



กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา
ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

THE PROCESS OF PROMOTING CARE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS
ACCORDING TO BUDDHISM OF PEOPLE IN TRON DISTRICT,
UTTARADIT PROVINCE

พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๔



กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา
ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๔

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



The Process of Promoting Care for terminally ill Patients According to
Buddhism of People in Tron District, Uttaradit Province

Phrapalad Kamonmas Lekhadhammo (Promson)

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
the Requirements for the Degree of
Master of Arts
(Buddhist Studies)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
C.E. 2021

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)



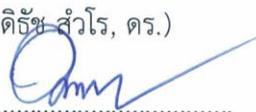
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนใน
เขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา


.....
(พระมหาสมปурณ์ วุฑฒิกโร, รศ. ดร.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผศ. ดร.สมหวัง แก้วสุฟอง)

..... กรรมการ
(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

..... กรรมการ
(พระศักดิ์ชัย ส่วโร, ดร.)

..... กรรมการ
(ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

พระศักดิ์ชัย ส่วโร, ดร. ประธานกรรมการ
ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา กรรมการ

ชื่อผู้วิจัย


.....
(พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม)

- ชื่อวิทยานิพนธ์** : กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนว
พระพุทธรูปศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์
- ผู้วิจัย** : พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)
- ปริญญา** : พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธรูปศาสนา)
- คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์**
- : พระศักดิ์ธัช ส่วโร, ดร., ศศ.บ. (การปกครอง),
พธ.ม. (พระพุทธรูปศาสนา), พธ.ด. (พระพุทธรูปศาสนา)
 - : ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา, พธ.บ. (การศึกษานอกโรงเรียน),
กศ.ม. (การบริหารการศึกษา), Ph.D. (Buddhist Studies)
- วันสำเร็จการศึกษา** : ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่อศึกษาหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธรูปศาสนา ๒) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธรูปศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ๓) เพื่อเสนอกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธรูปศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาเอกสาร ผนวกกับสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) ผลการวิจัยพบว่า

๑) หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธรูปศาสนา เน้นการดูแลใน ๒ มิติ คือ การดูแลด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน และเชื่อมโยงไปสู่การดูแลที่ให้ความสำคัญกับมิติแห่งความเป็นมนุษย์ หรือมิติแห่งการพัฒนาศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิต ไม่ว่าจะเป็นชีวิตทางด้านกาย ศีลหรือสังคม จิตใจ และปัญญา มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความมั่งคั่งตามหลักไตรสิกขา เป็นการดูแลที่มุ่งพัฒนาปัญญาให้รู้เท่าทันโลกและชีวิต มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความตาย ไม่หวาดหวั่นพรันพรึงต่อความตาย เพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำชีวิตให้มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต เมื่อจากโลกนี้ ย่อมไปสู่สุคติ โลกสวรรค์

๒) หลักพุทธธรรมที่นำมาใช้ในกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นแบ่งออกได้เป็น ๒ ส่วนคือ หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และหลักธรรมสำหรับผู้ป่วยเองซึ่งประกอบไปด้วยพรหมวิหารธรรม สังคหวัตถุ กัลยาณมิตตตา อภินิหารปัจเจกชน โยนิโสมนสิการ อัปมาทะ และการเจริญสมณะและวิปัสสนา เป็นต้น ล้วนเป็นหลักธรรมที่ประสานสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยตามหลักการทางพระพุทธรูปศาสนา คือ การดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจเป็นหลัก

๓) ด้านกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธรูปศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งได้พัฒนากระบวนการมาจากแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการทางพระพุทธรูปศาสนา โดยบูรณาการกับหลักการทางการแพทย์แผนปัจจุบันของโรงพยาบาลตรอนที่ใช้กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สามารถสรุปเป็น ๕ ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ ๑ ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาความต้องการการดูแลแบบ

ประทับประคอง, ขั้นตอนที่ ๒ แจ้งข้อมูลการรักษาอย่างค่อยเป็นค่อยไปแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนช่วยประสานงานเกี่ยวกับความต้องการการรักษา, ขั้นตอนที่ ๓ ดูแลประทับประคองจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในด้านสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับภาวะที่เป็นอยู่ได้อีกทั้งตอบสนองต่อความต้องการที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความสำคัญ, ขั้นตอนที่ ๔ การส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และขั้นตอนที่ ๕ ประเมินความเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยทั้ง ๕ ขั้นตอนนี้ ครอบคลุมกระบวนการดูแลตามแนวพระพุทธศาสนาแบบองค์รวมใน ๔ มิติ คือ ด้านกาย ใช้หลักการจัดสัปายะ ผม ขน เล็บ ฟัน หนั่ง ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการและสภาพผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลรักษาตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน, ด้านจิตใจ ใช้หลักการปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย ได้แก่ การถวายสังฆทาน การสวดมนต์สืบชะตา การบายศรีสู่ขวัญ ผูกข้อมือ ใช้หลักสมณะภาวา และการสวดมนต์ระลึกถึงคุณของพระรัตนตรัยอย่างสม่ำเสมอ ด้านสังคม ใช้หลักการรับฟัง การสัมผัส และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในครอบครัวและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และด้านปัญญา ใช้หลักการรับฟังและการสัมผัสด้วยความรักความเมตตาการสนทนาธรรมการแสดงธรรม และการเจริญวิปัสสนาภาวา เมื่อกระบวนการทั้ง ๔ มิติ มีความประสานสอดคล้องกัน ย่อมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทำชีวิตให้มีคุณภาพ มีจิตผ่องแผ้ว ในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต ที่เรียกว่า การตายดีและสมศักดิ์ศรี

Thesis Title : The Process of Promoting Care for terminally ill Patients According to Buddhism of People in Tron District, Uttaradit Province

Researcher : Phrapalad Kamonmas Lekhadhammo (Promson)

Degree : Master of Arts (Buddhist Studies)

Thesis Supervisory Committee

: Phra Sakdithat Samvaro, Dr., B.A. (Political Science)
M.A. (Buddhist Studies), Ph.D. (Buddhist Studies)

: Asst. Prof., Dr. Phromares Kaewmola, B.A. (Non-Formal Education), M.Ed. (Educational Administration),
Ph.D. (Buddhist Studies)

Date of Graduation : August 26, 2021

Abstract

The thesis consisted of 3 objectives as follows: 1) to study the principles of care for terminally ill patients according to Buddhism; 2) to study the Buddhist teachings promoting care for terminally ill patients according to Buddhism of people in Tron district, Uttaradit province; and 3) to propose the process of promoting care for terminally ill patients according to Buddhism of people in Tron district, Uttaradit province. The study applied qualitative research by studying documents as preliminary data together with in-depth interviews and focus group discussion. The results of the research are as follows:

1) The principles of care for terminally ill patients according to Buddhism emphasize two dimensions: physical and mental care as a basis and care that values the dimension of human being or the development of human potential up to the very last moment of life, be it physical, moral, social, mental, and intellectual aspect. All of which focus on a fruitful life of patients that is based on *Trisikkhā* (the Threefold Training) and the development of wisdom in order to have awareness towards life and the world. In addition, this type of care aims at helping patients to be aware of death and not in the fear of death. This will support the patients to have Sati-Sampajañña (mindfulness and awareness), resulting in a pure mind at terminally ill patients so that they can rest in peace and enter the heavenly world after they leave the world of a man.

2) The Buddhist teachings promoting care for terminally ill patients can be divided into 2 parts: the teachings for the caregivers and for the patients. For patients, the necessary Buddhist teachings are *Brahmavihāra* (Sublime States of Mind), *Saṅgahavatthu* (Bases of Social Solidarity), *Kalyāṇamitta-dhamma* (Qualities of a Good Friend), *Abhiṇhapaccavekkhaṇa* (Ideas to be Constantly Reviewed), *Yonisomanasikāra* (Analytical Reflection), *Appamāda* (Non-negligence), and the practice of both *Samatha* and *Vipassanā* meditation, etc. All of which are the principles for taking care of patients according to the Buddhist teachings which cover both physical and mental aspect.

3) The process of promoting care for terminally ill patients according to Buddhism of people in Tron district, Uttaradit province has been developed based on the concepts and methods of care for terminally ill patients according to Buddhism integrating with the conventional medicine of Tron hospital that applies the palliative care consisting of 5 steps as follows: 1) The 1st step is to assess the conditions of patients in order to find the needs and kind of palliative care; 2) The 2nd step is to inform patients and relatives of the treatment step by step, including performing the necessary coordination on the needs of treatment; 3) The 3rd step is to provide palliative care mentally and emotionally, as well as social assistance so the patients and their families will be able to adjust to their ongoing state and respond to the needs that the patients find valuable; 4) The 4th step is to forward the network for continuous care at home; and 5) The 5th step is to cover the process of holistic care according to Buddhism in the following 4 dimensions: (1) Physical aspect by applying the principle of *Sappāya* (beneficial conditions) including hairs, teeth, and skin, as well as residence and environment that are appropriate to the symptom and condition of the patients, together with the application of conventional medicine; (2) Mental aspect by practicing according to the belief of the patients such as *Saṅghadāna* (offering dedicated to the Sangha), Seub Chata (prolongation chanting ritual), Baisrisukwan (blessing ceremony), hand-tying ritual, the principle of *Samatha Bhāvanā* (concentration development), and chanting regularly for taking refuge in the Triple Gem; (3) Social aspect by listening, touching, and building a good relationship with the patients' family and caregivers; (4) Intellectual aspect by listening and touching based on loving-kindness, Dhamma discussion, expounding the Dhamma, and practicing the *Vipassanā Bhāvanā* (insight development). When all 4 dimensions are consistent with each other, patients will have complete mindfulness and awareness which results in a life of quality and a pure mind at the end of life before passing away, namely, a good and dignified death.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจาก พระศกดิษฐ์ ส่วโร, ดร. ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดี ทั้งให้ความเอาใจใส่ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและอนุโมทนาขอขอบคุณต่อคณะกรรมการทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขออนุโมทนาขอบพระคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาโท คณาจารย์และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ทุกท่านที่ให้กำลังใจ ให้คำชี้แนะและบริการด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี และขออนุโมทนากับผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน และเจ้าหน้าที่ ตลอดจนจิตอาสาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มย่อย สำหรับงานวิจัยเล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ

ประโยชน์อันเกิดจากผลงานวิจัยในเล่มนี้ ขอน้อมบูชาแด่พระรัตนตรัย และขออุทิศเป็นกตเวทิตาคุณให้แก่ คุณแม่สรสรเสริญ พรหมสนธิ์ ผู้เป็นมารดาที่เคารพ และครูบาอาจารย์ทั้งหลายที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ ผู้มีพระคุณ ทุกท่าน ทั้งผู้ที่ได้ล่วงลับไปแล้วด้วย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยและเป็นอีกหนึ่งแหล่งข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าการศึกษาในพระพุทธศาสนา อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตา และการพ้นจากความทุกข์ที่แท้จริง

พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฎ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ คำถามวิจัย	๔
๑.๓ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๕
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย	๕
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๖
๑.๖ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๗
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๘
๒.๑ แนวคิดวิธีการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน	๘
๒.๑.๑ ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๙
๒.๑.๒ ลักษณะและอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๑๑
๒.๑.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม	๑๗
๒.๑.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย	๑๙
๒.๒ แนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพระพุทธศาสนา	๓๐
๒.๒.๑ ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา	๓๐
๒.๒.๒ ลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา	๓๓
๒.๒.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมแนวพุทธ	๓๙
๒.๒.๔ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๔๑
๒.๒.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา	๔๗
๒.๓ หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	๕๗
๒.๓.๑ พรหมวิหาร	๕๗
๒.๓.๒ อภินหปัจเวกขณ์	๕๗
๒.๓.๓ โยนิโสมนสิการ	๕๘

๒.๓.๔	อัปปมาทะ	๕๙
๒.๓.๕	การเจริญสมณะและวิปัสสนา	๕๙
๒.๓.๖	สังคหัตถุธรรม	๖๐
๒.๓.๗	ความมีกัลยาณมิตตตา	๖๑
๒.๔	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๖๒
๒.๕	กรอบแนวคิดในการวิจัย	๗๐
บทที่ ๓	วิธีดำเนินการวิจัย	๗๑
๓.๑	รูปแบบการวิจัย	๗๑
๓.๒	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๗๒
๓.๓	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๗๔
๓.๔	การเก็บรวบรวมข้อมูล	๗๕
๓.๕	การวิเคราะห์ข้อมูล	๗๕
บทที่ ๔	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๗๖
๔.๑	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานภาคสนาม	๗๖
๔.๑.๑	ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๗๖
๔.๑.๒	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๗๙
๔.๑.๓	คณะสงฆ์อำเภอตรอน	๗๙
๔.๑.๔	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๗๙
๔.๑.๕	สหวิชาชีพ	๗๙
๔.๒	ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๘๐
๔.๓	ผลการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๘๒
๔.๓.๑	กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา	๘๒
๔.๓.๒	กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี	๘๕
๔.๓.๓	สรุป	๙๓
๔.๔	เสนอกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๙๔
๔.๔.๑	ด้านกาย	๙๖
๔.๔.๒	ด้านจิตใจ	๙๗
๔.๔.๓	ด้านสังคม	๙๙
๔.๔.๔	ด้านปัญญา	๑๐๐
๔.๕	องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย	๑๐๕

บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๑๐๗
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๑๐๗
๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย	๑๑๖
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๑๑๖
บรรณานุกรม	๑๑๘
ภาคผนวก	๑๒๕
ภาคผนวก ก. ผู้ทรงคุณตรวจเครื่องมือการวิจัย	๑๒๖
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๑๓๐
ภาคผนวก ค. ใบรับรองจริยธรรม	๑๓๕
ภาคผนวก ง. รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์	๑๓๗
ภาคผนวก จ. รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม	๑๕๑
ภาคผนวก ฉ. รูปภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล	๑๕๓
ประวัติผู้วิจัย	๑๖๐

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
แผนภาพที่ ๒.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๗๐
แผนภาพที่ ๔.๑ องค์ประกอบที่สำคัญของ PALLIATIVE CARE	๘๕
แผนภาพที่ ๔.๒ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์	๘๖

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ ๑ สัมภาษณ์ พระครูอดุลยจารุวรรณ เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๖
ภาพที่ ๒ สัมภาษณ์ พระไชยา นาคสีโล วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๖
ภาพที่ ๓ สัมภาษณ์ คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๗
ภาพที่ ๔ สัมภาษณ์ คุณบุญญาบุษ ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๗
ภาพที่ ๕ สัมภาษณ์ คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกษษกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๘
ภาพที่ ๖ สัมภาษณ์ คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๘
ภาพที่ ๗ สัมภาษณ์ คุณสุภัทษา คำก้อนแก้ว แพทย์หญิงชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๙
ภาพที่ ๘ สัมภาษณ์ คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๔๙
ภาพที่ ๙ สัมภาษณ์ คุณสุรานี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๕๐
ภาพที่ ๑๐ สัมภาษณ์ คุณรพีพร คำแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๕๐
ภาพที่ ๑๑ สัมภาษณ์ คุณปรารณา ศรีชานา ประธาน อสม. บ้านพงสะตือ หมู่ที่ ๖ ตำบลบ้านแก่งอำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๕๑
ภาพที่ ๑๒ สัมภาษณ์ คุณอำนวย ทับทองดี ประธาน อสม. บ้านแก่ง หมู่ที่ ๒ ตำบลบ้านแก่งอำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๕๑
ภาพที่ ๑๓ สัมภาษณ์ คุณเผด็จ รัตนมาโต ประธาน อสม. บ้านแก่ง หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านแก่งอำเภอดุทรอน จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๕๒
ภาพที่ ๑๔ สนทนากลุ่ม	๑๕๒

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

อักษรย่อในโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ใช้อ้างอิงจากพระไตรปิฎกภาษาบาลี/
พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๓๙

การอ้างอิงพระไตรปิฎก จะระบุ เล่ม/ข้อ/หน้า หลังอักษรย่อชื่อคัมภีร์ เช่น ที.สี. (บาลี) ๙/
๒๗๖/๙๗., ที.สี. (ไทย) ๙/๒๗๖/๙๗. หมายถึง ทีฆนิกาย สीलขันธวรรค ภาษาบาลี เล่ม ๙ ข้อ
๒๗๖ หน้า ๙๗ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ทีฆนิกาย สीलขันธวรรค ภาษาไทย เล่ม ๙ ข้อ ๒๗๖ หน้า ๙๗
ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙ ตามลำดับ ดังนี้

๑. คำอธิบายคำย่อในภาษาไทย

ก. คำย่อชื่อคัมภีร์พระไตรปิฎก

		พระสุตตันตปิฎก		
คำย่อ		ชื่อคัมภีร์		ภาษา
ที.สี. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	สีลขันธวรรค (ภาษาไทย)
ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	มหาวรรค (ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	ปาฎีกวรรค (ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มัชฌิมปิณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	อุปริปิณณาสก์ (ภาษาไทย)
ส.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	มหาวารวรรค (ภาษาไทย)
อง.เอกก.(ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	เอกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ทุก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ทุกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.จตุกก.(ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	จตุกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ปญจก.(ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ปญจกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.สตตก.(ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	สัตตกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ทสก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ทสกนิบาต (ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ธรรมบท (ภาษาไทย)
ขุ.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	อุทาน (ภาษาไทย)
ขุ.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	มหานิทเทส (ภาษาไทย)
ขุ.จ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	จูฬนิทเทส (ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

คำย่อ		ชื่อคัมภีร์	ภาษา
อภิ.วิ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก	วิภังค์ (ภาษาไทย)

ปกณวิเสส

คำย่อ	ชื่อคัมภีร์	ภาษา
วิสุทธิ. (ไทย)	= วิสุทธิมรรคปกรณ์	(ภาษาไทย)

ข. คำย่อชื่อคัมภีร์อรรถกถา

อรรถกถาพระสูตรตันตปิฎก

คำย่อ	ชื่อคัมภีร์	ภาษา
ม.มฺว. (ไทย)	= มัชฌิมนิกาย ปปัญจสุทนี มุลปิณณาสกอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ม.อุ.อ. (ไทย)	= มัชฌิมนิกาย ปปัญจสุทนี อุปรปิณณาสกอรรถกถา	(ภาษาไทย)
สํ.สพ.อ. (ไทย)	= สังยุตตนิกาย สวรรตถปกาสินี สพายตนวรรคอรรถกถา	(ภาษาไทย)
อง.ปณจก.อ. (ไทย)	= อังคุตตรนิกาย มโนรณปุรณี ปัญจนินบาตอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ช.ธ.อ. (ไทย)	= ชุททกนิกาย ธรรมบทอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ช.วิ.อ. (ไทย)	= ชุททกนิกาย ปรมัตถทีปนี วิมานวัตถุอรรถกถา	(ภาษาไทย)

อรรถกถาพระอภิธรรมปิฎก

คำย่อ	ชื่อคัมภีร์	ภาษา
อภิ.วิ.อ. (ไทย)	= อภิธรรมปิฎก วิภังค์ สัมโมหวิโนทนีอรรถกถา	(ภาษาไทย)

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพปัจจุบันของมนุษย์ในโลกนี้ มีโอกาสที่จะตายจากโลกนี้ไปอย่างสงบตามธรรมชาตินั้น น้อยมาก ด้วยเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่รู้ดหน้าไปอย่างรวดเร็ว มนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติในหลายด้าน รวมทั้งการยืดชีวิตของผู้ป่วย โดยมีการคาดหวังว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาแล้ว จะต้องหายหรืออย่างน้อยจะต้องยืดเวลาออกไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ให้ถึงที่สุดแต่ก็ไม่มีผู้ใดรอดจากความตายไปได้ เป็นไปตามหลักไตรลักษณ์ คือ ความเป็นของไม่เที่ยง ความเป็นทุกข์ ความเป็นของไม่ใช่อัตน^๑ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยนั้นก็จะต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสู่การ “ตายดี” เป็นมิติใหม่ในสังคมไทย อีกทั้งเป็นการดูแลที่ไม่เหมือนเรื่องอื่น ๆ ทางทางการแพทย์ เพราะเป็นการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับชุมชน และสังคม ซึ่งการกำหนดนิยาม ศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน จะช่วยให้เห็นภาพบทบาทการทำงานของภาคส่วนต่างๆ อีกทั้งยังสร้างการ เรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทอย่างไร ชุมชน และสังคมจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างไร ดังนั้นคำว่า “ประคับประคอง” จึงหมายถึง คอยระมัดระวังพยุงไว้ คอยบำรุงรักษา ทะนุถนอมอย่างดี^๒

ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากการสูญเสียผู้ป่วยไป^๓ และมีความหมายว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า ๑ ปี อย่างระมัดระวัง ฉะนั้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการยอมรับว่าผู้ป่วยเหลือระยะเวลาไม่นาน ซึ่งหากเข้าใจตามนั้นแล้วการดูแล จึงเป็นไปเพื่อความสะดวก มีความสุขทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย ด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลัง หรือจะสรุปง่าย ๆ

^๑ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๗, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๘๙.

^๒ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์, ๒๕๕๖), หน้า ๗๐๑.

^๓ พรทวี ยอดมงคล, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๘.

คือ ตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั่นเอง ทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจิตที่สงบเป็นกุศล ไม่เพียงช่วยให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานแล้ว ยังสามารถนำพาผู้ตายไปสู่สุคติ เป็นการยกระดับจิตใจให้เข้าสู่ภพภูมิที่ดีกว่าเดิม ยิ่งผู้ใกล้ตายนั้นมีสติเต็มที เห็นโทษของความติดยึดในสังขารหรือความสำคัญมั่นหมายจะเข้าถึงความวิมุติหลุดพ้น คือ นิพพานได้ทันที ดังพระสาวกหลายท่านได้กระทำไว้เป็นแบบอย่าง นับเป็นตัวอย่างที่ชี้ว่าความตายสามารถเป็นปัจจัยให้เกิดพัฒนาการทางจิตวิญญาณอย่างถึงที่สุดได้

สำหรับปัจจุบันนี้รัฐได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สนับสนุน ให้มีการดูแลที่บ้าน กล่าวคือ สนับสนุนให้มีการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน แต่นโยบายดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีความไม่สะดวกหลายประการ เช่น ไม่ได้รับการสนับสนุน และการจัดการที่เป็นรูปธรรม ไม่มีผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะในสังคมเมือง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ไม่อาจสนองตอบนโยบายของรัฐบาลแล้ว ยังอาจทำให้มิติของการดูแลเชิงวัฒนธรรมขาดหายไปได้ จากการที่ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมหรือประกอบกิจกรรมตามความเชื่อหรือทำตามประเพณี ความต้องการตายดีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยเลือกอยากให้เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต จากผลการศึกษาแสดงถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความไม่ต้องการทุกข์ทรมานเจ็บปวดจากโรคที่ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือความปรารถนาที่จะอยู่กับครอบครัวและคนที่รักในช่วงลมหายใจสุดท้าย ตลอดจนความกังวลในทรัพย์สินมรดกซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ ที่กำหนดแนวคิดของการตายดีว่าเป็นการตายที่ก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่อยากทำแต่ยังไม่ได้ทำ สามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^๔ ดังนั้น ทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลจึงต้องทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการให้ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนเชื่อมโยงกับบริบทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม และวัฒนธรรม^๕ ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทางกายแล้ว ยังมีความทุกข์ทางใจอีกด้วย ความทุกข์ประการหลังนี้ย่อมส่งผลให้อาการทางกายทรุดลง และไม่สนองตอบต่อการรักษา หรือเยียวยาทางกาย ในท้ายที่สุดแล้วย่อมไม่อาจทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ การจากไปอย่างสงบ โดยไม่ทรมานหรือทุกข์ทรมานอย่างน้อยในทางจิตใจนั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

^๔ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: www.healthstation.in.th [๖ มีนาคม ๒๕๖๓].

^๕ อารยา ทิพย์วงศ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, “วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุนระยะท้ายในชุมชน”, วารสารพยาบาล, ปีที่ ๖๘ ฉบับที่ ๑ (พฤศจิกายน, ๒๕๖๒): ๑๑ - ๑๙.

