะมีความสอดคล้องกันต่ำ และปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) หลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉบับสมบูรณ์

๕) จัดทำเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์และนำไปใช้ในการวิจัย

๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยออกเป็น ๖ ระยะ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๓.๕.๑ ระยะที่ ๑ การจัดประชุมทีมวิจัย เพื่อชี้แจงความรู้ความเข้าใจและจัดสร้างการจัดสร้างเครื่องมือประกอบการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) หลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ประกอบการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกภาพและเสียง และความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือด้านสาธารณสุข

๓.๕.๒ ระยะที่ ๒ การลงสำรวจข้อมูลภาคสนาม (Field Study) โดยการคัดเลือกชุมชนเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการทำจดหมายและประสานงานติดต่อเพื่อขออนุญาตทำวิจัยกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการสำรวจข้อมูลและคัดเลือกชุมชนเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อรวบรวมข้อมูลในเชิงกายภาพของพื้นที่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน และข้อมูลกับกลุ่มพระสงฆ์ แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) จำนวน ๒๐ คน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๒

๓.๕.๓ ระยะที่ ๓ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

๓.๕.๔ ระยะที่ ๔ การจัดกระบวนการพัฒนาหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพระสงฆ์และผู้ดูแล (Care Giver) และกระบวนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน”

๓.๕.๕ ระยะที่ ๕ ผู้ที่ได้รับการพัฒนา ปฏิบัติการในพื้นที่คือการลงเยี่ยมและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พร้อมบันทึกผลจากการปฏิบัติการในพื้นที่ โดยการใช้แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๕.๖ ระยะที่ ๖ การจัดกระบวนการทบทวน ถอดองค์ความรู้ด้านการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มาซึ่งต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๕.๗ ระยะที่ ๗ การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ วีดิโอ ผลงานวิจัย วิดีทัศน์นำเสนอ และนวัตกรรม เพื่อเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณชน รวมทั้งการจัดทำแผ่นพับ หนังสือสรุปองค์ความรู้เป็นหลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” เพื่อพิมพ์เผยแพร่สู่สื่อสารมวลชน สื่อสารสนเทศ และการจัดพิมพ์เอกสารรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพ ดังนี้

๓.๖.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเอกสาร เน้นการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๖.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (Content analysis) แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการวิเคราะห์จากเอกสาร ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) หลังจากนั้นผู้วิจัยยืนยันความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยการให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาและบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษาตรวจสอบและรับรองความถูกต้อง โดยการแปลข้อมูลพร้อมให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ทักท้วงหรือยอมรับข้อมูลที่น่าเสนอ ซึ่งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยวิธีนี้ ผู้วิจัยใช้กับข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลที่เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้ตีความแล้วนำข้อมูลจากการ

สัมภาษณ์โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการนำเสนอภาพกิจกรรม

๓.๗ การนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การศึกษาและรวบรวมข้อมูล จากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระไตรปิฎก อรรถกถา หนังสือตำรา รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และรายงานเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง การสำรวจข้อมูลการประเมินแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมในเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหาการอบรม ความพึงพอใจต่อการจัดเวทีพัฒนาศักยภาพ ประโยชน์ของหัวข้อวิชาต่อการนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน ข้อมูลประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ด้วยการลงสำรวจข้อมูลปฐมภูมิการเก็บรวบรวมข้อมูลสนทนากลุ่มย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน และแนวทางต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสัมภาษณ์ สนทนากลุ่มกับชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์ ที่ร่วมเป็นสมาชิกจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรมของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ มีกระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การลงพื้นที่สำรวจในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน โดยเน้นการทำงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) โดยการนำเอาหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านตามหลักศาสนา จัดพิมพ์โดยเครือข่ายองค์กรศาสนาตำบลเอฮ์อี/เอตส์ในประเทศไทย และหลักสูตรคู่มือดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับชุมชน ไปพัฒนาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) หลังจากอบรมแล้วให้นำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นนำผลที่ได้มาทบทวนเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาทำการวิเคราะห์ สรุป และอภิปรายผล โดยจับประเด็นหลักของเรื่อง (Traits) และจำแนกเหตุการณ์หลักๆ ด้วยการแยกเป็นประเด็น ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยจะนำเสนอรายงานแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Description) พร้อมอ้างอิงคำพูดผู้ให้ข้อมูลสำคัญและนำเสนอรูปภาพประกอบเหตุการณ์ของเรื่อง เพื่อยืนยันประเด็นที่พรรณนาวิเคราะห์ตามความเหมาะสม โดยเป็นการนำเสนอผลการวิจัยชุดองค์ความรู้ในการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการบรรยายตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการพรรณนาความ (Descriptive Presentation) ประกอบภาพถ่ายพร้อมการบรรยาย การสร้างเป็นต้นแบบในการพัฒนาแก่ชุมชนอื่นๆ โดยการประเมินผลจากการสอบถามทัศนคติของคนในพื้นที่ เพื่อจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ ผลงานวิจัย วิดีทัศน์นำเสนอ และนวัตกรรมเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณชน รวมทั้งการจัดทำแผ่นพับโบว์ชัวร์ หนังสือสรุปองค์ความรู้ และการเผยแพร่สู่สื่อมวลชน สื่อสารสนเทศ และการจัดพิมพ์เอกสารรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

บทที่ ๔

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัย “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ได้มีการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรม ดังนี้

๔.๑ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

๔.๒ แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

๔.๓ การพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

๔.๔ องค์ความรู้จากการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน ข้อมูลประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ด้วยการลงสำรวจข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ตลอดจนทบทวนแนวทางต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

๔.๑ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

๔.๑.๑ บริบทชุมชนตำบลอุโมงค์

จากผลการศึกษาและสำรวจบริบทของพื้นที่ พบว่า ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ได้รับการจัดตั้งเป็นสุขาภิบาลเมื่อปี พ.ศ.๒๕๑๔ และได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๔๒ มีพื้นที่จำนวน ๒๐.๐๙ ตารางกิโลเมตร ระยะทางห่างจากตัวจังหวัดประมาณ ๑๐ กิโลเมตร

ตำบลอุโมงค์ มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนาน และเป็นชุมชนดั้งเดิม ด้านการปกครองในราว พ.ศ. ๒๔๕๙ ตำบลอุโมงค์ปกครองโดยขุนอุโมงค์ มนาท (นายแก้ว พันธุ์อุโมงค์) ได้รับแต่งตั้งเป็นกำนันคนแรกของตำบลอุโมงค์ และหมื่นนรสุขจรุง (นายบุญตัน ยาวุฒิ) เป็นกำนันคนที่ ๒ โดยการแต่งตั้งชื่อเป็น “ขุน” หรือ “หมื่น” ต่อมาได้ยกเลิกการแต่งตั้งชื่อดังกล่าว ให้ใช้ชื่อบุคคลตามปกติ อย่างไรก็ตาม กำนันตำบลอุโมงค์ ได้รับการแต่งตั้งเรื่อยมาตามสภาพการเมืองแต่ละยุคแต่ละสมัย และได้ยกฐานะเป็นสุขาภิบาลตำบลอุโมงค์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ จากนั้น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลอุโมงค์ จนถึงปัจจุบัน สำหรับชื่อของหมู่บ้าน (ชุมชน) ตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุสืบต่อกันมา

เทศบาลตำบลอุโมงค์ มีจำนวน ๑๑ หมู่บ้าน คือ หมู่ ๑ บ้านอุโมงค์ เป็นชื่อแปลงมาจากคำว่า โอ้งโม่ เป็นคำพื้นเมือง แปลว่า เป็นหลุมเป็นบ่อ หมู่ ๒ บ้านกอม่วง หมู่ ๓ บ้านสับกับตอง หมู่ ๔ บ้านฮ่องกอก หมู่ ๕ บ้านป่าเหว หมู่ ๖ บ้านปาลาน หมู่ ๗ บ้านเซตวัน (หนองหมู) หมู่ ๘ บ้านไร่ หมู่ ๙ บ้านป่าเสา หมู่ ๑๐ บ้านชัยสถาน และหมู่ ๑๑ บ้านแม่ร่องน้อย^๑ จำนวนครัวเรือน ๕,๐๙๙ ครัวเรือน จำนวนประชากรในชุมชนรวม ๑๓,๓๕๕ คน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕)^๒ ปัจจุบันมีจำนวนครัวเรือน ๕,๐๒๔ ครัวเรือน จำนวนประชากรในชุมชนรวม ๑๓,๒๘๙ คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๓)

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙๘ ของจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์ จำนวน ๑๐ วัด ที่เหลือร้อยละ ๒ นับถือศาสนาอื่น ๆ และประชาชนส่วนใหญ่นิยมในหลักพระพุทธศาสนา และปฏิบัติศาสนกิจตลอดจนประเพณีท้องถิ่นอย่างเคร่งครัด มีข้อมูลด้านประชากร จากการสำรวจข้อมูลประชากร เมื่อปี ๒๕๖๐ แสดงดังตารางที่ ๔.๑

ตารางที่ ๔.๑ ข้อมูลประชากรแยกตามเพศ และวัย คิดเป็นร้อยละของประชากรทั้งหมด ของตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน

วัย/ช่วงอายุ	เพศ					ร้อยละ
	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	
เด็กเล็ก (น้อยกว่า ๑-๓ ปี)	๑๒๘	๒	๑๒๙	๑	๒๕๗	๒
ก่อนปฐมวัย (๔-๕ ปี)	๑๗๗	๓	๑๕๔	๒	๓๓๑	๒
ปฐมวัย-การศึกษาภาคบังคับ (๖-๑๕ ปี)	๖๖๓	๑๐	๖๓๑	๙	๑,๒๙๔	๑๐
เยาวชน (๑๖-๒๔ ปี)	๘๗๐	๑๔	๗๗๔	๑๑	๑,๖๔๔	๑๒
วัยแรงงาน (๒๕-๖๐ ปี)	๓,๕๖๔	๕๖	๔,๐๔๒	๕๙	๗,๖๐๖	๕๘
วัยสูงอายุ (๖๑ ปี ขึ้นไป)	๙๓๑	๑๕	๑,๒๒๖	๑๘	๒,๑๕๗	๑๖
รวม	๖,๓๓๓	๑๐๐	๖,๙๕๖	๑๐๐	๑๓,๒๘๙	๑๐๐

ประชาชนส่วนใหญ่อพยพย้ายถิ่นจากบ้านเรือนอยู่ที่ยานกลุ่มบริเวณสองข้างทางถนนสายหลัก คือ ทางหลวง หมายเลข ๑๐๖ เป็นถนนสายเก่าเชื่อมระหว่างจังหวัดลำพูนและจังหวัดเชียงใหม่ การประกอบอาชีพหลักของราษฎรส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม ทำสวนลำไย รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ค้าขาย รับราชการ อุตสาหกรรมในครัวเรือน และอาชีพอื่นๆ

^๑ พิชิต ธาณี พรทิพย์ เจริญธีรวิทย์ และกาญจนา โชคถาวร, “แผนกลยุทธ์ทางเศรษฐกิจแบบมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน”, วารสารเกษตร, (๑๘ (๓) ๒๕๕๕): ๒๒๙-๒๓๘.

^๒ สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม, **ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่อย่างพอเพียงด้วยปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างยั่งยืน**, (กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม, ๒๕๖๐), หน้า ๑๐๙.

ลักษณะพื้นที่ทั้งหมดเป็นพื้นที่ราบลุ่มตามแนวชายฝั่งตะวันตกแม่น้ำกวัง นอกจากนี้ยังมีลำเหมืองปิงห่างไหลผ่านส่วนกลางของตำบล ลำน้ำทั้งสองเป็นแหล่งน้ำที่สำคัญที่ชาวบ้านในพื้นที่ใช้ทำการเกษตรและเลี้ยงปลาในกระชัง ดินมีลักษณะร่วนซุยเหมาะแก่การทำนาทำสวน โดยเฉพาะสวนลำไย ชาวบ้านในพื้นที่ทุกครัวเรือนนิยมปลูกทั้งเป็นสวนแลพื้นที่ว่างรอบๆ บริเวณบ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนลำไย ปัจจุบันได้มีการนำผลผลิตลำไยมาแปรรูปเป็นลำไยอบแห้งและไวท์ออกจำหน่าย และช่วงที่ราคาลำไยตกต่ำในบางปี

ในด้านสถานบริการสาธารณสุข ชาวบ้านส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเมืองลำพูน หรือบางรายใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากตั้งอยู่ไม่ไกลมากนักและมีเส้นทางเดินทางที่สะดวก ปัจจุบันมีศูนย์แพทย์ตำบลอุโมงค์ จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ จำนวน ๑ แห่ง และคลินิกเอกชน จำนวน ๒ แห่ง โดยในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล มีแพทย์ จำนวน ๑ คน เภสัชกร จำนวน ๑ คน นักบริหารงานสาธารณสุข จำนวน ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๔ คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๑ คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน ๓๐๐ คน

๔.๑.๒ ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลสนทนากลุ่มย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ตำบลอุโมงค์ โดยฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัด สำนักงานเทศบาลตำบลอุโมงค์ จะมีระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับเทศบาลเองจะมี บริการลงทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ และผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์
๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้น ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จะได้รับการแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ ตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ และช่วงที่ ๒ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกันยายน ๒๕๖๓ ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ จะมีการงดการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

นอกจากนี้ทางเทศบาลตำบลอุโมงค์ยังได้ จัดตั้ง “ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์” ภายใต้ สโลแกน “คนตำบลอุโมงค์ ไม่ทอดทิ้งกัน” เมื่อวันที่ ๑๔ ก.พ. ๒๕๕๗ ซึ่งตรงกับวันมาฆบูชา ชมรม อาสาป็นสุข เป็นชมรมจิตอาสา ประชาชนที่ร่วมเป็นสมาชิกล้วนเป็นจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรม ของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ มี กระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีการกิจ หลักร ๔ ด้าน ประกอบด้วย ๑.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ๒.สุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ๓. สุขภาพสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน และ ๔.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ ๒ และที่ ๔ ของทุกเดือน



ภาพที่ ๔.๑ การเยี่ยมผู้สูงอายุของชมรมอาสาป็นสุข

นอกจากนี้ ในตำบลอุโมงค์ยังมี Care Giver สำหรับดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ผู้ป่วยเรื้อรังโรคที่เป็นระยะเวลานานก้าวหน้าไปอย่างช้า ๆ ต้องจัดการอย่างต่อเนื่องเป็นปี ๆ หรือสิบ ๆ ปี การให้นิยามของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเฉพาะบางโรคอาจมีความยากลำบาก เช่น การเกิด โรคมะเร็ง อาจเริ่มต้นก่อนปรากฏอาการหลายปี และเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร วิถีชีวิตพันธุกรรม ดังนั้น ระยะเวลาของการเกิดโรคอาจมีการถกเถียงกันว่าเริ่มต้นเมื่อตรวจ ขึ้นเนื้อหรือก่อนหน้านั้น ซึ่งมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรค การให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ในทัศนะทางการแพทย์ โดย Curtin & Lubkin ทำให้ความหมายสมบูรณ์ขึ้นและครอบคลุมภาวะ ต่าง ๆ คือ “การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไม่สามารถกลับสู่ปกติ ความเสี่ยงจากโรคสะสม หรือซ่อนเร้นสงบ หรือมีความบกพร่อง ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคลเพื่อการดูแลสนับสนุนและการ ดูแลตนเอง ดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้น”^๓

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยหลายอย่าง ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความสำเร็จ ทางการแพทย์มีผลทำให้คนมีอายุยืนยาวเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และสามารถค้นพบโรคได้เร็วขึ้น

^๓ Curtin, M., & Lubkin, I., What is chronicity? In I. Lubkin (Ed.), *Chronic illness: Impact and interventions*, (3rd ed.), (Sudbury. MA: Jones & Bartlett, 1995), pp. 6–7.

นอกจากนี้ การมีอายุยืนยาวมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและโรคที่กลายเป็นภาวะเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นและการขยายของชุมชนเมืองทำให้ขาดแหล่งประโยชน์และบริการที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะมูลฝอยความยากจน ความอดทน ชีวิตความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต ความเครียดและบริการสุขภาพวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

Care Giver หรือ CG ในตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลเยี่ยมบ้านติดตามเคส (อาทิตย์ละไม่เกิน ๒ ครั้ง/เคส) โดยประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุภายในพื้นที่รับผิดชอบของตนได้ ว่ามีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวนเท่าไร ขาดการเข้าถึงบริการมากน้อยแค่ไหน จะต้องจัดบริการลงไปช่วยดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างไร ดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่แล้วจะดำเนินการดูแลสุขภาพของคนวัยชราเหล่านั้นต่อไปได้อย่างไร เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการมากขึ้น และห่างไกลจากโรค โดยทุกคนจะต้องผ่านเกณฑ์ที่จะสามารถลงพื้นที่ไปดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ตามบ้านได้ เช่น หากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงป่วยเป็นโรคเบาหวานก็ต้องลงไปช่วยดูการตรวจวัดระดับน้ำตาล มีการรับประทานยาเบาหวานอย่างต่อเนื่องเหมาะสมหรือไม่ มีแผลกดทับตามร่างกายหรือไม่ เป็นต้น

ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยติดเตียง จากการลงพื้นที่เพื่อพบปะแลกเปลี่ยนกับหน่วยงาน บุคคลต่างๆ ในตำบลอุโมงค์ พบว่า แต่จุดหนึ่งที่เรารู้ตรงกันคือ ในระบบดูแลยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้นำศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าวอย่างที่เราควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมอให้จะยิ่งดีใจมากขึ้น นอกจากนี้ในช่วงที่ไปเยี่ยม พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะฝากทำบุญด้วย

ทีมเรายังได้ช่วยกันวิเคราะห์อีกว่า เหตุอันใดจึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่ง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับระหว่างพระกับโยม ด้วย เพราะหลายคนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระองค์เองก็จะได้สำรวจด้วยว่าปัจจุบันญาติโยมเรายังสบายดีอยู่ไหม เช็กจากจำนวนที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของผู้สูงอายุที่นอนวัดในระยะเข้าพรรษา

นางอุมา วีระสะ กล่าวว่า “ยายคนหนึ่งตอนนั้นไม่สบายหนัก มีพระไปเยี่ยม พี่เห็นท่านจับชายจีวรพระ เห็นแล้วสะท้อนใจมาก อีกวันให้หลัง แกก็จากไป”^๔

นางจันทร์ภักพร กานต์โนนวิงศ์ กล่าวว่า “หนึ่งในตัวแทนทีมเยี่ยมบ้านพูดคุยกับทีมวิจัย “ยายอีกคนแกไม่สบาย เดิมจะไปวัดทุกวันศีล แต่เมื่อไม่สบายก็จะฝากคนไปหาบุญแทน”^๕

นางนราภรณ์ สิทธิวัฒน์ กล่าวว่า “พระต้องสังเกตหรือเช็คคุณนะว่า ศีลนี้เข้าพรรษานี้ คนแกในชุมชนที่มานอนวัดเพิ่มหรือลดลง ตัวลดลงเขาไปเพราะเขาป่วย ไม่สบายหรือเปล่า ท่านต้องรู้นะ” ประโยคนี้ได้ทำให้ทีมวิจัยพูดคุยความคาดหวังของชุมชนต่อผู้นำศาสนา”^๖

^๔ สัมภาษณ์ นางอุมา วีระสะ, กลุ่มอาสาป็นสุข หมู่ ๒ หมู่บ้านกอม่วง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน, ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๑,

^๕ สัมภาษณ์ นางจันทร์ภักพร กานต์โนนวิงศ์, กลุ่มอาสาป็นสุข หมู่ ๔ หมู่บ้านสับกับตอง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน, ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๑,

“อุโฆปตุ” เมื่อพบเจอความสุขสภาพดี ชูกราติวิธีลัทธิธรรม ชูธรรมธรรมแห่งปฐพีปัญญา



ภาพที่ ๔.๒ การประชาสัมพันธ์กิจกรรม สวัสดิการ ด้านการดูแลชุมชน

๔.๒ แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

๔.๒.๑ กระบวนการพัฒนาคู่มือการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา

กระบวนการพัฒนาคู่มือการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย พระสงฆ์และผู้ดูแล (Care Giver) ผู้วิจัยได้มีกระบวนการขั้นตอนในการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

- ๔.๓.๑ การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๓.๒ ร่างคู่มือและกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ๔.๓.๓ จัดประชุมเพื่อพิจารณาคู่มือ
- ๔.๓.๔ ทดลองการใช้คู่มือ
- ๔.๓.๕ ประชุมเพื่อปรับปรุงคู่มือ
- ๔.๓.๖ จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียด ดังนี้

๔.๓.๑ การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

โรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและดูแลต่อเนื่อง และเมื่อระยะของโรค หลากหลายเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก

^๖ สัมภาษณ์ นางนราภรณ์ สิทธิวัฒน์, กลุ่มอาสาป็นสุข หมู่ ๓ หมู่บ้านสับกับตอง อำเภอเมือง จังหวัด ลำพูน, ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๑,

และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ ๘-๑๑ ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ ๑๐-๒๕ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ๘๐,๗๘๐ บาท สำหรับปีสุดท้ายของชีวิต และวันนอนเฉลี่ย ๒๙.๒ วันต่อคน นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ตายที่โรงพยาบาลสูงกว่าตายที่อื่นๆ รวมทั้งตายที่บ้านถึง ๒ เท่า^๗

ในทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ ๘-๑๑ ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ ๑๐-๒๕ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน^๘ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังไม่มีความไม่สะดวกบางประการ ได้แก่ การแจ้งเสียชีวิตและการชันสูตรศพ ในกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver) โดยเฉพาะในสังคมเมือง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้น ระบบบริการในลักษณะสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จึงอาจมีความจำเป็นในระดับหนึ่ง เนื่องจากโรงพยาบาล สถาบันของกรมการแพทย์เป็นหน่วยที่ให้บริการในระดับตติยภูมิที่ย่างยากซับซ้อน ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคระบบประสาท โรคเฉพาะทางของเด็ก ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ดังนั้นการจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะเป็นระยะสุดท้ายของโรค

การดูแลเริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการ

^๗ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗), หน้า คำนำ.