ต่อผู้ป่วย อันที่จริงแล้วต้องถือว่าความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งมีค่าสูงสุดประการสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้ประสบก่อนละจากโลกนี้ไป^๖

ในทางพระพุทธศาสนา การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัย หรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ละความห่วงใย และปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลยนั้น ย่อมนำไปสู่สุขคติที่ดีหรือเรียกว่าเป็นการตายดีนั่นเอง ดังในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวก ได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่งบำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ดังมีบันทึกในพระไตรปิฎกว่า คราวหนึ่งที่ชาวอุบาสกป่วยหนัก ได้ขอให้บิดาช่วยพาเข้าเฝ้าพระพุทธองค์ และกราบทูลว่า ตนเองป่วยหนักเห็นจะอยู่ได้ไม่นาน พระพุทธองค์ทรงแนะนำให้ตั้งจิตพิจารณาว่า จักมีความเสื่อมใสไม่วันไหนในพระพุทธเจ้า, จักมีความเสื่อมใสไม่วันไหนในพระธรรม, จักมีความเสื่อมใสไม่วันไหนในพระสงฆ์, จักตั้งตนอยู่ในศีลที่พระอริยะสรรเสริญ เมื่ออุบาสกทูลว่าได้ประกอบตนอยู่ในธรรมทั้ง ๔ ประการแล้ว พระพุทธองค์ก็ทรงแนะนำให้พิจารณาว่าสังขารทั้งปวงนั้นไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ที่เขาได้พิจารณาเห็นตามนั้น หลังจากนั้นพระพุทธเจ้าได้เสด็จออกไปไม่นานก็ถึงแก่กรรม พระพุทธองค์ได้ตรัสในเวลาต่อมาว่าอานิสงส์จากการที่พิจารณาตามที่พระองค์ได้ตรัสสอน ที่เขาได้บรรลุเป็นพระอนาคามี จะเห็นได้ว่าในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ด้วยธรรมะในการเยียวยาจิตใจ ในการลดความทุกข์ที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ใกล้ตายมักจะกังวลอนาคตหรือจมอยู่กับอดีตจนความทุกข์เกิดขึ้นทางใจมากกว่าทางกาย บทบาทของพระสงฆ์ในการทำงานกับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะเป็นผู้ให้กำลังใจ และพูดหลักธรรมะตามความเหมาะสมของผู้ป่วย หลักสำคัญที่พระสงฆ์ใช้ก็คือ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหันกลับมาพิจารณากับความทุกข์ทางกาย และสามารถที่จะหลุดพ้นความทุกข์ทางใจได้ ให้นึกถึงความดีที่ตนเองได้เคยกระทำมา เพื่อช่วยคลี่คลายความทุกข์ใจที่ค้างคาของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ หากผู้ป่วยประสงค์จะทำบุญก็ให้ญาติเตรียมการทำบุญง่าย ๆ ให้ญาติได้มีโอกาสทำพิธีขอขมาในยามที่ยังมีชีวิตอยู่ ทำให้ทุกฝ่ายรู้สึกไม่ติดขัดภายในใจ แม้เพียงจะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ แต่ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย และญาติกลับยิ่งใหญ่นิยามที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ ผู้ป่วยมีอาการสงบ บางรายของดีใช้ยาแก้ปวด ญาติ ๆ ก็ลดอาการเศร้าโศกพร้อมที่ส่งดวงวิญญาณด้วยความสงบพร้อมกันนี้ยังให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจว่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้ายหรือว่ากลับไปอยู่กับญาติพี่น้องในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างน้อย ผู้ป่วยก็มีสิทธิ์ในการตัดสินใจชีวิตของตนเอง^๗

^๖ พระไพศาล วิสาโล, การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ, พิมพ์ครั้งที่ ๒๐, (กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๖), หน้า ๕ - ๓๑.

^๗ ธวัชชัย จันจุฬา (๒๘ มี.ค ๒๕๕๘), “นักข่าวพลเมือง: พระสงฆ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, ไทยพีบีเอส, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://www.citizenthaipbs.net/node/๕๘๒๗>. [๓ เมษายน ๒๕๖๓].

ประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับการบริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอตรอน ที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอตรอนทั้งหมด จึงต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประชาชนที่มาใช้บริการโดยส่วนใหญ่ส่วนมากในโรงพยาบาลและสาธารณสุข นับถือศาสนาพุทธ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ มีการนำพุทธศาสนามาใช้ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ประชาชนจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการทำพิธีกรรมต่างๆ ตามความศรัทธาที่ผสมผสานกับความเชื่อในพุทธศาสนา เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สร้างกำลังใจ เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และช่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย เช่น การสวดมนต์ แผ่เมตตา การทำบุญตักบาตร การพรมน้ำมนต์ ผูกแขน การขอขมาลาโทษ และขอโหสิกรรมในวาระสุดท้ายตามความเชื่อ เป็นต้น อีกทั้งหน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตอนนี้ก็เริ่มมีการทำงานร่วมกับคณะสงฆ์ทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคลและคณะสงฆ์ในภาพรวม เพื่อยกระดับการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านการประคับประคองทางจิตใจโดยนำหลักการ Palliative Care มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจนกระทั่งวาระสุดท้ายคือการตายดีและหลังจากนั้นก็เยียวยาจิตใจของญาติผู้ป่วยจากการสูญเสียด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะสุดท้ายของชีวิต และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการฝึกอบรม ถวายความรู้แก่พระสงฆ์รุ่นใหม่ และจิตอาสาที่สนใจ ในการทำหน้าที่บำรุงรักษาจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง (องค์รวม) ด้วยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

๑.๒ คำถามวิจัย

๑.๒.๑ แนวคิดวิธีการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและตามแนวพระพุทธศาสนา มีวิธีการที่เหมือนหรือต่างกันอย่างไรบ้าง และสามารถที่จะเชื่อมโยงหรือบูรณาการหลักการทางการแพทย์แผนปัจจุบันกับหลักการทางพระพุทธศาสนา เพื่อที่จะนำไปสู่การศึกษากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างไรบ้าง

๑.๒.๒ ในพระพุทธศาสนาเถรวาทมีหลักพุทธธรรมใดบ้างที่จะสามารถส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ได้

๑.๒.๓ กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง และจะนำเสนอกระบวนการนั้นสู่การปฏิบัติได้อย่างไร

๑.๓ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.๓.๑ เพื่อศึกษาหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา
- ๑.๓.๒ เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอดุตรดิตถ์
- ๑.๓.๓ เพื่อเสนอกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอดุตรดิตถ์

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอดุตรดิตถ์” ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ก. เป็นการศึกษาแนวคิดวิธีการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปรากฏในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา โดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากหนังสือ ตำรา และเอกสารต่างๆ ในพระพุทธศาสนา เช่น พระไตรปิฎก อรรถกถา เป็นต้น

ข. ศึกษาหลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนาเถรวาทที่จะสามารถนำมาส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอดุตรดิตถ์ โดยศึกษาและค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และเอกสารต่าง ๆ ในพระพุทธศาสนา เช่น พระไตรปิฎก อรรถกถา เป็นต้น

ค. วิเคราะห์ผลจากการศึกษาหลักการ วิธีการ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แล้วนำมาพัฒนาเป็นกระบวนการในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอดุตรดิตถ์ หลังจากนั้นหาจุดบกพร่อง และนำมาปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพ

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านเอกสาร

ก. การศึกษาข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ คัมภีร์พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอดุตรดิตถ์

ข. การศึกษาข้อมูลชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) โดยรวบรวมข้อมูลจากอรรถกถาและฎีกาวิทยานิพนธ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้อมูลเอกสารวิชาการ เช่น วารสารเอกสารงานเขียนของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชื่อถือได้ค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและสื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยนี้ได้แก่ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

๑.๔.๔ ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีความรู้ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์และประเด็นสำคัญที่จะศึกษาจำนวน ๑๔ รูป/คน ในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

๑.๔.๕ ขอบเขตด้านเวลา

ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ รวมทั้งสิ้น ๕ เดือน

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการส่งเสริม หมายถึง กระบวนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และญาติของผู้ป่วย โดยใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาทร่วมกับศาสนพิธีกรรมและความเชื่อตามแนวพุทธของผู้ป่วยผสมผสานกับการดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเผชิญกับความตายและความสูญเสียอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาย ไม่เศร้าโศก และเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต โดยจำแนกการดูแลออกเป็น ๔ ด้าน

การดูแลด้านกาย หมายถึง วิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านกาย ได้แก่ การจัดระเบียบ ผม ขน เล็บ ฟัน หนั่ง เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ให้เกิดสัปปายะ และเอื้อต่ออาการของผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

การดูแลด้านจิตใจ หมายถึง วิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจ ในเรื่องสิ่งยึดเหนี่ยวที่สร้างความเข้มแข็ง, ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, ความภาคภูมิใจ, ความเชื่อ ด้านศาสนาประเพณี, สิ่งค้างคาใจ และช่วยเสริมการพัฒนาโดยใช้หลักสมถภาวนาหรือสมถกรรมฐาน ที่เหมาะสม ให้จิตมีคุณภาพมีคุณธรรม โดยกล่อมเกลียดด้วยเมตตา กรุณา ศรัทธา กตัญญูกตเวทิตี ให้จิตมีสุขภาพมีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบเย็น อ่อนโยนนุ่มนวล

การดูแลด้านสังคม หมายถึง วิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านสังคม ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกัน ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็น บิดามารดา บุตรธิดา สามีภรรยา ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายกับผู้ดูแลรักษา

การดูแลด้านปัญญา หมายถึง วิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการต่าง ๆ เช่น โดดเดี่ยว ปีบคั้น อึดอัด, ซึมเศร้า, กระสับกระส่าย, เพ้อสับสน, กังวล, โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว หดหู่ หม่นหมอง เพื่อให้จิตมีสมรรถภาพ มีความเข้มแข็ง การสร้างปรามอภัย ปิติ ปัสสัทธิให้เกิดขึ้นสม่าเสมอ โดยใช้วิปัสสนาภาวนาช่วยเสริมการพัฒนาปัญญาให้เกิดความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสดังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสนำจิตภาวนาบางวาระบางโอกาส เท่าที่สามารถจะทำได้ให้จิตมีคุณภาพมีคุณธรรม

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย เป็นต้น ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี

แบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม.

ตามแนวพระพุทธศาสนา หมายถึง การนำหลักการและวิธีการตามแนวทางพระพุทธศาสนาเถรวาทมาบูรณาการ ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

๑.๖ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑.๖.๑ ได้กระบวนกรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี อันจะเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เพื่อนำความรู้ประสบการณ์ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากร และจิตอาสา ที่สนใจในการทำหน้าที่บำรุงรักษาจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่ถูกต้องต่อไป

๑.๖.๒ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขที่เรียกว่า “การตายดี” และสมศักดิ์ศรีของการเกิดเป็นมนุษย์

๑.๖.๓ สามารถนำองค์ความรู้ด้านกระบวนกรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ไปพัฒนาและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด และภูมิภาคต่อไปได้

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา” เป็นการศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของพระสงฆ์ในบทบาทด้านมิติทางจิตใจและปัญญา รวมไปถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น การพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ในบทนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันในการนำไปสู่กระบวนการแบบองค์รวมตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

๒.๑ แนวคิดวิธีการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

“การรักษาพยาบาลใด ๆ ที่เพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรือดีขึ้นจากโรคจนสามารถช่วยตนเองได้ ย่อมเป็นการทรมานมากกว่าการดูแลรักษา (Care) ผู้ป่วย แล้วจึงเป็นการเบียดเบียนประโยชน์จากผู้ป่วยอื่น ๆ และสังคม”^๑

จากคำกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น การพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

^๑ สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี, (กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, ๒๕๕๒), หน้า ๒.

๒.๑.๑ ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจุบันในทางการแพทย์ใช้คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “dying patient”^๒ หรือ “terminally ill people”^๓ หรือ “seriously ill patient”^๔ หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ คือ (๑) ผู้ป่วยที่กำลังจะตาย (๒) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (๔) ผู้ป่วยที่เจ็บหนักซึ่งกำลังใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (patient with terminal illness who are nearing the end of life)^๕ (๕) บุคคลที่ใกล้จะถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิต (a person nears the end of life)^๖ (๖) ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้าย วันสุดท้าย สัปดาห์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายของชีวิตจากระยะเวลาที่ปรากฏชัดเจนว่า ผู้ป่วยกำลังมีอาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง^๗ หากจะกำหนดระยะเวลาที่จัดเป็นระยะสุดท้ายใกล้ตายของชีวิต โดยทั่วไปในทางการแพทย์ คือ ระยะ ๖ เดือนสุดท้ายก่อนที่จะถึงแก่ความตาย (a person during the final six months of life)^๘ ซึ่งภายในระยะเวลานี้ผู้ป่วยอาจมีอาการหนักและอาจจะตายได้ตลอดเวลา หรืออาจสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียงวันเดียว สองวัน หรือสามวัน หนึ่งสัปดาห์หรือสองสัปดาห์ เดือนหรือสองถึงสามเดือน ประเด็นที่สำคัญในที่นี้คือ จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็น ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิต เพราะว่าความตายนั้นไม่ว่าใครก็ไม่อาจมองเห็นหรือกำหนดระยะเวลาได้แน่นอน ความตายอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เช่น ในกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีอาการของโรคในระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย จะปรากฏอาการทางร่างกาย และมีความรุนแรงที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ในกรณีนี้ อาจสามารถทำนายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ (โดยทั่วไปอาจอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน) แต่ในภาวะอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางปอด โรคตับแข็งหรือโรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่อาจมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ในบางครั้ง โดยที่ผู้ป่วยอาจจะรอดหรือไม่รอดจากภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ตลอดเวลา

^๒ Elisabeth Kbler-Ross, *Questions and Answers on Death and Dying: A Companion Volume to On Death and Dying*, (New York: A Touchstone Book, ๑๙๙๗), p. ๑.

^๓ John Ellershaw and Susie Wilkinson, *Care of the Dying : A Pathway to excellence*, (New York: Oxford University Press, ๒๐๐๓), p. ๔๓, and Michael Peters, *BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia*, (London: Dorling Kindersley Limited, ๒๐๐๘), p. ๒๕๐.

^๔ Elizabeth Latimer, *Caring for seriously ill and dying patients: The Philosophy and Ethics*, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. ๑๔๔, ๑๙๙๑: ๘๕๙.

^๕ Belinda Poor and Gail P. Poirrier, *End of Life Nursing Care*, (London: Jones and Bartlett, ๒๐๐๑), p. ๖.

^๖ Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach, *Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies*, ๒nd edition, (Missouri: Elsevier Saunders, ๒๐๑๑), p. ๓๘๕.

^๗ Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy and Jo Wells, *Oxford Handbook of Palliative Care*, ๒nd edition, (New York: Oxford University Press, ๒๐๐๙), p. xxvii.

^๘ Belinda Poor and Gail P. Poirrier, *End of Life Nursing Care*, p. ๗๔.

จึงเป็นการยากที่จะกำหนดหรือทำนายถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ แต่ถึงกระนั้น อาจถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตได้ หากอาการป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ และมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด และกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จิตวิญญาณ^๙ และที่สำคัญที่สุดอาการระยะสุดท้ายของโรคเหล่านี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น

จากความหมายที่ได้กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีอาการหรือส่วนที่เป็นลักษณะสำคัญ ๔ ประการ ดังนี้

๑. ผู้ป่วย (patient) คือ เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจากแพทย์

๒. อาการของโรค คือ โรคหรืออาการของผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคนั้น ๆ เช่น เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้

๓. ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย โดยทั่วไปตั้งแต่ ๑ วันสุดท้ายไปจนถึง ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิต และ

๔. คำวินิจฉัยแพทย์ คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตายตามคำวินิจฉัยนั้นก็ตาม ก็ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน^{๑๐}

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้

สมิธและโบเนท (Smith & Bohnet) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีใดๆ อาการทรุดลงไปเรื่อยๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมๆได้และเสียชีวิตในที่สุด^{๑๑}

วิลเลียม ซัลลิแวน (William Sullivan) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ เช่น เรื่องของจิตวิญญาณ

^๙ อัสมน นามวงศ์, “ผลการสอนพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล”, *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐).

^{๑๐} สุวรรณ แนวจำปา, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔).

^{๑๑} สุวคนธ์ กุรัตนและคณะ, *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*, (วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖).

สันต์ หัตถิรัตน์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกายและหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นความทุกข์ทรมานและไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้^{๑๒}

ห้องสิน ตระกูลทิวกกร ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีชีวิตอยู่ได้ภายใน ๖ เดือน^{๑๓}

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

๒.๑.๒ ลักษณะและอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวโดยสรุปในที่นี้จะกล่าวถึง เฉพาะอาการที่สำคัญ ๒ ด้าน คือ (๑) อาการทางกาย และ (๒) อาการทางจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑.๒.๑ ลักษณะอาการทางกาย

ลักษณะอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่พบนั้น จะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามอาการของโรคในระยะสุดท้ายนั้น เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายย่อมมีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายย่อมมีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยด้วยโรคชราระยะสุดท้าย แต่กระนั้นจากการศึกษาลักษณะอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายของ Libirach L., Mount Sinai Hospital and Casey House และบริษัทดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรัฐคอนเนคติกัต ประเทศสหรัฐอเมริกา (The Connecticut Hospice Inc.) พบว่าอาการที่แสดงออกทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแม้จะแตกต่างกันตามลักษณะของโรค แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้ที่แสดงถึงระยะสุดท้ายของชีวิต คือ^{๑๔}

^{๑๒} สันต์ หัตถิรัตน์, **สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์, ๒๕๔๓).

^{๑๓} ห้องสิน ตระกูลทิวกกร อังโน สุวคนธ์ กุรัตนและคณะ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ทำนายบทบาทของพยาบาล**. (วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖).

^{๑๔} จนพรรณ สิทธิสุนทร, “ข้อมูลบางประการจาก ฮอสปิซในรัฐคอนเนคติกัต สหรัฐอเมริกา”, **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**, นพ. ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการวิชาการ, (กรุงเทพมหานคร: คบไฟ, ๒๕๓๙), หน้า ๗๘-๘๐.

๑.๑ อาการหลับ ผู้ป่วยใกล้ตายจะใช้เวลาส่วนมากนอนหลับนิ่งๆ และดูเหมือนไม่สามารถติดต่อกับ สมองตอบสนองสิ่งรอบตัวได้

๑.๒ ความต้องการอาหารและน้ำลดลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีความต้องการอาหาร และน้ำลดลงมาก ไม่รู้สึกหิวน้ำหรืออาหาร

๑.๓ ความรู้สึกตัวเย็นและสีของผิวหนังผิดปกติ ผู้ป่วยใกล้ตายจะเกิดความรู้สึกว่ามือ แขน และเท้าเย็น สีของผิวหนังจะเปลี่ยนไปเนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตน้อยลง

๑.๔ ความจำเลอะเลือน ไม่รู้ตัว ผู้ป่วยอาจมีความจำสับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และผู้คนรอบตัว ญาติมิตรที่ดูแลอยู่ใกล้ ควรบอกชื่อตัวเองให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นใครบ้าง อย่าให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลานึกหรือเดาว่าเป็นใคร พูดเสียงค่อย นุ่มนวลแต่ให้ชัดเจน พยายามแนะนำให้ผู้ป่วยรู้วัน เวลา สถานที่

๑.๕ อาการทรมานทรมาย ผู้ป่วยอาจทำอาการทรมานทรมายซ้ำๆ เช่น ยกมือขึ้นลงบ่อย ๆ อย่าขัดขวางหรือพยายามขัดขวาง ให้ขอคำแนะนำจากพยาบาล อย่าคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดหรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน พยายามปลอบผู้ป่วยด้วยลักษณะเสียงที่สงบเป็นธรรมชาติ อาจช่วยทำให้ผู้ป่วย สบาย ผ่อนคลายขึ้นด้วยการนวดบริเวณหน้าผากเบาๆ อ่านหนังสือให้ฟัง เปิดดนตรีหรือร้องเพลงที่ผู้ป่วยเคยชอบ

๑.๖ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายทั้งหนัก และเบาเพราะกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอ่อนแรง พยายามอย่าให้คนไข้รู้สึกกังวลไม่สบายใจ แต่ให้ความช่วยเหลือให้คนไข้มั่นใจว่าจะมีการดูแลได้อย่างเรียบร้อย

๑.๗ ปัสสาวะลดปริมาณลง ผู้ป่วยใกล้ตายจะมีปัสสาวะลดลงเนื่องจากการดื่มน้ำน้อยลง รวมทั้งการหมุนเวียนของโลหิตจากไตลดลง

๑.๘ อาการน้ำคั่ง สำหรับญาติมิตรที่ดูแล อาการน้ำคั่งจนอึดอัดของผู้ป่วยอาจทำให้ญาติมิตรเกิดวิตกกังวลร้อนรนมากเสียยิ่งกว่าผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอาจทำเสียงเหมือนพยายามดูดน้ำจากหลอดดูด อาการนี้เกิดขึ้นเพราะคนไข้ไม่สามารถไอหรือขากเอาเสมหะออกมาได้เอง ในกรณีนี้อาจใช้ยาช่วยบรรเทาอาการได้ ระหว่างการดูดเอาเสมหะออกอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ผู้พยาบาลควรหันศีรษะผู้ป่วยไปด้านหลังเพื่อให้น้ำลายออกจากปาก แล้วใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า เสียงที่เกิดจาก อาการน้ำคั่ง ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือหายใจไม่ออก

๑.๙ การหายใจผิดปกติ อาจมีอาการหายใจตื้นๆ หยุดหายใจเป็นช่วงๆ (apnea) หรือหายใจเร็วกระชั้นแบบ Cheyne-Stokes หรือ Kussmaul breathing ก็ได้ เนื่องจากภาวะความเป็นกรดต่างในเลือดผิดปกติ การใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายคาจุมกเพื่อให้ออกซิเจนจึงไม่มี ประโยชน์ เพราะแท้จริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้ขาดออกซิเจน แต่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นพิษภายหลังจาก อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพและทำงานไม่ได้ตามปกติ

๒.๑.๒.๒ ลักษณะอาการทางจิต

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๖ – ๒๐๐๔ อลิซาเบท คูบเลอร์ รอส (Elisabeth Kubler-Ross) นักจิตแพทย์ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา และสรุปอาการทางจิตซึ่งเป็นปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อได้รับข่าวร้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตาย แบ่งเป็น ๕ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การปฏิเสธและการช็อก (Denial and Shock) อาการแรกของผู้ป่วยเมื่อรับทราบ ผลของการวินิจฉัยว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต คือ ช็อก ช่วงแรกอาจสงสัยว่าจริงหรือไม่ ตรวจสอบผิดพลาดหรือไม่ บางรายอาจตกใจนั่งอึ้งและมีอาการงุนงง แล้วตามมาด้วยการปฏิเสธการ วินิจฉัยโรค บางรายอาจไม่ยอมรับไปตลอดว่าเรื่องที่เกิดเป็นความจริง

ระยะที่ ๒ การโกรธแค้น (Anger) ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ คับข้องใจ หงุดหงิด โกรธแค้นที่ตนเองต้องตาย เกิดความรู้สึกว่า “ทำไม” ตลอดเวลา เป็นการหาสาเหตุเพื่อระบายความผิดหวัง อาจโทษแพทย์ผู้รักษา โทษพยาบาล โทษญาติ โทษกรรมพันธุ์ โทษสิ่งแวดล้อม และอาจโทษไปถึง สิ่งศักดิ์สิทธิ์” ที่ไม่ยอมช่วยตนเอง

ระยะที่ ๓ การต่อรอง (Bargaining) ระยะนี้ผู้ป่วยจะยอมรับผลการวินิจฉัย และคาดหวังว่า จะหายได้ จึงยอมรับการรักษาทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์แผนโบราณ อาจต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย และคิดว่าการทำความดี อุทิศตนเพื่องานศาสนา ทำพิธี ต่ออายุ หวังปาฏิหาริย์ต่าง ๆ เพราะยังยอมรับไม่ได้ที่จะหมดเวลาของชีวิตตนเอง

ระยะที่ ๔ อาการซึมเศร้า (Depression) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เพราะไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญความตายได้ มีความรู้สึกหมดหวัง อาจคิดฆ่าตัวตาย เศร้า ท้อแท้ หมดแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป

ระยะที่ ๕ การยอมรับ (Acceptance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้ว่าความตายเป็นกฎของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สามารถพูดเรื่องความตายได้ พิจารณาเห็นสิ่งที่ดี ๆ ในความตาย มีความสุขกับเวลา ที่เหลือ^{๑๕}ในการจัดเป็น ๕ ระยะนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรองใด ๆ แต่ซึมเศร้า ทันที แต่ละระยะอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายไม่เท่ากัน และไม่พร้อมกัน บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต และในบางรายอาจยอมรับความจริงได้เร็ว ปฏิกิริยาบางอย่างอาจย้อนกลับได้ เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ตอนทราบผลวินิจฉัยผู้ป่วยยอมรับได้ แต่พออาการทรุดหนัก เช่น เดินไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นโกรธหรือซึมเศร้าได้ใหม่ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมและยืดหยุ่นมาก

^{๑๕} Elisabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying*, (New York: MacMillan, ๑๙๖๙), p. ๓๘-๔๕.

ในยุคต่อมา มีนักวิชาการที่มีความเห็นซึ่งดูเหมือนจะแย้งกับทฤษฎีของอลิซาเบท ลูบ เลอร์รอส โดยมีเหตุผลที่สำคัญ ๔ ประการ คือ

- (๑) ระบบจิตใจของมนุษย์ไม่ชัดเจน ไม่สามารถแบ่งตามระยะเวลาที่แน่นอนได้
- (๒) มนุษย์อาจมีความรู้สึกหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้ เช่น ทั้งโกรธและเศร้า และไม่ยอมรับความจริง เช่น โกรธแม่เพราะคิดว่าเป็นมะเร็งเต้านมจากแม่ที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน แต่รู้สึกผิดต่อแม่ที่โกรธใส่แม่จึงมีอาการซึมเศร้าด้วย
- (๓) ระยะต่อรอง ไม่ควรจัดเป็นระยะ เนื่องจากมนุษย์ได้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นระยะอยู่แล้ว
- (๔) มีอารมณ์อื่นๆที่ค่อนข้างชัดเจนเช่น อารมณ์กลัว ซึ่งมีในผู้ป่วยทุกรายไม่มากนัก น้อย ความรู้สึกผิดที่พบได้บ่อยและเป็นความรู้สึกที่เป็นอุปสรรคต่อความสุขสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต และอารมณ์อื่นซึ่งเป็นอารมณ์หนึ่งที่มีผลต่อการลดความตึงเครียด ทำให้ชีวิตมีความสดใสมากขึ้น

โรเบิร์ต บัคแมน (Robert Buckman) จึงได้เสนอทฤษฎีของปฏิกิริยาของจิตใจของคนไข้ระยะสุดท้ายรูปแบบใหม่ โดยแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้^{๑๖}

(๑) ระยะแรก (Initial Stage) เผชิญกับภัยคุกคาม (Facing with Threat) ระยะแรกนี้ เป็นระยะเผชิญความจริง ผู้ป่วยจะมีอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย บุคลิกลักษณะนิสัย และความเคยชินของตนเอง เช่น แสดงอารมณ์ กลัว เกลียด ตกใจ หรือกังวล อารมณ์ต่างๆ เหล่านี้อาจมีอาการผสมกันหรือเด่นในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง รวมถึงมีกลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธความจริง

(๒) ระยะเรื้อรัง (Chronic Stage) ระยะเรื้อรังนี้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มทำใจได้ อาการที่เกิดในระยะเริ่มต้นจะลดน้อยลง ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายชีวิต แม้สภาพจิตใจโดยทั่วไปจะดูดีขึ้น แต่ผู้ดูแลยังคงต้องดูแลความรู้สึกผู้ป่วยอยู่

(๓) ระยะสุดท้าย (Final Stage) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มยอมรับความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อยู่ในระดับซึ่งแม้ไม่ใช่ระดับที่ยอมรับได้อย่างแท้จริง แต่อย่างน้อยก็จบในระดับหนึ่ง มีการแสดงออกที่ดูใกล้ปกติ มีการพูดคุย และตัดสินใจในสถานการณ์และสถานภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายแต่กลับฟื้นขึ้นบางราย มีปรากฏการณ์ที่คล้าย ๆ กันหลายอย่าง แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านั้นจะเป็นคนต่างเพศ ต่างอายุ ต่างเชื้อชาติ ต่างภาษา และต่างศาสนา ก็ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า “ประสบการณ์ใกล้ตาย” (Near-Death Experience, NDE) บรูซ เกรย์สัน (Bruce Greyson) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกันและเป็นนักวิจัยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย

^{๑๖} ภูชก เหล่ารุจิสวัสดิ์, “การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care : Improving Care of the Dying), พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๐), หน้า ๑๑๘-๑๑๙.

ได้ศึกษาลักษณะเฉพาะของภาวะดังกล่าวนี้ โดยพบว่าเหตุการณ์เหล่านี้มักเกิดขึ้นในคนที่กำลังเผชิญกับภาวะใกล้ตาย แต่น้อยคนจะมีเหตุการณ์ทุกอย่างครบหมด ดังนี้^{๑๗}

(๑) ประสบการณ์นอกร่างเนื้อ (out of the body experience) คือ ผู้ป่วยบางรายมักเกิดความรู้สึกว่ามีร่างอีกร่างหนึ่ง (กายละเอียด) ออกไปจากร่างเดิม ความรู้สึกที่ว่าตัวเองลอยออกจากร่างเดิม และมองเห็นร่างกายเดิมของตนนอนสงบนิ่งอยู่ หรือเห็นคณะแพทย์พยาบาลปฏิบัติการกู้ชีวิตอยู่ กายนี้มีลักษณะโปร่งใสไร้น้ำหนัก มักล่องลอยอยู่บริเวณเบื้องบนใกล้เพดานและมองเห็นกายเดิมนอนสงบอยู่เบื้องล่างร่างนอกร่างเนื้อนี้จะเคลื่อนที่ไปตามที่ต่างๆ โดยไร้จุดหมาย

(๒) ความรู้สึกสงบ (feeling of peace) คนส่วนมากมีความรู้สึกเป็นสุขสงบ ศานติ และดีมั่งคั่งอย่างล้นพ้น ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งแรกที่เกิดขึ้นและจะจำได้ดีที่สุด ความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่มีอยู่เดิมมักหายไป

(๓) การเข้าไปสู่อุโมงค์ (into the tunnel) คือ ผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์เหมือนว่ากายละเอียดเคลื่อนเข้าสู่ความมืด ซึ่งมักเป็นอุโมงค์ที่มีมืดทึบ มีความรู้สึกเหมือนว่าสามารถผ่านเข้าไปได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องใช้ความพยายามใด ๆ เมื่อถึงปลายอุโมงค์จะมองเห็นแสงสว่างเป็นจุดเล็ก และเมื่อเคลื่อนเข้าไปใกล้ ๆ แสงสว่างนี้จะใหญ่ขึ้น ๆ สำหรับบางคนภายในอุโมงค์เต็มไปด้วยแสงสว่าง ไม่ใช่ความมืด

(๔) การเข้าหาแสงสว่าง (approaching the light) แสงสว่างเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยบางราย มีลักษณะเป็นแสงที่สวยงามสดใส มีสีขาวหรือสีทอง แต่ไม่ทำให้ตาพร่าหรือระคายตาบ่อย ๆ แสงนี้มีลักษณะคล้ายแม่เหล็ก พยายามดึงดูดกายละเอียดเอาไว้

(๕) การพบปะกับผู้รุ่งเรืองด้วยรัศมี (the being of light) ในช่วงนี้ ผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์เหมือนว่ากายละเอียดได้พบกับผู้ที่อยู่ในแสงสว่าง ถ้าเป็นผู้ที่มีศรัทธาในศาสนาอาจมองเห็นพระพุทธรูปเจ้า อัครสาวก พระเยซูคริสต์ พระนบีมะหะหมัด ศาสดาในศาสนาต่าง ๆ นักบุญเทพเจ้า เทพบุตร เทพธิดา และบุคคลอื่น ๆ ผู้มีความสำคัญในศาสนาที่ตนนับถือ การเห็นบุคคลเหล่านี้เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถจะบรรยายออกมาเป็นคำพูดได้ เป็นประสบการณ์ที่น่ายินดี ปลื้มปิติ ซาบซึ้ง และมีความรู้สึกว่าได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่นและละมุนละไมจากบุคคลเหล่านี้

(๖) การพบกับสิ่งกีดขวาง (the barrier) ในขณะที่กายละเอียดล่องลอยไปตามที่ต่างๆ อยู่เนิ่นๆ บางครั้งจะรู้สึกว่ามีสิ่งกีดขวางระหว่างตัวเขากับแสงสว่าง สิ่งกีดขวางเป็นเสมือนสิ่งหนึ่ง ที่เตือนว่าได้มาถึงจุดที่จะกลับมาไม่ได้อีกแล้ว (a point of no return) หลายคนอาจเห็นสิ่งกีดขวางนี้

^{๑๗} Greyson B., *Near-death experiences and personal values*, Am J Psychiatry ๑๙๘๓; ๑๔๐ : ๖๑๘-๖๒๐; Greyson B., *The Near-death experience scale*, J Nerv Ment Dis ๑๙๘๓; ๑๗๑ : ๓๗๖-๓๘๑, and Fenwick p, Fenwick E., *The truth in the light: an investigation of over ๓๐๐ near-death experiences*, (London: Headline, ๑๙๙๕), pp. ๑-๒๖๗.

เป็นคน สิ่งที่มีชีวิต ประตุ หรือรั้วที่คอยห้ามไว้ บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกขึ้นมาเองว่า ได้มาถึงจุดที่ไม่สามารถผ่านต่อไปได้อีกแล้ว

(๗) ประสบการณ์ในสถานที่อีกแห่งหนึ่ง (another country) เกิดความรู้สึกว่าตนหรือกายละเอียดได้ท่องเที่ยวไปตามสถานที่ต่างๆ เห็นทิวทัศน์, ท้องทุ่ง, ไร่นา, ชุมชนที่มีทุ่งหญ้าเขียวขจี เต็มไปด้วยแสงสีสว่างนำตื่นตา บางครั้งอาจเห็นสถานที่เหล่านั้นอยู่นอกสิ่งกีดขวางออกไป

(๘) การพบญาติพี่น้อง (meeting relatives) บางคราวได้มีโอกาสพบกับคนอื่น โดยเฉพาะญาติพี่น้องที่ตายไปแล้ว รวมทั้งเพื่อนฝูงหรือคนแปลกหน้าที่เพิ่งพบกันและยังมีชีวิตอยู่ บางครั้ง บุคคลเหล่านี้ก็พยักหน้า โบกมือให้ หรือทำท่าคล้ายจะเป็นสัญญาณบอกให้กลับไป บางคนได้มีโอกาสพูดคุยกับคนที่เสียชีวิตแล้ว

(๙) การทบทวนวิถีชีวิต (the life review) แต่ละคนมักเห็นเหตุการณ์ในชีวิตปรากฏต่อหน้าอย่างชัดเจน มองเห็นกุศลกรรมหรืออกุศลกรรมที่เคยกระทำไว้ เป็นการทบทวนบุญและบาป ความดีและความชั่วของตนอีกครั้งหนึ่ง บางคนมีประสบการณ์ราวกับว่าได้มาถึงวันพิพากษาครั้งสุดท้าย (day of judgment) บางครั้งมีการระลึกถึงการงานที่ยังไม่เสร็จสิ้น (unfinished business) ซึ่งทำให้เขาต้องกลับไปจัดการให้เสร็จเสียก่อน

(๑๐) จุดแห่งการตัดสินใจ (the point of decision) คนส่วนมากต้องการที่จะอยู่ในภาวะเช่นนี้ต่อไปนาน ๆ แต่ก็เข้าใจว่าเป็นไปไม่ได้ มีความรู้สึกว่าครอบครัวยังต้องการเขาอยู่ บางคนก็ถูกส่งกลับไปสู่ที่เดิมโดยผู้ที่อยู่ในแสงสว่าง เพื่อน หรือญาติพี่น้องที่ได้พบ ไม่มีใครยอมให้ผ่านสิ่งกีดขวางไปได้

(๑๑) การกลับ (the return) การกลับคืนของกายละเอียดสู่กายเนื้อมักเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก เกิดความรู้สึกคล้ายกับว่ามีพลัง ผลักให้กลับเข้าสู่โมงค์ด้วยความเร็วที่สูงสุดจนเข้าไปอยู่ในกายเนื้อตามเดิม

(๑๒) ทัศนคติภายหลังกลับมาจากภาวะใกล้ตาย (the aftermath) สำหรับบุคคลเป็นจำนวนมาก ภาวะใกล้ตายเป็นประสบการณ์ที่ชัดเจนที่สุดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตของเขา ซึ่งมักจะจดจำอย่างติดตาติดใจเป็นเวลาหลายปีหรือจนชั่วชีวิต สิ่งที่ทุกคนรายงานเหมือนกันคือว่า เขาไม่มีความกลัวตายแม้ว่าไม่มีใครที่ต้องการจะตาย เจตคติของคนเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือมีศรัทธาและปสาทะในศาสนาที่ตนนับถืออยู่มากขึ้น มีความเชื่อในเรื่องของผลบุญและบาป และกฎแห่งกรรมมากกว่าแต่ก่อน บางคนคิดว่ามีอำนาจจิตมากขึ้น สามารถล่วงรู้เหตุการณ์ล่วงหน้า หรือสามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บบางอย่างได้

๒.๑.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เป็นหลักการที่สืบทอดมาจาก “คำปฏิญาณของฮิปโปเครติส” (The Hippocratic Oath) ผู้ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ตะวันตก^{๑๘} ซึ่ง ได้กล่าวตอนหนึ่งไว้ว่า “...เมื่อใดก็ตามที่การรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล จะพยายามบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และจะคำนึงว่า การตายอย่างสมศักดิ์ศรีเป็นเกียรติภูมิของมนุษย์ (dignified death) เป็นเป้าหมายของชีวิตทุกชีวิต...”^{๑๙}

คำปฏิญาณนี้นับว่าเป็นหลักการแม่บทสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในปัจจุบัน สำหรับประเทศที่เจริญแล้ว อาจารย์จ๊กกันโนนามของ “palliative care” หรือ “hospice care” หรือ “supportive care” โดยมุ่งให้การดูแลแบบประคับประคอง (support) ให้ความสะดวกสบาย (comfort) ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (pain relief) รักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองทางจิต วิญญาณ (spiritual healing) และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ (human dignity)^{๒๐} ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้กลายมาเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบัน ที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก (The Last Acts Palliative Care Task Force, the Nation Hospice and Palliative Care Organization, and the World Health Organization) มีหลักการสำคัญพอสรุปได้ ดังนี้^{๒๑}

- (๑) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา
- (๒) ระลึกว่า ความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ
- (๓) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตาย (dying process) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว
- (๔) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต (quality of life) และให้การดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- (๕) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่าง ทัวถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

^{๑๘} Christopher Elliott-Binns, *Medicine: The Forgotten Art?*, (London: Pitman Publishing Ltd., ๑๙๗๘), p. ๕.

^{๑๙} เต็มศักดิ์ พงษ์ศรี, *Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*, (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๓.

^{๒๐} อ้างแล้ว.

^{๒๑} ทีศนีย์ ทองประทีป, *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying)*, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๓-๖.

(๖) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็ว (hasten death) หรือชะลอการตายออกไป (postpone death)

(๗) เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค

(๘) ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

สิวลี ศิริไล ได้กล่าวถึงแนวคิดหรือปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับหลักการข้างต้นไว้ ๔ ประการ ดังนี้คือ^{๒๒}

(๑) ความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ช่วงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่สำคัญของชีวิตมนุษย์

(๒) เมื่อการรักษาพยาบาลไม่บรรลุผล ผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หลักการสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพพึงคำนึง “เมื่อการรักษาพยาบาล (cure) ไม่สามารถบรรลุผลเป็นหน้าที่ของทีมงานที่จะดูแลด้วยความเอื้ออาทร (caring)”

(๓) วิธีการรักษาที่จะเป็นการชะลอความตาย การเร่งให้จบชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำ ควรพยายามให้การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมโดยองค์รวมทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะของการมีความสุขกาย สุขใจ รวมทั้งได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ

(๔) การดูแลที่ครอบคลุมโดยองค์รวมดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการในรูปแบบของทีมงานสหบุคลากร (interdisciplinary team) ซึ่งเป็นสาระสำคัญของดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวม

จากหลักการข้างต้น จะเห็นว่าแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะมุ่งถึงเหตุผลทางจริยธรรมที่จะดูแลผู้ป่วย เหมือนกับผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกต่อไป ไม่ว่าจะเป็นกี่วัน กี่สัปดาห์ หรือกี่เดือนก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว หรือญาติมีส่วนในการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรหมายรวมถึงการดูแลตามความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติอีกด้วย โดยเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นองค์รวมในทุกมิติทุกด้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้าความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรันพรึง และถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

^{๒๒} สิวลี ศิริไล, การเป็นแพทย์: จากฮิปปอกراطีสสู่ยุคโลกาภิวัตน์, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๑๐.

๒.๑.๔ วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย

ในทางการแพทย์'ตะวันตกปัจจุบัน วิธีการที่ได้รับการยอมรับให้นำมาใช้เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย คือ “การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์รวม” จะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เป็นการนำหลักการดูแลสุขภาพที่สำคัญ ๒ วิธีมาผสมผสานกัน คือ (๑) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และ (๒) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ในลำดับต่อไปจะได้ศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง ๒ วิธีนี้ต่อไป

๒.๑.๔.๑ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

คำว่า “hospice care” และ “end-of-life care” เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน (synonyms) กับคำว่า “palliative care” ซึ่งแปลว่า การดูแลแบบประคับประคอง^{๒๓} คือ การพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยในทางการแพทย์ ที่มุ่งให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาที่สาเหตุ (ของโรค) เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นมักจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต (ซึ่งมักเป็นอาการป่วยที่บุคคลากรทางการแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้) โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อลด คลาย หรือบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ และเพื่อให้เกิดความสุขสบาย มีสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นใจ สำหรับวันสุดท้ายหรือสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต^{๒๔} กล่าวคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างไม่หวาดหวั่นพรันพริ้ง และสามารถตายได้อย่างสงบสุข^{๒๕} คำว่า “palliative” (เยียวยา, บรรเทา, หรือประคับประคอง) ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ที่ริเริ่มใช้คำนี้ คือ ด็อกเตอร์บัลโฟร์ เมานท์ (Dr.Balfour Mount) โรงพยาบาลรอยัลวิกตอเรีย (Royal Victoria Hospital) ในเมืองมอนทรีเออ (Montreal) จังหวัดควอเบ็ก (Quebec) ประเทศ แคนาดาในปี ค.ศ. ๑๙๗๕

คำว่า “palliative” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกแปลว่า “เสื้อคลุมที่ไม่มีแขน” (to cloak) ซึ่ง เมื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงหมายถึง เข้าไปมีบทบาทพร้อมกันในการดูแลโดยมุ่งให้ครอบคลุมชีวิตของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน หรือช่วยป้องกันหรือบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญหน้า หรือความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ หรืออาการที่ต้องทุกข์ทรมานอื่น ๆ^{๒๖} เช่นเดียวกับเสื้อคลุม ที่คลุมร่างกายทุกส่วนเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความหนาวเย็น

^{๒๓} Linda L. Emanuel and Lawrence Librach, (Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies), p. ๕.

^{๒๔} Michael Peters, BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia, p. ๕๘๓.

^{๒๕} Stephen R. Connor, Hospice and Palliative Care : The Essential Guide, ๒nd Edition, (New York : Taylor & Francis Group, LLC, ๒๐๐๙), p. ๑.

^{๒๖} Ibid., p. ๒.

โดยเน้นให้พหุสาขาวิชาชีพได้ใช้ความรู้และความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และญาติ^{๒๗}

ส่วนคำว่า “Hospice” โดยส่วนมากมักเชื่อว่า “เป็นสถานที่พักสำหรับคนที่กำลังจะตาย” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า “hospitium” หมายถึง การดูแลต้อนรับแขก การเป็นเจ้าของบ้านที่ดี (hospitality) และมาจากคำในภาษาฝรั่งเศสโบราณว่า “hospes” หรือ “host” หมายถึง การดูแล ต้อนรับอย่างดี การเป็นเจ้าของบ้านที่ดี^{๒๘} เนื่องจากชาวยุโรปสมัยกลางใช้สำหรับเรียกสถานที่พัก สำหรับผู้เดินทางแสวงบุญ เพื่อพักผ่อนให้สดชื่นก่อนออกเดินทางไปยังจุดหมาย การดูแลต้อนรับ ณ สถานที่แห่งนี้จึงเป็นไปอย่างอบอุ่นและเป็นมิตร (hospitalis) ต่อมาคำนี้กลายเป็น “hospital” หมายถึง โรงพยาบาลในปัจจุบัน^{๒๙} สำหรับคำอื่น ๆ เช่น supportive care, end-of-life care, terminal care, และ hospice care ล้วนเป็นคำที่ใช้ภายใต้ร่มของคำว่า palliative เพื่อระบุให้เกิดความชัดเจน ยิ่งขึ้น เนื่องจากคำว่า “การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต” หรือ “การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย” (end-of- life และ terminal care) เป็นคำที่เอาระยะเวลามาเป็นตัวตั้ง ดังนั้นเมื่อเวลากล่าวถึงจะมีความหมาย เป็นเชิงลบ ผู้ฟังอาจรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ จึงมีการเปลี่ยนมาใช้คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” ที่มีความหมายกว้างกว่าและเป็นไปในทางบวกมากกว่า ส่วนคำว่า hospice care ใช้อธิบายรูปแบบการ ให้บริการแบบประคับประคอง ซึ่งมีการจัดบริการแบบเป็นสถาบัน (hospice institute) ส่วนใหญ่จะจัดหอบุคลากรให้มีลักษณะคล้ายบ้าน รับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการเฉพาะส่วน ในโรงพยาบาลที่บริการคนไข้ทั่วไป (acute care hospital) อาจจัดเป็นหอบุคลากรที่รับผิดชอบผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice unit) ปัจจุบันต่างประเทศนิยมจัดเป็นรูปแบบบริการแบบเยี่ยมบ้าน (home hospice care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่บ้านของตนเอง อบอุ่นด้วยสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือดูแลกัน เป็นระบบบริการที่ได้รับความนิยมสูงในขณะนี้^{๓๐}

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ใช้ในประเทศแคนาดา (Canadian Hospice Palliative Care Association) ซึ่งสนับสนุนคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) และชี้ให้เห็นการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตในทุกมิติ มีองค์ประกอบดังนี้^{๓๑}

^{๒๗} K.K. Kuebler, J. Rynn, and J.v. Rohen, **Perspectives in palliative Care**, Seminars in Oncology Nursing ๒๑ (๑), (๒๐๐๕) : ๓.

^{๒๘} Stephen R. Connor, **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**, p. ๑.

^{๒๙} ลิวลี ศิริไล, **การเป็นแพทย์ : จากฮิปโปคราติสสู่ยุคโลกาภิวัตน์**, หน้า ๑๐๙-๑๑๐.

^{๓๐} ทศนีย์ ทองประทีป, **พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being with the Dying)**, หน้า ๕-๖.

^{๓๑} K.K. Kuebler, J. Rynn, and J.v. Rohen, “Perspectives in palliative Care”, **Seminars in Oncology Nursing**, ๒๑ (๑), p. ๖-๗.