^๘ ชุตินา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปรางค์ วาศวิท, อรศรี อินทาม้า และ อาทิตยา เทียมไพรวัลย์, **การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙**, รายงานวิจัย, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๕๐), หน้า ๑..

ดาเนินโรคเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ ปุณฺหฺลํและบริบทของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง^๙

ในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้รับความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการเสริมสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดี แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความสำคัญ ๖ ด้าน คือ

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล
๒. เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทุกมิติ
๓. การมีความต่อเนื่องในการดูแล
๔. การดูแลเป็นทีม
๕. มีระบบสนับสนุนการดูแล
๖. การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญ

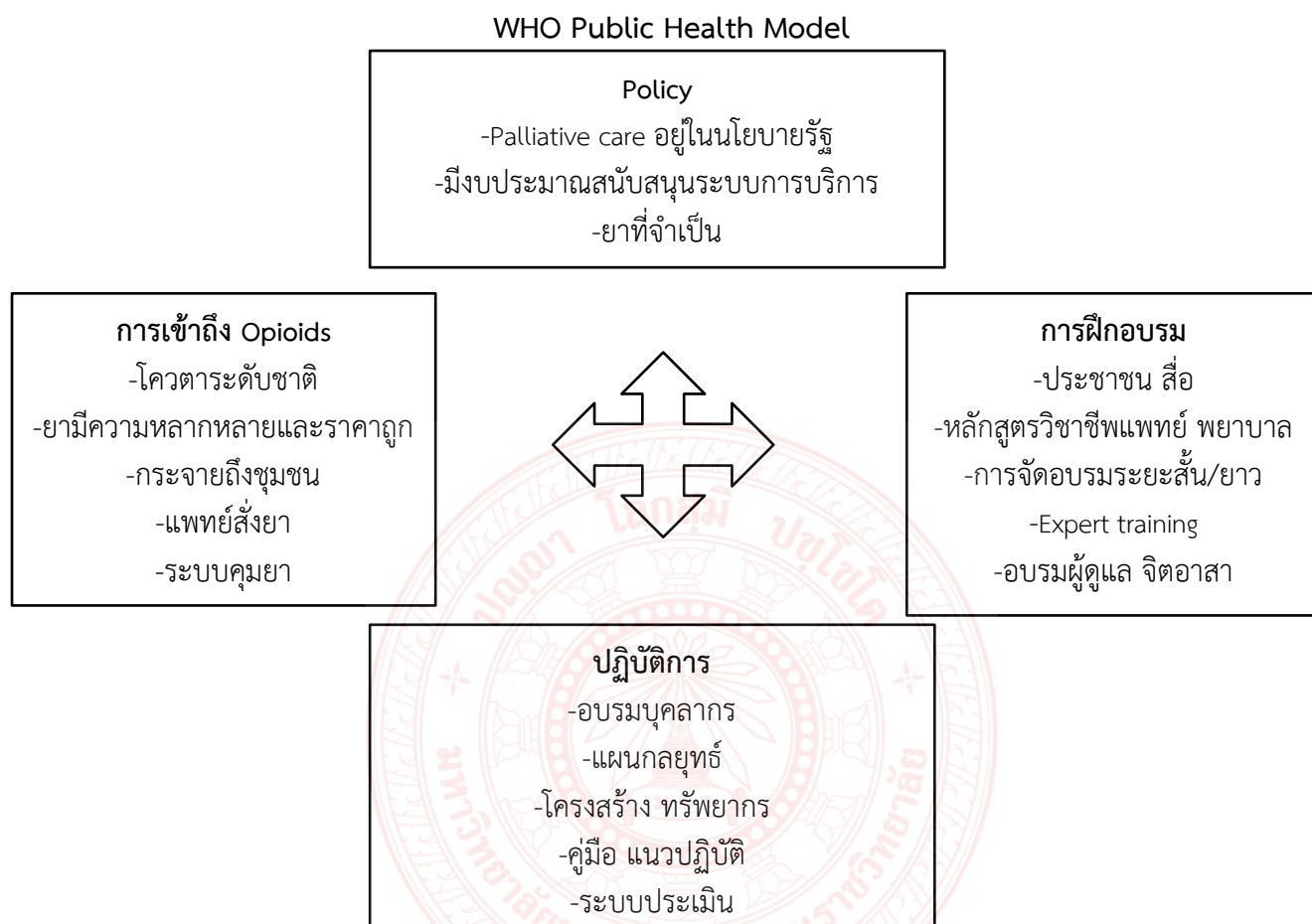
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การรับรู้ข้อมูลและระยะของโรค การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว และวุฒิภาวะ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านการให้การดูแลแบบประคับประคอง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างทีมงานประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบบริการของโรงพยาบาลและการทำงานร่วมกันของทีมงานสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน^{๑๐}

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แสดงแบบจำลอง WHO Public Health Model มี ๔ ด้าน คือ

๑. นโยบาย (Policy) ประกอบด้วย Palliative care อยู่ในนโยบายรัฐ มีงบประมาณสนับสนุนระบบการบริการ และยาที่จำเป็น
๒. การเข้าถึง Opioids ประกอบด้วย โควตาระดับชาติ ยาที่มีความหลากหลายและราคาถูกลง กระจายถึงชุมชน แพทย์สั่งยา และระบบคุมยา
๓. การฝึกอบรม ประกอบด้วย ประชาชน สื่อ หลักสูตรวิชาชีพแพทย์ พยาบาล การจัดอบรมระยะสั้น/ยาว การฝึกประสบการณ์ (Expert training) และการอบรมผู้ดูแล จิตอาสา
๔. ปฏิบัติการ ประกอบด้วย อบรมบุคลากร แผนกลยุทธ์ โครงสร้าง ทรัพยากร คู่มือ แนวปฏิบัติ และระบบประเมิน

^๙ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗), หน้า ๒.

^{๑๐} ภาวิศ วงศ์พิพิธ, “Palliative Care : โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี”, วารสารกรมการแพทย์, (ฉบับประจำเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙): ๒๔ – ๓๑.



ภาพที่ ๔.๓ กรอบความคิดในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นสากล

จะเห็นได้ว่า องค์การอนามัยโลก (WHO) มีแนวคิดในการมุ่งเน้นการฝึกพัฒนาอบรมกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นจิตอาสา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่หนัก อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพของผู้ดูแลโดยการรับฟัง ประเมินภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในขณะอยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's health) ก่อนเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแล (burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (burnout)^{๑๑}

^{๑๑} วริสรา ลูวีระ, “การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, ศรีนครินทร์เวชสาร, (๒๘(๒): ๒๖๖-๗๐ ๒๕๕๖): ๒๖๖ – ๒๗๐.

แนวคิดหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย วาจา สังคม และจิตวิญญาณ บนกระบวนการทำความเข้าใจและร่วมกันตัดสินใจในแนวทางการรักษาระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคจะเอื้ออำนวย ได้คลายความวิตกกังวลต่างๆ กระทั่งสามารถจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ รวมถึงดูแลสภาพจิตใจของญาติหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้วด้วย^{๑๒}

ในประเพณีล้านนา การเทศน์ธรรมหาวิบากเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาผู้ป่วย เป็นพิธีกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างหนึ่งในวัฒนธรรมล้านนา เรียกว่า พิธีกรรมบำบัด เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการหนักเรื้อรังไม่มีท่าทีว่าจะหายจากโรคหรือตาย เรียกว่า อยู่ในช่วงวิบาก บรรดาญาติจะปรึกษากันนิมนต์พระสงฆ์มาเทศน์คัมภีร์ธรรมเรื่องมหาวิบากให้ผู้ป่วยฟัง โดยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยหนักเรื้อรังเป็นเพราะวิบากกรรมที่เคยทำไว้ อีกทั้งจิตใจยังห่วงอาลัยลูกหลาน ทรัพย์สมบัติ หรือมีสิ่งที่ยึดค้างคาอยู่ในใจที่ยังไม่ได้รับการปลดปล่อย หากผู้ป่วยได้ฟังการเทศน์คัมภีร์มหาวิบากแล้วจะช่วยปลดปล่อยให้พ้นจากวิบากกรรม เจ้ากรรมนายเวรก็จะให้อโหสิกรรม จิตใจก็จะปล่อยวางไม่ยึดติดในสิ่งต่างๆ ถ้าผู้ป่วยยังมีบุญอยู่ก็จะหายเป็นปกติในวันเร็ววัน แต่หากหมดบุญหรือหมดอายุขัยแล้วก็จะตายอย่างสงบในไม่ช้าเช่นเดียวกัน พิธีเทศน์เริ่มจากพระสงฆ์เดินทางมาถึงบ้านผู้ป่วย อาจเป็นเวลาใดก็ได้ตามแต่ญาติผู้ป่วยนิมนต์ไว้ แต่ส่วนมากมักเป็นเวลาเร่งด่วนที่ผู้ป่วยมีอาการใกล้จะตาย เมื่อพร้อมเพรียงกันแล้วก็อัญเชิญพระพุทธรูปขึ้นประดิษฐานบนแท่นหรือเตียงเหนือศีรษะผู้ป่วยแล้วโยนด้ายสายสิญจน์จากพระพุทธรูปมาพันรอบศีรษะผู้ป่วย ให้พระสงฆ์ถือด้ายสายสิญจน์ประกบกับคัมภีร์ธรรมมหาวิบากไว้ จากนั้นมีคณาจารย์นำโองการ รับศีล และอาราธนาธรรม พระสงฆ์เริ่มเทศน์คัมภีร์มหาวิบากด้วยทำนองขับขานท่องถ้อยในขณะที่ยืนที่ญาติพี่น้องนั่งพนมมือล้อมผู้ป่วยพร้อมกับบอกผู้ป่วยเป็นระยะๆ ให้ตั้งใจฟังการเทศน์เป็นครั้งสุดท้าย โดยให้ทำใจให้สบาย นึกถึงบุญกุศลที่เคยทำ อย่าได้ห่วงอาลัยลูกหลานและทรัพย์สมบัติ เมื่อพระสงฆ์เทศน์จบ มีคณาจารย์กล่าวสุมาครีวาทนถวายสังฆทาน พระสงฆ์ให้พร โดยกล่าวคำอุทิศด้วยโวหารล้านนาว่าผู้ป่วยได้ถวายทานคัมภีร์มหาวิบากแล้วต้องการอุทิศบุญกุศลไปให้พ่อแม่เกิดเจ้ากรรมนายเวร สัพพสัตว์ สัพพวิญญาณทั้งหลาย เพื่อให้ปลดปล่อยจากวิบากกรรม เมื่อพระสงฆ์ให้พรอนุโมทนาเสร็จก็กล่าวคำแผ่เมตตาเป็นเสร็จพิธี บรรยายภาสการเทศน์คัมภีร์มหาวิบากมีความสำคัญและศักดิ์สิทธิ์ ผู้ร่วมพิธีจะนั่งฟังอย่างสงบได้ยินแต่เสียงพระสงฆ์เทศน์ และเสียงกระซิบของญาติพี่น้องที่สื่อสารกับผู้ป่วยเท่านั้น^{๑๓}

เนื้อหาสาระสำคัญของธรรมมหาวิบากมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวล้านนาในวาระสุดท้ายของการดำเนินชีวิต และมีอิทธิพลด้านความเชื่อเกี่ยวกับธรรมมหาวิบากกับความตาย จนแยกกันไม่ได้ เพราะมีการบอกต่อ เล่าขาน จากอดีตจนถึงปัจจุบันในการเทศน์ให้คนป่วยใกล้เสียชีวิตก็จะมีไม่มีใครรอดชีวิตหรือเมื่อได้ฟังก็จะตายในที่สุด และในเนื้อหาสาระสำคัญในธรรมมหาวิบากจะมี

^{๑๒} พรทวี ยอดมงคล, **คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)**, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ลิขิตพัฒนา จำกัด, ๒๕๖๑): หน้า ๘.

^{๑๓} พระนคร ปญญาวิชโร (ปรังฤทธิ) , **วิถีเทศน์ในล้านนา**, (เชียงใหม่: หจก.จีเอ็มมีเดีย, ๒๕๕๓), หน้า ๒๒๓ - ๒๒๔.

หลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในเรื่องของกรรม (การกระทำ) และผลของกรรม (วิบาก) ชาวล้านนา จึงได้ใช้เป็นกรอบจริยธรรมในการดำเนินชีวิต ผ่านทัศนคติด้านความเชื่อในความกลัวที่จะประกอบ กรรมที่ไม่ดี หรือกรรมที่เป็นอกุศล ตลอดถึงทำให้ผู้ที่มีโอกาสรับฟังธรรมมหาวิบากทราบถึงสัจจะ ธรรมหรือความจริงของชีวิต ว่าที่ได้ตนรับผลกรรมในชาตินี้เพราะได้กระทำความอะไรไว้ในอดีตชาติ และให้มีสติเพื่อมุ่งประพฤติดแต่กรรมดีเพื่อวิบากกรรมที่ดีในชาติต่อไป ธรรมมหาวิบากจึงเป็นสื่อด้าน ศีลธรรม จริยธรรมระดับชาวบ้าน ภาษาที่ใช้ก็เป็นภาษาท้องถิ่น การเทศน์ส่วนใหญ่ก็จะมีผู้ฟังจำนวน ไม่มากนัก ทำให้ผู้ฟังสามารถเข้าใจในหลักธรรมโดยถ่องแท้ เข้าใจถึงธรรมที่เป็นธรรมชาติว่าทำ อย่างไร ได้อย่างนั้น แม้กรรมนั้นจะไม่ได้ให้ผลในทันทีทันใด แต่วิบากกรรมนั้นย่อมติดตามไปในทุกภพ ทุกชาติ ตราบใดที่มนุษย์ยังคงเวียนอยู่ในวัฏฏสงสาร นอกจากนั้นธรรมมหาวิบากมุ่งสอนให้คนที่ มีชีวิตอยู่หรือคนเป็น มากกว่าคนใกล้ตายหรือคนตาย คือมุ่งให้คนที่ฟังหรือญาติผู้ป่วยได้ฟังแล้วนำไป ปฏิบัติเพื่อสร้างบุญสร้างกุศลเป็นทางไปสู่โลกหน้า โดยปฏิบัติตนตามหลักแห่งไตรสิกขาซึ่งเป็น รากฐานที่สำคัญในการพัฒนาตนตามหลักการแห่งพระพุทธศาสนานั้นเอง^{๑๔} จากผลการทบทวน เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การร่างคู่มือและกระบวนการพัฒนา ศักยภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔.๒.๒ ร่างคู่มือและกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้กลุ่มจิตอาสาที่ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้เป็นแนวทางจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสถาน บริการทุกระดับ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับบริการสุขภาพต่อเนื่องจากทีมจิตอาสาเยี่ยมบ้าน

การใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

๑. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนี้ เป็นแนวทางที่กำหนดในระดับสถาบัน ซึ่งผู้นำไปใช้ต้อง ประยุกต์ และกำหนดเป็นแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะโรค/อาการ และบริบทของสถานบริการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติระดับหน่วยงานได้

๒. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านกำหนดขึ้นสำหรับผู้ปฏิบัติงานให้การพยาบาลที่บ้าน ทั้งนี้ หากบุคลากรสุขภาพอื่นๆ นำไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงขอบเขตความสามารถในการปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ขั้นตอนการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

๑. ประชุมระดมสมองคณะผู้วิจัยและคณะทำงาน เพื่อจัดทำร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย โดยคณะทำงานตัวแทนจากพื้นที่ในทุกภาคส่วน

๒. ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ผู้บริหารเทศบาลฯ และผู้ปฏิบัติงานกลุ่มจิตอาสา เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์เหมาะสมของเนื้อหา

๓. ผู้วิจัยจัดทำรายละเอียดและปรับความสมบูรณ์ของเนื้อหาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวคิดเชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าการ

^{๑๔} นวฤต เห่งกระโทก, “ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในวรรณกรรมพระพุทธศาสนา ล้านนา เรื่องมหาวิบาก”, วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่, (ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม- ธันวาคม ๒๕๕๙): ๘๕-๙๖.

ดำเนินงาน (Input) กระบวนการ ดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ดำเนินงาน (Output and Outcome) เป็นการนำแนวคิดทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบช่วยในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมองการทำงานเป็นกระบวนการต่อเนื่องมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

๑) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการวางแผนเตรียมทรัพยากรที่ต้องใช้ในกระบวนการทำงานแต่ละเรื่องแต่ละอย่าง เพื่อให้มีความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากรที่ใช้ในการทำงานเรื่องนั้น เช่น การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชน ต้องรู้ว่าโรคใด มีภาวะใด อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร และต้องรู้ผล Lab ว่าควรจะตรวจอะไรระยะใดของการดำเนินของโรค เพื่อนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะ การตรวจคัดกรองโรค ทีมสุขภาพที่จะไปช่วยทำงานควรประกอบด้วย สหสาขาใดหรือ ทีมการพยาบาลต้องใช้กี่คน ใครจะไปทำหน้าที่ใดจึงจะทำให้ทีมทำงานสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดปัจจัยนำเข้าจะมองที่องค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างของการทำงาน เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่และคุณลักษณะของพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ของคนสมรรถนะของคนที่จะต้องใช้ในการทำงานแต่ละเรื่อง แต่ละกิจกรรม

๒) กระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง ภาวะสุขภาพประกอบด้วยการบริการอะไรบ้าง และในแต่ละงานบริการ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลอะไร ใช้แนวทางปฏิบัติของใคร ในคู่มือเล่มนี้ได้กำหนดกระบวนการปฏิบัติเป็น ๓ ระยะ คือ ก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน

๓) ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังดำเนินการ กระบวนการที่ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล เช่น การคัดกรองภาวะสุขภาพ ต้องการให้เกิดผลลัพธ์อะไรจากการตรวจคัดกรอง ผลลัพธ์ที่วัดได้อาจเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นที่เกิดขึ้นหลังทำกิจกรรมการพยาบาลทันทีแต่ละกิจกรรม หรือเป็นผลลัพธ์ระยะยาวที่เกิดเป็นภาพรวมของการทำกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ได้

คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีโครงสร้างคู่มือ ที่มีรูปแบบการให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมฝึกอบรม ๓ หลักสูตร คือ

หลักสูตรที่ ๑ การบรรยาย แลกเปลี่ยน และแบ่งกลุ่มภาคปฏิบัติ

มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการให้คำปรึกษาไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

มีวิธีการ ดังนี้

๑. บรรยายรวมไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

๒. ปฏิบัติโดยการจับคู่ และแบ่งกลุ่มปฏิบัติ รวม ๕ ชั่วโมง

มีระยะเวลา ๑ วัน เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

๒. เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในชุมชนเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

๓. สามารถที่จะเข้าร่วมและอยู่ครบกระบวนการได้ตามที่แจ้ง

มีการจัดแบ่งเป็น ๒ หลักสูตรย่อย คือ

๑. ภาคทฤษฎี เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการให้คำปรึกษาไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการเยี่ยมบ้านไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

๑.๑ ความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง

๑.๒ ความรู้เบื้องต้นการให้คำปรึกษา

๑.๓ ความรู้เบื้องต้นการเยี่ยมบ้าน

๒. ภาคปฏิบัติ

๒.๑ การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

๒.๒ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

๒.๓ กิจกรรมกลุ่มบทบาทพระสงฆ์/การปฏิบัติตนเองของพระสงฆ์ต่อผู้ใกล้ตาย

หลักสูตรที่ ๒ หลักสูตรการให้การปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการให้คำปรึกษาไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ระยะเวลา ๓ ชั่วโมง

อุปกรณ์ ประกอบด้วย เก้าอี้หน้าห้อง ๒ ตัว กระดาษปรู๊ฟ ปากกาเคมีคละสี คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก ไมค์ลอย ๒ ตัว

กระบวนการ แบ่งขั้นตอนดังนี้

๑. วิทยากรทำความเข้าใจเนื้อหา ภาพรวมการให้คำปรึกษา

๒. วิทยากรสาธิตกระบวนการให้คำปรึกษา

๓. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกระบวนการให้คำปรึกษา

๔. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมสาธิตกระบวนการให้คำปรึกษา

๕. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แนวทางการปรับใช้

หลักสูตรที่ ๓ หลักสูตรการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการเยี่ยมบ้าน

๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการเยี่ยมบ้านไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ระยะเวลา ๓ ชั่วโมง

อุปกรณ์ ประกอบด้วย กระดาษปรู๊ฟ ปากกาเคมีคละสี คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก เก้าอี้ ๒ ตัว และไมค์ลอยจำนวน ๒ ตัว

กระบวนการ

๑. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมออกเป็น ๓ กลุ่ม
ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันคิด วิเคราะห์ประเด็นดังต่อไปนี้
 - ในชุมชนของเราเมื่อมีคนใกล้ตาย มีข้อปฏิบัติเกี่ยวกับอะไร อย่างไร
 - บทบาทของพระสงฆ์ในพิธีกรรมดังกล่าวมีอะไรบ้าง
๒. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ
๓. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แนวทางการปรับใช้

๔.๒.๓ จัดประชุมเพื่อพิจารณาคู่มือ การจัดประชุมเพื่อพิจารณาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัย และคณะทำงานเพื่อพิจารณาความถูกต้องและสมบูรณ์



ภาพที่ ๔.๔ การจัดประชุมเพื่อพิจารณาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔.๒.๔ ทดลองการใช้คู่มือ การทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ต้นแบบซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่คณะทำงานปฏิบัติงานอยู่ คือ พื้นที่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน เนื่องจาก การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้ บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดย ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ / มีความรู้ไม่เพียงพอ / ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ



ภาพที่ ๔.๕ การทดลองการใช้คู่มือและการทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ต้นแบบ

๔.๒.๕ ประชุมเพื่อปรับปรุงคู่มือ การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

๔.๒.๖ จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็น

กระบวนการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผ่านการพิจารณาเนื้อหาจาก คณะกรรมการวิชาการเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วย ที่บ้าน โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพภายใต้ความเป็นอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อ ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในระยะฟื้นฟูสุขภาพ



ภาพที่ ๔.๖ การจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔.๓ การพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

๔.๓.๑ กระบวนการพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามคู่มือ

ทีมวิจัยได้จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามคู่มือ มีผู้เข้าร่วมประกอบด้วย พระสงฆ์และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver ผลของการอบรมสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. การให้การปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

ความหมาย การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของตน ตลอดจนสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง เป็นการให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่เกิดจากจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม ดังนั้นจะเน้นการแก้ปัญหาโดยให้ความสำคัญในเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกที่จะเป็นตัวสืบค้นต่อไปถึงปัญหาพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาให้เกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย กล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับรู้ ทำความเข้าใจ และแก้ไขปัญหามาของตนเอง เน้นการสื่อสารสองทาง เป็นการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยสื่อด้วยคำพูด และหรืออากัปกิริยา เป็นกระบวนการที่พูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอน และมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่ผู้ให้การปรึกษาจะเลือกใช้ เน้นความรู้สึกนึกคิด ปัญหา และความต้องการ รวมไปถึงการรับรู้ปัญหา การตัดสินใจเลือก และการแก้ไขปัญหาตั้งอยู่บนศักยภาพของผู้รับการปรึกษา เน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ท่าที และคำพูดที่ปรากฏในขณะนั้น เพื่อผู้รับการปรึกษาจะได้ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้ ไม่มีคำตอบสำเร็จรูปหรือตายตัว ที่ผู้ให้การปรึกษาเตรียมไว้ล่วงหน้า เนื่องจากเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา คำตอบขึ้นอยู่กับความต้องการ การตัดสินใจเลือก และศักยภาพของผู้รับการปรึกษา การให้การปรึกษาไม่ใช่การแนะนำ สั่งสอน ปลอดภัย หรือตัดสินถูกผิด แต่ละคนย่อมมีเหตุผลของตนเอง ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำการใดๆ แต่การให้การปรึกษาเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางแก้ไขปัญหามา สามารถพิจารณาทางเลือกได้มากขึ้นและตัดสินใจง่ายขึ้น

๒. วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับผิดชอบตนเองได้ในด้านต่างๆ ดังนี้ เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาของตน ซึ่งจะก่อให้เกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา มีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมกับตน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม โดยใช้ศักยภาพของตนในการเลือกและค้นหาวิธีการที่เหมาะสม

๓. กระบวนการในการให้การปรึกษา

ในการให้บริการคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นที่จะต้องสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ กล่าวเปิดเผยเรื่องราว โดยการทักทายการพูดคุยเรื่องทั่วไป การใส่ใจ (ภาษาพูด ภาษาท่าทาง) การเปิดประเด็น การตกลงบริการ ให้มีสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหาและสาเหตุความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นภูมิหลังความเป็นมา (เท่าที่จำเป็น) องค์ประกอบของปัญหาเนื้อหาของปัญหา (รูปแบบของการเกิดปัญหา / ความรุนแรง / ความรู้สึก / ความคิด) ผลกระทบต่อผู้รับบริการปรึกษา พฤติกรรมของผู้รับบริการปรึกษา สัมพันธภาพของผู้รับบริการปรึกษาต่อผู้อื่น (ครอบครัว/เพื่อน/ผู้ร่วมงาน/คนที่มีส่วนในปัญหา) ศักยภาพของผู้รับบริการปรึกษา (วิธีแก้ปัญหาปัจจุบัน / วิธีแก้ปัญหาในอดีต / ผู้ให้การช่วยเหลือ)

วางแผนการแก้ไขปัญหา โดยการทบทวนและสรุปข้อมูล จัดเรียงลำดับและเชื่อมโยง (เวลา / ผู้ได้รับผลกระทบ / ความรุนแรง การพิจารณาและเลือกปัญหา (ความต้องการ / ความรุนแรง / ความเร่งด่วน / ประโยชน์ / ความเป็นไปได้) องค์ประกอบของการวางแผนแก้ไขปัญหา (แรงจูงใจ / ศักยภาพ / การสนับสนุนทางสังคม) ประเภทของปัญหา (ขาดความรู้ / อารมณ์ความรู้สึก / ขาดแนวทางหรือขาดทักษะปฏิบัติ) วิธีการวางแผนแก้ไขปัญหา (มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา / กำหนดเป้าหมายได้ / สำรวจทางเลือกต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหา / พิจารณาทางเลือกต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหา / พิจารณาทางเลือกที่พึงประสงค์ / กำหนดแผนโดยละเอียด

ยุติบริการ เป็นการยุติการให้การปรึกษาในแต่ละครั้งและการยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละราย วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันในสิ่งที่ได้พูดคุยในแต่ละครั้ง กำหนดแนวทางปฏิบัติ เช่น การนัดหมายครั้งต่อไป การนำไปปฏิบัติจริง การส่งต่อ โดยมีเงื่อนไขในการยุติการให้บริการ เช่น หมดเวลา สาถนการณ์เกินขอบข่ายการช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ขอรับคำปรึกษาผ่อนคลาย พบแนวทางปฏิบัติ หรือผู้ให้คำปรึกษาไม่ให้ความร่วมมือ เกินความสามารถของผู้ให้คำปรึกษา โดยมีขั้นตอนในการยุติการให้คำปรึกษา ดังนี้ ประเมินสถานการณ์ การสรุปความ การนัดหมายครั้งต่อไป การส่งต่อ การลา

๔. ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษา

๑. การฟัง : ผู้ขอรับบริการปรึกษาได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และได้เรียนรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น เข้าใจสิ่งที่เป็นปัญหา ยอมรับ แยกแยะความรู้สึกและเลือกทางแก้ด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถจับประเด็นปัญหา และแกะรอยตามปัญหาของผู้ขอรับคำปรึกษา ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกัน

๒. ผู้ให้บริการควรมีการฟังอย่างใส่ใจ โดยการมองประสานสายตา ตั้งใจ มีสติ พยายามจับประเด็น ถามในจุดที่สงสัย แกะรอยตามประเด็น ไม่แทรกขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่อง ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ แสดงสีหน้าท่าทางตอบสนอง

๓. การสังเกต เป็นทักษะการใส่ใจ เพื่อรับรู้ในพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ขอรับบริการปรึกษาแสดงออกมา เพื่อให้ผู้ให้บริการเลือกใช้ทักษะได้อย่างเหมาะสม

๔. การถาม เป็นทักษะในการให้โอกาสผู้ขอคำปรึกษาได้บอกถึงความรู้สึก และเรื่องราวต่างๆที่ต้องการปรึกษา ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจถึงปัญหา และเรื่องราวต่างๆที่ต้องการปรึกษา ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจถึงปัญหา และผู้ขอรับบริการได้คิดคำนึงถึงปัญหาของตนเอง

๕. การเงียบ เป็นช่วงเวลาเวลาที่ไม่มีสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้พูด ทั้งสองฝ่ายได้พักคิด และเพื่อพักฟื้นจากความเหน็ดเหนื่อย

๖. การทวนซ้ำ เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้ขอรับบริการได้บอกเล่าอีกครั้งโดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภาษาและความรู้สึก ช่วยให้ผู้ขอรับบริการเข้าใจชัดเจนในสิ่งที่ต้องการปรึกษา เป็นวิธีสื่อความเข้าใจของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้บริการเปิดเผยตนเองมากขึ้นและพูดต่อไปได้ อีกทั้งยังช่วยตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้บริการได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ การทวนซ้ำสามารถทำได้หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้ให้บริการพูดทุกคำ ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนาม ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นสำคัญเพียงส่วนเดียว ทวนซ้ำแบบสรุป

๗. การสะท้อนความรู้สึก เป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆที่ผู้รับบริการได้แสดงออกมาด้วยวาจาหรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจน เป็นภาษาพูดให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริง ทั้งนี้ผู้รับบริการจะเกิดความไว้วางใจ เนื่องจากผู้ให้บริการเข้าใจความรู้สึกในปัญหาของตนเอง

๘. การให้ข้อมูล ผู้ให้บริการควรสำรวจความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อความถูกต้อง ส่วนที่ผิด ส่วนที่ขาดหายไป ให้ข้อมูลเพื่อแก้ไขส่วนที่ผิดเพิ่มเติมส่วนที่ขาดให้สมบูรณ์ ควรบอกเป็นลำดับให้ชัดเจน เป็นรูปธรรมอาจมีการสาธิตให้ดู และมีการตรวจสอบว่าผู้รับบริการเข้าใจ ปฏิบัติได้จริง

๙. การเสนอแนะ เป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้เลือกปฏิบัติเอง ทราบแนวทางการปฏิบัติตัว สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ได้มีโอกาสพิจารณาข้อเสนอแนะว่าเหมาะสมกับตนหรือไม่ โดยมีวิธีการให้ข้อเสนอแนะดังนี้

๙.๑ สألว่าผู้ขอรับบริการไม่สามารถคิดหาแนวทางปฏิบัติได้

๙.๒ สألว่าผู้ขอรับบริการเคยแก้ปัญหาประเภทนี้หรือไม่

๙.๓ ให้การเสนอแนะโดยบอกวิธีปฏิบัติ หรือสนับสนุนให้ปฏิบัติตามประสบการณ์

๙.๔ ตรวจสอบปฏิกิริยาได้ตอบ

๙.๕ อาจมีการซ่อมปฏิบัติ

๑๐. การให้กำลังใจ เป็นทักษะที่ใช้ด้านจิตใจเพื่อช่วยให้ผู้ขอรับบริการได้พูดหรือแสดงความรู้สึกอารมณ์ และให้การแก้ปัญหาดำเนินต่อไปด้วยดี มักทำเมื่อผู้ขอรับบริการขาดความมั่นใจ วิตกกังวลมองตัวเองด้อยเกินกว่าที่จะแก้ไขปัญห ซึ่งต้องอิงอยู่บนศักยภาพของผู้ขอรับบริการไม่ใช่มาจากผู้ให้บริการหรือการปลอบใจที่ใช้ในสังคมทั่วไป วิธีการให้กำลังใจตามหลักการให้คำปรึกษา

๑๐.๑ สألอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก

๑๐.๒ การจับและสะท้อนความรู้สึก

๑๐.๓ ค้นหาศักยภาพของผู้ขอรับบริการ

๑๐.๓ ผู้ให้บริการสนับสนุนศักยภาพของผู้ขอรับบริการ

๕. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่สำคัญในการดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง นอนติดเตียง การเยี่ยมบ้านที่ดีควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

การเยี่ยมบ้านควรจะเยี่ยมเยียนเป็นปกติทั่วไป เหมือนเป็นเพื่อนบ้านไปมาหาสู่กัน เล่าถึง วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านว่ามาให้ความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนพูดคุย เริ่มสนทนาโดยพูดถึง ชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างความคุ้นเคย พบปัญหาทางกาย ให้ซักถามถึงสาเหตุที่อาจเกิดจากปัญหาทาง เศรษฐกิจ สังคม และปัญหาทางด้านจิตใจด้วย หากจะคุยเรื่องส่วนตัว ควรพูดคุยเมื่อคุ้นเคยกันดีแล้ว และควรขออนุญาตก่อน คำนึงถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสม คำนึงถึงความต้องการและความสะดวก ของผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นหลัก

สิ่งที่ไม่ควรทำในการเยี่ยมบ้านที่อาสาสมัครจำเป็นต้องรู้คือ ทักทายเรื่องการเจ็บป่วย อาการ สภาพปัญหา หรือแนะนำการดูแลตนเองโดยที่ยังไม่คุ้นเคยหรือไว้วางใจกันพลอบใจให้กำลังใจ มากเกินไป เช่น อย่าคิดมากนะ ทำใจเสียเถอะ เอาธรรมะเข้าข่ม เป็นต้น พวกกันไปเยี่ยมเป็นกลุ่มใหญ่

การได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุจะเปิดมุมมองของคนที่ไม่เคยไปเยี่ยม ตอนแรกเราคิดว่าการเป็น หมออยู่ที่โรงพยาบาลก็น่าจะเพียงพอแล้ว งานก็มากมายอยู่แล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องไปเยี่ยมบ้านอีก เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอง แต่จากการไปเยี่ยมบ้าน ทำให้ได้เห็น มุมอื่นของชีวิตผู้ป่วยสูงอายุ มุมที่เห็นคุณค่าของคนอื่น มุมที่ค้นพบผู้ป่วยสูงอายุอีกรายที่ ติดค้างอยู่ ในบ้าน ทำให้เรารู้ว่า บางครั้งคนที่ป่วยอีกรายที่สุดอาจไม่ใช่คนที่ไปโรงพยาบาล แต่เป็น ญาติของคนป่วยที่ไม่สามารถไปโรงพยาบาลเองได้ ซึ่งได้แก่ กลุ่มคนแก่ คนพิการ หรือคนที่ถูก ครอบครัวทอดทิ้ง

การเยี่ยมบ้านครั้งนี้ยังทำให้เราได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์มากขึ้น ทุกคนมี จิตใจ ทุกคนอยากหายจากโรคที่ตัวเองมีอยู่ การได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก็เป็นเหมือนการค้นหาสาเหตุ รากเหง้าที่ทำให้คนเจ็บป่วยและค้นหาคนป่วยรายอื่นที่ซ่อนตัวอยู่ในบ้าน หากแพทย์อยู่แต่ใน โรงพยาบาล ได้รับความรู้แต่ผู้ป่วยในห้องตรวจแคบๆ ไม่เคยได้มีโอกาสเยี่ยมบ้าน ไม่เคยมองผู้ป่วยในชีวิต จริง แพทย์นั้นคงไม่มีโอกาสมองคนด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ และนานๆไปคงเป็นแพทย์ที่รักษา ได้แต่ไข้ ไม่เห็นคน อาจเห็นคนเป็นเหมือนหุ่นยนต์ จนรู้สึกเหนื่อยล้าจำกับการปฏิบัติงานในวิชาชีพ ซึ่งทำให้เป็นทุกข์กันทั้งหมอและคนไข้ ดังนั้น การให้บริการเชิงรุก เช่น การออกไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ที่ป่วยติดบ้าน ติดเตียง จะทำให้ทราบข้อเท็จจริงและรู้ว่ามีบริบทที่มากกว่าที่คิดไว้แต่แรก

๖. ปัญหาทางใจและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และอายุ มากกว่า ๘๐ ปี มีดังนี้

ความเสื่อมของสติปัญญา สาเหตุสำคัญได้แก่ ภาวะสับสน สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า การแยกหาสาเหตุจำเพาะเป็นสิ่งสำคัญ แต่บางครั้งทำได้ยากเนื่องจากมักจะพบสาเหตุร่วมกันได้บ่อย ดังนั้นจึงต้องคอยสอดส่อง และแก้ไขปัญหาทุกประการที่อาจเป็นสาเหตุพฤติกรรมที่อันตราย เช่น การเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ การออกไปโดยไร้จุดหมาย และหลงทาง ต้องได้รับการแก้ไขโดยการวาง

แผนการดูแลที่ดี แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอาการเสื่อมของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การแก้ไขจุดบกพร่องและการลดยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด และการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ ยังเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งแพทย์สามารถช่วยเหลือได้ การเสื่อมลงของสติปัญญาอย่างเฉียบพลัน จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุเสมอโดยเฉพาะการใช้ยา หรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นใหม่ อาการเจ็บปวดที่ดูจะไม่รุนแรงในคนทั่วไป มีผลกระทบต่อสมองของผู้ป่วยสูงอายุได้มาก เช่น ไข้ได้เล็บนั้ว้เท้า ช่องคลอดอักเสบ หรือแผลกดทับ หรือแม้แต่การใช้ยาขนาดผิดปกติ และยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ความผิดปกติของเกล็ดเลือดในเลือด ระดับน้ำตาล ฮอรโมนไทรอยด์ และการขาดออกซิเจน การขาดอาหาร ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมก็ล้วนมีผลเช่นกัน จึงต้องควรมองหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วย

อาการซึมเศร้า เกิดได้ ๕-๑๐% ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น อัมพาต ผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแล และเข้าอยู่ในบ้านพักคนชรา การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าต้องพบว่ามีอารมณ์เศร้าไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการหลายอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของการนอน ขาดความสนใจ รู้สึกผิด ขาดพลังงาน ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร อาการกระวนกระวายหรือนิ่งเฉย ต้องการฆ่าตัวตาย

การให้ความช่วยเหลือ

- ให้โอกาสผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงได้พูดหรือระบายสิ่งที่อยู่ในใจของเราพร้อมกับแสดงความเข้าใจ