(๑) เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (patient-family focused) เพราะผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เมื่อมีการดูแลผู้ป่วยถือว่า ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหนึ่งเดียว การดูแลในหลายด้าน เกี่ยวพันกับความรู้สึกทั้งผู้ป่วยและครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เพื่อดูแลการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการตายที่จะเกิดกับผู้ป่วย

(๒) การดูแลที่มีคุณภาพสูง (high quality) การดูแลแบบประคับประคองมีข้อแนะนำให้ใช้หลักจริยธรรมในการประเมิน บอกความจริง และมีความเป็นส่วนตัว มาตรฐานการปฏิบัติขึ้นกับหลักการที่ได้รับการยอมรับ และขึ้นกับมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(๓) ปลอดภัยและมีประสิทธิผล (safe and effective) สถานที่พักรับรองสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น เป็นการดูแลแบบร่วมมือกัน และมั่นใจได้ว่าจะสามารถไว้วางใจได้ อีกทั้งมีความเป็นส่วนตัว โดยที่ไม่มีการแบ่งแยก คุกคาม หรือ มืดคต สามารถมั่นใจในเรื่องของความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยสำหรับผู้เข้าร่วมทั้งหมด มีการดูแลด้วยความรับผิดชอบสูงและดูแลอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายสำคัญคือช่วยลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ไม่จำเป็น และปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ และนโยบายที่อยู่ภายใต้อำนาจศาล และองค์กรที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(๔) สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่าเทียมกัน (accessible) ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมดนั้นมีการเข้าถึงสถานพยาบาลได้เท่าเทียมกัน รวมถึงการใช้เวลาเข้าถึงพื้นที่บริการเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้จะอยู่ที่บ้านหรือไม่ว่าที่ใดก็ตามก็สามารถเข้าไปใช้บริการได้ในสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน

(๕) การมีทรัพยากรอย่างเพียงพอ (adequately resources) การเงิน ทรัพยากรมนุษย์ แหล่งข้อมูล กายภาพ และการติดต่อสื่อสาร สิ่งเหล่านี้เพียงพอที่จะสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรได้และเป็นยุทธศาสตร์ทางธุรกิจ ซึ่งมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดสรรให้และกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(๖) ความร่วมมือ (collaborative) การสื่อสารระหว่างคณะทำงานสำหรับสถานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น จะมีการประเมินในเรื่องของการให้ร่วมมือ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในองค์กรและการบริการกับพันธมิตร

(๗) ให้การดูแลบนฐานความรู้ (knowledge based) มีการให้การศึกษาย่างต่อเนื่องทั้งแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งบุคคลเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการจัดการดูแลและความก้าวหน้า เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองนั้นมีคุณภาพสูงขึ้น

นอกจากนี้ เอส. เอ. แล็ค (S.A. Lack) ได้กล่าวถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีวิธีการดังนี้^{๓๒}

(๑) ดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุม (total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (individual care) ในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

(๒) ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค ควบคุมผลการวินิจฉัยด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสะเทือนใจง่าย ดังนั้นการควบคุมอาการต่าง ๆ จึงรวมไปถึงการป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

(๓) ควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้ความเจ็บปวดทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงความเจ็บปวดในรูปแบบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความเจ็บปวดด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุมความเจ็บปวดดังนี้ (๑) ควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดแล้วจึงให้ยา เพราะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลว่าจะเจ็บปวดอีก ซึ่งความทุกข์ทรมานจากความคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (๒) ให้ผู้ป่วยตื่นมีสติอยู่กับครอบครัวและเพื่อน โดยไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับตลอดเวลา (๓) ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ เจ็บปวดน้อยที่สุด และให้ผู้ป่วยสะดวกสบายมีอิสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปากหรือยาเหน็บ ทางทวารหนัก

(๔) ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

(๕) ให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระหว่างกระบวนการเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแล ทั้งก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต และหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

(๖) ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ การที่สมาชิกในทีมสุขภาพต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการดูแลให้กำลังใจและช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับความเครียดเช่นกัน เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

จะเห็นว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดาดังกล่าวข้างต้นนั้น เป็นวิธีการโดยรวมที่มีลักษณะเป็นองค์รวมที่เน้นให้ความสำคัญในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย คณะแพทย์หรือพยาบาล และญาติพี่น้อง

^{๓๒} S.A. Lack, *The Hospice Concept : The Adult with Advanced Cancer*, In proceeding of the American Cancer Society Second National Conference on Human Value and Cancer, (Chicago : American Cancer Society, ๑๙๗๗), p. ๑๖๐-๑๖๖.

ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสิ้น อาจเรียกคณะบุคคลผู้ดูแลเหล่านี้ว่า “ทีมสุขภาพแบบประคับประคอง”

๒.๑.๔.๒ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

แท้จริงแล้ว วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองข้างต้น มีหลักการและวิธีการที่เป็น “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” (holistic health care) อยู่ในตัว ดังที่ได้กล่าวแล้ว แต่เพื่อให้เห็นวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมให้ชัดเจนและละเอียดมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอมิติแห่งสุขภาพหรือชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้แบ่งเป็น ๔ มิติ คือ

- (๑) มิติทางด้านร่างกาย (physical)
- (๒) มิติทางด้านจิตใจ (mental)
- (๓) มิติทางด้านสังคม (social) หรือสิ่งแวดล้อม (environmental) และ
- (๔) มิติทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual) ^{๓๓} โดยในแต่ละมิติมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้^{๓๔}

๑. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านร่างกาย

การดูแลแบบประคับประคองในมิตินี้จะเป็นมิติที่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นภายนอกร่างกายหรืออวัยวะ ภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ หรือ ภายในร่างกายหรืออวัยวะ ภายใน เช่น ปวด ตีบ ลำไส้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายโดยรวมจะมีการแสดงออกอย่างชัดเจน เช่น ชูบซัด ผอมแห้ง ร่างกายเน่าเปื่อย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เป็นต้น การดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิตินี้จึงให้ความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยคลายความทรมานอย่างเต็มที่ มากกว่าการใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การดูแลมิติทางด้านกายที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และมีผลทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบได้^{๓๔}

^{๓๓} Thomas Lathrop Stedman, *Reference Stedman's Medical Dictionary*, ๒๖th Edition Illustrated in color, (Baltimore : Williams & Wilkins, ๑๙๙๕), p. ๗๖๕.

^{๓๔} ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, รศ.นพ. และคณะ, *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying)*, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๓๓๒ -๓๓๗.

^{๓๕} Clarke EB, Curtis R, Luce JM et al., “Quality indicators for end-of-life care” in the intensive care unit, (*Crit Care Med* ๒๐๐๓ ; ๓๑): ๒๒๕๕-๒๒๖๒.

ดังนั้น การดูแลมิติทางด้านร่างกายจึงสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ซึ่งจะช่วยให้ญาติและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น อันจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากจะไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ฝ่ายไหนทั้งสิ้นโดยเฉพาะแก่ผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โดยทั่วไปจึงมีวิธีดูแล ประคับประคองมิติทางด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้

(๑.๑) การดูแลรักษาด้วยกรุณามุ่งให้ผู้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (compassionated palliative care) คือ การดูแลรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยง การรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่กลับทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากตัวของโรคเอง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมการดูแลรักษาทุกประเภท ฉะนั้นทีมผู้ดูแลจะต้องทบทวนวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมว่า มีการดูแลรักษาใดที่เข้าข่ายการทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานบ้าง เช่น การเจาะเลือดประจำวันเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาที่เป็นประจำตามวงรอบระยะเวลา การชั่งน้ำหนัก และ ตรวจสัญญาณชีพ (vital signs)^{๓๖} ที่เดิมเคยเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การบำบัดตรวจออกเพื่อระบาย เสมหะ การพลิกตัวบ่อยๆ หรือการทำแผลโดยเฉพาะ debridement^{๓๗} สำหรับแผลกดทับ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ยาในกลุ่ม opioids^{๓๘} โดยเฉพาะมอร์ฟีน (morphine)^{๓๙} ซึ่งสามารถบริหารได้ทั้งทางกินและทางฉีดซึ่งผ่านทางหลอดเลือดดำหรือผ่านทางชั้นใต้ผิวหนัง ขนาดของยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยต่างๆ มากมาย จึงแนะนำให้ปรับขนาดยาจนกระทั่งผู้ป่วยปราศจากอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้นานี้มาก่อนควรเริ่มต้นที่ขนาดยาต่ำ ๆ ก่อน ยาอีกกลุ่มที่ควรพิจารณาใช้คือ ยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่เหมาะสมสำหรับลดหรือคลายความกังวล อย่างไรก็ตามในกรณีที่ยากลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ดีให้เลือกใช้ยาในกลุ่ม neuroleptics เช่น haloperidol เป็นต้น นอกจากนี้หากจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น ดนตรีบำบัด โดยใช้เสียงเบาๆ (musical therapy) การลดปริมาณแสงในห้องและการนวดหรือการสัมผัส เป็นต้น

^{๓๖} คณะอนุกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม, พจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ อังกฤษ-ไทย, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก, ๒๕๕๔), หน้า ๑๗๔.

^{๓๗} สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๙๘.

^{๓๘} สุวรรณ แนวจำปา, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔).

^{๓๙} สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, หน้า ๗๒๖.

ส่วนการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นอีกตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบ compassionate palliative care โดยเฉพาะการพูดคุยระหว่างทีมผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ จะช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ และสิ่งสำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งในการรักษาตามแผนที่ระบุข้างต้น คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของสมาชิกทุกคนในทีม ผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ทีมงานต้องการบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค^{๔๐}

(๑.๒) การงดเว้นการรักษาบางประการแก่ผู้ป่วยซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย (With-holding life-sustaining treatment) กล่าวคือ แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อช่วยพยุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย ตัวอย่างของการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

(๑) งดการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบปัญหา cardiopulmonary arrest^{๔๑}

(๒) ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น

(๓) ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู ในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป

(๔) ไม่ให้เลือดหรือพลาสมา

(๕) ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์สูงขึ้น

(๖) ไม่ใส่ท่อหลอดคอช่วยหายใจ หรืองดใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นต้น^{๔๒}

(๑.๓) การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (withdrawal life-sustaining treatment) หมายถึง การหยุดให้การรักษาที่กำลังทำอยู่ โดยที่การรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่มุ่งพยุงชีพของผู้ป่วย ซึ่งเข้าข่ายเป็นการชะลอการตายที่เกินจำเป็น ได้แก่ หยุดการรักษาที่

^{๔๐} Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS., **Withdrawing intensive life sustaining treatment-recommendations for compassionate clinical management.** N Engl J Med. ๑๙๙๗; ๓๓๖ : ๖๕๒-๖๕๗, and Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D., Predictrick palliative care, N Engl J Med. ๒๐๐๔; ๓๕๐ : ๑๗๕๒-๑๗๖๒.

^{๔๑} cardiopulmonary arrest หมายถึง ภาวะที่หัวใจและปอดหยุดทำงาน

^{๔๒} Ruark IE, Raffin TA, “Initiating and withdrawing of life support: Principle and practice in adult medicine”, Stanford Medical Center Committee on ethic, N Engl J Med. ๑๙๘๘; ๓๑๘ : ๒๕-๓๐, Luce JM, Raffin TA., Withholding and withdrawal life support from critically ill patients, Chest ๑๙๘๘; ๙๔ : ๖๒๑-๖๒๖, Luce JM., Withholding and withdrawal life support from critically ill: how does it work in clinical practice?, **Respir Care** ๑๙๙๑; ๑๐๙ : ๔๑๗-๔๒๖, and Cook D, Rocker G, Marshall J, et al., Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit, N Eng J Med ๒๐๐๓; ๓๔๙ : ๑๑๒๓-๑๑๓๒.

อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น, หยุดให้ยาเพิ่มความดันโลหิต, หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หรือ หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ^{๔๓}

๒. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจากไปรวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยุ่ยาวนาน หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญคือจะปรับท่าทีอย่างไรกับสภาพเหล่านี้ ซึ่งโดยไม่ตั้งใจหลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละทิ้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น (emotionally disengaging) การทำเช่นนี้อาจส่งผลให้เกิดการเฉยชา (emotionally distancing) และมีผลต่อทักษะการเข้าถึงความรู้สึกและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อีกด้านหนึ่ง การที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแล คือ จะต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ของตนให้เต็มที่ทั้ง curative care และ holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนในกลุ่มอาจมีการช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ลดความตึงเครียด และช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้ศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง^{๔๔}

๓. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคม^{๔๕}

การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (unit of care) มิติทางสังคมจึงมีผลต่อผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัวจึงถือว่าเป็นสังคมที่มีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ หรือไม่มีกำลังใจที่จะอยู่ หรือรักษาต่อไปก็สืบเนื่องมาจากครอบครัวเป็นสำคัญ จะเห็นว่าภาวะจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่ยอมตายอย่างโดดเดี่ยวนั่นเอง ดังนั้น คำว่า “ครอบครัว” ในที่นี้หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลสภาวะของผู้ป่วย ซึ่งตามหลักการแบบประคับประคองในมิติทางด้านสังคมหรือครอบครัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปมีหลักการสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

^{๔๓} อ่างแล้ว.

^{๔๔} Clarke EB, Curtis R, Luce JM et al., **Quality indicators for end of life care in the intensive care unit**, (Crit care Med ๒๐๐๓; ๓๑): ๒๒๕๕-๒๒๖๒.

^{๔๕} Puntillo K, Standard D., “End-of-life care across settings: The intensive care unit, In Ferrell BR, Coyle N Eds”, **Textbook of Palliative Nursing**, (Oxford: Oxford University Press, ๒๐๐๑), pp. ๖๐๙-๖๒๑.

(๓.๑) การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (access) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว ในอดีตหอภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีการจำกัดการเข้าเยี่ยมด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สถานที่คับแคบ บุคลากรปฏิบัติงานไม่สะดวก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ อาจมีการติดเชื้อ หรือทำให้คนไข้ได้พักผ่อนไม่เต็มที่ จากการศึกษาการเยี่ยมไม่ทำให้เกิดผลเสียดังกล่าว ทั้งเมื่อเทียบกับประโยชน์แล้วการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดอาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่ได้แสดงความรู้สึกที่ตีระหว่างกัน ได้กล่าวคำอำลาสั่งเสีย หรือให้อโหสิกรรมต่อกัน ดังนั้นเราควรยืดหยุ่นเรื่องเวลาและ จำนวนคนที่ใกล้ชิดในครอบครัวให้เข้าเยี่ยมได้โดยสะดวก สำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็ก ควรเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม เพราะนอกจากเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว เด็กวัยห้าขวบขึ้นไปสามารถเข้าใจเรื่องความตายและสามารถปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างที่มีความกังวล

(๓.๒) การให้ข้อมูลและการสนับสนุน (information and support) ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวปรับตัวและวางแผนอนาคตได้ดีขึ้นทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ การดูแลที่สูงขึ้นการสื่อสารที่ดีควรเป็นสองทาง โดยเริ่มจากการประเมินและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลนั้นควรมีวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการป่วยที่เฉียบพลันข้อมูลต่าง ๆ ยังสับสน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน นอกจากข้อมูลเรื่องผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลด้านอื่น ๆ ก็มีความสำคัญในการปรับตัว เช่นบอกเกี่ยวกับระเบียบของหอภิบาลการเยี่ยม การปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ หรือการให้คำปรึกษาทางจิตใจ ทั้งนี้อาจทำเป็นประกาศหรือแผ่นพับ สำหรับการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวควรมีความต่อเนื่องไปถึงภายหลังการสูญเสียคนที่รักเพื่อเป็นการบรรเทาความเศร้าโศก เช่น การไปร่วมงานศพในบางราย การโทรศัพท์พูดคุย หรือการเยี่ยมบ้าน

(๓.๓) การมีส่วนร่วมในการดูแล (involvement caregiving activities) การที่จะสามารถปรับบทบาทของครอบครัวจากผู้ที่ต้องได้รับการดูแลมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ดูแลได้โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นและรู้สึกถึงความมีคุณค่า ส่วนครอบครัวที่ได้ดูแลจะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เป็ประโยชน์เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง และสามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็ก ๆ เช่นการบีบนิ้ว การอ่านหนังสือให้ฟังหรือสิ่งที่ต้องใช้ทักษะเช่น การช่วยพลิกตัว การดูดเสมหะตลอดจนเรื่องที่ยากกว่า เช่น การช่วยเช็ดตัวและแต่งกายผู้ป่วยหลังเสียชีวิต ในทางจิตวิทยาแล้วสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (family intervention) ในการดูแลอย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยที่ไร้ญาติควรจัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เช่น มีระบบอาสาสมัคร เพื่อนคุยข้างเตียง การช่วยจัดงานศพ

๔. การดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณ^{๔๖}

คำว่า “จิตวิญญาณ” (spiritual) นี้ เป็นส่วนที่ลึกซึ้งของจิตใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลแต่ละคนผูกพัน ยอมรับ รัก ยกย่อง บูชา อะไรบางอย่าง และความรู้สึกดังกล่าวก็ทำให้เกิดพลังใจ เกิดความหวัง ความสงบสุขแก่บุคคลนั้น เช่น คนบางคนมีความศรัทธาทางศาสนา ศาสนาจึงอาจเป็นจิตวิญญาณของตนได้ แต่สำหรับบางคนอาจไม่ใช่”^{๔๗} การดูแลประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณนี้จึงมีความสำคัญมากในทางการแพทย์ตะวันตก เพราะหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ จะมีผลกระทบต่อมิติสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนั้นในการดูแลเบื้องต้นจึงควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่สะอาด สงบ และมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การดูแลทางจิตวิญญาณ มีทั้งเรื่องเกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา อันได้แก่สิ่งที่เป็พลัง ความเชื่อและความหวังที่ผลักดันให้ผู้ป่วยทำสิ่งต่าง ๆ การทำให้จิตใจสงบระลึถึงสิ่งที่ตั้งงาม การดูแลไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จเช่นการเปิดเทพธรรมะ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางรายที่ไม่พร้อมและอาจตกใจกลัว หลักในการดูแลแบบประคับประคองในมิติทางด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็พลังชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสมของแต่ละคน โดยมีแนวทาง ปฏิบัติ ๓ ประการ คือ

(๑) ประเมินและบันทึกความต้องการทางจิตวิญญาณในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ

(๒) สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด มีการทำบุญตักบาตรเป็นระยะ

(๓) สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตาม ศรัทธาความเชื่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบผ่อนคลายในระยะสุดท้าย

ส่วนการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อนั้นก็จัดเป็มิติทางด้านจิตวิญญาณที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะผู้ป่วยทุกคนย่อมมีจิตที่ศรัทธาหรือเชื่ออะไรอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็ศาสนา หรือสิ่งที่เคารพสักการะ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย อาทิ เช่น

๑) คนที่ไม่ปฏิบัติธรรม คุณค่าชีวิตอาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มหน้าที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็คนดี ความรักที่มีต่อชาติศาสนาและพระมหากษัตริย์ ในเบื้องต้นให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบและระลึกถึงความดีที่เขากระทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สวดมนต์หรือทำบุญ ทั้งช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จ

^{๔๖} Op. cit.

^{๔๗} Corinne M. Lemmer, “Recognizing and Caring for Spiritual needs of Clients”, *Journal of Holistic Nursings*. (vol. ๒๓ : No. ๓ : Sept., ๒๐๐๕): ๓๑๑ - ๓๑๒.

๒) สำหรับคนที่อาจมีการใช้ชีวิตไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใจถึงความตายอาจทำให้จิตใจมีความสงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ในกรณีนี้ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหาและสะสางปมที่ค้างคาใจอยู่ โดยมีการส่งเสริมให้มีการขอโทษกรรม และให้อภัยระหว่างกัน

๓) ผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่นการเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงหลังการตายกับพระเป็นเจ้า หรือการปฏิบัติเพื่อให้จิตสงบ และปล่อยวางตามหลักศาสนาพุทธ เป็นต้น

จะเห็นว่าหน้าที่แพทย์และทีมสุขภาพพยายามเข้าใจภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงออกถึงการให้ความสำคัญต่อเรื่องความเป็นอิสระ เป็นตัวเองของบุคคล (autonomy) ความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคล และถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพแห่งการบริการสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลละเลยความเป็นองค์รวม โดยมุ่งแต่จะรักษาดูแลเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ก็ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะบางต่อปัญหา รู้สึกว่าเหวโตนเดียว ทำให้อาการป่วยใช้ทรุดลงหรือไม่ตอบสนองการรักษา หรืออาจถึงขั้นปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้^{๔๘}

ดังนั้น เมื่อแยกพิจารณาวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยองค์รวมแล้วจะทำให้เห็นภาพในแต่ละมิติที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละมิติมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่อมิติอื่นๆ ในการดูแลแบบประคับประคองจะขาดมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ ทุกมิติจะต้องได้รับการตอบสนองที่เท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกัน และเมื่อนั้นจะนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายไปสู่จุดหมาย คือ การตายอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์.

สรุปว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถตามศักยภาพที่มี และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่ให้เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อมุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรีตลอดจนการดูแลให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย ที่ต้องเผชิญกับภาวะของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

^{๔๘} Insel M. Paul and Roth T. Walton, **Care concepts in Health**. ๙th d., (McGraw-Hill Companies, Ins., ๒๐๐๒), P. ๖๐๓.