- เมื่อเขาสงบลงหรือผ่อนคลาย ควรช่วยแก้ไขอารมณ์โกรธหรือช่วยให้คาดคะเนถึงผลของการโกรธ

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- ไม่สนใจความรู้สึกของเขา
- โต้เถียงหรือ แสดงความไม่พอใจ
- คัดค้านให้เขาบอกให้ได้ว่าทำไมถึงมีอาการแบบนั้น
- นำเอาประสบการณ์ส่วนตัวมาแนะนำให้เขาทำตาม

ความกังวลใจ สังเกตได้จากการที่ผู้สูงอายุมีสีหน้าเคร่งเครียด กังวล หรือหมกมุ่นครุ่นคิด หรืออาจมีอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว หายใจไม่อิ่ม ปวดหัว ปวดเมื่อยตามร่างกาย หรือนอนไม่หลับ อาจระบายหรือเล่าถึงสิ่งที่กลุ่มใจ สาเหตุ เกิดจากเดิมเป็นคนคิดมากหรืออ่อนไหว ทำให้ตีตนไปก่อนไข้ เช่น กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล หรือกังวลเรื่องความตาย กลัวว่าตายแล้วจะไม่มีใครดูแลลูกหลาน

การช่วยเหลือ

- ให้โอกาสช่วยเหลือหรือกระตุ้นให้เขาได้เล่าสิ่งที่เขากังวลใจ ด้วยท่าทีที่สงบและมั่นคง
- หาสาเหตุที่ทำให้กังวลใจ และให้เขาได้ลงมือปฏิบัติเอง
- แนะนำให้ทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความกังวลใจ เช่น การฟังเพลง สวดมนต์ อ่าน

หนังสือ

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- ละเลยสิ่งที่เขากังวลใจ แสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย
- กังวลแทนเขามากเกินไป และเครียดเมื่อเราช่วยเหลืออะไรเขาไม่ได้

กลัว อารมณ์กลัว สังเกตได้จากอาการกระวนกระวาย นั่งไม่ติดที่ ขาดสมาธิ ตื่นตกใจง่าย เหงื่อออก มือเท้าชื้น หัวใจเต้นเร็ว น้ำเสียงตื้นตัน ตัวสั่น นอนไม่หลับ ไม่อยากอยู่ตามลำพัง หรืออาจทำร้ายตนเองเพื่อหนีความกลัว และระดับความสามารถในการทำงานอาจลดลง โดยสาเหตุของความกลัวคล้ายความกังวล แต่ความกลัวมีความรุนแรงและชัดเจนมากกว่าการช่วยเหลือ

การช่วยเหลือผู้กังวลใจ

- ให้โอกาสหรือกระตุ้นให้เขาได้เล่าสิ่งที่เขากลัว ด้วยท่าทีที่สงบและมั่นคง
- หาสาเหตุที่ทำให้เขากลัว และให้เขาได้ลงมือปฏิบัติเอง เช่น กลัวตาย ก็ช่วยเหลือด้วยการส่งต่อเพื่อการรักษา หรือแนะนำวิธีการรักษาให้แก่ลูกหลาน
- แนะนำให้ทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความกลัว เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ สนทนากับคนดูแลบ่อยๆ
- รวมทั้งหาคนอยู่เป็นเพื่อช่วยเหลือความกลัวและเพิ่มความรู้สึกอบอุ่นใจ

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- ละเลยสิ่งที่เขากลัว แสดงให้เห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย
 - กังวลเรื่องของเขามากเกินไปแลเครียดเมื่อเราช่วยเหลืออะไรเขาได้
- เหงา** อารมณ์เหงา สังเกตได้จากการที่ผู้สูงอายุเงียบ สีหน้าเหม่อลอย ครุ่นคิด เล่าถึงความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว พูดน้อยลง สาเหตุ ขาดที่พึ่งหรือขาดคนเข้าใจ กลัวว่าสังคมจะทอดทิ้ง กลัวว่าลูกหลานจะทอดทิ้ง ไม่รู้วิธีแก้ปัญหาของตนเองและไม่เห็นประโยชน์ที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การช่วยเหลือ

- หมั่นไปเยี่ยมให้เขารู้สึกอบอุ่นและรู้สึกมีเพื่อน แม้ว่าเขาจะไม่พูดคุยอะไร
- สังเกตและแสดงความสนใจเขา เช่น บอกกับเขาว่าเห็นเก็บตัวอยู่ในบ้าน จึงอยากมาพูดคุยเป็นเพื่อน
- กระตุ้นให้เขาได้พูดคุยหรือมีกิจกรรมทำยามว่าง เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ เพื่อไม่ให้รู้สึกเหงา

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- คิดว่าอาการเหล่านี้เป็นเรื่องเล็กน้อย ไม่ต้องสนใจอะไรมาก
 - รีบปลอบใจเร็วเกินไป เช่น บอกเขาว่าอย่าคิดอะไรมาก เดี่ยวจะแยกวันนี้
 - รีบให้ความช่วยเหลือ หรือช่วยเหลือมากเกินไป จนเขาอึดอัด หรือรู้สึกว่าถูกบังคับ
- ซึมเศร้า** ความรู้สึกซึมเศร้า สังเกตได้จากสีหน้าหม่นหมอง ซึมเศร้า น้ำตาลคลอ ร้องไห้ ไม่สนใจตนเอง เช่น ปล่อยให้อมยารู้งรังสกรปรก พูดน้อยลง หรือพูดเสียงเบา มักพูดถึงความหมดหวัง ความไร้ค่า ความรู้สึกผิด การเป็นภาระสำหรับคนอื่น ไม่อยากทำอะไร กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ชูบผอมลง กินอาหารอร่อยหรือไม่รู้ยอกินอะไร อ่อนแรง เพลีย เคลื่อนไหวช้า สาเหตุ รู้สึกผิด ไร้ค่า สิ้นหวัง เพราะมีอาการเรื้อรัง หมดหวังที่จะรักษา กลัวการสูญเสีย เช่น สุขภาพ ชื่อเสียง คนรัก หรือ เสียชีวิต มีปัญหาด้านการเงินต้องพึ่งคนอื่น

การช่วยเหลือ

- หมั่นไปเยี่ยมแสดงความเป็นมิตร และห่วงใย แม้ว่าเขาไม่อยากพูดคุย

- สนใจ และกระตุ้นให้เขาพูดคุยเล่าความรู้สึก
- หาสาเหตุที่ทำให้เขาเกิดอาการซึมเศร้า เพื่อช่วยเหลือได้ถูกต้อง เช่น ถ้าเขารู้สึกว่าไร้คุณค่า ก็ช่วยให้เขาค้นหาข้อดีของตนเอง
- ช่วยเขาตัดสินใจบางเรื่องที่เขาเกิดความลังเล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการตัดสินใจของเขามีแนวโน้มที่ไม่เหมาะสม หรือเสียหายแก่ตัวเขาเอง
- แนะนำให้ทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดความหมกมุ่น เช่น พูดคุย สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- มองความรู้สึกของเขาเป็นเรื่องเล็กน้อย เช่น “อย่ากลุ้มไปเลย เดี่ยวทุกอย่างก็จะดีเอง”
- รีบเสนอวิธีการแก้ปัญหาแก่เขาเร็วเกินไป เช่น “ฝึกสมาธิก็จะดีนะ”

ข้อควรระวัง

- หากอาการซึมเศร้าที่พบนั้นรุนแรง

๗. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแลโดยพระสงฆ์

พระสงฆ์มีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก เพราะโดยหลักการแล้ว พระสงฆ์มีความรู้เรื่องจิตใจทั้งในทางปริยัติและปฏิบัติ พระไม่มีครอบครัวหรือการงานการเงินที่ต้องห่วงกังวล การดูแลจิตใจผู้ป่วยเป็นกิจของสงฆ์ที่พึงปฏิบัติดังที่พระพุทธเจ้าได้เยี่ยมและโปรดให้สาวกได้เห็นเป็นตัวอย่าง พระองค์เยี่ยมพุทธบริษัทที่เจ็บป่วย ชี้ให้เห็นความทุกข์และวิธีดับทุกข์ที่อยู่เบื้องหน้าจนผู้ป่วยเห็นสัจธรรมและสำเร็จธรรมขั้นสูง ดังนั้นการเยี่ยมดูแลจิตใจผู้ป่วยจึงเป็นการทำหน้าที่ของพระสงฆ์โดยแท้จริง พระสงฆ์มีโอกาสทำให้พุทธธรรมกลับมามีความหมายต่อผู้ป่วย ตอบสนองสิ่งที่มนุษย์ผู้เจ็บและกำลังตายต้องการ พระสงฆ์ที่เยี่ยมเยียนผู้ป่วยถึงข้างเตียงทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลทำให้ศาสนาที่ปัจจุบันดูห่างเหินจากประชาชนเข้ามาใกล้ชิดกันอีกครั้ง

พระมีโอกาสที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น การเข้าไปสอบถามรับฟังความทุกข์ของผู้ป่วยด้วยความห่วงใยตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บไข้ในระยะแรกๆ เยี่ยมยามถามข่าวดังที่เพื่อนบ้านพึงกระทำต่อกัน การขยายความเพิ่มเติมหลังจากเสร็จพิธีกรรมทางศาสนา การเตือนสติให้ข้อคิดตามความเหมาะสม การดูแลจิตใจของญาติที่เฝ้าไข้ การนำเจริญภาวนาด้วยวิธีง่ายๆ การประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ ในท้องถิ่น เป็นต้น

กระบวนการตายตามธรรมชาตินั้นสั้นและเจ็บปวดน้อยกว่า

นพ. พรศักดิ์ ผลเจริญสมบูรณ์ คนทั่วไปมักไม่รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการตายและความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วยระยะท้าย เราจึงเข้าไปแทรกแซงกระบวนการตายตามธรรมชาติด้วยการรักษาอาการหรือการยื้อต่างๆ

ทางฝ่ายลูกหลานมักต้องการยืดกระบวนการตายของพ่อแม่ให้ยาวนาน เพราะความรู้สึกผิดหรือความกตัญญู ในขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายหลายคนอาจจะยังทนฝืนอยู่ไปเพราะเกรงใจลูกหลาน ยิ่งรักยิ่งห่วง จึงอยู่ต่อไปเพื่อจะได้เป็นร่วมพิธีรับศพ

‘หมอแดง’ – นาวาเอก นายแพทย์ พรศักดิ์ ผลเจริญสมบูรณ์ วิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ บอกกับเรานั้นเท่ากับการยืดกระบวนการตายให้

ยาวนานขึ้น และทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมานเพิ่มมากขึ้น แทนที่จะปล่อยให้ผ่านไปตามธรรมชาติซึ่งสั้นกว่าและเจ็บปวดทรมานน้อยกว่า

“เราสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ด้วยการให้ผู้ป่วยและญาติได้รู้ข้อเท็จจริง และในท้ายที่สุดต้องให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง หมอรู้ถึงความทุกข์ทรมาน จึงแนะนำให้เราไม่ต้องยืดความตายไว้นานเกินไป ในขณะที่คนทั่วไปอาจจะมองว่าเป็นความใจร้าย แต่ถ้าเราเอาความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และถ้าเขาพูดได้ บอกได้ และตัดสินใจเลือกเองได้ หมอมั่นใจว่าเขาจะบอกว่าวิถีทางตามธรรมชาตินั้นดีที่สุด”

ตัดสินใจด้วยตัวเอง

หลักการคือให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง เมื่อเขารู้ว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นรักษาหายหรือไม่หาย ถ้าดำเนินการรักษาต่อไปแล้วจะทรมานมากหรือน้อยอย่างไร เขาจะประเมินด้วยตัวเองว่าอยากจะให้ลูกหลานทำอย่างไร

“ปัญหาในทุกวันนี้เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่รู้ข้อมูลนี้ บางทีลูกหลานช่วยกันปิดบัง ยังคอยบอกเข่ว่ารักษาหายได้ และเขายังอยู่ต่อไปได้อีกนาน เขาจึงไม่รู้ว่าตัวเองควรตัดสินใจอย่างไร งานที่เขาอยากทำนั้นเสร็จสิ้นสมบูรณ์หรือยัง เช่น ทำพินัยกรรม พบหน้าลูกหลานครบทุกคน เสียเสียเรื่องที่ยังค้างคาใจ ถ้าเขาทำทุกสิ่งทุกอย่างเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ได้รับรู้ข้อมูลว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่มีทางหาย และตอนนี้เขากำลังเข้าสู่กระบวนการตายตามธรรมชาติ”

แน่นอนว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อ และต้องการรับการรักษาต่อไป ซึ่งเขาพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดทรมานอย่างกล้าหาญ อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่ายังมีผู้ป่วยระยะท้ายอีกส่วนหนึ่งที่ยอมยุติการรักษาและเข้าสู่กระบวนการตายตามธรรมชาติ ซึ่งนั่นก็ถือเป็นสิทธิพื้นฐาน

ปัจจุบัน กระบวนการตายตามธรรมชาติถูกบิดเบือนไป สร้างความเจ็บปวดทรมานเพิ่มขึ้นกับตัวผู้ป่วยและญาติพี่น้องในเวลาเดียวกัน บางคนยืดความตายโดยที่ไม่ได้จ่ายเงินเอง แต่เป็นงบประมาณของรัฐที่ต้องจ่าย ก็จะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวม และถ้าบางคนต้องใช้จ่ายเงินตัวเองก็สร้างปัญหาต่อเศรษฐกิจในครัวเรือน ซึ่งล้วนไม่ใช่เรื่องดีกับใครเลย

กระบวนการตายและความเจ็บปวดทรมาน

“แน่นอนว่ากระบวนการตายตามธรรมชาตินั้นจะต้องเจ็บปวดทรมาน คนเราเกิดมา เมื่อชีวิตได้ยืดเหยียดไปจนสุดแขน เมื่อไหร่ที่แขนตกลงมาก็คือสิ้นสุดเวลาลงแล้ว ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อธาตุขันธ์ใกล้แตกดับ ถ้ากระบวนการรักษาสมัยใหม่เข้าไปยื้อไว้ไม่ให้นั้นแตกดับ ความเจ็บปวดจะพุ่งขึ้นไปเรื่อยๆ จนทะลุหลังคา” หมอแดงกล่าว

การยืดความตายไว้นานๆ ถึงแม้จะสามารถยืดอายุผู้ป่วยให้อยู่ต่อไป แต่เราไม่ได้สร้างคุณภาพชีวิตให้เขา กลับไปทำให้คุณภาพชีวิตยิ่งแย่ลง โดยการใส่ intervention แต่ละอย่างเข้าไป หมอแดงยกตัวอย่าง ให้นึกย้อนไปสมัยก่อนที่เทคโนโลยีการรักษายังไม่ทันสมัย คนโบราณก็บอกว่ากินอะไรไม่ได้ อีกสองสามวันก็ไปสบายแล้ว

“ตามหลักวิทยาศาสตร์ คนเราถ้ากินอาหารไม่ได้ติดต่อกันหลายวันร่างกายจะสูญเสียสมดุลเกลือแร่ พอเสียสมดุลนี้ไป อย่างแรกที่จะกระทบกระเทือนเลยก็คือสมอง สมองจะเริ่มเบลอและปิดการทำงานไปเรื่อยๆ เขาจะไม่เจ็บปวดทรมานมากนักตอนจากไป”

นอกจากกระบวนการตายจากการเสียชีวิตแล้ว ยังมีกระบวนการตายจากการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ความดันเลือดตก เลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะลดลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะซึมลง ง่วง หลับ การรับรู้ทางร่างกายจะค่อยๆ ตัดออกไป ไม่รับรู้ถึงร่างกายตอนที่กำลังแตกดับ

“ในจุดนั้นเขาจะไม่รับรู้ความเจ็บปวดแล้วซึ่งนับว่าทรมานน้อยกว่า แต่ถ้าเรายื้อไว้ด้วยการฉีดยาฆ่าเชื้อ จะทำให้เขากลับมาแข็งแรง เลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น สมองกลับมาทำงานได้ดีเหมือนเดิม เขาก็รับรู้ความเจ็บปวดทางร่างกายต่อไป ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เราจะใช้การแพทย์สมัยใหม่ทำทุกวิถีทางเพื่อให้สมองผู้ป่วยยังคงทำงานอยู่ ความดันเลือดตกก็ให้ยากระตุ้นความดัน ถ้าติดเชือก็ให้ยาฆ่าเชื้อ ไตวายก็ฟอกไต กินไม่ได้ก็ให้อาหารทางสายแบบนี้สมองเขายังทำงานต่อไปและรับรู้ความเจ็บปวดทรมานไปเรื่อยๆ”

ความรู้เรื่องความเจ็บปวดทางร่างกายตามอาการของโรคต่างๆ ทำให้เราสามารถประเมินได้ว่าควรทำอย่างไรกับผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ไปแทรกแซงกระบวนการตายตามธรรมชาติ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ เพราะเรารู้ว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากการใส่ท่อสายสวนน้อยกว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากปัสสาวะที่ค้างอยู่แล้วออกไม่ได้ เราจึงนำหนักดูว่าทำอย่างไรให้เจ็บปวดทรมานน้อยกว่า

“ตอนสมัยคุณพ่อของหมอนอนป่วย หมอให้ออกซิเจนตรงจมูกอย่างเดียว พอถึงนั้นหมดก็หมดไป เพราะถือเป็นการแก้ไขปลายเหตุมากแล้ว เราไม่ควรยื้อเขาต่อไป”

ยอมรับวิถีทางของธรรมชาติ

หมอแดงย้ำว่าการที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงต่ออาการของตัวเองและยอมรับการรักษา ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย และไม่ใช่ว่าการทำกรณียฆาต ซึ่งผิดหลักศาสนา ผิดกฎหมาย และผิดต่อคนที่เรารัก แต่คือการตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการตายตามธรรมชาติ

ทัศนคติยอมรับความตายตามธรรมชาติคือการรู้ว่าทุกชีวิตต้องตายและยอมปล่อยให้ไปแบบธรรมชาติ การฆ่าตัวตายคือการไม่ยอมรับธรรมชาติ แต่ต้องการจะหนีไปจากธรรมชาติ

“การฆ่าตัวตายนั่นเท่ากับคุณรักตัวเองมากกว่า ผิดทั้งหลักศาสนา ผิดทั้งกฎหมาย และทำผิดต่อคนที่รักคุณด้วย ไม่ควรทำอย่างยิ่ง”

หลักการที่ถูกต้อง เมื่อรู้ตัวว่าเจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

๑. ยอมรับตามธรรมชาติว่าทุกชีวิตไม่ว่าจะยาวนานแค่ไหนก็ต้องจากไป

๒. แสดงเจตจำนงไว้อย่างชัดเจน หรือทำ Living Will เอาไว้ อย่างเช่นคุณพ่อหมอบอกไว้ก่อนหน้านั้นแล้วว่าเขาไม่ต้องการทรมาน

๓. การแพทย์สมัยใหม่ใช้เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด โดยปล่อยอาการของโรคดำเนินไปตามวิถีธรรมชาติ ไม่ไปเปลี่ยนอะไรมัน

“ในระยะหลัง การทำงานของหมอคือต้องให้ความรู้เหล่านี้ออกไปเพื่อช่วยไม่ให้ญาติหรือลูกๆ รู้สึกผิดในภายหลัง หมอพยายามปิดช่องโหว่ของความไม่รู้ ตอบคำถามกับทุกคน เพื่อที่เขาจะได้ไม่ยื้อความตายของพ่อแม่ ให้ความรู้เพิ่มเข้าไปเพื่อจะได้ไม่สงสัย ลังเล หรือรู้สึกผิด ถ้าถามว่าถูกต้องไหม หมอตอบเรื่องถูกหรือผิดไม่ได้ แต่มันคือวิถีทางตามธรรมชาติที่สุด และจากความรู้ทางการแพทย์มันคือวิถีทางที่เจ็บปวดทรมานน้อยกว่า” หมอแดงกล่าว

๘. พุทธวิธีล้านนา ความเชื่อสำหรับผู้ป่วยติดเตียงอาการหนัก

การสูมาขันแก้วทั้งสาม

เมื่อมีคนล้มป่วยใกล้เสียชีวิต ตามความเชื่อล้านนาจะมีการสูมาขันแก้วทั้งสาม โดยปู่จารย์หรือพ่ออาจารย์ ผู้นำพิธีกรรมทางพุทธศาสนาของล้านนาทำหน้าที่ต่อด้วยการทำพิธีกล่าว คำสูมาขันแก้วทั้งสาม แบบที่ตนได้เรียนมาจากครูบาอาจารย์ที่สืบทอดกันมา โดยให้ตัวแทนท่านหนึ่งไปยกขันดอกไม้รูปเทียน (ขันแก้ว) ที่ยังไม่ได้จุดไฟ ก็ให้ทำการจุดรูป ๓ ดอก บางแห่งจุด ๕ ดอก แล้วก็เหน็บไว้ที่ขันดอกไม้้นั้นพร้อมกับยกตั้งไว้บนโต๊ะหน้าพระพุทธรูป ช่วงนี้ ปู่จารย์ก็กล่าวคำสูมาดังกล่าวกวไปโดยลำดับ...

ตั้งนะโม ๓ จบแบบสำเนียงภาคเหนือ แล้วต่อด้วยคำว่า...

“สาธุ สุตินันัง ะตะเมตานัง ประมะมัง สุขัง อะหังวันทา นิสีระสา ผู้ข้าน้อยขอกราบไหว้ถวายบูชา สูมาตริตนะยังแก้วสามสิ่ง อันล้ำเลิศยิ่งว่าเป็นมงคล แก้วแก้วผนแสนหา ก็ยังบ่อมีค่าเท่าใด นานาหลอนวาแก้วปะภาจมนั่น หลับลุกตื่นมาเกิน ก็ยังบ่อเตารสศีลธรรม แห่งพระเจ้ามนะนี้แก้วแก้ว ก็เรียกว่าสี่แดง เอามาแบ่งแหวนปวงคำ อาจอ้าง ก็ยังบ่อหู้แตกม้างแห่งใน และแก้วจันตะคาค ก็ยังบ่อมีค่ามากเท่าใด และแก้วเนระกันตีสี่ใสบ่อเศร้า มณีแก้วแก้วก็เรียกว่าสี่แดง เอามาแบ่งเครื่องฮ้อยองก็หากดงาม เอามาบูชาตามโขงเขตห้องเมืองคน กันเราดบจิตตนตายไป ก็บ่ออาจเอาไปถวายได้ ตามว่าเรามีข้าวของเงินค่าบาทได้ ไว้หลายหมื่นหลายพัน ผูกหมูปี่น้องดังหลาย ก็มารวมกันกินกันจ่าย เราก็บ่อได้เอาแบ่งเกินเกย(แบ่งข้าวกาย)ขึ้นเมืองสวรรค์ แก้วตั้งสามนี้หนาคีเหลือยิ่งโยช ดีเหลือกว่าแก้วมณีโจด แห่งพระยาจักกะวัตติราชราชา เราอาจเอาสั่งมาเปรียบเทียบบ่อได้ เหตุนี้เราจึงคิดไวยามเมื่อใจเรายัง เราจึงปากันกะตำบุญหื้อตานอันกว้าง ก็จึงอาจอ้างได้ว่า เป็นของเรา ได้เป็นแสงไฟเงาตามส่องติดตัวต้องตามตน กันว่ากุศลเรามี มันก็บ่อล้าว่าจักหลงตีเกิดและนา มหามุละศรัทธาตั้งหลายติดตั้นเป้นแก้ว มีตั้งขุนนายจ่ายเจ้าผู้เฒ่าผู้หนุ่ม จุผู้จุนจุใหญ่หน้อยญิงจ่าย จึงจักจวนกันมาอันแต่บ้านวันตวันออกออกได้และหนเหนือ สะหลงขงขวยหามาได้ยัง มะทุบุผารจากดวงดอกเข้าดอกดอกไม้และลำเตียน พร้อมกับข้าวบิณฑบาตและโภจนะอาหาร พร้อมจตุปัจจัย มีตั้งหมากเมี่ยง ปูนปู ยา คิรา ไตยะวัตถุตาน ตั้งหลายมาถวายตริตนะผ่านแผ้วพระเจ้าแก้วตั้งสามประการ ขอหื้อผู้ข้าตั้งหลายปันได้โปรดจอดถึงเมืองแก้วมหาเนระปาน จุผู้จุนจุใหญ่หน้อยญิงจ่ายนั้น จุ่จักมีเตียงแต่ดีหลียาวะอะระหันต้า อะระหันตี สาวะกะยานัง ประมะมังสุขัง ดีหลีเตื่ออ...(เป็นคำกล่าวของปู่อาจารย์ เกษมทามา และปู่จารย์ ลือ เขย่า ที่ท่านได้เสียชีวิตไปไม่นานนี้)

กล่าวจบแล้ว ผู้ที่นั่งอยู่หน้าขันดอกไม้รูปเทียนก็จะยกตะที่ฐานพระพุทธรูป วางลงแล้วกราบ ๓ ครั้ง แล้วก็ยกไปตะที่ฐานของธรรมาสน์ที่ใช้แสดงธรรมซึ่งเปรียบเหมือนกับตัวแทนของพระธรรม นั่งลงกราบ ๓ ครั้ง จากนั้นก็ยกไปถวายประเคนพระสงฆ์ ประธานสงฆ์รับแล้ว กราบ ๓ ครั้ง

การเทศน์ธรรมหาวิบาก

หากมีใครป่วยหนักเข้าขั้นวิกฤตหรือใกล้ตายพักอยู่ในบ้าน จะมีการตระเตรียมวาระสุดท้ายเพื่อนำไปสู่การตายดีกันแล้ว ญาติพี่น้องจะต้องมาเยี่ยมเยียนดูแล ฝ้าพยาบาล ไม่มีการทอดทิ้งให้ห่างหาย มิเช่นนั้นจะถือว่าใจแคบ ถูกเพื่อนบ้านตำหนิ ลูกหลานจะนิมนต์พระมาให้ “ธรรม

มหาวิบาก” เป็นการเทศน์เกี่ยวกับวิบากกรรม ยิ่งคนเป็นโรคเรื้อรังได้ฟัง เชื่อกันว่าถ้าพ้นวิบาก โรคจะเหือดหายได้เร็ว แต่ถ้ายังมีวิบากกรรม จะสิ้นใจด้วยความสงบ ไม่ทนทุกข์ทรมาน

การฟังเทศน์ มีนัยยะเพื่อเตือนสติคนป่วยให้ระลึกถึงพระพุทฺธ พระธรรม พระสงฆ์ เป็นสรณะในบั้นปลายชีวิต จะมีลูกหลานผู้ชายคนหนึ่ง นำขันข้าวตอกดอกไม้ไปวัดในหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนผู้ป่วยขอสุมาแก้วทั้งสาม หมายถึงขอขมาพระรัตนตรัย แสดงให้เห็นถึงความศรัทธาของคนป่วย อีกอย่างหนึ่ง ตามความเชื่อของคนโบราณ คนที่กำลังจะตาย สติสัมปชัญญะอาจเลอะเลือน ลูกหลานจะช่วยประคับประคองให้ใจผู้ใกล้ตายสงบลงได้ ด้วยการน้อมนำให้ระลึกถึงบุญกุศล เป็นพาหนะนำไปสู่สุคติภูมิ

เมื่อคนป่วยกำลังจะจากไป ลูกหลานจะช่วยบอกทางว่า “ขอหื้อคิดหาของกินของท่านเน้อ” หมายถึง ขอให้คิดหาแต่บุญกุศล พระรัตนตรัย หรือกล่าวพุทฺธฯ จนกระทั่งสิ้นใจ

ส่วน ธรรมธิ สำนักส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้กล่าวถึงธรรมมหาวิบากไว้ว่าธรรมหรือคัมภีร์ที่ชื่อ “มหาวิบาก” เป็นคัมภีร์ที่นิยมใช้เทศน์ให้ผู้ป่วยหนักฟัง โดยเชื่อกันว่าหากได้ฟังธรรมหรือเทศน์กัณฑ์นี้แล้ว ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงคราวตายจะหายเป็นปกติโดยเร็วพลัน แต่ถ้าถึงคาตหมตบุญ หมดอายุขัยจะตายโดยสงบไม่ช้าเช่นกัน

ธรรมมหาวิบาก มีลักษณะเป็น “ธรรมโพน” คือมีกัณฑ์เดียว เป็นคัมภีร์โบราณ จารด้วยอักษรธรรมล้านนา เนื้อหาเมื่ออยู่ว่า กาลครั้งหนึ่ง สมัยพระเจ้าปเสนทิโกศลครองเมืองสาวัตถี เมืองนี้มีเศรษฐีคนหนึ่งไม่มีบุตรธิดา จึงอาศัยอยู่แต่ผู้เดียว เศรษฐีผู้นี้มีทรัพย์สินมากมายถึง ๘๐ โกฏิ แต่เขาเป็นคนตระหนี่ถี่เหนียว ไม่ยอมใช้จ่ายทรัพย์ ไม่ยอมซื้ออาหารดี ๆ มีแต่กินปลายข้าวต้ม เสื้อผ้าก็ใช้เสื้อผ้าที่ทอด้วยผ้าปานหยาบ ๆ หากจะเดินทางไปไหนก็จะใช้แต่เกวียนเก่า ๆ ไม่มีการจับจ่ายทำบุญกุศล ด้วยเกรงว่าทรัพย์สินที่จะหมดสิ้นไป เป็นอยู่อย่างนี้กระทั่งป่วยตาย

พระเจ้าปเสนทิโกศลทราบข่าวเศรษฐีไม่มีบุตรสืบทอดสมบัติจึงสั่งให้ยัดทรัพย์ทั้งหมดเข้าท้องพระคลัง ต่อมาพระเจ้าปเสนทิโกศลมีโอกาสดำเนินไปเฝ้าพระพุทธเจ้าพร้อมทูตภิกษุสงฆ์เห็นว่าเศรษฐีไม่สามารถใช้ทรัพย์สมบัติของตนทั้ง ๆ ที่มีทรัพย์มาก และเหตุใดเศรษฐีจึงไม่มีบุตรสืบทอด เรื่องนี้ พระพุทธองค์ทรงแสดงถึงอดีตชาติของเศรษฐีว่า

ในอดีตกาล เศรษฐีถือเอากำเนิดเป็นภุมมพิณหนึ่งในเมืองพาราณสี ภุมมพิณนี้มีทรัพย์มากแต่ไม่ชอบทำบุญกุศล ครั้งหนึ่งมีพระปัจเจกพุทธเจ้าชื่อ “ตักกรสีซี” มาบิณฑบาตในละแวกบ้าน เขาได้ตะโกนเที่ยวบอกให้ชาวบ้านมาใส่บาตร แต่เขาเองกลับไม่สนใจใยดี ภรรยาเขาเสียอีกที่มีจิตมุ่งกุศลบุญริบนำอาหารมาใส่บาตรพระปัจเจกพุทธเจ้าพร้อมกับชาวบ้าน และเมื่อเขาทราบข่าวว่าภรรยาใส่บาตรจึงรู้สึกเสียดายอาหารเป็นอย่างมาก เหตุนี้เองพอเกิดมาเป็นเศรษฐีจึงไม่สามารถบริโภครทรัพย์ของตนเองได้ ส่วนสาเหตุที่ไม่มียุตรนั้น เป็นเพราะเศรษฐีเคยฆ่าลูกชายของพี่ชายตาย โดยเรื่องมีอยู่ว่าพี่ชายเป็นคนมีสมบัติ แต่เกิดอยากบวชเป็นฤๅษี จึงฝากลูกชายไว้ให้เลี้ยงดูพร้อมยกทรัพย์สมบัติให้ทั้งหมดก่อนออกบวช ต่อมาเขาตระแวงว่าหลานจะแย่งสมบัติคืนเมื่อโตขึ้น จึงฆ่าหลานเสียเพื่อตัดไฟเสียแต่ต้นลม ด้วยวิบากกรรมนี้ เขาจึงไม่มีบุตร อย่างไรก็ตาม อาณิสสที่เคยตะโกนบอกชาวบ้านมาใส่บาตรพระเจ้าได้ไปเกิดบนสวรรค์ถึง ๗ ชาติ จากนั้นก็ได้มาเกิดเป็นเศรษฐีในชาตินี้ อภุศลกรรมที่เขาได้ฆ่าลูกของพี่ชายและละโมภเอาทรัพย์ของพี่ชายมาเป็นของตน จะส่งผลให้ไปเกิดเป็นเปรตในเปตภูมิ พระพุทธองค์ทรงแสดงเรื่องราวในอดีตชาติของเศรษฐีแล้ว ได้ทรงแสดงต่อถึงตระกูลของเปรต ๗

จำพวก และตรัสสอนว่า สัตว์โลกทั้งปวงประกอบด้วย อกุศลกรรมบถ ๑๐ อันได้แก่ กายทุจริต ๓ คือ ฆ่าสัตว์ ลักทรัพย์ และประพฤติดิฉินในกาม วจีทุจริต ๔ คือ พุดเท็จ พุดส่อเสียด พุดคำหยาบ และพุดเพื่อเจือหาประโยชน์มิได้ มโนทุจริต ๓ คือ ละโมบคอยจ้องเอาของผู้อื่น พยาบาทปองร้ายผู้อื่น และมีความเห็นผิดจากคลองธรรม นอกจากนี้ยังทรงตรัสสอนอีกว่า ผู้ใดในโลกเอาที่ดินเขตแดนผู้อื่นจะเกิดเป็นลิงเป็นค่าง ผู้ใดมีวาจาหยาบกระด้าง ถูยถ่มน้ำลายใส่ผู้อื่นตายไปจะได้เกิดเป็นแครงเป็นกา ผู้ใดใจโหดร้ายทารุณสัตว์ จะได้เกิดเป็นสัตว์ร้าย อาทิ ตะขาบ แมลงป่อง เสือ หมี เป็นต้น ผู้ใดมีจิตใจไม่ผ่องใสยามทำบุญให้ทาน ย่อมไปเกิดในตระกูลครุฑและนาค และหากผู้ใดมีบุญคุณของบิดามารดา คุณพระรัตนตรัย จะได้เกิดเป็นสุนัขชาติอันต่ำทราม เหล่านี้เป็นกรรมวิบากของสัตว์อันสังคายนาคารยกล่าวไว้แต่เดิมมา

เนื้อหาของธรรมมหาวิบากเป็นคำสอนในเรื่องความตระหนี่ ความโลภ และปาณาติบาต ซึ่งดูไม่ค่อยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแต่ประการใด การนำธรรมหรือคัมภีร์มาเทศน์ให้ฟัง ก็คงเห็นว่าคนป่วยอยู่ในอาการหนักที่เรียกตามภาษาล้านนาว่า “ลำบาก” คือป่วยหนักใกล้ตายแล้ว แต่ไม่ยอมตายง่าย ๆ จึงคิดว่าคนป่วยน่าจะมี “วิบาก” หนา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ถ้าเอาธรรมมหาวิบาก ซึ่งพ้องเสียงกับ “วิบาก” มาเทศน์ให้ฟังน่าจะมีผลทำให้พ้นวิบากกรรม ถ้ามีบุญก็จะหาย หมดบุญก็จะได้ตายเสียให้รู้แล้วรู้รอด

วรรณกรรมพระพุทธศาสนาล้านนา เรื่องมหาวิบากหรือธรรมมหาวิบาก เป็นวรรณกรรมท้องถิ่นทางพระพุทธศาสนาที่เกิดขึ้นจากภูมิปัญญาของนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา มีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อกุศลต่างๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนาก็ก่อกำเนิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรม

ทางพระพุทธศาสนา กล่าวได้ว่าวรรณกรรมเรื่องมหาวิบากนี้ ได้มีส่วนสำคัญในการถ่ายทอดหลักคำสอนและแนวทางประพฤติปฏิบัติตามหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนา มีพระสงฆ์เป็นผู้ถ่ายทอดผ่านทางวรรณกรรม นำไปสู่ความเชื่อที่สร้างสรรค์สังคมให้เรียนรู้เรื่องกรรม ผลของกรรมหรือวิบาก การประพฤติปฏิบัติตนตามกรอบของศีลธรรม การแสดงออกถึงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยผ่านทำนองการเทศน์ในรูปแบบธรรมวัตร หลักธรรมที่ปรากฏในธรรมมหาวิบากของชาวล้านนาได้ใช้เป็นกรอบจริยธรรมในการดำเนินชีวิต พบว่า มีหลักธรรม ๔ ประการ คือ การให้ทาน รักษาศีล เจริญภาวนา และหลักของไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิและปัญญา ธรรมมหาวิบากจึงเป็นการสื่อสารด้านศีลธรรม จริยธรรมระดับชาวบ้าน ภาษาที่ใช้ก็เป็นภาษาท้องถิ่น ทำให้ผู้ฟังสามารถเข้าใจในหลักธรรมโดยถ่องแท้ ลึกซึ้ง และเข้าใจถึงธรรมที่เป็นธรรมชาติว่าทำอย่างไรก็ได้ อย่างนั้น แม้กรรมนั้นจะไม่ได้ ให้ผลในทันทีทันใด แต่วิบากกรรมนั้นย่อมติดตามไปในทุกภพทุกชาติ ตราบใดที่มนุษย์ยังคงวนเวียนอยู่ในวัฏสงสาร คุณค่าของวรรณกรรมพระพุทธศาสนาล้านนา เรื่องมหาวิบากที่มีต่อคนในสังคมล้านนา พบว่าธรรมมหาวิบากมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวล้านนา ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยหนัก หากมีการนิมนต์พระมาเทศน์ แสดงว่าบุคคลนั้นก็จะไม่พ้นความตาย ทำให้คนในสังคมได้เรียนรู้ถึงสังขารของชีวิต และจะต้องดำรงตนอยู่ในความไม่

ประมาท ความเชื่อเหล่านี้ได้ฝังรากลึกอยู่ในสังคมล้านนา ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนในธรรมเรื่องมหาวีรภาพ นอกจากจะเป็นการสืบทอดหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาผ่านวรรณกรรมท้องถิ่นแล้ว ยังทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความเกรงกลัวในบาปอกุศลต่าง ๆ น่าแปลกมาก คนป่วยหนักได้ฟังธรรมมหาวีรภาพมักตายโดยเร็ว รายไหนก็รายนั้น แต่รายที่จะหายไม่เคยมีสักรายเลยทีเดียว

การเสี่ยงด้วยวาจา

ในการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านอาจจะได้พบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น การที่ผู้ป่วยต้องการจะเสี่ยงแต่ก่อนหน้านี้ไม่ได้มีการทำเป็นหนังสือ หรือทำเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ ในทางกฎหมายเรียกว่า “พินัยกรรมด้วยวาจา” เมื่อมีพฤติการณ์พิเศษ ซึ่งบุคคลใดไม่สามารถจะทำพินัยกรรมตามแบบอื่นที่กฎหมายกำหนด ไว้ได้ เช่น ตกอยู่ในอันตรายใกล้ความตาย หรือเวลามีโรคระบาด หรือสงคราม ซึ่งในพฤติการณ์เช่นนี้ ผู้ทำพินัยกรรมไม่อาจหาเครื่องมือเครื่องเขียนได้ทันที่หรือหาได้ก็ถึงตายเสียก่อน ผู้ทำพินัยกรรมสามารถทำพินัยกรรมด้วยวาจาได้ ดังนี้

๑. ผู้ทำพินัยกรรมแสดงเจตนากำหนดข้อพินัยกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อย ๒ คน ซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น

๒. พยานทั้งหมดต้องไปแสดงตนต่อนายอำเภอโดยมิชักช้า และแจ้งให้นายอำเภอทราบถึงข้อความเหล่านี้

- ข้อความที่ผู้ทำพินัยกรรมได้สั่งไว้ด้วยวาจา
- วัน เดือน ปี สถานที่ที่ทำพินัยกรรม
- พฤติการณ์พิเศษที่ขัดขวางมิให้สามารถทำพินัยกรรมตามแบบอื่นที่กฎหมายกำหนดไว้

นั้นด้วย

๓. ให้นายอำเภอจดข้อความที่พยานแจ้งไว้ และพยานทั้งหมดนั้นต้องลงลายมือชื่อ ถ้าลงลายมือชื่อไม่ได้ จะลงลายพิมพ์นิ้วมือโดยมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง ๒ คนก็ได้ และความสมบูรณ์แห่งพินัยกรรมนี้ ย่อมสิ้นไป เมื่อพ้นกำหนดหนึ่งเดือนนับแต่เวลาผู้ทำพินัยกรรมกลับมาสู่ฐานะที่จะทำพินัยกรรมตาม แบบอื่นที่กฎหมายกำหนดไว้