๒.๒ แนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพระพุทธศาสนา

ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพระพุทธศาสนาซึ่งเน้นไปที่การจัดการทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ เพราะกายและใจนั้นสัมพันธ์กัน เมื่อใจมีปิติ กายย่อมสงบ เมื่อกายสงบ ย่อมได้รับความสุข และเมื่อมีความสุข จิตย่อมตั้งมั่น ในทางกลับกันถ้าจิตใจไร้ปิติ กายก็ย่อมไม่สงบ เมื่อกายไม่สงบ จะหาความสุขได้อย่างไรกัน

ความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้นมีทั้งระดับธรรมดา ระดับปานกลาง กระทั่งระดับรุนแรง ส่วนการดูแลรักษามีด้วยกันหลายวิธี ทั้งโดยวิธีทางการแพทย์ โดยธรรมะ และโดยการป้องกันการเกิดโรค การดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ หมายถึงการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ ส่วนการดูแลรักษาด้วยธรรมะ ในพระไตรปิฎกจะพบว่ามีการใช้ ๒ วิธีด้วยกันคือ ใช้สวดให้คนป่วยฟัง และคนป่วยนำหลักธรรมมาปฏิบัติเพื่อระงับความเจ็บไข้ การสวดพระปริตร หมายถึง การใช้บทสวดต่าง ๆ สาธยายให้คนป่วยฟัง การฟังสาธยายธรรม ทำให้กายอ่อนคลายไม่เครียดได้ เมื่อกายอ่อนคลายไม่เครียด จิตก็ตั้งมั่นไม่หวั่นไหว สามารถใช้ปัญญาพิจารณาเข้าถึงความจริงแห่งชีวิต และทำจิตให้มีสุขภาพสมบูรณ์เต็มที่ กายที่เครียดจากความเจ็บไข้ก็จะอ่อนคลาย ปรับเข้าสู่สภาพปกติได้ง่าย กรณีดังกล่าวนี้ พบทั้งกรณีการสวดให้ฆราวาสญาติโยมฟัง การสวดให้พระภิกษุด้วยกันฟัง รวมถึงการสวดให้พระพุทธเจ้าฟัง การสวดในลักษณะดังกล่าว ส่งผลหลายลักษณะ เช่น ในรายที่อาการหนัก ไม่ไหว ไม่รอดแล้ว ก็ถือเป็นการช่วยประคองจิตให้อยู่ในฐานะที่ควร ที่เหมาะสม อย่างน้อยก็พอจะประกันได้ว่า หากตายไปในสภาพจิตแบบนี้ ไม่ไปสู่ทุคติแน่นอน

๒.๒.๑ ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนานั้น สามารถแยกความหมายของคำออกเป็น ๒ ส่วนในเบื้องต้น คือคำว่า “ผู้ป่วย” และคำว่า “ระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแยกความหมายของคำดังกล่าวไว้ดังนี้

“ผู้ป่วย” หมายถึง ผู้ที่ไม่สบายเพราะโรคหรือความไข้หรือเหตุอื่นเข้าครอบงำ รัตตัง ย่ำยี ทำให้เกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจ หรือทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น โรคทางกาย คือ โรคที่ทำให้ลายรูปธรรมให้พบแต่ความขำระด คร่ำคร่าจนเกิดเวทนาอย่างแรงกล้า ได้แก่ โรคทางตา โรคทางหู โรคทางจมูก โรคทางลิ้น โรคศีรษะ โรคหู โรคปาก โรคฟัน โรคไอ โรคหืดไข้หวัด ไข้พิษ ไข้เชื่อมซิม โรคท้องเป็นลมสลบ ลงแดง จุกเสียด อหิวาตกโรค โรคเรื้อน ฝี กลากมองคร่อ ลมบ้าหมู หิด หูด โรคตีชาน โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวงทวาร ความเจ็บป่วยที่เกิดจากตีความเจ็บป่วยที่เกิดจากเสมหะ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากลม ไข้สันนิบาต ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนฤดูกาล ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการผลัดเปลี่ยนอิริยาบถไม่ได้ส่วนกัน ความเจ็บป่วยที่เกิดจากความพากเพียรเกินกำลัง ความเจ็บป่วยที่เกิดจากผลกรรม ความเจ็บป่วยที่เกิดจากความหนาว ความร้อน ความหิว ความกระหาย ปวดอุจจาระ และปวดปัสสาวะ ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ที่เกิดจากสัมผัสแห่งเหลือบ ยุงลม แดด และสัตว์เลื้อยคลาน เป็นต้น ส่วนโรคทางจิตใจ หรือความเจ็บป่วยทางใจ คือ โรคที่เป็นต้นกำเนิดในการทำลายสันติและก่อให้เกิดพาหะนำไปข้ามภพข้ามชาติได้ อาจจะเรียกได้ว่าเป็น “โรคที่มาจากกรรมเก่า” เช่น เกิดมาก็มีสติปัญญาพิการ ฟันเฟือน สมาริสน์ ภาวะทางอารมณ์

บกพร่อง ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ที่เกิดจากญาติพี่น้องตาย มารดา บิดาตาย พี่ชายน้องชายตาย พี่สาวน้องสาวตาย บุตรธิดาตาย ความเจ็บป่วยที่เกิดจากความพินาศของญาติ โภคทรัพย์พินาศเสียหายที่เกิดจากโรค เป็นต้น^{๔๙}

องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ว่า “หากใครเห็นว่าโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นล้วนเกิดมาจากกรรมทั้งสิ้นย่อมเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน” เพราะโรคภัยไข้เจ็บนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ กรรมหรือการกระทำเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้นที่ทำให้เกิดโรค ในทางพระพุทธศาสนาได้แบ่งกฎเกณฑ์การเจ็บป่วยไว้อย่างแยกแยะ ๕ ประการดังนี้

๑. เกิดจากอุตุนิยาม เป็นกฎธรรมชาติที่เกี่ยวกับสภาพดินฟ้าอากาศและสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อน ความหนาวที่มากเกินไป เกิดอุทกภัย วาตภัย อันถือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค

๒. เกิดจากพีชนิยาม เป็นกฎธรรมชาติของพืชพันธุ์ หรือ เกิดจากพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเอดส์ ที่สามารถถ่ายทอดได้กรรมพันธุ์

๓. เกิดจากจิตตนิยาม เป็นกฎธรรมชาติเกี่ยวกับสภาพจิตใจ หรืออุปาทานความนึกคิดที่อาจปรุงแต่งจนเกินไป อาจมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจและส่งผลต่อไปถึงร่างกาย

๔. เกิดจากกรรมนิยาม เป็นกฎธรรมชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ที่เกิดจากการกระทำหรือการแสดงเจตนา เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์โดยตรงคือตนเองเป็นคนสร้างการกระทำที่ทำให้เกิดโรคขึ้นมาจึงต้องรับผลแห่งการเป็นโรคนั้น ๆ ด้วยตนเอง เช่นโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายทั้งหลาย

๕. เกิดจากธรรมนิยาม เป็นกฎที่ว่าด้วยเรื่องเหตุและผล เช่น ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว สิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นตั้งอยู่แล้วดับไป การเกิดโรคก็เช่นเดียวกันเมื่อมีการเกิดโรคนั้นย่อมมีการหายจากโรค หรือมีการดำเนินของโรคนั้นไปตามความเป็นจริง^{๕๐}

ความเจ็บป่วย (พยาธิสภาพ) ดังที่กล่าวมานี้จะต้องอยู่ในสภาวะที่หนัก หรือรุนแรง ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่า “ระยะลุกลาม” หรือ “เรื้อรัง” หรือ “ระยะวิกฤติ” ความเจ็บป่วยระยะนี้มีลักษณะสำคัญ ๕ ประการ คือ (๑) มีผลต่อระบบร่างกายหลายอย่างและมีผลต่อการทำหน้าที่ทางร่างกายและทางสังคมอย่างกว้างขวาง (๒) เป็นปัญหาในช่วงชีวิต กล่าวคือ มีพัฒนาการมานานกว่าจะเกิดอาการอย่างเห็นได้ชัด (๓) อาจจะควบคุมได้ แต่รักษาไม่ได้ (๔) แม้จะไม่ทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่เป็นอันตรายที่เล็กน้อยทำให้จำกัดการทำกิจกรรมในสังคม (๕) ลักษณะที่เกิดขึ้นแบบไม่รู้ตัวจนกว่าจะถึงระยะวิกฤติจึงมีอาการเจ็บปวด^{๕๑}

^{๔๙} ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๕/๒๒.

^{๕๐} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๖, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. อาร์. พรีนติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๒๒๓.

^{๕๑} สุรีย์ กาญจนวงศ์, จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology), (นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธินิคมกุฎราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑๖๙.

ประการที่หนึ่ง อาสนนกาล คือ เวลาใกล้ตาย หมายถึง วิถีจิตใกล้ตายชนิดธรรมดา ได้แก่ วิถีจิตใกล้ตายที่เกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ที่จะตายภายในเวลา ๑-๒ นาที หรือ ๑-๒ ชั่วโมงเป็นต้น สำหรับบุคคลประเภทนี้ เรียกว่า บุคคลผู้ใกล้จะตาย (มรณสันนบุคคล)

ประการที่สอง ปัจจาสนนกาล คือ เวลาใกล้จวนตาย หมายถึง วิถีจิตใกล้จะสิ้นใจขาดใจตาย ได้แก่ วิถีจิตใกล้ตายที่เกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ที่กำลังจะตายภายในเวลาไม่ถึง ๑๐ วินาที หรือไม่ถึง ๒๐ วินาที จุตติจิตเกิดขึ้นทำหน้าที่ของตน และรูปที่เกิดจากกรรม (กัมมชรูป) ครั้งสุดท้ายได้ดับลงพร้อมกับขณะแตกดับ (ภังคขณะ) ของจิตที่เคลื่อน (จุตติจิต, ตาย) สำหรับบุคคลประเภทนี้ ท่านเรียกว่า บุคคลผู้ใกล้จวนตาย (ปัจจาสนนมรณบุคคล)^{๔๔}

ส่วนในคำว่า “มรณภยตชชิต” ในความหมายที่ตรงกับ “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย” หรือเป็น “อาการระยะสุดท้ายใกล้ตาย” นั้นในทางพระพุทธศาสนาเถรวาท ถือว่าเป็นความหมายที่จำเพาะหรือความหมายอย่างแคบ แต่หากพิจารณาความหมายอย่างกว้าง ๆ แล้ว คำว่า “ผู้อันภัยคือมรณะคุกคามแล้ว” ในทางพระพุทธศาสนาเถรวาท ถือว่า ไม่เฉพาะกับคนที่กำลังประสบอันตรายหรือโรคร้ายไข้เจ็บเท่านั้น แต่คนที่เกิดมาทุกคนแล้วมีชีวิตอยู่ เชื่อว่า กำลังถูกภัยคือมรณะคุกคามตลอดเวลาทั้งสิ้น เพราะชีวิตมนุษย์ทุกชีวิตที่เกิดมาย่อมเดินไปสู่ความตายตลอดเวลา นั่นคือ มนุษย์ทุกคนล้วนถูกภัยคือความตายคุกคามหรือบีบคั้นตลอดเวลา ซึ่งพระพุทธศาสนาเถรวาท เรียกสภาวะนี้ว่า “ทุกขอริยสัง” ดังนั้นเมื่อพิจารณามาถึงจุดนี้จึงเห็นว่า “ระยะสุดท้ายใกล้ตาย” ตามหลักการแพทย์ตะวันตกมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “มรณภยตชชิต” ในความหมายที่จำเพาะ หรือจะกล่าวให้จำเพาะมากยิ่งขึ้นเรียกว่า “พยาธิภัย” ในระยะวิกฤตนั่นเอง^{๔๕}

๒.๒.๒ ลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

โดยทั่วไปก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต การทำงานของอวัยวะรับรู้ต่างๆเริ่มสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยจะรู้สึกหิวอาหารและไม่หิวน้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหารเลยการกลืนก็อาจทำได้ลำบาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงอย่างมากจะนอนอยู่ตลอดเวลา เคลื่อนไหวได้น้อยลง สิวดูซีด ปากแห้ง ตาแห้ง คางตก หายใจติดขัดมีเสียงดัง ในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาเถรวาท พบลักษณะอาการของผู้ป่วยใกล้ตายที่เรียกว่า “มรณสันนกาล” ที่จะปรากฏแก่ผู้ป่วย คือ อาการในระยะอาสนนกาล คือ ระยะใกล้จะตาย และ ระยะปัจจาสนนกาล คือ ระยะกำลังจะตาย โดยมีรายละเอียดอาการแต่ละระยะ คือ

^{๔๔} พระสีลาจารย์เถร, *อภิธัมมัตถสังคหที่ปนี*, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๔๗), หน้า ๒๑๙-๒๒๒.

^{๔๕} พระธรรมากร กิตติปณฺโญ (สร้อยศรี), “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า ๒๑.

๑) ระยะอาสันนกาล คือ ระยะใกล้ตาย ระยะก่อนที่ความตายจะเกิดขึ้น ในที่นี้จะแบ่งอาการออกเป็น ๒ ประการ คือ (๑) อาการทางกาย และ (๒) อาการทางจิต

๑.๑) ลักษณะทางกาย คือ อาการบีบคั้นทางกายที่เกิดมาจากโรคนั้น ๆ พระพุทธศาสนาเถรวาท เรียกว่า “พยาธิทุกข์” คือ ทุกข์เพราะความเจ็บป่วย ได้แก่ ทุกขเวทนาที่เกิดจากอาการของโรคบีบคั้นทำให้ ร่างกายเจ็บปวดรวดร้าว เร่าร้อน รู้สึกไม่สบาย ในเวทนา ๕ เรียกความทุกข์ทางด้านร่างกายนี้ว่า “ทุกข์” หรือเรียกชื่อเต็มว่า “ทุกข์ชินทรีย์” อินทรีย์คือความทุกข์กาย ความไม่สบายทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย หรือร่างกายที่ดิ้นรน กระเสือกกระสน ทุรนทुरาย ห้วนไหว สั่นเทา กระสับกระส่ายที่เกิดจากจากโรคบีบคั้น (พยาธิ) อย่างหนัก หรืออย่างรุนแรงที่ตรงกับทางการแพทย์แผนปัจจุบันเรียกว่า “อาการระยะสุดท้ายของโรค”^{๕๖}

จะสังเกตเห็นว่า ในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาเถรวาท จะไม่ได้ให้รายละเอียดของอาการทุกขเวทนาทางกายในแต่ละโรคเช่นเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่ก็ตาม แต่ก็อาจกล่าวได้ว่า ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดจากโรครยะสุดท้ายนั้นมีลักษณะอาการดังกล่าวตามสมุฏฐาน คือ อวัยวะเป็นเจ้าการไม่ทำหน้าที่ตามปกติ หรือไม่สมารถทำหน้าที่ตามปกติได้ อันเนื่องมาจากอวัยวะนั้นเกิดความเสียหายเพราะโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่เกิดกับอวัยวะนั้น หรือเกิดจากบาดแผล เกิดจากความผิดปกติในร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง^{๕๗} ตลอดจนทำให้อวัยวะที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เกิดโรคนั้น ๆ ได้รับความกระทบไปด้วย เช่น โรคที่เกิดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายนอก เช่น โรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น^{๕๘} จะทำให้เกิดทุกขเวทนาในอวัยวะนั้น ๆ อย่างแสนสาหัส เช่น ดิ้นรน กระเสือกกระสน ทุรนทुरาย ห้วนไหว สั่นเทา กระสับกระส่าย เจ็บปวด ไม่สบายกาย เป็นไข้ เป็นต้น บางคนอาจต้องทุกข์ทรมานอย่างนี้เป็นปี เป็นเดือน เป็นสัปดาห์ เป็นวัน เป็นชั่วโมง เป็นนาที หรือเป็นวินาที จึงจะสิ้นใจตาย โรคเกิดกับอวัยวะภายในร่างกาย เช่น เนื้อ เอ็นกระดูก เยื่อในกระดูก ไต หัวใจ ตับ พังผืด ม้าม ปอด ไส้ใหญ่ ไส้เล็ก ตี เลือด ไขข้อ เป็นต้น^{๕๙} จะทำให้อวัยวะส่วนนั้นๆ บกพร่อง เสียหาย ถูกทำลายหมด หรือเสียหายหมด ไม่สามารถทำงานได้ โดยที่ในขณะที่โรคกำลังคุกคามที่ละชนิด ๆ ทำความเสียหายแก่อวัยวะภายในทีละหน่อย ๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง และต่อระบบอวัยวะของร่างกาย จึงก่อให้เกิดอาการเจ็บไข้หรือไม่สบาย แต่เมื่อถึงขั้นวิกฤตหรือระยะสุดท้ายของโรค อวัยวะจะถูกทำลายจนถึงขั้นทำงานได้น้อยหรือไม่สามารถทำงานได้เลย เมื่อนั้นก็จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ความตาย ในส่วนของอวัยวะภายในนี้บางคนโรคอาจแสดงอาการตั้งแต่เริ่มต้น อาจเป็นทุกขเวทนาเพียงเล็กน้อย แต่บางคนโรคอาจแสดงอาการครั้งเดียวเมื่ออวัยวะส่วนนั้น ๆ เสียหายเกือบหมดหรือทั้งหมด จึงทำให้ทุกขเวทนาที่ปรากฏทางกายเกิดความรุนแรงอย่างแสนสาหัส บางคนอาจต้องตายเพราะพิษไข้ ตายเพราะความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งความทุกข์ กระเสือกกระสน

^{๕๖} ชู.ม. (ไทย) ๒๙/๑๗๑/๔๘๕.

^{๕๗} แสง จันทร์งาม, **พุทธศาสนาวินัย**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณาคาร, ๒๕๓๕), หน้า ๒๖๗.

^{๕๘} อจ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐.

^{๕๙} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๕๔/๑๙๘-๑๙๙

ทุรุษุรายนี้ ในอรรถกถาสุตตนิเทศ ท่านเปรียบเทียบให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่าเหมือนฝูงปลาที่ กระเสือกกระสน ทุรุษุรายในบ่อที่มีน้ำน้อย^{๖๐} ส่วนโรคที่สามารถเกิดกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งใน ร่างกายในส่วนอวัยวะภายนอกส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มือ เท้า แขน ขา ผิวหนัง เป็นต้น ได้แก่ โรคเรื้อน โรคฝีโรคกลาก โรคหิดเปื่อย โรคหิดดำน โรคหูด โรคเรื้อน โรคพุพอง โรคครีตสีดวง เป็นต้นโรคจาก อวัยวะภายในร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือโรคที่เรียกชื่อตามอาการ ได้แก่ โรคหิด โรคไข้หวัด โรคไข้ พิษ โรคไข้เชื่อมซิม โรคท้อง โรคลมสลบ โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคอาเจียนเป็นเลือด โรคคิ โรคเบาหวาน เป็นต้น และโรคที่มีสมุฏฐานอื่น ๆ เช่น มีสมุฏฐานมาจากดี เสลด ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารที่ไม่สม่าเสมอ การมีความเพียร เกินกำลัง วิบากกรรม ความหนาว ความร้อน ความหิว ความกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ เป็นต้น^{๖๑}

จะเห็นว่า อาการทางกายเหล่านี้เป็นทุกขเวทนา ความเจ็บปวดที่รุนแรง แส่นสาหัส และอดทนได้ยาก อย่างเช่น กรณีของพระพุทธเจ้าหลังจากทรงปลงพระชนมายุสังขาร และหลังจาก เสวยพระกระยาหารของนายจุนทกัมมารบุตรได้เกิดอาการพระประชวรอย่างรุนแรง ลงพระบังคน หนักเป็นโลหิต (โลหิตปนขุณฑิกาพาธ) ทรงมีทุกขเวทนาอย่างแส่นสาหัส จวนเจียนจะปรินิพพาน พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะทรงอดกลั้นทุกขเวทนาเหล่านั้นไว้ไม่พรั่นพริ้ง^{๖๒}

ดังตัวอย่างที่ปรากฏในอรรถกถาขุททกนิกาย ธรรมบท ได้บรรยายอาการพระ ปุติคัตตติสสเถระ ทุกข์ทรมานทางร่างกายก่อนตายว่า เมื่อพระติสสเถระได้บรรพชาอุปสมบทแล้ว ได้เกิดโรคขึ้นในสรีระร่างกายของท่าน โดยเริ่มจากเป็นตุ่มเล็กๆ เท้าเมสึดผักกาด แล้วโตขึ้นเรื่อย ๆ เท้าเมสึดถั่วเขียว เมสึดถั่วดำ เมสึดกระเบา ผลมะขามป้อม และผลมะตูม จากนั้นตุ่มเหล่านี้จึงแตก नेता เปื่อย มีน้ำเลือด น้ำหนองไหลออกมา ร่างกายจึงเต็มไปด้วยเลือดและหนองที่เน่าเปื่อย นอนทุกข์ ทรมานอยู่แต่เพียงผู้เดียว (ก่อนที่จะได้ฟังธรรมจากพระพุทธเจ้า และบรรลุเป็นพระอรหันต์ ปรินิพพานในที่สุด)^{๖๓}

๑.๒) ลักษณะทางใจ ภาวะทางจิตใจ สภาพทางจิต ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย อันเนื่องมาจากโรคที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และก่อให้เกิดทุกขเวทนาทางกายอย่างหนักและรุนแรง อีกทั้ง ยังมีอาการทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผลของอาการแห่งโรคทางกายเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยทำให้จิตใจไม่สบายไปด้วย เมื่อจิตใจไม่สบาย ก็เกิดปัญหา ภายในหลายอย่าง เช่น ท้อแท้ หดหู่ เชื่องซึม เหนงหงอย เปื่อหน่าย เป็นต้น บางทีก็ถึงกับเครียด คับแค้น หมดหวัง สิ้นหวัง ฯลฯ เหล่านี้^{๖๔}

^{๖๐} ม.อ. (ไทย) ๑๔/๑๕๔/๑๙๙.

^{๖๑} อัง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐.

^{๖๒} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๙๐-๑๙๑/๑๓๙

^{๖๓} ขุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๐/๔๓๕-๔๓๗.

^{๖๔} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), **กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง (ถึงเวลามาแก้กรรมกันเสียที)**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท จ. เจริญอินเตอร์พรีน (ประเทศไทย) จำกัด, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

ลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพอสรุปได้เป็น ๒ ลักษณะ คือ

๑.๒.๑) “โทมัส” มีชื่อเรียกเต็มว่า “โทมัสสินทรีย์” อินทรีย์ คือ ความทุกข์ใจ^{๖๕} ความเศร้าเสียใจ หรือตรอมใจ หมดกำลังใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากรักษาอีกต่อไป เพราะคิดว่าถึงรักษาต่อไปก็ไม่สามารถทำให้ตนเองหายจากโรคนั้น ๆ ได้ เมื่อความทุกข์กายและความทุกข์ใจเกิดขึ้นและเกิดขึ้นรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทนไม่ไหวเมื่อนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดกำลังใจและรู้สึกท้อแท้จะเกิดภาวะทางจิตอย่างหนึ่งที่เรียกว่า “วิภวตัณหา” คือ ความทะยานอยากในความไม่มีไม่เป็น อยากไม่เป็นนั่นไม่เป็นนี่ อยากตาย อยากพรากรพันไปจากภาวะที่ตนเกลียดซึ่งไม่พึงปรารถนา^{๖๖} โดยเฉพาะ “ความอยากตาย” ซึ่งมักถือว่าเป็นทางออกสุดท้ายของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ทางกายและความทุกข์ทางใจอย่างแสนสาหัส จนรู้สึกว่าจะตนเองไม่สามารถจะอดทนต่อความทุกข์เหล่านี้ได้^{๖๗}

๑.๒.๒) ลักษณะความรู้สึกที่ตรงข้ามกับความรู้สึกแรก คือ ความไม่อยากจะตายอยากมีชีวิต และนำไปสู่ความรู้สึกกลัว และหวาดหวั่นพรึ่พรึงต่อความตาย มีลักษณะตรงกับ “ภวตัณหา” คือ ความอยากเกิดอยากคงอยู่ตลอดไป^{๖๘} กล่าวง่าย ๆ คือ อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้ย่อมมีอยู่กับมนุษย์และสัตว์ทุกตัวตน ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเมื่อรับรู้ว่าคุณเองป่วยเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้ และต้องตาย ย่อมส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจเกิดความเครียดความหวาดหวั่น ความพรึ่พรึง ความสะดุ้ง ความครั่นคร้าม ความเกรงกลัว ความหวาดกลัว^{๖๙} ต่อความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วถือว่ากำลังจะเผชิญหน้ากับความตาย อยู่ใกล้ชิดกับความตาย หรืออยู่ใกล้กับความตายมากที่สุด จึงย่อมมีผลต่อสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ความเครียด ความหวาดหวั่น ความพรึ่พรึง ความสะดุ้ง ความครั่นคร้าม ความเกรงกลัว ความหวาดกลัว เป็นต้น ก็ยังเกิดขึ้นรุนแรงเพิ่มทวีคูณมากยิ่งขึ้น ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสว่า “สัตว์ทุกประเภทย่อมหวาดกลัวความตาย”^{๗๐} เพราะเหตุว่า

(๑) เพราะไม่ได้ทำความเลื่อมใสในพระรัตนตรัย คือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ หรือตอนที่ยังแข็งแรงชอบประพฤติดุศีล ประกอบกรรมชั่วเป็นนิจ เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะดุ้งหวาดกลัวต่อความตาย^{๗๑}

^{๖๕} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๐/๓๑๐.

^{๖๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ ๑), (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๓๓๖.

^{๖๗} พระธนกร กิตติปัญญา (สร้อยศรี), “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”, หน้า ๒๒.

^{๖๘} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ ๑), หน้า ๒๗๙.

^{๖๙} ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๒๐๒/๕๙๐.

^{๗๐} ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๒๙/๓๒.

^{๗๑} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๑๐๒๓/๕๔๑-๕๔๒.

(๒) เพราะจิตใจยังรัก ยึดติด ลุ่มหลง พอใจในกามทั้งหลาย ได้แก่ ในส่วนของ วัตถุ กาม เช่น รูปเสียงกลิ่นรสโผฏฐัพพะ (สัมผัสทางกาย) บ้าน ที่ดิน สามี ภรรยา บุตร ธิดา หรือวัตถุ อื่นๆ อันเป็นที่น่ารัก น่าใคร่ น่าพอใจและในส่วนของกิเลส กาม ได้แก่ ราคะ โลภะ อิจฉา (ความอยาก ได้) เป็นต้น ที่ทำให้ใคร่ ให้รัก ให้พอใจ^{๗๒} บุคคลผู้มีใจที่รักและพอใจต่อกามเหล่านี้ เมื่อถึงคราว เจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะอึดหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ยอมพรากไปจากกามอันน่าปรารถนา เหล่านี้

(๓) เพราะมีจิตใจรัก อาลัย พอใจ ยึดติด ในสรีระร่างกายของตน เมื่อถึงคราว เจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะอึดหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ยอมพรากไปจากกายอันน่าปรารถนา น่าพอใจนี้

(๔) เพราะในขณะที่ร่างกายแข็งแรงอยู่ ไม่เคยทำความดี ไม่เคยสร้างบุญกุศลไว้ ได้กระทำแต่ความชั่ว อกุศล และกรรมหยาบช้ำต่าง ๆ มากมาย เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะอึดหวาดกลัวต่อความตาย เพราะกลัวจะไปสู่ทุคติภูมิ

(๕) เพราะยังเคลือบแคลงสงสัย ไม่ถึงความตกลงใจในสัทธรรม เมื่อถึงคราว เจ็บป่วยหนักจึงรู้สึกสะอึดหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ได้ตั้งใจฝึกฝนอบรมในพระสัทธรรม^{๗๓}

ด้วยเหตุผลทั้ง ๕ ประการนี้ จึงทำให้มนุษย์รู้สึกสะอึดหวาดกลัวต่อความตายที่จะ เกิดกับตนเอง ยิ่งเมื่อต้องเจ็บป่วยอย่างหนัก สำหรับคนที่ไม่เคยฝึกจิตใจก็จะยิ่งมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นพรึ่นพริ้งต่อความตายมากขึ้น และไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังจะเผชิญหน้า กับความตายเท่านั้น แม้คนปกติทั่วไป เพียงระลึกนึกถึงก็ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวต่อความตาย เช่นเดียวกัน^{๗๔}

๒) ระยะปัจจุสนนกาล คือ ระยะกำลังจะตาย ขณะความตายกำลังเกิดขึ้น ระยะนี้ ขณะจิตกำลังดับลง วิถีจิตที่เกิดในเวลาใกล้ตายนี้เรียกว่า “มรณัสสนวิถิ” คือ วิถีจิตใกล้ตายหรือ กระแสของจิตใกล้ตาย วิถีจิตใกล้ตายนี้เมื่อว่าโดยจำนวนย่อมมีมากมายหลายร้อยวิถี มิใช่เป็นวิถีจิตที่ เกิดขึ้นเป็นวิถีสุดท้ายในภพหนึ่งๆ เท่านั้น และจิตที่เสพอารมณ์คือขวนจิตที่เกิดขึ้นในวิถีจิตใกล้ตายนี้ ย่อมจะมีกำลังลดน้อยลง เพราะในเวลาที่มีวิถีจิตและหทัยวัตถุซึ่งเป็นที่อาศัยเกิดของธรรมที่เกิดร่วมกัน มีกำลังอ่อนลง วิถีจิตใกล้ตายจึงมีจิตที่เสพอารมณ์เพียงเล็กน้อย นี้กล่าวโดยทั่วไป หากกล่าวเฉพาะคน ที่ตาย คนทุกคนจะมีมรณัสสนวิถิคือวิถีจิตใกล้ตาย จิตในขณะนั้นจะทำหน้าที่ระลึกอารมณ์ รับอารมณ์ครั้งสุดท้าย จะเป็นบุญหรือบาปของผู้ที่ใกล้จะตาย อารมณ์ที่ปรากฏนี้เป็นเหมือนผู้นำ ทางว่าจะไปเกิดในภพใด อารมณ์ที่ปรากฏครั้งสุดท้ายนี้มาจากกรรมที่มีอำนาจมากที่สุดที่ผู้ที่ได้กระทำไว้ นั้นเอง ในขณะที่จะตายนั้น จิตของคนเรา จะบังคับให้นึกคิดเรื่องใด ๆ ตามที่เราต้องการไม่ได้ เพราะ

^{๗๒} ชุ.ม. (ไทย) ๒๘/๑/๑-๒.

^{๗๓} อจ.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๘๔/๒๖๑-๒๖๒.

^{๗๔} วศิน อินทสระ, หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนา (พุทธปรัชญาเถรวาท) : อริยสัจ ๔, พิมพ์ ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้า ๑๔.

จิตขณะนั้นดูคนนอนหลับ จิตนึกคิดเรื่องต่าง ๆ ตามกำลังอำนาจของกรรมที่ได้กระทำไว้แล้ว และจิตได้สะสมสิ่งนั้น ๆ ไว้ ปรากฏเป็นธรรมารมณ์กรรมอย่างเดียว เพราะทวารอื่นนอกจากมโนทวารปิดหมด ธรรมารมณ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นประดุจมโนภาพในความฝันแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และมีลักษณะแตกต่างกัน^{๗๕}

ในคัมภีร์อภิธรรมัตถสังคหทีปนี แบ่งอารมณ์ทางจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ขณะความตายเกิดขึ้นที่เรียกว่า “อารมณ์ของปฏิสนธิจิต” มี ๓ ประการ ดังนี้

๒.๑) กรรม หรือ กรรมอารมณ์ เจตนาที่เป็นกุศลและอกุศลที่ได้กระทำแล้วจะปรากฏแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ในขณะที่ความตายกำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การนึกถึงกรรมที่ตนได้กระทำไว้ในระหว่างที่มีชีวิตอยู่ส่วนมากมักเป็นกรรมหนัก คือ ครุกรรม^{๗๖} ซึ่งจะกลายเป็นชนกกรรม (กรรมแต่งให้เกิด กรรมที่เป็นตัวนำไปเกิด) ต่อไป อนึ่ง ถ้าระหว่างใกล้จะตายมีคนให้สติ คือ ให้นึกถึงพระพุทธรูป หรือหาพระมาเทศน์ให้ฟัง ก็จะกลายเป็นอาสันนกรรม (กรรมจวนเจียน หรือ กรรมใกล้ตาย) ซึ่งมีผลถึงชาติหน้าได้เหมือนกัน ส่วนอาจิณณกรรม (กรรมที่ทำมากหรือกรรมที่กระทำจนชิน) และกตัตตากรรม (กรรมสักว่าทำ กรรมที่ทำได้ด้วยเจตนาอันอ่อน หรือมิใช่เจตนาอันโดยตรง) ก็อาจมาปรากฏเป็นอารมณ์กรรมได้เหมือนกัน จุติจิตรับเช่นนี้ไว้

๒.๒) กรรมนิमित หรือ กรรมนิมิตอารมณ์กรรมที่กระทำนั้นไม่ว่าจะเป็นกุศลหรืออกุศล เป็นการกระทำที่ประกอบด้วยวัตถุใด วัตถุในการกระทำกรรมนั้น ๆ มาปรากฏเป็นอารมณ์ก่อนจิตจะดับลง กรรมนิมิตนี้จะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ตายไม่สามารถระลึกถึงกรรมเก่าได้ แต่จะนึกถึงภาพต่าง ๆ ที่เนื่องด้วยกรรมที่ทำได้ เช่น อุปกรรมในการทำกุศล อุปกรรมในการกระทำปาณาติบาต บางทีเห็นสัตว์ที่เคยฆ่าเห็นพระที่เคยถวายจตุปัจจัย เป็นต้น^{๗๗}

๒.๓) คตินิมิต หรือ คตินิมิตอารมณ์ ภาพคติหรือภพภูมิที่ผู้ตายจะไปเกิดในภพหน้า หรือเห็นสิ่งแวดล้อม สถานที่ที่ผู้ตายจะไปเกิดในภพหน้าเข้ามาปรากฏให้เห็นในขณะที่กำลังจะตาย หรือขณะจิตดับลง หากจะไปเกิดในรก จะปรากฏให้เห็นเป็นเช่นกับหม้อทองแดงขนาดใหญ่หากจะไปเกิดเป็นมนุษย์ จะปรากฏให้เห็นเป็นภาพห้องของมารดา ผ้ายกมพล และยานพาหนะ หากจะไปเกิดในเทวโลก จะปรากฏให้เห็นเป็นเช่นกับต้นกัลปพฤกษ์ วิมาน เป็นต้น

สำหรับคนที่ตายอย่างกะทันหัน โดยที่ไม่ได้มีมรณาสันนกาล ไม่ได้รู้ตัวมาก่อน จึงไม่มีเวลาเตรียมตัว เตรียมใจไว้ก่อน เช่น ถูกฆ่าตาย อุกรถชนตาย จะมีมรณาสันนวิถิ คือ วิถิจิตเมื่อใกล้จะตายที่รับอารมณ์ครั้งสุดท้ายอย่างใดอย่างหนึ่งมาปรากฏ ดังตัวอย่างใน อรรถกถาขุปิตวิมานวัตถุ

^{๗๕} สมักร บวรवास, พุทธปรัชญา ๒๕ ศตวรรษ, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: ศยาม, ๒๕๕๔), หน้า ๓๑๑.

^{๗๖} ครุกรรมมี ๒ ประเภท คือ (๑) ฝ่ายกุศล คือ สมาบัติ ๘ ได้แก่ รูปฌาน ๔ อรูปฌาน และ (๒) ฝ่ายอกุศลคือ อนันตริยกรรม ได้แก่ ฆ่ามารดา ฆ่าบิดา ฆ่าพระอรหันต์ ทำร้ายพระพุทธเจ้าจนถึงพระโลหิตห้อยขึ้นไป และการทำลายสงฆ์

^{๗๗} พระสีลาจารเถร, อภิธรรมัตถสังคหทีปนี, หน้า ๒๒๐.

กล่าวว่าเมื่อพระผู้มีพระภาคเสด็จดับขันธปรินิพพาน พระเจ้าอชาตศัตรูนำพระบรมสารีริกธาตุที่พระองค์ได้รับส่วนแบ่ง มาสร้างพระสถูปและทำการฉลอง อุบาสิกาชาวราชคฤห์คนหนึ่ง ปฏิบัติกิจของร่างกายแต่เข้าตรูคิดว่า จักบูชาพระศาสดาถือดอกบวบขม ๔ ดอกตามที่ได้มา มีศรัทธาเกิดฉันทะอุตสาหะขึ้นในใจอย่างฉับพลัน มิได้คำนึงถึงอันตรายในหนทาง เดินมุ่งหน้าไปสู่ยังพระสถูป ขณะนั้นโคแม่ลูกอ่อนวิ่งสวนทางมาอย่างรวดเร็ว ขวิดอุบาสิกานั้นให้สิ้นชีวิต นางตายในขณะนั้น แล้วบังเกิดในสวรรค์ชั้นดาวดึงส์^{๗๘} หรืออีกเรื่องหนึ่ง คือ มัณฑุกะเทวบุตรวิมานเป็นเรื่องราวของกบถอนิมิตในเสียงของพระพุทธเจ้า จึงถูกคนเลี้ยงโคปักไม้ลงตรงกลางหัวตาย ไปเกิดบนสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ มีวิมานทอง ๑๒ โยชน์^{๗๙} เล่ากันมาว่า พระผู้มีพระภาคประทับอยู่ริมฝั่งสระโบกขรณี ชื่อคัคครานครจัมปา เวลาเย็นเมื่อบริษัททั้ง ๔ ประชุมกัน เสด็จออกจากพระคันธกุฎีอันหอมตลบ เสด็จเข้ามณฑปศาลาประชุมฟังธรรมริมฝั่งสระโบกขรณี ทรงเริ่มแสดงธรรมด้วยพระพุทธลีลา ในขณะนั้นกบถตัวหนึ่งมาแต่สระโบก-ขรณีจึงนอนถือนิมิตในพระสุระเสียงด้วยธรรมสัญญาว่านี่เรียกว่าธรรม อยู่ท้ายบริษัท ขณะนั้นคนเลี้ยงลูกโคคนหนึ่งมาอยู่ที่นั่นเห็นพระศาสดากำลังทรงแสดงธรรม และบริษัทกำลังฟังธรรมอย่างสงบเรียบร้อยไปในเรื่องนั้น ยืนถือไม้ (สำหรับต้อนโค) ไม่ทันเห็นกบถจึงได้ยื่นปักไม้บนหัวกบเข้า กบมีจิตเลื่อมใสด้วยธรรมสัญญา ตายในขณะนั้นเอง ไปบังเกิดในวิมานทอง ๑๒ โยชน์ ในสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ เป็นเหมือนหลับแล้วตื่นขึ้น

สรุป ดังตัวอย่างที่ยกขึ้นมาโดยสังเขปข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แม้จะตายอย่างกะทันหันโดยวิธีใดก็ตามก่อนจะตาย จิตของเขาเป็นอย่างไร ตายด้วยจิตกำลังคิดอะไรอยู่ คิดในทางกุศลหรืออกุศล ถ้าคิดในทางกุศลจิตก็เบิกบานมีความปีติโสมนัส จิตไม่เศร้าหมอง อารมณ์ครั้งสุดท้ายก่อนตายอยู่ตรงหน้าเป็นมรณาสันนวิถิ ก็ไปสู่สุคติ แต่ถ้าคิดในทางอกุศล คิดชั่ว คิดในบาป จิตไม่เบิกบานจะเศร้าหมอง ตายแล้วก็ไปสู่ทุคติอย่างแน่นอน ดังพุทธสุภาษิตที่กล่าวไว้ว่า เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุคติเป็นอันต้องหวัง เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุขที่เป็นอันหวังได้

๒.๒.๓ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมแนวพุทธ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะที่ไม่ปรากฏมีในหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา แต่อาจมีหลักการหรือแนวคิดบางอย่างที่พระพุทธเจ้าตรัสสอนแก่ผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่อยู่ในอาการใกล้ตาย เช่น พระเจ้าสุทโธทนะ พระบุติคัตตติสสเถระ เป็นต้น ซึ่งในที่นี้จะประมวลหลักการที่พระพุทธเจ้าตรัสสอนมาเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามหลักพระพุทธศาสนา ดังนี้

๑) ผู้ดูแลต้องมีพรหมวิหารธรรมโดยเฉพาะข้อเมตตา กรุณา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจำเป็นต้องมีการดูแลที่มีความเมตตาและกรุณาเป็นพื้นฐานสำคัญหลักความเมตตา คือ ความรัก กิริยาที่รัก ภาวะที่รัก ความเอ็นดู ภาวะที่เอ็นดู ความปรารถนาเกื้อกูลกัน ความอนุเคราะห์ความไม่

^{๗๘} พุ.วิ.อ. (ไทย) ๔๘/๓๘๔-๓๘๙.

^{๗๙} พุ.วิ.อ. (ไทย) ๔๘/๔๑๙-๔๒๓.

พยาบาลความไม่ปองร้าย กุศลมูลคืออโหสะที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{๔๐} และหลักความกรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันปลดเปลื้อง บำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อน

๒) บุคลากรทางการแพทย์และญาติต้องมีกัลยาณมิตรธรรม อยู่ในฐานะเป็น กัลยาณมิตร (เป็นเพื่อน หรือเป็นสหายที่ดี) ต่อผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประกอบด้วยหลักกัลยาณมิตรธรรม ๗ ประการ คือ (๑) ปิยะ คือ เป็นที่รักเป็นที่พอใจของผู้ป่วย ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาถามไถ่ (๒) ครุ คือ เป็นที่เคารพ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้ และปลอดภัย (๓) ภาวนียะ คือ เป็นที่ยกย่อง น่าเจริญใจ มีความรู้ความเข้าใจและมีภูมิปัญญาที่แท้จริงในการดูแลและให้กำลังใจ ผู้ป่วย (๔) วัตตา คือ เป็นนักพูด รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ ให้กำลังใจ และรู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไรอย่างไรแก่ ผู้ป่วย งดเว้นคำพูดในเชิงลบ (๕) วจนักขมะ คือ เป็นผู้อดทนต่อถ้อยคำ พร้อมที่จะรับฟังความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยได้เสมอ อดทนฟังได้ไม่รู้สึกเบื่อ (๖) คัมภีรัง กถังกัตตา คือ เป็นผู้พูดถ้อยคำลึกซึ้งได้ สามารถอธิบายเรื่องลึกซึ้งเข้าใจยาก เป็นวิชาการเฉพาะให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ (๗) โน จัญฐาเนนโยชนะ คือ ไม่ชักนำในอฐานะ ไม่แนะนำหรือชักจูงในสิ่งที่ไม่ควร ไม่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย^{๔๑}

๓) เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับมิติแห่งความเป็นมนุษย์ หรือมิติแห่งการพัฒนา ศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาทีสุดท้ายแห่งชีวิต โดยมุ่งดูแลชีวิตเป็นองค์รวมพร้อมกับการพัฒนาศักยภาพของชีวิตความเป็นมนุษย์ในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็ชีวิตทางด้านกาย ศีลหรือสังคม จิตใจ และปัญญา มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความงอกงามตามหลักไตรสิกขา^{๔๒}

๔) เป็นการดูแลที่มุ่งพัฒนาปัญญาให้รู้เท่าทันโลกและชีวิต มุ่งให้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทัน ความตาย ไม่หวาดหวั่นพรึ่นพริ้งต่อความตาย พิจารณาเห็นว่า ความตายเป็นสังขธรรมของชีวิตที่ทุก ชีวิตไม่ต้องเผชิญหน้า ไม่ช้าก็เร็ว ซึ่งมีหลักพิจารณาเนื่อง ๆ ว่า “เรามีความเกิดเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้น ความเกิดไปได้ เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดาไม่ ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้” หรือถือเอาความตาย เป็นอารมณ์กรรมฐานสุดท้ายก่อนที่จะดับจิตที่เรียกว่า “มรณัสสติ”^{๔๓} คือ การระลึกนึกถึงความตาย เป็นอารมณ์จณจิตตั้งมั่นมีสติ ไม่กลัวต่อความตาย เมื่อนั้นเขาย่อมตายอย่างสงบ

๕) เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักและไม่สามารถรักษาให้หายได้ จะมุ่งดูแลจิตใจและปัญญาให้ สามารถเผชิญกับความตายอย่างมีสติ ซึ่งการดูแลทางด้านจิตใจจะมุ่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายยึด มั่นในพระรัตนตรัย คุณงามความดีต่างๆ มีจิตใจเข้มแข็ง ผ่องใสอยู่เสมอแม้ในยามที่กายป่วย และไม่รู้สึกลัวหวาดหวั่นพรึ่นพริ้ง ไม่ท้อแท้หรือไม่สิ้นหวัง ต่อทุกขเวทนาที่เกิดขึ้น หากมีทุกขเวทนาอย่างหนักก็

^{๔๐} ชุ.ม. (ไทย) ๒๙/๒๐๒/๕๙๐.

^{๔๑} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ ๑), หน้า ๒๐๔.

^{๔๒} อจ.ปญจก. (บาลี) ๒๒/๗๙/๙๗-๙๙, อจ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๗๙/๑๔๔-๑๔๖.

^{๔๓} อจ.เอกก. (ไทย) ๒๐/๒๙๗/๓๗.

ให้ใช้ทุกขเวทนาเป็นเครื่องมือในการฝึกสติที่เรียกว่า “เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน” คือ มีสติพิจารณาเวทนา ได้แก่ ทุกขเวทนา ความรู้สึกเจ็บปวดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บที่กำลังเผชิญอยู่ด้วยความเพียร ความมุ่งมั่น มีสัมปชัญญะ มีสติ สามารถกำจัดอภิชฌา (ความคิดฟุ้งเล็งเื่องอยากได้) และโทมนัส (ความทุกข์ใจ) ได้ มีจิตใจตั้งมั่นและผ่องใส ส่วนในด้านปัญญามุ่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมองเห็นความจริงของชีวิต พิจารณาความเป็นจริงของชีวิตคือความตาย (มรณัสสติ) และสามารถยอมรับความเป็นจริงที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างมั่นคงไม่หลงตาย^{๘๔}

๖) พระพุทธศาสนาถือว่าการดูแลจิตใจและส่งเสริมสติปัญญาให้รู้เท่าทันความเป็นจริงของชีวิต นอกจากเป็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสงบแล้ว ยังถือว่าการดูแลให้ไปเกิดในภพภูมิที่ดีที่เรียกว่า “สุคติโลกสวรรค์”^{๘๕} อีกด้วย นั่นคือ เป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งในชาตินี้และชาติหน้าหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาเถรวาทที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ได้แก่ พรหมวิหาร โดยเฉพะในเรื่องของความเมตตา กรุณา เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมักเป็นผู้ที่ถูกครอบครัวยุติโทษทั้ง ดั่งนั้นผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา เห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ผู้ป่วย หลักสังคหวัตถุธรรม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ส่วนใหญ่ ใช้ชีวิตอยู่ในองค์การศาสนา ฉะนั้น เพื่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข จึงต้องมีการกระทำที่ปรารถนาต่อกันทั้งกาย วาจา ใจ และหลักอิทธิบาท ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความอดทน เอาใจใส่ต่อหน้าที่ของตน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ได้รับความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ

สรุปว่า แนวคิดทางพระพุทธศาสนาเถรวาท สอนให้เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาแล้วต้องพบกับความตาย และความตายก็ไม่ใช่เป็นการสิ้นสุดของชีวิต เพราะชีวิตยังดำเนินต่อไป ในภพใหม่ตามผลของกรรมที่แต่ละบุคคลกระทำไว้ นอกจากนี้พระพุทธศาสนาเถรวาทยังเชื่อในเรื่องการเกิดใหม่หรือการเวียนว่ายตายเกิด อย่งไรก็ดี พระพุทธศาสนาเถรวาทก็ไม่เน้นในเรื่องของชีวิตภายหลังความตาย หากมุ่งเน้นให้มนุษย์ประกอบกรรมดี ละเว้นความชั่ว เพื่อประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันและมุ่งปฏิบัติเพื่อหาทางดับทุกข์ เพื่อนำไปสู่จุดหมายของชีวิต คือ นิพพาน

๒.๒.๔ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของพระพุทธองค์แบ่งออกเป็น ๒ กรณีหลัก

๑) กรณีทรงดูแลผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง พระพุทธองค์ทรงมีวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยพระองค์เองอยู่ ๒ วิธีหลักๆคือ ๑.ทรงดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วย ๒.ทรงดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย

^{๘๔} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๘๙/๒๒๓.

^{๘๕} ที.ส. (ไทย) ๙/๒๔๗/๘๓.

๑.๑) ทรงดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง กรณีผู้เจ็บป่วยหรือ อาพาธหนัก ใริญาติขาดมิตรไร้คนรักษาดูแลอาการ ปล่อยให้ทนทุกข์ทรมาน หรือป่วยหนักจนกระทั่ง น่ารังเกียจเป็นที่สะอิดสะเอียนของผู้ใกล้ชิด แต่พระพุทธองค์กลับทรงให้ความรักเอ็นดูไม่ทรงรังเกียจ สะอิดสะเอียนแต่อย่างใด ดังกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

กรณีพระพุทิตัดตติสสเถระ มีเรื่องเล่าว่า พระศาสดาประทับอยู่ในกรุงสาวัตถีทรง ประราภพระเถระชื่อพุทิตัดตติสสเถระ (พระตติสสเถระกายเน่า) ได้ยินว่ากุสุมบุตรชาวกรุงสาวัตถีผู้หนึ่ง พังพระธรรมะในสำนักของพระศาสดาแล้วเลื่อมใสบวชถวายชีวิตในพระพุทธศาสนาแล้วได้ชื่อว่า พระตติสส เถระต่อมาไม่นานนักท่านป่วยเป็นโรคแผลพุพองเกิดขึ้นตามร่างกาย (สรีระ) ของท่านต่อมค้อย ๆ โตขึ้นไปตามลำดับทั้งหลาย จากประมาณเท่าเมล็ดผักกาดโตขึ้นโตเท่าเมล็ดถั่วเขียว เมล็ดถั่วดำ เมล็ด กระจับปี่ ผลมะขามป้อม จนโตขนาดผลมะตูม จากนั้นต่อมาก็แตก ทัวทั้งร่างกายได้เป็นรูเล็กกรุ่น้อย จึงเรียกชื่อท่านว่า “พระพุทิตัดตติสสเถระ” ต่อมา กระจับปี่ของท่านแตก มีกลิ่นเน่าเหม็นไปทั่วบริเวณ ฝ้านุ่นและผ้าห่มเปื้อนหนองและเลือด ท่านไร้คนปรนนิบัติดูแลรักษาหรือถูกเพื่อนสหธรรมิก ตลอดจน สานุศิษย์ทอดทิ้ง ท่านเป็นผู้ไร้ที่พึ่งนอน หายใจระวยรินอย่างทรมานเดียวดาย โดยปกติ พระพุทธเจ้า ทุกพระองค์ ทรงตรวจดูโลกและสัตว์โลกวันละ ๒ ครั้ง (คือ) ในกาลใกล้รุ่งหรือก่อนเช้าตรู่ เมื่อทรง ตรวจดูโลก ทรงตรวจดู ๒ วิธี คือ ทรงดูตั้งแต่ขอบปากแห่งจักรวาลเรื่อยมาจนถึงพระคันธกุฎี เมื่อทรง ตรวจดูเวลาเย็น (ใกล้พลบค่ำ) ทรงตรวจดูอีกรอบตั้งแต่พระคันธกุฎี (ออกไป) จนถึงขอบจักรวาล หรือ เช้าดูเข้ามา เย็นดูออกไป ในสมัยนั้น พระพุทิตัดตติสสเถระปรากฏในข่ายคือพระญาณของพระผู้มีพระ ภาคเจ้า พระองค์ทรงเห็นอุปนิสัยแห่งพระอรหันต์ของตติสสภิกษุ ทรงดำริว่า

“ภิกษุนี้ ถูกพวกสัตว์วิหจริตเป็นต้น ทอดทิ้งแล้ว, บัดนี้ เธอยกเว้นเราเสีย ก็ไม่มีที่พึ่งอื่น”^{๘๖} ดังนี้แล้ว จึงเสด็จออกจากพระคันธกุฎี เหมือนเสด็จเที่ยวจาริกในวิหาร เสด็จไปสู่โรงไฟ ทรงล้างหม้อ ใส่น้ำ ยกตั้งบนเตา เมื่อทรงรอให้น้ำร้อนได้ประทับยืนในโรงไฟนั่นเอง ทรงรู้ความ ที่น้ำร้อนแล้ว เสด็จไปจับปลายเตียงที่พระตติสสภิกษุนอนอยู่พวกภิกษุ กราบทูลว่า “ขอพระองค์ จงเสด็จหลีกไป พระเจ้าข้า พวกข้าพระองค์จักยกเอง แล้วช่วยกันยกเตียงนำไปสู่โรงไฟ พระ ศาสดาทรงให้น้ำรางมาทรงเทน้ำร้อนใส่แล้ว ทรงสั่งภิกษุเหล่านั้นให้ช่วยกันเปลื้องผ้าห่มของเธอ ออก ให้ขยำด้วยน้ำร้อน (ซักผ้า) แล้วให้ผึ่งแดด ลำดับนั้น พระศาสดาประทับยืนอยู่ใกล้ของเธอ ทรงใช้น้ำอุ่นรดสรีระพระตติสสให้ชุ่ม ทรงอุสริระของเธอ ให้เธออาบน้ำหลังอาบ้ำน้ำเสร็จ ทรง ห่มผ้าให้ จากนั้น พระศาสดาทรงช่วยเธอให้นุ่งผ้าห่มนั้น ทรงให้ขยำผ้ากาสาვეที่เธอนุ่งด้วยน้ำ แล้วให้ผึ่งแดด จากนั้น เมื่อกายแห้ง ฝ้านุ่นก็แห้ง เธอนุ่งผ้ากาสาვეผืนหนึ่ง ห่มผ้ากาสาვეผืน หนึ่ง ร่างกายเริ่มเบา มีจิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง นอนบนเตียงพระศาสดาประทับยืนอยู่ด้านเหนือ ศีรษะของเธอ ตรัสพระคาถานี้ว่า

^{๘๖} ชู.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๘/๒๓.