๔.๓.๒ การประเมินผลการฝึกอบรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลของการประเมินแบบสอบถามของผู้เข้าร่วม พบว่า

๑. เพศ ☐ ชาย จำนวน ๑๒ รูป/คน ☐ หญิง จำนวน ๓๐ คน
๒. อายุ ☐ ต่ำกว่า ๓๑ ปี ☐ ๓๑-๓๕ ปี
- ☐ ๓๖-๔๐ ปี จำนวน ๓ คน ☐ ๔๑-๔๕ ปี จำนวน ๒ คน
- ☐ ๔๖-๕๐ ปี จำนวน ๑ คน ☐ ๕๑-๕๕ ปี จำนวน ๑๒ คน
- ☐ ๕๖ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๔ คน

ตอนที่ ๒ ความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหาการอบรม

เนื้อหา	ก่อน	หลัง
การให้คำปรึกษาคือการบอกให้ผู้ที่มาขอรับคำปรึกษาว่าต้องทำตามแบบที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ	๒๕	๔๐
ผู้การให้คำปรึกษาควรทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาให้เกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย กล้าเปิดเผยตนเอง	๑๓	๔๒
การให้คำปรึกษา เน้นการสื่อสารทางเดียว	๙	๔๑
ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการเตรียมคำตอบไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ที่จะมาขอรับคำปรึกษา	๑๗	๔๒
การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่พูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอน และมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่ผู้ให้การศึกษาจะเลือกใช้	๓๐	๔๒
การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้	๒๔	๔๒
การเยี่ยมบ้านควรไปเป็นหมู่คณะ หรือมากกว่า ๕ คนขึ้นไป เพื่อจะได้ช่วยกันไตร่ตรองปัญหา	๑๐	๔๐
การเยี่ยมบ้านคือการเข้าไปถามว่าเขามีปัญหาอะไร เขาต้องการการช่วยเหลืออะไรบ้าง	๕	๔๒
พระสงฆ์ไม่ควรไปเยี่ยมบ้านผู้ที่ใกล้ตาย เพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์และอาจหมายถึงการกระตุ้นให้ผู้ใกล้ตายเสียชีวิตไวขึ้น	๒๐	๔๒
ผู้ทำพินัยกรรมแสดงเจตนากำหนดข้อพิณกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อย ๒ คน ซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น	๑๖	๔๒

ผลของการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อการจัดเวทีพัฒนาศักยภาพ ประโยชน์ของหัวข้อวิชาต่อการนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

หัวข้อวิชา	ระดับประโยชน์				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.การให้คำปรึกษา	๑๒	๓๐			
๒.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๕	๒๗	๑๐		
๓.วิธีปฏิบัติแบบล้านนา ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๔๐	๒			
๔.ความรู้เรื่องพินัยกรรมด้วยวาจา	๓๒	๑๐			

ตอนที่ ๓ ความพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการ

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก	พอใจ	พอใจน้อย	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
๑. ด้านกระบวนการ					
๑.๑ การแจ้งรายละเอียดโครงการ	๔	๓๘			
๑.๒ การกำหนดรูปแบบ/กิจกรรม	๑๒	๒๘	๒		
๑.๓ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจนตรงกับคู่มือ	๑๐	๓๒			
๑.๔ จำนวนคนเข้าร่วมโครงการเหมาะสมกับหัวข้อหรือกิจกรรมที่ใช้	๔	๓๘			
๑.๕ ความรอบรู้ในหัวข้อวิชาของวิทยากร	๓๒	๑๐			
๑.๖ การจัดลำดับความสัมพันธ์ของเนื้อหาวิชาเหมาะสม	๑๐	๓๒			
๑.๗ วิทยากรมีเทคนิค/วิธีการในการถ่ายทอดให้เข้าใจง่าย	๓๒	๑๐			
๑.๘ สื่อประกอบการสอนเหมาะสม		๔๒			
๑.๙ ใช้อุปกรณ์การสอนที่เหมาะสม		๔๒			
๑.๑๐ เอกสารประกอบการสอนครบถ้วน ชัดเจน		๔๒			
๒. ด้านเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ					
๒.๑ การให้ข้อมูลโครงการที่ครบถ้วน		๔๒			
๒.๒ การตอบข้อซักถามที่ชัดเจน ตรงประเด็น		๔๒			
๒.๓ กิริยามารยาท การแต่งกายเหมาะสม		๔๒			
๒.๔ เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ		๔๒			
๓. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
๓.๑ ขนาดห้องเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ		๔๒			
๓.๒ จัดห้องเหมาะสมกับหัวข้อการสอน		๔๒			
๓.๓ ความสะดวกในการเดินทาง		๔๒			
๓.๔ อาหารและเครื่องดื่มเหมาะสม		๔๒			
๔. ด้านคุณภาพ					
๔.๑ ความสอดคล้องของเนื้อหาคู่มือกับความต้องการ	๑๐	๓๒			
๔.๒ เนื้อหาคู่มือเป็นปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลง	๑๒	๓๐			
๔.๓ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้	๑๙	๒๓			
๔.๔ ความคุ้มค่าของการฝึกอบรม	๔๐	๒			
๕. ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ					

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก	พอใจ	พอใจน้อย	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
๕.๑ มีความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ	๔๐	๒			
๕.๒ มีความซื่อสัตย์ ไม่เรียกร้องค่าตอบแทน	๔๐	๒			

ความเหมาะสมของระยะเวลาการจัดฝึกอบรม จากการสอบถามผู้เข้าร่วม ๑๐๐% คิดว่าเหมาะสม



ภาพที่ ๔.๗ การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และแกนนำอาสาสมัคร Care Giver ภาคทฤษฎี

ตอนที่ ๔ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

วิทยากรมีความเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วม ให้ข้อมูลที่ชัดเจน อยากให้มีการจัดแบบนี้อีกในโอกาสต่อไป



ภาพที่ ๔.๘ การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และแกนนำอาสาสมัคร Care Giver ภาคปฏิบัติการ

๔.๓.๓ การปฏิบัติงานในพื้นที่

ผู้ที่ได้รับการพัฒนา ปฏิบัติการในพื้นที่คือการลงเยี่ยมและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พร้อมบันทึกผลจากการปฏิบัติการในพื้นที่

หลังจากที่ทีมวิจัยได้ทำการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้เข้าร่วมทั้งพระสงฆ์ และแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ทีมได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องไปดูแล โดยให้แกนนำอาสาสมัครเป็นผู้สอบถามความสมัครใจของญาติ หรือ ผู้ป่วย เพื่อให้พระสงฆ์เข้าไปเยี่ยม เนื่องจากกระบวนการที่ดำเนินการยังเป็นกระบวนการที่ใหม่ หลายคนอาจจะยังไม่เข้าใจในบทบาทดังกล่าว แกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลจึงเป็นเหมือนตัวเชื่อมประสานงานระหว่างญาติผู้ป่วย และพระสงฆ์



ภาพที่ ๔.๙ การซักซ้อมความเข้าใจก่อนลงพื้นที่ปฏิบัติงานภาคสนาม



ภาพที่ ๔.๑๐ แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า มีผู้ป่วยที่พระสงฆ์สามารถไปเยี่ยมบ้านได้จำนวน ๑๐ เคส ซึ่งนอกจากจะเป็นการเติมเต็มในกระบวนการเยี่ยมที่ครอบคลุมมิติทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับญาติผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเองแล้ว ยังทำให้พระสงฆ์มีความรู้สึกว่างานการเยี่ยมบ้านเป็นบทบาทหนึ่งของพระสงฆ์ด้วย มีความสอดคล้องกับพุทธพจน์ที่พระพุทธเจ้าได้ประทานแก่พระสงฆ์ เมื่อครั้งพระองค์ทรงส่งพระสงฆ์ไปเผยแผ่พระพุทธศาสนาว่า “จรถ ภิกขเว จาริกัม พหุชนหิตาย พหุชนสุขาย โลกานุกมปาย อตถาย หิตาย สุขาย เทวมนุสสานัม เทเสถ ภิกขเว ฌมมัม อาทิกุลยาณัม มชฺฌเมกกุลยาณัม ปรีโยสานกกุลยาณัม” แปลว่า ภิกษุทั้งหลาย ขอเธอทั้งหลายจงเที่ยวจาริกไป เพื่อประโยชน์และความสุขแก่ชนหมู่มาก เพื่ออนุเคราะห์โลก เพื่อประโยชน์แก่อิฏฐ และเพื่อความสุแก่ทวยเทพ

และมนุษย์ทั้งหลาย เธอทั้งหลายจงแสดงธรรมอันงามในเบื้องต้น (ศีล) งามในท่ามกลาง (สมาธิ) และ งามในที่สุด (ปัญญา) เกิด...ดังนี้ เป็นต้น)



ภาพที่ ๔.๑๑ การตรวจเยี่ยมและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามบ้าน

๔.๔ องค์ความรู้จากการวิจัย

กระบวนการทบทวน ถอดองค์ความรู้ด้านการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มาซึ่งต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลของการดำเนินกิจกรรม ทำให้ได้รูปแบบ Model การขับเคลื่อนงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของตำบลโหม้งค์ ภายใต้หลักคิด หลักการและกระบวนการ ดังนี้

ชมรมอาสาป็นสุข ร่วมกับกลุ่มดูแลผู้ป่วย (Care Giver) และกลุ่มพระสงฆ์ ประกอบด้วย พระศิลาณุปัญญาภหรือพระสงฆ์ทั่วไป รวมเป็นทีมเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อการพัฒนาศักยภาพทีม โดยการใช้การฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ประกอบด้วย หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้หลักการด้านวิชาการและสากล หลักการทางพระพุทธศาสนา หลักการแบบล้าหนา และหลักการชุมชน กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละครั้ง มีดังนี้ การเยี่ยมครั้งที่ ๑ เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมของผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว หรือเครื่องมืออื่นที่สามารถประเมินการดูแลแบบองค์รวมได้ เช่น เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว (INHOMESSS) ในกรณีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลให้ประเมินทักษะการดูแลตนเองตามการวางแผนจำหน่ายหรือปัญหาที่ส่งต่อ และให้การดูแลพยาบาลตามปัญหาที่พบภายใน ๒ สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมครั้งต่อไป เป็นการติดตามผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา ประเมินปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในระหว่างอยู่ที่บ้าน ประเมินการบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่วางแผนไว้ในเบื้องต้น และให้การพยาบาลตามปัญหาที่เหลือจนกว่าปัญหาสุขภาพจะลดลง หรือผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์และมีวิธีคิดที่เป็นระบบ ประกอบด้วยขั้นตอนมี

ทิศทางชัดเจน เน้นการแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่ามุ่งแก้ไขความผิดปกติหรือการรักษาโรคเพียงอย่างเดียวการนำไปใช้ควรดำเนินการให้ครบขั้นตอน ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan)
๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)
๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

หลังจากนั้นจึงลงพื้นที่เยี่ยมบ้านตามกระบวนการคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการประเมินความพร้อมโดยชมรมอาสาป็นสุข ร่วมกับกลุ่มดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทบทวนการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และหาจุดพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากกว่าเดิม ประกอบด้วย

๑. วิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล โดยวิเคราะห์ตามเป้าหมายการดูแล และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งควรวิเคราะห์หลังการเยี่ยมทุกครั้งพร้อมมีการเปรียบเทียบว่าดีขึ้นหรือแย่ลง จะนำมาสู่การปรับแผนบริการพยาบาลครั้งต่อไปโดยทีมที่ให้บริการในรายนั้นๆ

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับองค์กร เพื่อประเมินกระบวนการให้การพยาบาลที่บ้าน หรือเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านคลินิกในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยทุก ๓-๖ เดือน

๓. การคืนข้อมูลสู่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลของพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนรับรู้สภาพการเจ็บป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมดูแล มีการแลกเปลี่ยนการดูแลที่ดีในชุมชน ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองของชุมชนได้ในระยะยาวหากพยาบาลเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้วพบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ใช้เครื่องมือกระบวนการพยาบาลมารวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัยใหม่ ปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้แล้วจึงประเมินผลใหม่อีกครั้ง

ส่วนพระสงฆ์จะดำเนินการในเรื่องพิธีกรรมแบบล้านนา อาทิ ผูกข้อมือ ให้ศีลให้พร แสดงธรรม เพื่อการรักษาเยียวยาด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งและจากไปอย่างสงบ ส่วนญาติผู้ป่วยก็เกิดการยอมรับและทำใจต่อการสูญเสียได้ แนวทางอย่างนี้สำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายในปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่น ๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

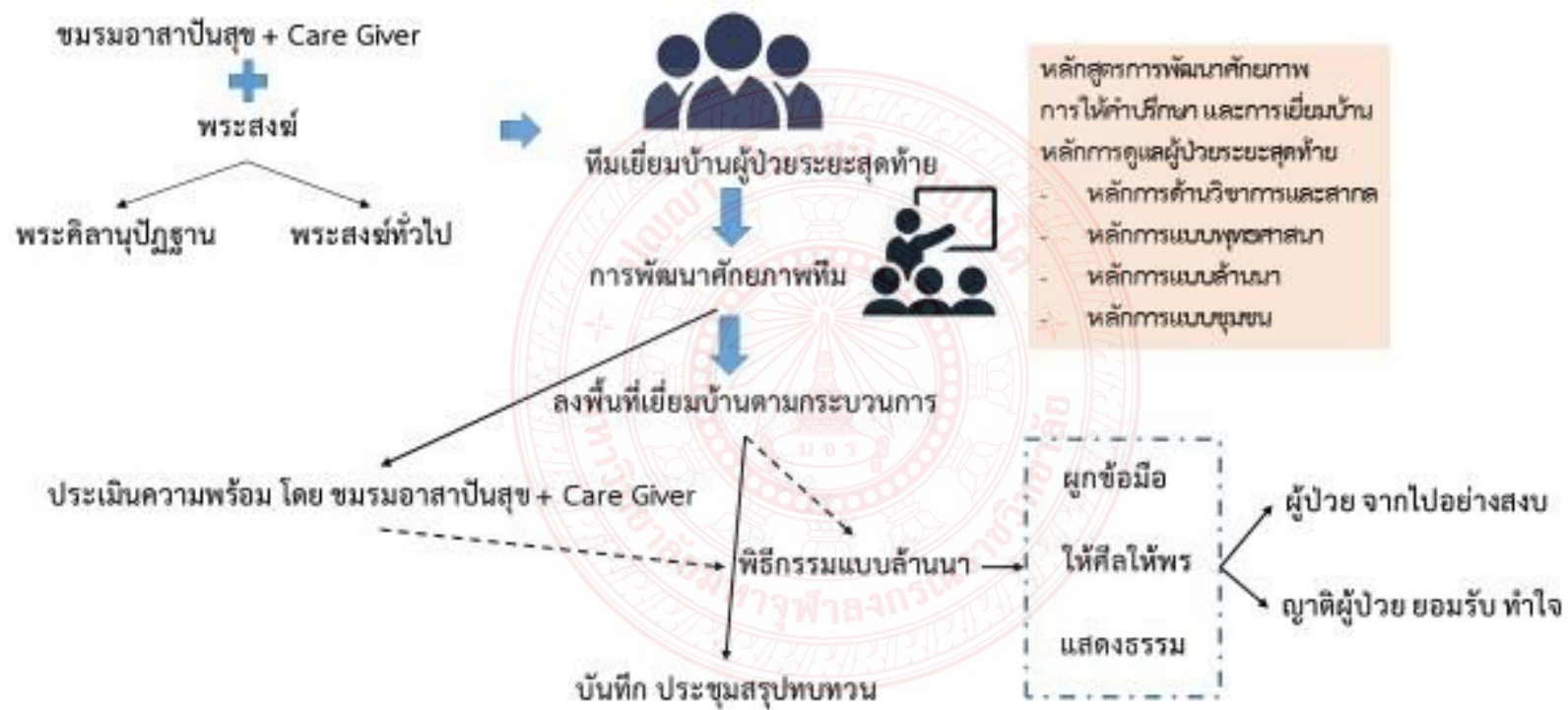
๑. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ
๒. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง
๓. ช่วยให้ผู้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม
๔. ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ
๕. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ
๖. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

๗. กล่าวคำอำลา

โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว ญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกลุ่มรุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้วสถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวได้ดีที่สุดมักจะได้อยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ในท้ายที่สุด คือ การบันทึกและประชุมสรุปบทวนการทำงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและวางแผนในการให้บริการต่อไป ภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันในทีมว่าใครคุยกับญาติ เพื่อนบ้านได้ข้อมูลมาประกอบและหาข้อสรุปเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้นเขียนบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านหรือใน Nurse's Note ใน OPD Card เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป การบันทึกทางการแพทย์ เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมของพยาบาลและบันทึกทางคลินิก โดยเขียนข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลให้ตรงตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสรุปกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้แก่แต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป จึงเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในการนำแนวคิดการจัดการผลลัพธ์ (Outcome Management) มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อบอกผลลัพธ์บริการที่จัดให้ประชาชนได้ว่ามีคุณภาพ การดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการผลลัพธ์นี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพหรือตัวชี้วัดคุณภาพไว้เป็นเครื่องมือประเมินหรือสะท้อนว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่เรามอบให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่บ้านมีคุณภาพอยู่ในระดับใด หลังจากพัฒนาการดำเนินงานไปได้ระยะเวลาหนึ่ง ตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานมีคุณภาพในระดับที่หน่วยงานยอมรับ หากหน่วยงานต้องการพัฒนาระดับบริการให้นำตัวชี้วัดมาใช้เปรียบเทียบกับระดับคุณภาพในช่วงเวลาต่างๆ เช่น เปรียบเทียบผล ๖ เดือนแรกกับ ๖ เดือนหลังของปีเดียวกัน เปรียบเทียบผลงานกับปีที่ผ่านมาหรือใช้เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน เพื่อการพัฒนายกระดับคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพระสงฆ์และชุมชน



ภาพที่ ๔.๑๒ แสดงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโครงการวิจัย

บทที่ ๕

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

รายงานโครงการ “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” พื้นที่ดำเนินการคือตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ได้แก่ ๑.ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ๒.พระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีคุณสมบัติคือผ่านการอบรมตามหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามแนวศาสนาครบจำนวนชั่วโมงที่กำหนด กลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม (General informants) ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร โดยยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพ ดังนี้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) หลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ประกอบการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกภาพและเสียง และความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือด้านสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับโครงการวิจัยเรื่อง โดยมีวิธีการดำเนินการแบ่งเป็น ๗ ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ ๑ การจัดประชุมทีมวิจัย เพื่อชี้แจงความรู้ความเข้าใจและจัดสร้างการจัดสร้างเครื่องมือประกอบการวิจัย

๓.๕.๒ ระยะที่ ๒ การลงสำรวจข้อมูลภาคสนาม (Field Study) โดยการคัดเลือกชุมชนเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการทำจดหมายและประสานงานติดต่อเพื่อขออนุญาตทำวิจัยกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการสำรวจข้อมูลและคัดเลือกชุมชนเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อรวบรวมข้อมูลในเชิงกายภาพของพื้นที่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน และข้อมูลกับกลุ่มพระสงฆ์/อาสาสมัคร แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) จำนวน ๒๐ คน

๓.๕.๓ ระยะที่ ๓ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน

๓.๕.๔ ระยะที่ ๔ การจัดกระบวนการพัฒนาหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพระสงฆ์และผู้ดูแล (Care Giver) และกระบวนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ/อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน”

๓.๕.๕ ระยะที่ ๕ ผู้ที่ได้รับการพัฒนา ปฏิบัติการในพื้นที่คือการลงเยี่ยมและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน พร้อมบันทึกผลจากการปฏิบัติการในพื้นที่ โดยการใช้แบบประเมินหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินผลความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรมเรื่อง การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๕.๖ ระยะที่ ๖ การจัดกระบวนการทบทวน ถอดองค์ความรู้ด้านการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มาซึ่งต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๓.๕.๗ ระยะที่ ๗ การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ วีดิโอ ผลงานวิจัย วิทยุทัศน์นำเสนอ และนวัตกรรม เพื่อเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณชน รวมทั้งการจัดทำแผนพับ หนังสือสรุปองค์ความรู้เป็นหลักสูตร “การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน” เพื่อพิมพ์เผยแพร่สู่สื่อสารมวลชน สื่อสารสนเทศ และการจัดพิมพ์เอกสารรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังนี้