อจิวรตย์ กาโย ปฐวี อธิเสสสติ

ฉุทโท อเปตวิญญาโณ นีรตถิว กลิงคร^{๘๗}

อีกไม่นานนักร่างกายนี้ ก็จักปราศจากวิญญาณ

ถูกทอดทิ้งทับถมแผ่นดิน เหมือนท่อนไม้ที่ไร้ประโยชน์ ฉะนั้น^{๘๘}

พระติสสะตั้งใจฟังพุทธดำรัสดังกล่าว พร้อมกับพิจารณาตามอย่างถี่ถ้วน ในเวลาเทศนาจบ พระปุตติคัตตติสสะเถระ บรรลุพระอรหัตพร้อมปฏิสัมภทาแล้วก็ปรินิพพาน (มรณภาพ) พระศาสดาโปรดให้เฝ้าศพของท่าน ทรงเก็บ (อัฐิ) ธาตุ แล้วโปรดให้ทำเจดีย์ไว้ พวกภิกษุกราบพูลถาม พระศาสดาว่า วิญญาณพระปุตติคัตตติสสะไปเกิดที่ไหนพระศาสดาตรัสตอบว่า เธอปรินิพพานแล้ว ภิกษุทั้งหลายพวกภิกษุถามว่า พระเจ้าข้า กายของภิกษุผู้ถึงพร้อมด้วยอุปนิสัยแห่ง พระอรหัตเห็นปานนั้นเกิดเป็นกายเนา เพราะเหตุอะไร? กระดูกทั้งหลายแตกแล้ว เพราะเหตุอะไร? และอะไรเป็นเหตุถึงความเป็นอุปนิสัยแห่งพระอรหัตของท่านเล่า พระศาสดาตรัสตอบว่า ภิกษุทั้งหลาย ผลนี้ทั้งหมด เกิดแล้วแก่ติสสะนั้น ก็เพราะกรรมที่ตัวทำไว้ในปางก่อนพวกภิกษุถามว่า ก็กรรมอะไรที่ท่านทำไว้ พระเจ้าข้าพระศาสดา ตรัสว่า ภิกษุทั้งหลาย ถ้ากระนั้น พวกเธอจงฟังแล้ว ทรงนำอดีตนิทานมา ตรัสตั้งต่อไปว่า ในกาลแห่งพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงพระนามว่า กัสสปะ ติสสะนี้เป็นพรานนก ผ่านก เป็นอันมากบำรุงอิสฺรชนชายนกที่เหลือจากนกที่ให้แก่อิสฺรชนเหล่านั้น คิดว่านกที่เหลือจากชาย อันเราฆ่าเก็บไว้จักเนาเสีย จึงห้กระดูกแข็งและกระดูกปีกของนกเหล่านั้น เพื่อไม่ให้นกบินหนีไปได้ แล้วกองไว้ ในวันรุ่งขึ้นเขาจึงขายนกเหล่านั้นเวลาได้นกมากก็ให้ปิ้งไว้ เพื่อประโยชน์แห่งตน วันหนึ่งเมื่อโภชนาหารมีรสของเขาสุกแล้ว พระชีนาสพองค์หนึ่ง เทียวไปเพื่อบิณฑบาต ได้ยืนอยู่ที่ ประตูเรือนของเขา เขาเห็นพระเถระแล้ว ยังจิตให้เลื่อมใสคิดว่า สัตว์มีชีวิตมากมาย ถูกเราฆ่าตาย, ก็พระผู้เป็นเจ้ายืนอยู่ที่ประตูเรือนของเราและโภชนะอันมีรสก็มีอยู่พร้อมภายในเรือน, เราจะถวาย บิณฑบาตแก่ท่าน^{๘๙}

ครั้นคิดแล้วจึงรับบาตรของพระชีนาสพเข้าไปในบ้านใส่โภชนะอันมีรสนั้นให้เต็ม บาตรแล้วถวายบิณฑบาตอันมีรส แล้วไหว้พระเถระด้วยเบญจางคประดิษฐ์ กล่าวว่า ข้าแต่ท่านผู้เจริญ ข้าพเจ้าพึงถึงที่สุดแห่งธรรมที่ท่านเห็นเถิด พระเถระได้ทำอนุโมทนาว่า จงเป็นอย่างนั้นเถิด

พระพุทธองค์ตรัสสรุปว่า ภิกษุทั้งหลาย ผลกรรม (ทั้งหมด) สำเร็จแก่ติสสะด้วย อานาจกรรมที่ติสสะทำในอดีตกาลนั่นเองกายของติสสะเนาเปื่อยและกระดูกทั้งหลายแตก ก็ด้วยผล ของการทุบหักแข็งขากระดูกและปีกนกทั้งหลายส่วนการบรรลุพระอรหัต ก็ด้วยผลของการถวาย บิณฑบาตอันมีรสแก่พระชีนาสพ พระปุตติคัตตติสสะเถระนี้ที่อาพาธหนัก ไร้ญาติขาดมิตรไร้คนรักษา ดูแลอาการปล่อยให้ทนทุกข์ทรมาน หรือป่วยหนักจนกระทั่งน่ารังเกียจเป็นที่สะอิดสะเอียนของผู้

^{๘๗} พุ.ธ. (บาลี) ๒๕/๔๑/๓๑.

^{๘๘} พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๔๑/๓๘.

^{๘๙} พุ.ธ.อ. (ไทย) ๒๕/๔๑/๕๑.

ใกล้ชิด แต่พระพุทธองค์กลับทรงให้ความรักเอ็นดูไม่ทรงรังเกียจสะอิดสะเอียนแต่อย่างใด ช่วยเยียวยารักษาพระสาวกทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจด้วยการเทศน์โปรดจนกระทั่งบรรลอรหัตในที่สุด แม้ท่านปุติคัตตติสสะจะมรณภาพหรือนิพพานในที่สุดก็ตาม แต่ก็ถึงประโยชน์สูงสุดของชีวิต คือ พระนิพพาน (ปรมัตถประโยชน์)^{๙๐}

บทบาทในการดูแลรักษาพระสาวกของพระพุทธองค์ตั้งข้างต้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเมตตาที่พระองค์ทรงมีต่อสรรพสัตว์เสมือนบิดารักบุตร หรือแสดงให้เห็นคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดียิ่งซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้ควรดูแลรักษาผู้ป่วยหรือควรเป็นผู้พยาบาลคนไข้ ดังกล่าวไว้ข้างต้น^{๙๑}

๑.๒) ทรงดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง

กรณีที่ฆาฏูบาสก สมัยหนึ่งพระผู้มีพระภาคประทับอยู่ ณ วัดเวฬุวันกรุงราชคฤห์สมัยนั้นที่ฆาฏูบาสกป่วยหนักได้เรียกโชติยะคหบดีผู้เป็นบิดามาขอรับว่าคุณพ่อจงเข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาคแล้วกราบทูลพระองค์ตามคำของผมว่าที่ฆาฏูบาสกป่วยหนัก เขาขอให้มากราบพระองค์เพื่อประทานวโรกาสโปรดอนุเคราะห์เสด็จไปเยี่ยมที่ฆาฏูบาสกถึงที่พักด้วยเถิดโชติยะคหบดีรับคำแล้วไปเฝ้าพระผู้มีพระภาคถึงที่ประทับถวายอภิวาทแล้ว ณ ที่สมควรได้กราบทูลพระผู้มีพระภาคว่าข้าแต่พระองค์ผู้เจริญที่ฆาฏูบาสกป่วยหนักเขาขอให้ฝากมากราบทูลขอประทานวโรกาสขอพระองค์ให้โปรดอนุเคราะห์เสด็จไปเยี่ยมที่ฆาฏูบาสกถึงที่พักด้วยเถิด พระผู้มีพระภาคทรงรับนิมนต์โดยดุขณิภาพ พระผู้มีพระภาคได้ทรงแสดงไว้ ธรรม (คือ องค์เครื่องบรรลู่โสดา) เหล่านั้นมีอยู่ในข้าพระองค์และข้าพระองค์ก็เห็นธรรมเหล่านั้นก็ข้าพระองค์ลำดับนั้นพระผู้มีพระภาคทรงครองจีวรและอันตราวาสกถือบาตรเสด็จไปยังที่พักของที่ฆาฏูบาสกประทับนั่งบนพุทธอาสน์ที่ปูลาดไว้แล้วตรัสถามที่ฆาฏูบาสกว่าอาการป่วยไข้เป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้นหรือทรงตัว ที่ฆาฏูบาสกกราบทูลตอบว่าข้าพระองค์ไม่สบายคงจะอยู่ไม่ได้แล้วทุกขเวทนามีแต่กำเริบขึ้นไม่ทุเลาลงเลยพระผู้มีพระภาคตรัสว่าที่ฆาฏูเพราะเหตุนี้ท่านพึงสำเหนียกว่าเรา

๑. จักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระพุทธเจ้าว่าแม้เพราะเหตุนี้พระผู้มีพระภาคพระองค์นั้น ฯลฯ เป็นศาสดาของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลายเป็นพระพุทธเจ้าเป็นพระผู้มีพระภาค

๒. จักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระธรรม ฯลฯ

๓. จักประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระสงฆ์ ฯลฯ

๔. จักประกอบด้วยศีลที่พระอริยะชอบใจไม่ขาด ฯลฯ เป็นไปเพื่อสมาธิ

^{๙๐} ชุ.จ. (ไทย) ๓๐/๖๗๓/๓๓๓.

^{๙๑} พระธนกร กิตติปัลลภ (สร้อยศรี), “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓), หน้า ๕๙.

ที่ฆราวาสท่านพึงสำเหนียกอย่างนี้แล.

ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญองค์เครื่องบรรลู่โสดา ๔ ประการใดที่

๑. ประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระพุทธเจ้าว่าแม่เพราะเหตุนี้ พระผู้มีพระภาคพระองค์นั้น ฯลฯ เป็นศาสดาของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลายเป็นพระพุทธเจ้าเป็น พระผู้มีพระภาค

๒. ประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระธรรมฯลฯ

๓. ประกอบด้วยความเลื่อมใสอันไม่หวั่นไหวในพระสงฆ์ฯลฯ

๔. ประกอบด้วยศีลที่พระอริยะชอบใจไม่ขาดฯลฯเป็นไปเพื่อสมาธิ^{๙๒}

พระผู้มีพระภาคตรัสว่า ที่ฆราวาสเพราะเหตุนี้ท่านพึงตั้งอยู่ในองค์เครื่องบรรลู่โสดา ๔ ประการนี้แล้วเจริญธรรมอันเป็นส่วนแห่งวิชา ๖ ประการให้ยิ่งขึ้นไปว่าที่ฆราวาสในเรื่องนี้ท่านจง พิจารณาเห็นในสังขารทั้งปวงว่าไม่เที่ยงมีความหมายรู้ในสิ่งที่ไม่เที่ยงว่าเป็นทุกขที่มีความหมายรู้ในสิ่งที่ เป็นทุกขว่าเป็นอนัตตามีความหมายรู้ในการละมีความหมายรู้ในการคลายออกได้มีความหมายรู้ใน ความดับที่ฆราวาสท่านพึงสำเหนียกอย่างนี้

ที่ฆราวาสกราบทูลว่า ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญธรรมอันเป็นส่วนแห่งวิชา ๖ ประการ ไตที่พระผู้มีพระภาคได้ทรงแสดงไว้ธรรมเหล่านั้นมีอยู่ในข้าพระองค์และข้าพระองค์ก็เห็นธรรม เหล่านั้นข้าพระองค์เห็นสังขารทั้งปวงว่าไม่เที่ยงเป็นทุกขเป็นอนัตตา.รู้ในการละในการคลายออก ใน ความดับ อีกอย่างหนึ่งข้าพระองค์คิดว่าเมื่อข้าพระองค์ล่วงกลับไปชโยติคหบดีผู้เป็นพ่ออย่าได้ถึง ความ คับแค้นโศกเศร้าเลยชโยติคหบดี กล่าวว่าคุณที่ฆราวาสเธออย่าได้คิดใฝ่ใจอย่างนั้นเลยเธอจงใฝ่ใจถึงพระ พุทธพจน์ที่พระผู้มีพระภาคได้ตรัสไว้ให้เกิดขึ้นพระผู้มีพระภาคตรัสสอนที่ฆราวาสด้วยพระ โอวาทนี้แล้วก็เสด็จจากอาสนะไปหลังพระองค์เสด็จจากไปไม่นานที่ฆราวาสก็ได้เสียชีวิต ต่อมา เหล่าภิกษุพากันไปเข้าเฝ้าพระผู้มีพระภาคถึงที่ประทับแล้วกราบบังคมทูลถามพระองค์ว่าที่ฆราวาส ที่พระองค์ตรัสสอนด้วยพระโอวาทโดยย่อได้เสียชีวิตแล้วไปเกิดในภพภูมิไหน พระผู้มีพระภาค ตรัสตอบภิกษุทั้งหลายว่า ที่ฆราวาสเป็นบัณฑิตพูดความจริงถูกต้องตามธรรมทั้งไม่เบียดเบียนเรา เพราะเหตุแห่งธรรมภิกษุทั้งหลายโอรัมภาคิยสังโยชน (สังโยชนเบื้องต่ำ) ๕ ประการสิ้นไปที่ฆราวาส จึงเกิดเป็นโอปปาติกะปรินิพพานในภพนั้น ไม่หวนกลับมาจากโลกนั้นอีก^{๙๓}

๒) ส่งเสริมสาวกให้ช่วยดูแลผู้ป่วย มีกรณีศึกษาในพระไตรปิฎก ดังนี้

กรณีศึกษา ธรรมิกอุบาสก เล่ากันมาว่า ธรรมิกอุบาสกอาศัยอยู่ในกรุงราชคฤห์ เมือง หลวงแห่งแคว้นมคธ เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลในธรรม มีบริวารมาก ยินดีในการจำแนกแจกจ่ายทานต่าง ๆ ทั้งยังได้แนะนำบริวารของตนให้ประพฤติปฏิบัติตามด้วย อุบาสกนั้นมีบุตร ๗ คนธิดา ๗ คนรวม

^{๙๒} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๙๙๙/๔๙๑-๔๙๓.

^{๙๓} อ้างแล้ว.

อุบาสกและภรรยา จึงเป็น ๑๖ คน เขาได้แนะนำคนในครอบครัวทุกคนให้ทำบุญถวายทานต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ ครอบครัวนี้จึงมีชีวิตอยู่เย็นเป็นสุขตลอดมาในบ้านปลายแห่งชีวิตของธัมมิกอุบาสก เขาเกิดเจ็บป่วยอย่างหนักนอนอยู่บนเตียงที่บ้านของตน มีความต้องการจะฟังธรรม จึงบอกลูก ๆ ให้ไปนิมนต์ภิกษุมาสวดพระสูตรให้ฟังที่บ้านเมื่อภิกษุที่ได้รับนิมนต์ มาถามว่า อยากฟังพระสูตรไหน จึงบอกว่าอยากฟังมหาสติปัฏฐานสูตรในขณะที่ภิกษุทั้งหลายเริ่มสวดพระสูตรนั้นอยู่ ปรากฏว่ามีเทวดาจากชั้นต่าง ๆ นำราชาธรมารอรับอุบาสกนั้นอยู่อุบาสกไม่ต้องการให้การฟังธรรมหยุดชะงักลงจึงพูดว่า ท่านทั้งหลายโปรดหยุดรอก่อน เมื่อภิกษุทั้งหลายได้ยินเช่นนั้นก็นึกว่าอุบาสกพูดกับพวกตนจึงพากันหยุดสวดแล้ว ลูก ๆ ของอุบาสกนั้นก็เข้าใจเช่นนั้นเหมือนกัน ภิกษุทั้งหลายคิดว่า อุบาสกคงไม่อยากจะฟังธรรมแล้ว จึงพากันกลับวัด เมื่อเวลาผ่านไปได้สักครู่หนึ่ง อุบาสกได้เห็นลูกๆ พากันร้องไห้อยู่และไม่เห็นภิกษุทั้งหลาย จึงได้สอบถาม เมื่อรู้ความเป็นไปแล้ว จึงได้เล่าความจริงให้ทุกคนฟังว่าที่พ่อบอกให้หยุดรอก่อนนั้น พ่อไม่ได้พูดกับภิกษุทั้งหลาย พ่อได้พูดกับพวกเทวดาที่นำราชาธรมารับต่างหาก จากนั้น จึงได้ถามลูก ๆ ว่า พ่อจะไปอยู่ในชั้นไหนดี เมื่อได้รับคำตอบว่าชั้นดุสิต จึงให้ลูกนำพวงมาลัยมาแล้วซัดไปที่ราชาธรมารชั้นดุสิตแล้วได้บอกลูก ๆ ว่า หากต้องการจะไปเกิดในสวรรค์ชั้นดุสิตเหมือนกับพ่อก็จงพากันทำบุญอย่างที่พ่อเคยทำมาแล้วแล้วได้ตายไปเกิดเป็นเทวดาในสวรรค์ชั้นนั้น มีอัครภาพทิพย์ มีบริวารมากมาย อยู่ในวิมานแก้วในทันที^{๙๔}

กรณีศึกษา พระฉันทะ เล่ากันว่า พระฉันทะอาพาธหนักได้รับทุกข์เป็นอย่างมาก ท่าน พระสารีบุตร รู้ข่าวจึงไปเยี่ยมพร้อมกับพระจุนทะได้สอบถามอาการอาพาธว่า “ท่านฉันทะ ท่านยังสบายดีหรือ ยังพอเป็นอยู่ได้หรือ อาการไข้ทุเลาบ้างไหม ทุกข์เวทนาค่อยลดลงบ้างไหม อาการค่อยคลายลง ไม่รุนแรงไข้ไหม” พระฉันทะตอบว่า “ท่านสารีบุตร กระผมแทบทนไม่ไหว จะเป็นอยู่ไม่ได้แล้ว อาการมีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้นไม่คลายลงเลย กระผมปวดศีรษะมากดุจถูกเหล็กแหลมคมทิ่มแทงศีรษะ กระผมปวดท้อง ดุจถูกคนใช้มีดแล่นเนื้อที่คมกรีดท้องกระผมรู้สึกร้อนตามร่างกายอย่างมาก ดุจถูกคนจับย่างที่หลุมถ่านเพลิง กระผมแทบทนไม่ไหว จะยังอัครภาพให้เป็นไปไม่ได้แล้ว ทุกข์เวทนาของกระผมกล้ำยิ่งนัก มีแต่กำเริบ ไม่ลดลงเลย อาการมีแต่ยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่คลายลงเลย ท่านสารีบุตร กระผมจะนำมิดมาฆ่าตัวตาย กระผมไม่อยากจะมีชีวิตอยู่” พระสารีบุตรได้พูดปลอบใจท่านว่า “ท่านอย่าได้ฆ่าตัวตาย ขอท่านจงรักษาตัวให้อยู่ต่อไปเถิด พวกเราต้องการให้ท่านรักษาตัวอยู่ต่อไป หากท่านไม่มีอาหารหรือไม่มียาที่ดี ผมก็จักแสวงหามาให้ หรือหากท่านไม่มีคนรับใช้ที่ดี ผมจะคอยรับใช้เอง ท่านอย่าได้ฆ่าตัวตายเลย ขอท่านจงรักษาตัวให้อยู่ต่อไปเถิด พวกเราต้องการให้ท่านรักษาตัวอยู่ต่อไป” พระฉันทะตอบว่า “อาหาร ยาหรือคนรับใช้ที่ดีของกระผมก็มีอยู่พร้อมแล้ว อีกอย่างหนึ่ง กระผมปรนนิบัติรับใช้พระศาสดาด้วยความเต็มใจตลอดมา” จากนั้น ท่านพระสารีบุตรและท่านพระจุนทะได้สนทนาธรรมเพื่อไม่ให้ท่านฆ่าตัวตาย โดยให้พิจารณาว่า อายุตนะภายใน ๖ อายุตนะภายนอก ๖ วิญญาณ ๖ และธรรมที่พึงรู้แจ้งทางวิญญาณ ๖ ไม่ใช่ของเรา เราไม่เป็นเช่นนั้น ไม่ใช่อัครตาของเรา แต่เมื่อพระเถระทั้งสองกลับไปท่านพระฉันทะก็ฆ่าตัวตาย ในอรรถกถาอธิบายว่า ในขณะที่ใกล้มรณภาพนั้น ได้มีคตินิมิตปรากฏขึ้นแก่ท่าน ดังที่เคยกล่าวไว้แล้วทำให้ท่านรู้ว่าตนยัง

^{๙๔} ชู.ธ.อ. (ไทย) ๑/๒๕/๙๙/๑๐๑.