๕.๑.๑ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ตำบลอุโมงค์ โดยฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัด สำนักงานเทศบาลตำบลอุโมงค์ จะมีระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับเทศบาลเองจะมีบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ และผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์ ๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้น ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัดบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ เทศบาลจะแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ ๑ ตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒

ช่วงที่ ๒ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกันยายน ๒๕๖๓

ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ จะมีการงดการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

นอกจากนี้ทางเทศบาลตำบลอุโมงค์ยังได้ จัดตั้ง “ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์” ภายใต้ สโลแกน “คนตำบลอุโมงค์ ไม่ทอดทิ้งกัน” เมื่อวันที่ ๑๔ ก.พ. ๒๕๕๗ ซึ่งตรงกับวันมาฆบูชา ชมรม อาสาป็นสุข เป็นชมรมจิตอาสา ประชาชนที่ร่วมเป็นสมาชิกล้วนเป็นจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรม ของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ มี กระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีการกิจ หลั ๔ ด้าน ประกอบด้วย ๑.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ๒.สุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ๓. สุขภาพสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน และ ๔.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ ๒ และที่ ๔ ของทุกเดือน

มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน ๑๐ คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน ๒๖ คน และชมรมอาสาป็นสุขจำนวน ๒๐๐คน ในการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาป็นสุขเมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๒ พบว่า ในระบบดูแลยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้นำศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการ ดังกล่าวอย่างที่เราควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมี พระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมือให้จะยิ่งดีใจ นอกจากนี้ในช่วงที่ไปเยี่ยม พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะฝากทำบุญด้วย โดย เหตุอัน ไດจึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่ง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับระหว่างพระ กับ โยม ด้วย เพราะหลายคนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระเองก็จะได้สำรวจด้วย ว่าปัจจุบันญาติโยมเรายังสบายดีอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้ คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหา สาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความ เหมาะสม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้ ๑. ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) ๒. การวางแผนเพื่อ ช่วยเหลือครอบครัว (Planning) ๓. การปฏิบัติตามแผน (Intervention) ๔.การประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติใน การเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต รวมถึง เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยาย การศึกษาต่อยอด

๒. การพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

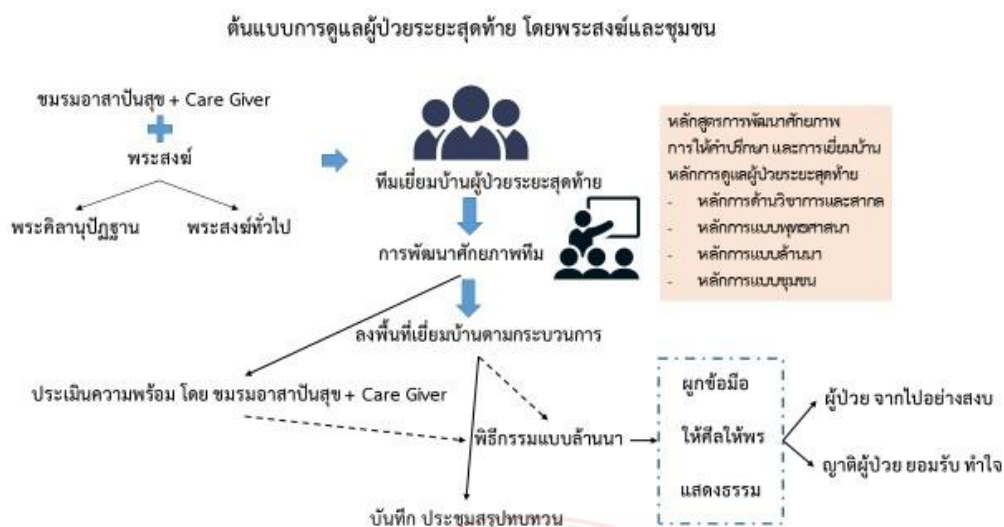
“ช่วงวาระสุดท้ายก่อนตาย” ที่ต้องอาศัย “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นช่วงสำคัญ ที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะยื้อหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเวลาและทุน ทรัพย์ที่จะเพิ่มขึ้นตามมา การหยิบเรื่องนี้มาพูดคุยและเตรียมการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่าง จากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น

การเตรียมการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตไปอย่างที่ไม่คาดหวัง ที่สำคัญที่สุดคือ การลดความทุกข์จากการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการทางการเงิน ลดความเสี่ยงของการสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงอื่นๆ ตัวอย่างกรณีคนไข้โรคมะเร็งของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ บาท หากรับการดูแลในโรงพยาบาล และ ๒๗,๐๐๐ บาท หากรับการดูแลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจะต่ำกว่า อีกทั้งการรับบริการที่บ้านยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจว่าหากเลือกได้ผู้สูงอายุมักเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายของชีวิต

ผลของการศึกษาถึงแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน พบว่า ในการปฏิบัติโดยสืบเนื่องจากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย Care Giver และพระสงฆ์นั้น Care Giver จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและญาติ เชื่อมประสานความร่วมมือ ติดตามประเมินผล พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการคลี่คลายปัญหาอันซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประสานงานกับพระสงฆ์ที่เยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปเยี่ยมและให้บริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การเทศน์ธรรมมหาวิภากรมีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศลต่างๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนาจึงก่อเกิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรม

๓. ต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

ต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด สามารถแสดงได้ตามรูปภาพ ที่ ๕.๑ ดังนี้



ภาพที่ ๕.๑ แสดงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโครงการวิจัย

จากรูปภาพจะเห็นต้นแบบในการทำงานระหว่างพระสงฆ์ซึ่งเป็นตัวแทนหลักของศาสนาที่มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดคำสอน หลักความเชื่อทางพุทธศาสนาและล้านนา ผ่านกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การให้ศีลให้พร และแสดงธรรม โดยพระสงฆ์จะไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ หากไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลความพร้อมของผู้ป่วยและญาติจากชมรมอาสาป็นสุข และ Care Giver ซึ่งทำหน้าที่เป็น Care manager ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีการแก้ไขปัญหาคือคลี่คลายปัญหาที่ซับซ้อนได้และนำไปสู่การพึ่งตนเอง สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ในขณะที่ญาติของผู้ป่วยจะได้ทำใจยอมรับ

๕.๒ อภิปรายผล

ในกระบวนการการศึกษา “การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ใช้กระบวนการศึกษาแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ผู้วิจัยได้จัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย (Critical function) และถอดบทเรียน อันนำไปสู่การวิเคราะห์ สภาพปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The action research spiral) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re-planning) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพระครูสุวิธานพัฒน์บัณฑิต, ดร. (๒๕๕๗) ได้ทำการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของ

พระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ทั้งนี้ในการให้บริการเยี่ยมบ้านหรือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการยินยอมจากญาติหรือผู้ป่วย เพื่อความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์และความไม่สุขสบายทางร่างกาย รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือ มีความสอดคล้องกับงานของพิมพ์พนิต ภาศรี (๒๕๕๘) ได้ทำการศึกษา ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในขณะเดียวกันการใช้หลักการความเชื่อแบบล้านนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระสงฆ์เองไม่ว่าจะเป็น การผูกข้อมือ การให้พร การสืบทอด รวบรวมถึงการเทศนาธรรมมหาวิภาตามความเชื่อและวิถีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีความสอดคล้องกับ สอาด มุ่งสิน (๒๕๕๘) ได้ทำการศึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด โดยใช้ความเอื้ออาทรของคนในชุมชนเป็นกลไกหลักในการแสวงหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์ของชาวอีสาน จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ได้ค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบของ “พิธีกรรม” ที่หลากหลายทั้งรูปแบบและจุดประสงค์ที่สามารถจำแนกตามช่วงเวลา ได้เป็น ๓ ระยะ คือ ๑) ระยะ “ตุ้มโฮม” ๒) ระยะ “อยู่ก็สบาย” และ ๓) ระยะ “ไปก็สงบ” ซึ่งแต่ละระยะก็จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของวิถีปฏิบัติในแต่ละพิธีกรรมกับผลที่คาดหวังที่จะให้บังเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นถึง “ความหวัง” ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่พบว่าไม่มีวันที่จะสิ้นสุดจนกว่าจะหมดลมหายใจ แม้จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าหมดหนทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ ผลจากการเรียนรู้ในครั้งนี้จะนำไปสู่การเชื่อมประสานแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิทยาการสมัยใหม่กับแนวปฏิบัติที่มาจากความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาและการนำไปใช้

๕.๓.๑.๑ สถาบันสงฆ์ในระดับอำเภอ ควรให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับกลุ่มต่างๆในชุมชน ตลอดจนถึงมีกองทุนที่สามารถสนับสนุนให้พระสงฆ์มีความสามารถในดูแลสุขภาพชุมชนและพระสงฆ์ โดยใช้ธรรมานุญสุขภาพพระสงฆ์มาใช้ขับเคลื่อนอย่างจริงจัง

๕.๓.๑.๒ ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพระสงฆ์ที่ทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนา กระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยพระสงฆ์

อย่างครบวงจร โดยอาจพัฒนาอาสาสมัครสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นคนในชุมชนเก็บข้อมูลพระสงฆ์ในพื้นที่ทำให้เข้าถึงพระสงฆ์ได้ง่าย

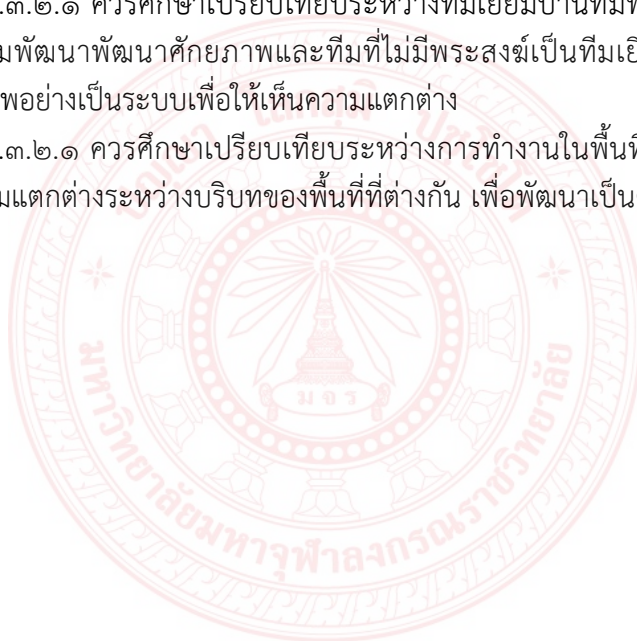
๕.๓.๑.๓ ในวิถีปกติ ชุมชนมีการเยี่ยมบ้านอยู่แล้ว โดยเฉพาะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข แต่จะอย่างไรให้มีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง Care Giver กับพระสงฆ์ ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้กระบวนการเยี่ยมบ้านครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๕.๓.๑.๔ ให้มีการฟื้นฟูการนำเอาหลักความเชื่อ หลักการทางศาสนา ตลอดจนถึงพิธีกรรมแบบล้านนามาประเพณีปฏิบัติและมีการถ่ายทอดส่งต่อให้กับพระสงฆ์รุ่นใหม่อย่างเป็นระบบ

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

๕.๓.๒.๑ ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทีมเยี่ยมบ้านที่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมและได้รับการส่งเสริมพัฒนาพัฒนาศักยภาพและทีมที่ไม่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมและไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นความแตกต่าง

๕.๓.๒.๑ ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการทำงานในพื้นที่ในเขตเมืองและเขตชนบทเพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างบริบทของพื้นที่ที่ต่างกัน เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการให้บริการต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

บรรณานุกรมประเภทพระไตรปิฎก

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกภาษาไทย**. ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

_____. **พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาเตปิฎก**.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๐๐.

บรรณานุกรมประเภทหนังสือ

๑. เอกสารภาษาไทย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร:

กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗.

กิตติพัฒน์ นนทปัทมดูลย์. **พื้นฐานทฤษฎีสังคมสงเคราะห์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๖.

กิตติกร นิลมานัต. **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๕.

จงจิตต์ โสภณคณาภรณ์. **สังคมสงเคราะห์เบื้องต้น SO ๒๖๓**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๔๓.

จิรภา หงส์ตระกูล และคณะ. **แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**.

กรุงเทพมหานคร: แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, ๒๕๕๖.

จิราพร รักการ. **แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร:

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๖.

เต็มศักดิ์ พึ่งรศมี. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด,

๒๕๕๐.

เต็มศักดิ์ ควณิช. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน), ๒๕๔๗.

ทิตินา แชนมณี. **รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐.

เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน. **เอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ชุมชนอาสาป็นสุข**

จัดพิมพ์โดย เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน. ลำพูน: เทศบาลตำบล

อุโมงค์, ๒๕๕๗.

ทัศนีย์ (ไทยภิรมย์) ลักษณะวิชช. **การสังคมสงเคราะห์ชุมชนครั้งที่ ๔**. กรุงเทพมหานคร: โรง

พิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๒.

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. **ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๐.

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. **การสังคมสงเคราะห์กับการให้คำปรึกษา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๑.

- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. **การพยาบาลสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๖.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ. **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖.
- บุศยมาส ชีวสกุลยง และคณะ. **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care**. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์, ๒๕๕๖.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๐.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทาย สิทธิพันธ์. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๑.
- พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน. **การรักษาอาการปวดมะเร็ง องค์การอนามัยโลก**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ผีเสื้อ, ๒๕๔๗.
- พรทวี ยอดมงคล. **คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด, ๒๕๖๑.
- พรรณราย ทรัพย์ะประภา. **จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและการทำงาน**. กรุงเทพมหานคร: พรนเรศวร, ๒๕๔๘.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). **เทคนิคการสอนของพระพุทธเจ้า**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๘. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด, ๒๕๕๖.
- พระไพศาล วิสาโล. **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๒.
- พระนคร ปณฺญาวชิโร (ปรัญฤทธิ์). **วิถีเทศน์ในล้านนา**. เชียงใหม่: หจก.ซีเอ็มมีเดีย, ๒๕๕๗.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๗/ตอนที่ ๒๒ ก /หนา ๑/๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓.
- พระสุธีวรญาณ (ณรงค์ จิตตโสภโณ). **พระสงฆ์กับสาธารณสุขชุมชน**. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาสาธารณสุขในพระไตรปิฎก ชุดที่ ๓. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หอเรียนวัดพระพุทธบาทเขากระโดง จังหวัดบุรีรัมย์, มปป.
- พุทธทาสภิกขุ. **แก่นพุทธศาสน์**. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ, ๒๕๕๑.
- มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย. **สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคเหนือ**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย ธนาคารไทยพาณิชย์, ๒๕๔๒.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. **ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนาสาขาหมอพิธีกรรมบำบัด**. เชียงราย : วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, ๒๕๔๗.
- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ๒๕๔๒**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๔๖.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. “Living will : มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”. ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิต. (บรรณาธิการ). **ก่อนวันผลัดใบ**. นนทบุรี: ศูนย์กฎหมาย

สุขภาพและนิติศาสตร์คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๒.

รังษี สุทนธ์. **พุทธกิจ กิจที่พระพุทธเจ้าทรงกระทำ**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙.

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑.

ลดารัตน์ สาภินันท์. **คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์, ๒๕๕๖.

วัชร ทรัพย์มี. **ทฤษฎีให้บริการปรึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

ศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

ศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการควบคุมอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

สายพิน หัตถิรัตน์, มนตร์มัจฉินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิพูน เพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์ และคณะ. **คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๓.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง**. ฉบับที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ สปสช.และสช, ๒๕๕๖.

สายจิตกร สิงห์เสนี. **สังคมสงเคราะห์จุลภาค**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๑.

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม. **ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่อย่างพอเพียงด้วยปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างยั่งยืน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม, ๒๕๖๐.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการอบรม หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสม.)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑.

บรรณานุกรมประเภทรายงานวิจัย

จุฑามาศ วารีแสงทิพย์. “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๒.

ชุตินา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาควิฑ, อรศรี อินทามะ และ อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๕๐.

พรทิพย์ ปุกหุด และทิตยา พุฒิกามิน. “ผลของการสวดมนต์บำบัด ต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา”. **รายงานวิจัย**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๕.

พระครูอินทสารวิจักษ์ อินทสโร (กิจโร). “ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสภที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระณัฐกิตติ อนารโท (ผุยเหง้า). “ศึกษาหลักมรตติในพระไตรปิฎก”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระมหาพรเทพ อุตตโม (เดชประสาธ), “การศึกษาวิธีบำบัดโรคซึมเศร้าตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

วรรณวลี อินทร์ปิ่น ภัททิรา วิภาวิญญู และจันทราธิราช ไตรวานนท์. “การวิเคราะห์พิธี “ฮ้องขวัญ” ในจังหวัดเชียงราย”. **รายงานวิจัย**. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, ๒๕๕๔.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

ศศิธร เขมาภิรัตน์. “การศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๘.

สมเด็จพระมหาธีรราช (พิมพ์ ธรรมโร). **อานุภาพแห่งกรรม**. อ้างถึงใน พระมหาพรเทพ อุตตโม (เดชประสาธ). “การศึกษาวิธีบำบัดโรคซึมเศร้าตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

สุภาวดี ดาวดี. “ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๗.

อาดัม นิละไพจิตร. “การศึกษาคุณลักษณะผู้ให้คำปรึกษาชุมชนกับนักศึกษาสาขาจิตวิทยาชุมชน ม.ศิลปากร”. **รายงานวิจัย**. สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๖๐.

อุทัย สุดสุข และคณะ. “โครงการศึกษา สถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

อัษฎางค์ สุวรรณมสิสระ. “ศึกษาไตรลักษณ์ ในการปฏิบัติวิปัสสนาตามหลักสติปัฏฐาน ๔ เฉพาะกรณีการปฏิบัติวิปัสสนาภาวนา ๗ เดือน”. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

บรรณานุกรมประเภทวารสาร

กรรณิการ์ ฤทธิกลาง และคณะ. “ความชุก และลักษณะผู้ป่วยพิการที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน:

กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด”. **วารสาร**

เภสัชศาสตร์ภาคีสถาน. เล่มที่ ๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๕๖: ๓๙.

เกษร เกตุชู และคณะ. “การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต”. **พยาบาลสาร.** ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๙: ๑ - ๑๐.

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ. “ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล”. **รามาริบัติพยาบาลสาร.** (๑๗, (๑), ๒๕๕๔): ๑๒๖ - ๑๔๐.

นวกฤต เห่งกระโทก. “ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในวรรณกรรมพระพุทธศาสนาตำนานเรื่องมหาวิบาก”. **วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่.** ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙): ๘๕-๙๖.

นวกฤต เห่งกระโทก. “ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในวรรณกรรมพระพุทธศาสนาตำนานเรื่องมหาวิบาก”. **วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่.** ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙): ๘๕-๙๖.

น้ำทิพย์ วิชาชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น”. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม- เมษายน ๒๕๕๔: ๙๕ - ๑๐๘.

พระเทพเวที (ป.อ. ปยุตโต). **คัมภีร์ความหมายแห่งสังคมสงเคราะห์. นิตยสารการประชาสัมพันธ์.** ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๒ (มี.ค.-เม.ย. ๒๕๓๒) : ๖๙-๗๓.

พระพรพล วิถีธรรม. “บทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคม ตำบลเชียงกลม อำเภอบางบาล จังหวัดเลย”. **วารสารวิจัยและพัฒนา.** ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๔๘ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๒: ๗๐ - ๗๙.

พระมหาโชคทอง นนทศิริ. “บทบาทการส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคมแก่ประชาชนของพระสงฆ์เขตการปกครอง คณะสงฆ์จังหวัดนครปฐม”. **วารสารวิชาการ ฉบับภาษาไทยมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ.** ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓ กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๙: ๑๔๙๔ - ๑๕๑๐.

พิชิต ธาณี พรทิพย์ เขียวธีรวิทย์ และกาญจนา โชคถาวร. “แผนกลยุทธ์ทางเศรษฐกิจแบบมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน”. **วารสารเกษตร.** (๑๘ (๓) ๒๕๕๕): ๒๒๙-๒๓๘.

พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ. “ทรงสนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย”. **วารสารสภาการพยาบาล.** ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘: ๕๗ - ๗๑.

เพ็ญศิริ อัดถาวงค์ และคณะ. “ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท ๓ แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๐: ๗๓ - ๘๕.

ภาภักดิ์ วงศ์พิพิธ. “Palliative Care : โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี”. **วารสารกรมการแพทย์.** ฉบับประจำเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙: ๒๔ - ๓๑.

มีตะ เหมมาน และคณะ. “ประสบการณ์ผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่

ได้รับการรักษาแบบประคับประคองการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา”. วารสารพยาบาล
 ทหารบก. ปีที่ ๑๘ ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๐: ๑๘๕ - ๑๘๓.
 วริศรา ลูวิระ. “การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. ศรีนครินทร์เวชสาร. (๒๘(๒): ๒๖๖-
 ๗๐ ๒๕๕๖): ๒๖๖ - ๒๗๐.
 สอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว้า. “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคม วัฒนธรรม
 อีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี”.
 วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม -มิถุนายน ๒๕๕๘:
 ๘๘ - ๑๐๔.
 สิริรัตน์ จันทมนะโน และ เจนระวี สว่างอารีรักษ์. “แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ
 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี”. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่
 ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๔.

บรรณานุกรมประเภทสื่อสารสนเทศ

เทศบาลตำบลอุโมงค์, ประวัติความเป็นมาของตำบลอุโมงค์,
 <<http://umongcity.go.th/index.php>> [๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๑].

๒. เอกสารภาษาอังกฤษ

- American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics 1999-2000. **Guidelines on forgoing life-sustaining medical treatment.** Pediatrics. 2000; 106(2): 351-7.
- American Academy of Pediatrics. **Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.** The pediatrician and childhood bereavement. Pediatrics 2000;105: 445-7.
- Brown MR, Sourkes B. **Pediatric palliative care.** In: Shaw RJ, Demaso DR editors. **Textbook of pediatric psychosomatic medicine.** Arlington: American psychiatric publishing; 2010. 245-57.
- Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name?** Available ๖/3/2014 from: <http://www.nccam.nih.gov>
- Curtin, M., & Lubkin, I.. **What is chronicity? In I. Lubkin (Ed.), Chronic illness: Impact and Interventions.** (3rd ed.), (Sudbury. MA: Jones & Bartlett, 1995.
- Cunningham T. MCCN Psychosocial assessment guidelines version 2: March 2010.1-5.
- Dunbar, S.B., & McClain, R.M. Family care in M.R. Kinney. D.R. Packa & S.B. Dunbar (Eds.). **AACN’s clinical reference for critical care nursing,** (St. Louis: Mosby, 1993): 411-425.
- Goldman A, Frager G, Pomietto M. Pain and palliative care. In: Schechter N, Berde

- CB, Yaster M, ed. Pain in Infants, children, and adolescents 2nd ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2003: 539 – 562.
- Grégoire M, Frager G. Ensuring pain relief for children at the end of life. Pain Res Manage 2006; 11 (3): 163 – 171.
- Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric Palliative Care. N Engl J Med 2004; 350: 1752-62.
- Hution N, Levetown M, Frager G. The hospice and palliative medicine approach to caring for pediatric patients. Glenview: American academy of hospice and palliative medicine, 2008.
- James L. Bernat. **Ethical Issues in Neurology**. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- Kuber-Ross E. On death and dying. New York: Scribner; 1969.
- Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing. A guide to practical assessment. Br J Nurs. 2004; 13(19): 1140-1144.
- Institute for patient-and family-centered care. **Advancing the practice of patient-and family centered care in hospital; 2010**, Available from Website: <http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf> [cite 2014 August 15].
- Pichaikul, S.. **Need of family members of critically ill patients in critical care unit in Thailand**. The catholic university of America, America, 2000.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, et al.. **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer**. N Engl J2010; 363): 733-42.
- Turk DC, Feldman CS. **Noninvasive approaches to pain control interminal illness: The contribution of psychological variables**. (Hosp J1992; 8):1-2.
- Vachon ML, Kristjanson L, Higginson I. Psychosocial process and issues in palliative care: the patient, the family, and the outcome of care. J Pain Symptom Manage.1995; 10(2): 142-50.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F., V., Duijnstee, M., & Grypdonck, M.. “The need and Experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: A review of the literature”. **Journal of Clinical Nursing**. (14 (4), 2005): 501-509.
- World Health Organization. Cancer pain relieve and palliative care in children.Geneva: World Health Organization, 1998.







หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (An Application of the Buddhadhamma Principles to heal the End of Life Stage Patients)

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัว บรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



โครงสร้างหลักสูตร
“การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพระสงฆ์และอาสาสมัครในชุมชน”
(ตัวอย่าง)

๑. รูปแบบ

จัดอบรมโดยการบรรยาย แลกเปลี่ยน และแบ่งกลุ่มภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย

- ๑.๑ บรรยายรวมไม่เกิน ๒ ชั่วโมง
- ๑.๒ ปฏิบัติโดยการจับคู่ และแบ่งกลุ่มปฏิบัติ รวม ๕ ชั่วโมง

๒. ระยะเวลา ๑ วัน เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

๓. คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

- ๓.๑ เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๓.๒ เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในชุมชนเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน
- ๓.๓ สามารถที่จะเข้าร่วมและอยู่ครบกระบวนการได้ตามที่แจ้ง

๔. หลักสูตร

๔.๑ ภาคทฤษฎี

- ความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง
- ความรู้เบื้องต้นการให้คำปรึกษา
- ความรู้เบื้องต้นการเยี่ยมบ้าน

๔.๒ ภาคปฏิบัติ

- การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล
- การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล
- กิจกรรมกลุ่มบทบาทพระสงฆ์/การปฏิบัติตนเองของพระสงฆ์ ต่อผู้ใกล้ตาย

.....

การให้การปรึกษาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้น
๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการให้คำปรึกษาไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ระยะเวลา ๓ ชั่วโมง

อุปกรณ์

๑. แก้วน้ำห้อง ๒ ตัว
๒. กระดาษปรู๊ฟ ปากกาเคมีคละสี
๓. คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก
๔. ไมค์ลอย ๒ ตัว

กระบวนการ

๑. วิทยากรทำความเข้าใจเนื้อหา ภาพรวมการให้คำปรึกษา
๒. วิทยากรสาธิตกระบวนการให้คำปรึกษา
๓. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกระบวนการให้คำปรึกษา
๔. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมสาธิตกระบวนการให้คำปรึกษา
๕. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แนวทางการปรับใช้

.....

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจหลักการเยี่ยมบ้าน
๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำเอาความรู้เรื่องหลักการเยี่ยมบ้านไปทดลองใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ระยะเวลา ๓ ชั่วโมง

อุปกรณ์

๑. กระดาษปรู๊ฟ ปากกาเคมีคละสี
๒. คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก
๓. แก้วน้ำ ๒ ตัว และไมค์ลอยจำนวน ๒ ตัว

กระบวนการ

๑. วิทยากรทำความเข้าใจเนื้อหา ภาพรวมการให้เยี่ยมบ้าน

๒. วิทยากรสาธิตกระบวนการให้เยี่ยมบ้าน
๓. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยมบ้าน
๔. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมสาธิตกระบวนการเยี่ยมบ้าน
๕. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แนวทางการปรับใช้

.....

ความเชื่อเรื่องการเตรียมตัวตาย/บทบาทของพระสงฆ์ต่อผู้ใกล้วายนม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจบทบาทของพระสงฆ์ต่อการปฏิบัติต่อผู้ใกล้วายนมในชุมชน

ระยะเวลา ๑ ชั่วโมง

อุปกรณ์

๑. กระดาษปรีฟ ปากกาเคมีคละสี
๒. คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก

กระบวนการ

๑. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมออกเป็น ๓ กลุ่ม
๒. ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันคิด วิเคราะห์ประเด็นดังต่อไปนี้
 - ในชุมชนของเราเมื่อมีคนใกล้ตาย มีข้อปฏิบัติเกี่ยวกับอะไร อย่างไร
 - บทบาทของพระสงฆ์ในพิธีกรรมดังกล่าวมีอะไรบ้าง
๓. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ
๔. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แนวทางการปรับใช้

.....



แบบฟอร์มการประเมินหลักสูตร

การอบรมอาสาสมัครเรื่องการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง

โปรดแสดงความคิดเห็นว่าองค์ประกอบต่างๆ มีความสอดคล้องหรือไม่ โดยแสดงเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านและเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามรายการประเมินในแต่ละรายการ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ๓ ระดับ ดังนี้

สอดคล้อง หมายความว่า องค์ประกอบที่เขียนไว้ตามรายการประเมินมีความสอดคล้องกัน ส่งเสริมกัน และเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

ไม่แน่ใจ หมายความว่า องค์ประกอบที่เขียนไว้ตามรายการประเมินข้อนั้น ๆ ไม่ชัดเจนที่จะบอกได้ว่ามีความสอดคล้องกัน ส่งเสริมกัน และเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

ไม่สอดคล้อง หมายความว่า องค์ประกอบที่เขียนไว้ตามรายการประเมินข้อนั้น ๆ ไม่มีความสอดคล้องกัน ไม่ส่งเสริมกัน และไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

ประเด็น	สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง
๑. สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตรฝึกอบรมกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม			
๒. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรมกับเนื้อหาสาระหลักสูตร			
๓. เนื้อหาสาระหลักสูตรกับกิจกรรมและวิธีการฝึกอบรม			
๔. กิจกรรมและวิธีการฝึกอบรมกับสื่อประกอบการอบรม			
๕. กิจกรรมและวิธีการฝึกอบรมกับการวัดและประเมินผล			
๖. ระยะเวลาของการฝึกอบรม			

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ประเมิน



แบบประเมินผลความรู้
เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง (ตอนที่ ๑) และช่องว่าง (ตอนที่ ๒) ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ ๑ ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
๒. อายุ ☐ ต่ำกว่า ๓๑ ปี ☐ ๓๑-๓๕ ปี ☐ ๓๖-๔๐ ปี ☐ ๔๑-๔๕ ปี
- ☐ ๔๖-๕๐ ปี ☐ ๕๑-๕๕ ปี ☐ ๕๖-๖๐ ปี

ตอนที่ ๒ ความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหาการอบรม

เนื้อหา	ถูกต้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ถูก
๑.การให้คำปรึกษาคือการบอกให้ผู้ที่มีมาขอรับคำปรึกษาว่าต้องทำตามแบบที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ			
๒.ผู้การให้คำปรึกษาควรทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาให้เกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย กล้าเปิดเผยตนเอง			
๓.การให้คำปรึกษา เน้นการสื่อสารทางเดียว			
๔.ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการเตรียมคำตอบไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ที่จะมาขอรับคำปรึกษา			
๕.การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่พูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอน และมีการใช้ทักษะเฉพาะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่ผู้ให้การปรึกษาจะเลือกใช้			
๖.การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับมือกับตนเองได้			
๗.การเยี่ยมบ้านควรไปเป็นหมู่คณะ หรือมากกว่า ๕ คนขึ้นไป เพื่อจะได้ช่วยกันไตร่ตรองปัญหา			
๘.การเยี่ยมบ้านคือการเข้าไปถามว่าเขามีปัญหาอะไร เขาต้องการการช่วยเหลืออะไรบ้าง			
๙.พระสงฆ์ไม่ควรไปเยี่ยมบ้านผู้ที่ใกล้ตาย เพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์และ			

เนื้อหา	ถูกต้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ถูก
อาจหมายถึงการกระตุ้นให้ผู้ใกล้ตายเสียชีวิตไวขึ้น			
๑๐.ผู้ทำพิธีกรรมแสดงเจตนากำหนดข้อพิธีกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อย ๒ คน ซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น			





แบบประเมินผลภาพรวมการจัดอบรม
เรื่องการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง (ตอนที่ ๑) และช่องว่าง (ตอนที่ ๒) ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ ๑ ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ○ ชาย ○ หญิง
๒. อายุ ○ ต่ำกว่า ๓๑ ปี ○ ๓๑-๓๕ ปี ○ ๓๖-๔๐ ปี ○ ๔๑-๔๕ ปี
- ๔๖-๕๐ ปี ○ ๕๑-๕๕ ปี ○ ๕๖-๖๐ ปี

ตอนที่ ๒ ประโยชน์ของหัวข้อวิชาต่อการนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

หัวข้อวิชา	ระดับประโยชน์				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.การให้คำปรึกษา					
๒.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
๓.วิธีปฏิบัติแบบล้านนา ต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย					
๔.ความรู้เรื่องพินัยกรรมด้วยวาจา					

ตอนที่ ๓ ความพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการ

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก	พอใจ	พอใจน้อย	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
๑. ด้านกระบวนการ					
๑.๑ การแจ้งรายละเอียดโครงการ					
๑.๒ การกำหนดรูปแบบ/กิจกรรม					
๑.๓ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจนตรงกับหลักสูตร					
๑.๔ จำนวนคนเข้าร่วมโครงการเหมาะสมกับหัวข้อหรือกิจกรรมที่ใช้					
๑.๕ ความรอบรู้ในหัวข้อวิชาของวิทยากร					
๑.๖ การจัดลำดับความสัมพันธ์ของเนื้อหาวิชาเหมาะสม					
๑.๗ วิทยากรมีเทคนิค/วิธีการในการถ่ายทอดให้เข้าใจง่าย					
๑.๘ สื่อประกอบการสอนเหมาะสม					
๑.๙ ใช้อุปกรณ์การสอนที่เหมาะสม					

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจ มาก	พอใจ	พอใจ น้อย	ไม่ พอใจ	ไม่พอใจ มาก
๑.๑๐ เอกสารประกอบการสอนครบถ้วน ชัดเจน					
๒. ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการ					
๒.๑ การให้ข้อมูลโครงการที่ครบถ้วน					
๒.๒ การตอบข้อซักถามที่ชัดเจน ตรงประเด็น					
๒.๓ กิริยามารยาท การแต่งกายเหมาะสม					
๒.๔ เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ					
๓. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
๓.๑ ขนาดห้องเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ					
๓.๒ จัดห้องเหมาะสมกับหัวข้อการสอน					
๓.๓ ความสะดวกในการเดินทาง					
๓.๔ อาหารและเครื่องดื่มเหมาะสม					
๔. ด้านคุณภาพ					
๔.๑ ความสอดคล้องของเนื้อหาหลักสูตรกับความต้องการ					
๔.๒ เนื้อหาหลักสูตรเป็นปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลง					
๔.๓ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้					
๔.๔ ความคุ้มค่าของการฝึกอบรม					
๕. ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ					
๕.๑ มีความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ					
๕.๒ มีความซื่อสัตย์ ไม่เรียกร้อยค่าตอบแทน					

๓.๕ ความเหมาะสมของระยะเวลาการจัดฝึกอบรม



เหมาะสม



ไม่เหมาะสม ควรเป็น.....วัน

ตอนที่ ๔ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

คณะผู้จัดการอบรม





การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และแกนนำอาสาสมัคร Care Giver

ผนวก ค
การรับรองการนำไปใช้ประโยชน์



การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์:

- ☐ ด้านวิชาการ
- ☐ ด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์/อุตสาหกรรม
- ☒ ด้านสังคม/ชุมชน
- ☐ ด้านนโยบาย

หน่วยงานร่วมดำเนินการและการบริหารจัดการ:

ประเภท	ชื่อหน่วยงาน	โทรศัพท์	หนังสือยินยอม	จัดการ
๑	ชมรมอาสาป็นสุข ตำบลอุโมงค์ เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอ เมือง จังหวัดลำพูน			

ประโยชน์ที่ได้จากการร่วมมือกับภาคเอกชน:

- ☐ พัฒนาบุคลากร
- ☒ ถ่ายทอดองค์ความรู้
- ☐ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดเทคโนโลยี
- ☐ อื่น ๆ (กรุณาอธิบาย)

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
จำนวน ๒๐ คน และกลุ่มพระสงฆ์ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๑
วัด/รูป

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์:

ชมรมอาสาป็นสุข ตำบลอุโมงค์ เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

รายละเอียดการใช้ประโยชน์:

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Experimental Research) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการนำเอาหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านตามหลักศาสนาไปพัฒนาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน ๒๐ คน และกลุ่มพระสงฆ์ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๑ วัด/รูป ทำให้มีแนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แก่นนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) หลังจากอบรมแล้วให้นำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำงานบริการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายของพระสงฆ์ผ่านกิจกรรมทางศาสนา มีส่วนทำให้ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ โดยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และเป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจของญาติผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ และพัฒนาเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด



ภาคผนวก ง
ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย



ผลผลิต (Output) จากงานวิจัย

ประเภทผลงานที่ได้รับ:

- ☐ ต้นแบบผลิตภัณฑ์
- ☐ ต้นแบบเทคโนโลยี
- ☐ กระบวนการใหม่
- ☐ องค์ความรู้
- ☐ การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์
- ☒ การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ
- ☐ การพัฒนากำลังคน
- ☐ ทริพส์เส้นทางปัญญา
- ☒ บทความทางวิชาการ
- ☒ การประชุม/สัมมนาระดับนานาชาติ
- ☒ การประชุม/สัมมนาระดับชาติ

ระดับของผลงานที่ได้รับ:

- ☐ ระดับอุตสาหกรรม
- ☐ ระดับกึ่งอุตสาหกรรม
- ☒ ระดับภาคสนาม
- ☐ ระดับห้องปฏิบัติการ

รายละเอียดผลงาน:

แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) การทำงานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระสงฆ์ผ่านกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

จำนวนผลงาน: ๑ หน่วยนับ: แห่ง

ผลลัพธ์ (Outcome) ที่ได้ตลอดระยะเวลาโครงการ:

ชื่อผลลัพธ์ ต้นแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

ประเภท:

- ☐ เชิงปริมาณ
- ☒ เชิงคุณภาพ

☐ เชิงเวลา

☐ เชิงต้นทุน

รายละเอียด:

แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แก่นนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล (Care Giver) การทำงานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระสงฆ์ผ่านกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

ผลกระทบจากการดำเนินโครงการ:

- ☐ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศ
- ☐ ผลกระทบต่อภาคการผลิตและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง
- ☐ ผลกระทบต่อขีดความสามารถทาง วทน.
- ☐ ผลกระทบต่อการจ้างงาน
- ☒ ผลกระทบต่อสังคม
- ☐ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
- ☐ เพิ่มความสามารถการแข่งขันของเอกชนที่ร่วมโปรแกรม
- ☐ เพิ่มความสามารถในการแข่งขันของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม
- ☐ สนับสนุนให้เกิดวิสาหกิจเริ่มต้น (Startup)

รายละเอียด:

การทำงานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระสงฆ์ผ่านกิจกรรมทางศาสนา มีส่วนทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ โดยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และเป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจของญาติผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย	นายสังวรณ สมบัติใหม่
ประวัติการศึกษา	B.A. (Social Work) Jamlia Millia Islaml. New Dehi. India. สส.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ โทร. ๐๙๙๒๙๕๒๒๙๕ E-mail: ssombatm@gmail.com

ประสบการณ์การวิจัย

๑. ร่วมวิจัยโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของการใช้การให้การแทรกแซงทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มสุรา: การศึกษานำร่อง” สนับสนุนโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔
๒. ร่วมวิจัยเรื่อง Adolescents' access to health care and provider Perspective in addressing adolescent reproductive Health needs: a study in Northern Thailand สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔
๓. ร่วมวิจัยเรื่อง Brief Intervention for Adolescents with Methamphetamine Abuse สนับสนุนโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖
๔. ร่วมวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการทางจิต-สังคมร่วมกับการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ติดตามตัว ที่สอดคล้องกับกระบวนการยุติธรรม โดยการสนับสนุนจากศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ แผนงานงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘
๕. ร่วมวิจัยเรื่อง การศึกษาการกระทำผิดซ้ำ และปัจจัยเสี่ยงของการกระทำผิดซ้ำในผู้เข้ารับคำปรึกษา โครงการคลินิกจิตสังคม ศาลจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๕๘