เป็นปุถุชนจึงสลัดใจแล้ว กำหนดวิปัสสนาพิจารณาสังขารด้วยปัญญาจนบรรลุอรหัตตผลพร้อมกับการดับจิต^{๙๕}

จากตัวอย่างดังที่ได้ยกมานี้ชี้ให้เห็นว่าในอรรถกถาบุคคลจึงควรศึกษาเรื่องมรณาสันนิเวศ (วิถีจิตใกล้ตาย) ให้เข้าใจเพื่อจะได้ช่วยเหลือคนเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่กำลังจะจากไปสู่ทุกตนิมิตให้กลายเป็นผู้จากไปสู่สุตตนิมิตเข้าถึงสุตตนิมิตเสวยสุขสมบัติตามสมควรแก่กุศลกรรมที่เคยทำไว้ ในการช่วยแก้ไขอาภรณ์ในเวลาหลังสิ้นชีวิตไปแล้ว นับว่าเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ยากมาก เพราะคนที่แก้ไขได้ ต้องเป็นบุคคลที่ได้บรรลุธรรมและได้อภิญญาด้วย จึงจะสามารถช่วยแก้ไขได้

๒.๒.๕ จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

๑) องค์ความรู้เกี่ยวกับสภาวะจิตก่อนตายในพระพุทธศาสนา

การพัฒนาจิตเป็นสิ่งสำคัญที่มนุษย์หลายคนในโลกไม่เข้าใจ ทำให้หลงคิดว่าการมีชีวิตอยู่ในโลก คือการเสพสุขทางตาเห็นของสวยงาม หูได้ยินเสียงที่รื่นหู จมูกได้กลิ่นที่รื่นรมย์ ลิ้นได้รับรสอาหารที่ถูกใจ กายได้สัมผัสกับสิ่งที่อยากสัมผัส ซึ่งผลจากการได้สัมผัสทางอวัยวะต่างๆ เหล่านี้ มีความเชื่อเบื้องต้นหรือไม่ต้องคิดอะไรเลยก็ได้ ทำให้ใจหรือจิตของคนในโลกนี้ เกิดความสุขจากการสัมผัสด้วยความรู้ไม่เท่าทัน จิตนั้นก็เกิดความเคยชิน และต้องการสิ่งสัมผัสต่าง ๆ เหล่านี้มากยิ่งขึ้น ทำให้จิตหรือใจนี้ขาดกำลังหรือพลังในการที่จะเพิ่มระดับการพัฒนาชีวิต คือ ทำให้จิตขาดการเรียนรู้ธรรมชาติภายในของจิตเองโดยสิ้นเชิง เช่นจิตไม่สามารถสังเกตอารมณ์ที่ขุนมัวหรือเศร้าหมองเครียดจากการกระทบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ไม่ถูกใจหรือไม่สมปรารถนาได้ ทำให้เกิดสภาวะจิตเป็นทุกข์ต่อเนื่องยาวนานและเกิดความเสื่อมถอยหรือไม่พัฒนาและนำไปสู่สภาวะจิตหรือใจที่ตกต่ำ

คัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาแสดงลักษณะและสภาวะของจิตไว้ คือ เมื่อกกล่าวตามสภาวะลักษณะของจิตแล้ว จิตมีจำนวนเพียง ๑ เท่านั้น เพราะจิตเป็นธรรมชาติที่รู้อารมณ์ ขณะใดจิตเกิดขึ้น ขณะนั้นการรู้อารมณ์ก็เกิดขึ้น จะห้ามการรู้อารมณ์ไม่ให้เกิดขึ้นไม่ได้ สภาวะลักษณะของจิตเมื่อกกล่าวโดยทั่วไป จึงเป็นการรู้อารมณ์อย่างเดียว เมื่อนับจำนวนโดยสภาวะลักษณะแล้ว จึงมีเพียงหนึ่ง แต่จะกล่าวถึงลักษณะที่รู้อารมณ์พิเศษของจิตแล้ว ตัวจิตนั้นมีความสามารถในการรู้อารมณ์ไม่เหมือนกัน โดยอำนาจจากการปรุงแต่งของเจตสิกที่เกิดขึ้นพร้อมกับจิต ดับพร้อมกับจิต มีที่อาศัยและมีอารมณ์อันเดียวกันกับจิต จึงทำให้จิตมีความสามารถในการรู้อารมณ์ไม่เหมือนกัน เช่น รู้ในเรื่องที่เป็นบุญ เป็นบาป รู้ในการสงบระงับจากกาม คือ รู้ในเรื่องรูปฌาน อรูปฌาน และรู้อารมณ์นิพพาน เพราะฉะนั้น เมื่อศึกษาถึงสภาวะความพิสดารของจิตแล้ว จะต้องศึกษาประเภทต่าง ๆ ของจิตที่รับอารมณ์ต่างๆ ว่ามีสภาพอย่างไร

^{๙๕} ม.อ.อ. (ไทย) ๓/๓๙๕/๒๓๘, ส.สพ.อ. (ไทย) ๓/๘๗/๒๒.

ในพระพุทธศาสนาฝ่ายเถรวาทได้มีการกล่าวถึงเรื่องจิตเอาไว้ดังนี้

๑. “จิต” เป็นธรรมชาติที่เป็นนามธรรม ไม่มีรูปร่าง ไม่มีสีกลิ่น ไม่มีวรรณะใดๆ แต่อาศัยอยู่ในร่างกายของสัตว์ทั้งหลาย เป็นธรรมชาติชนิดหนึ่งที่มีอยู่จริง ๆ ไม่อาจปฏิเสธได้ เป็นปรากฏการณ์ของธรรมชาติฝ่ายนามธรรมที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยเหตุปัจจัยต่างๆ ทำให้เกิดขึ้นไปตามกฎของธรรมชาติ โดยปกติธรรมชาติของจิตจะเป็นธรรมชาติที่ผ่องใส หมายถึง จิตที่อยู่ในภาวะเดิม แต่กลับต้องเศร้าหมองไปเพราะกิเลสต่าง ๆ เข้ามารบกวน ดังพุทธพจน์ที่ว่า “จิตนี้ผุดผ่อง แต่จิตนั้นเศร้าหมองเพราะอุปกิเลสที่เกิดขึ้นภายหลัง”

๒. จิตเป็นธรรมชาติที่ตื่นนอน กวัดแกว่ง รักษาไว้ได้ยาก ห้ามไว้ได้ยาก หมายถึง ภาวะของจิตขณะที่รับอารมณ์ย่อมไม่คงที่ ย่อมเปลี่ยนแปลงอารมณ์อยู่เสมอ พระอรุณกถาจารย์ได้อธิบายความหมายของแต่ละคำไว้ดังต่อไปนี้

- ตื่นนอน หมายถึง ตื่นนอนไปในอารมณ์ทั้ง ๖ มีรูปารมณ์ เป็นต้น

- กวัดแกว่ง หมายถึง หวั่นไหว ไม่อาจจะตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียวได้นาน ดูจทหารก็ไม่อาจทรงตัวอยู่ในอิริยาบถเดียวได้นาน

- รักษาอยาก หมายถึง ให้ดำรงอยู่ในอารมณ์ธรรมที่เป็นสัปปายะได้ยาก

- ห้ามอยาก หมายถึง ห้ามหรือกัณมิให้ชานไปในวิสภาคารมณ์ได้ยาก

๓. จิตเป็นธรรมชาติที่ไม่มีตัวตน เทียวไปผู้เดียว เทียวไปไกล มีถ้าเป็นที่อาศัย ซึ่งพระอรุณกถาจารย์ได้อธิบายความหมายของแต่ละคำไว้ดังต่อไปนี้

- เทียวไปไกล หมายถึง รับอารมณ์ที่อยู่ไกลได้

- เทียวไปดวงเดียว หมายถึง เกิดขึ้นที่ละดวงๆ ดวงหนึ่งดับ ดวงหนึ่งจึงเกิดขึ้น จะไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน

- ไม่มีรูปร่าง หมายถึง ไม่มีสีกลิ่น ไม่มีรส เป็นต้น

- อาศัยอยู่ในถ้า หมายถึง อาศัยอยู่ในมหาภูตรูป ๔ และหทัยรูป

๔. จิตเป็นธรรมชาติที่รู้อารมณ์ คือ ได้รับอารมณ์อยู่เสมออันตนเอง จึงเรียกว่ารู้อารมณ์ วิเคราะห์ว่า อารมณฺญ จินฺเตตฺตํ : จิตฺตํ ธรรมชาตํใด ย่อมรู้อารมณ์ คือ ได้รับอารมณ์อยู่เสมอ ฉะนั้น ธรรมชาตินั้นชื่อว่า “จิต”

จินฺเตนฺติ สมฺปยุตฺตธมฺมา เอเตนาคี : จิตฺตํ สัมปยุตฺตธรรม คือ เจตสิกทั้งหลายย่อมรู้ อารมณฺญโดยอาศัยธรรมชาตินั้น ฉะนั้น ธรรมชาตํที่เป็นเหตุแห่งการรู้อารมณ์ของเจตสิกเหล่านั้นชื่อว่า “จิต”

จินฺตณมตฺตํ : จิตฺตํ ธรรมชาตํที่รู้อารมณ์ ได้รับอารมณ์ นั้นแหละชื่อว่า จิต เพราะ อรรถว่า คิด อธิบายว่า รู้อารมณ์ จิตมีการรู้แจ้งอารมณ์เป็นลักษณะ แม้เมื่อนิสัยปัจจัยและสมนันตรปัจจัย จิตก็เกิดขึ้นไม่เว้นจากอารมณ์ ธรรมชาตํที่ชื่อว่า จิต เพราะอรรถว่า เป็นเหตุให้สัมปยุตฺตธรรมรู้

อารมณ์ อีกนัยหนึ่ง เพียงแต่ความคิดชื่อว่า จิต พระอาจารย์ทั้งหลาย พรรณนาอรรถแห่ง จิต ศัพท์ไว้ โดยอรรถ มีอันทำให้วิจิตร เป็นต้น แต่ย่อเนื้อความในที่นี้ได้ดังนี้ ธรรมชาติที่ชื่อว่าจิต เพราะทำให้ วิจิตร หรือเพราะภาวะแห่งตนเป็นธรรมชาติวิจิตร หรือเพราะอันกรรมและกิเลสสั่งสมไว้ อนึ่ง หรือ เพราะรักษาไว้ซึ่งอรรถภาพอันวิจิตร หรือเพราะสั่งสมซึ่งสันดานของตน หรือเพราะมีอารมณ์อันวิจิตร

ธรรมชาติที่ชื่อว่า เจตสิก เพราะอรรถว่า มีในจิต โดยมีความเป็นไปเนื่องด้วยจิตนั้น เจตสิกนั้น เว้นจากจิตเสีย ไม่สามารถจะรับอารมณ์ได้ เพราะเมื่อจิตไม่มี ก็เกิดขึ้นไม่ได้ทั้งหมด ส่วนจิต แม้เว้นเจตสิกบางประการก็ยังสามารถเป็นไปในอารมณ์ เพราะฉะนั้น เจตสิก จึงชื่อว่า มีความเป็นไปเนื่อง กับจิต เพราะเหตุนั้น พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงตรัสว่า ธรรมทั้งหลายมีใจเป็นประธาน อีกอย่างหนึ่ง ธรรมชาติที่ประกอบในจิต ชื่อว่า เจตสิก

ลักษณะที่เจตสิกประกอบกับจิตนั้นมีอยู่ ๔ ประการ คือ ๑) เกิดพร้อมกับจิต (เอกุป ปาทะ) ๒) ดับพร้อมกับจิต (เอกนิโรธะ) ๓) มีอารมณ์เดียวกับจิต (เอกาลัมพะนะ) และ ๔) มีที่อาศัย เดียวกัน (เอกวัตถุกะ)

จิตมีลักษณะสามัญตามธรรมชาติ (สามัญลักษณะ) เป็นธรรมชาติที่มีลักษณะสามัญ ทัว ๆ ไป หรือมีลักษณะปกติธรรมดาที่เหมือนกันของรูปธรรมและนามธรรม ในสามัญลักษณะที่ว่า ตามธรรมดา หรือเป็นไปตามธรรมชาตินั้นเป็นไปใน ๓ ลักษณะเหล่านี้ คือ

๑) อนิจจลักษณะ คือ มีลักษณะที่ไม่เที่ยง ไม่คงที่ ต้องเปลี่ยนแปลง (เกิด-ดับ) อยู่ตลอดเวลา

๒) ทุกขลักษณะ คือ มีลักษณะที่ทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ (เกิดขึ้นแล้วต้องดับไป) ต้องเสื่อมสลาย

๓) อนัตตลักษณะ คือ มีลักษณะที่ไม่มีตัวตน มิใช่ตน ไม่อยู่ในอำนาจบังคับบัญชา ของผู้ใด จะบังคับให้หยุดการเกิดดับก็ไม่ได้ปรมาตมธรรมโดยย่อนั้นมี ๔ ประการ คือ จิต เจตสิก รูป และนิพพาน จิต เจตสิก รูป นี้มีสามัญลักษณะ เพราะประกอบไปด้วย อนิจจลักษณะ ทุกขลักษณะ และอนัตตลักษณะ ที่เรียกว่า ไตรลักษณ์

สามัญลักษณะทั้ง ๓ นี้ เป็นสิ่งจริงแท้แน่นอนของกฎธรรมชาติที่เรียกว่า ไตรลักษณ์ รูปธรรมนามธรรมทั้งหลายอันได้แก่ รูป จิตและเจตสิก ย่อมต้องมีลักษณะเช่นนี้เหมือนกันทั้งหมด นอกจากจิตจะมีลักษณะสามัญแล้ว จิตยังมีลักษณะเฉพาะตัวหรือที่เรียกว่า วิเสสลักษณะ ๔ ประการ คือ

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| ๑) มีการรู้อารมณ์ | เป็นลักษณะ |
| ๒) มีประธานในธรรมทั้งปวง | เป็นกิจ |
| ๓) มีการเกิดสืบต่อกันอย่างไม่ขาดสาย | เป็นผล |
| ๔) มีอดีตกรรม ทวาร อารมณ์และเจตสิก | เป็นเหตุให้จิตเกิดขึ้น |

สรุปว่า สภาวะจิต หมายถึง ความเป็นเองตามธรรมชาติของจิต หรือ สภาวะจิต คือเป็นธรรมชาติที่รู้อารมณ์ ขณะที่จิตเกิดขึ้น ขณะนั้นการรู้อารมณ์ก็เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถห้ามการรู้อารมณ์ไม่ให้เกิดขึ้นได้ เป็นธรรมชาติที่เป็นนามธรรม ไม่มีรูปร่าง ไม่มีสีกลิ่น รส รสชาติ วรรณะใดๆ แต่อาศัยอยู่ในร่างกายของสัตว์ทั้งหลาย มีลักษณะสามัญตามธรรมชาติ คือ เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปในที่สุด และลักษณะของจิตมีจำนวนเพียง ๑ เท่านั้น สภาวะลักษณะของจิตเมื่อกล่าวโดยทั่วไป จึงเป็นการรู้อารมณ์อย่างเดียว

๑. สภาวะจิตก่อนตายของปุถุชนทั่วไป

ดังที่ได้กล่าวมาในหัวข้อข้างต้น ที่กล่าวถึงลักษณะที่รู้อารมณ์พิเศษของจิต ว่าตัวจิตนั้นมีความสามารถในการรู้อารมณ์ไม่เหมือนกัน โดยอำนาจจากการปรุงแต่งของเจตสิกที่เกิดขึ้นพร้อมกับจิต ดับพร้อมกับจิต มีที่อาศัยและมีอารมณ์อันเดียวกันกับจิต จึงทำให้จิตมีความสามารถในการรู้อารมณ์ไม่เหมือนกัน เช่น รู้ในเรื่องที่เป็นบุญ เป็นบาป รู้ในการสงบระงับจากกาม คือ รู้ในเรื่องรูป ฌาน อรูปฌาน และรู้อารมณ์นิพพาน ซึ่งสภาวะจิตของปุถุชนนั้นย่อมแตกต่างจากจิตของพระอริยะบุคคล เพราะปุถุชนย่อมหวั่นไหวต่อกิเลสที่มากระทบซึ่งมีทั้งบุญและบาป คือฝ่ายกุศลและอกุศล

๒. สภาวะจิตก่อนตายของปุถุชนที่เป็นกุศล

สภาวะจิตก่อนตายของปุถุชนที่เป็นกุศล ย่อมเป็นไปตามลักษณะของจิตของบุคคลที่ประกอบกุศลกรรม คือการทำความดี เป็นพื้นฐาน อันมีลักษณะสภาวะของจิตไปในทางกุศลตามประเภทของจิต ดังต่อไปนี้

๒.๑ จิตตั้งงามที่เป็นไปในกามภูมิ ได้แก่

๑.๑) จิตที่เป็นกุศलयิ่งใหญ่ หรือ กุศลจิตที่เป็นไปในกามภูมิ มีสัมปยุตตเหตุ เรียกว่า มหากุศลจิต หรือ สเหตุกามาวจรกุศลจิต มี ๘ ประการ

- (๑) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ประกอบด้วยปัญญา ไม่มีการชักนำ
- (๒) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ประกอบด้วยปัญญา มีการชักนำ
- (๓) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนาไม่ประกอบด้วยปัญญา ไม่มีการชักนำ
- (๔) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ไม่ประกอบด้วยปัญญา มีการชักนำ
- (๕) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ประกอบด้วยปัญญา ไม่มีการชักนำ
- (๖) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ประกอบด้วยปัญญา มีการชักนำ
- (๗) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนาไม่ประกอบด้วยปัญญา ไม่มีการชักนำ
- (๘) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ไม่ประกอบด้วยปัญญา มีการชักนำ

๑.๒) จิตอันเป็นผลของมหากุศล หรือวิบากจิตที่เป็นไปในกามภูมิ มีสัมปยุตตเหตุ มหาวิบากจิต หรือ สเหตุกามาวจรวิบากจิต

๒.๒ สภาวะจิตที่เป็นผลของกุศล คือ กุศลวิบากเหตุกจิต มี ๘ ประการ คือ

- (๑) จักขุวิญญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา
- (๒) โสตวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา
- (๓) ฆานวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา
- (๔) ชิวหาวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา
- (๕) กายวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยสุขเวทนา
- (๖) สัมปฏิจฉันนจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา
- (๗) สันตிரณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา
- (๘) สันตிரณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

ดังนั้น สภาวะจิตของปุถุชนที่เป็นกุศล ย่อมนำบุคคลนั้นให้มีความเจริญในชีวิต ให้ผลทั้งชาตินี้และภพภูมิที่ดี ในสุคติภูมิ

๓. สภาวะจิตก่อนตายของปุถุชนที่เป็นอกุศล

สภาวะจิตของปุถุชนที่เป็นอกุศล ย่อมเป็นไปตามลักษณะของจิตของบุคคลที่ประกอบอกุศลกรรม คือการทำความชั่ว เป็นพื้นฐาน เป็นประจำ อันมีลักษณะสภาวะของจิตไปในทางอกุศลตามประเภทของจิต ดังต่อไปนี้

๑) จิตที่เป็นไปในกามภูมิ ได้แก่ จิตอันเป็นอกุศล อกุศลจิตมีแต่ที่เป็นกามาวจรนี้เท่านั้น คือ

๑.๑) โภกมุลจิต ๘ จิตมีโลภะเป็นมูล

- (๑) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนาประกอบด้วยมิจฉาทิฐิไม่มีการชักนำ
- (๒) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ มีการชักนำ
- (๓) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ไม่ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ ไม่มีการชักนำ
- (๔) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนาไม่ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ มีการชักนำ
- (๕) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโสมนัสสเวทนา ไม่ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ มีการชักนำ
- (๖) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ มีการชักนำ
- (๗) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ไม่ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ ไม่มีการชักนำ
- (๘) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ไม่ประกอบด้วยมิจฉาทิฐิ มีการชักนำ

๑.๒) โทสมูลจิต ๒ จิตมีโทสะเป็นมูล เรียก ปฏิฆสัมปยุตตจิต ก็ได้

(๑) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโทมนัสสเวทนา ประกอบด้วยปฏิฆะ ไม่มีการชักนำ

(๒) จิตที่เกิดพร้อมด้วยโทมนัสสเวทนา ประกอบด้วยปฏิฆะ มีการชักนำ

๑.๓) โมหมูลจิต หรือ โมหุจิต ๒ จิตมีโมหะเป็นมูล

(๑) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ประกอบด้วยวิจิกิจฉา

(๒) จิตที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา ประกอบด้วยอุทธัจจะ

๒) จิตที่เป็นผลของอกุศล คือ อกุศลวิบากจิต มี ๗ คือ

(๑) จักขุวิญญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

(๒) โสทวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

(๓) ฆานวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

(๔) ชิวหาวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

(๕) กายวิญาณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยทุกขเวทนา

(๖) สัมปฏิจันนจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

(๗) สันตึรณจิต ที่เกิดพร้อมด้วยอุเบกขาเวทนา

ดังนั้น สภาวะจิตของบุุคคลที่เป็นอกุศล ย่อมนำบุคคลนั้นให้มีแต่ความเสื่อม มีวิบากให้ผลทั้งชาตินี้และต้องไปเกิดในทุคติภูมิ

๒) ความสัมพันธ์ระหว่างอาสันนกรรมกับชีวิตหลังความตาย

ด้วยเหตุของธรรมชาติที่เป็นธรรมดาจิตของสัตว์ทั้งหลายนั้นย่อมเกิดขึ้นมาอยู่เสมอ และที่จิตเกิดขึ้นมาอยู่เสมอนั้นก็เพราะได้กระทบซึ่งอารมณ์ต่าง ๆ ถ้าไม่มีอารมณ์อะไรมากระทบแล้ว จิตก็เกิดขึ้นไม่ได้เลย เช่น เมื่อจิต “เห็น” เกิดขึ้นเพราะมีรูปารมณ อันได้แก่คลื่นแสงเข้ามารกระทบ เมื่อจิต “ได้ยิน” เกิดขึ้น ก็เพราะมีสัทธารมณ อันได้แก่คลื่นเสียงมารกระทบ และเมื่อจิตคิดนึก “เกิดขึ้น” ก็เพราะมีเรื่องราวที่อยู่ภายในจิตใจมารกระทบ วัน ๆ หนึ่ง เราหนีอารมณ์ต่าง ๆ มากมายไปไม่ได้ และการกระทบอารมณ์เหล่านี้เรียกว่า ผัสสะ บรรดาอารมณ์ทั้งหลายที่เข้ามารกระทบจิตใจนั้นมีทั้งอารมณ์แรงบ้าง อารมณ์ไม่แรงบ้างและถ้าเป็นอารมณ์ที่แรงมารกระทบแล้ว จิตก็จะหนีไปไหนไม่ได้ จะต้องเกิดขึ้นมาจับอารมณ์นั้นทันที เช่น ถูกตุตว่ากล่าว ก็จะเกิดความโกรธแล้วก็จะเก็บเรื่องราวเหล่านั้นเอาไว้ในจิตใจ เมื่อได้โอกาสเรื่องราวต่างๆ หรือความโกรธที่เก็บเอาไว้จะกระทบใจออกมา คือ เกิดผัสสะขึ้น ทำให้จิตครุ่นคิดซ้ำ ๆ ซาก ๆ บางทีก็ออกจะบ่อยครั้งยาวนานก็ได้ หรือล่องเลยไปหลายวันแล้วก็ยังอดคิดไม่ได้ก็มี ซึ่งอารมณ์ต่าง ๆ ที่มารกระทบใจเหล่านี้ เป็นตัวการทำให้จิตเกิดเวทนาขึ้น คือ ถ้าอารมณ์ที่ดีมารกระทบก็มีความสนใจชอบใจ ถ้าอารมณ์ที่ไม่ดีมารกระทบก็รู้สึกไม่ชอบใจ แล้วถ้าอารมณ์นั้นมีกำลังอ่อน หรือเป็นอารมณ์ที่ไม่กระทบกระเทือนใจแล้วก็จะรู้สึกเฉย ๆ ดังนั้นจึงเกิดบุญและบาปมากน้อยตามกำลังแรงของอารมณ์เหล่านั้น เป็นอย่างนี้ตลอดทั้งวันและทุก ๆ

วันผลัดเปลี่ยนกันไปตามในทวารทั้ง ๖ นั้น ในวันหนึ่งนับจำนวนไม่ได้ บุคคลทั้งหลาย จะไม่สามารถหนี กุศลกรรม และอกุศลกรรมไปได้เลย แม้แต่อาภรณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้จะตายนั้น ท่านได้ตั้งชื่อเอาไว้ อย่างหนึ่งเพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้เข้าใจได้ว่าไม่ใช่เป็นอาภรณ์อื่นๆ ทั่วไป แต่เป็นอาภรณ์ของผู้ที่ใกล้จะ ถึงแก่ความตายเท่านั้น จะเป็นอาภรณ์หนึ่งก็ได้ใน ๓ อาภรณ์ ได้แก่ กรรมอาภรณ์ กรรมนิมิตอาภรณ์ และคตินิมิตอาภรณ์ เกิดขึ้นก่อนแล้วความตายจะมาถึง จะไม่มีอาภรณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเลยเมื่อความตาย มาถึง^{๕๖}

สรุปว่า จากที่กล่าวมานิมิตทั้ง ๓ นี้ เมื่ออย่างไรอย่างหนึ่งปรากฏแล้ว ก็ย่อมจะส่งสัตว์ ให้ไปสู่ทุคติภูมิหรือสุคติภูมิ ตามอาภรณ์นั้น ๆ จะเป็นกุศล หรืออกุศล และอาภรณ์ในครั้งสุดท้ายที่เป็นตัวชี้ทิศทางว่าจะเกิดขึ้นในภูมิไหน จะเป็นทุคติภูมิหรือสุคติภูมิ ก็แล้วแต่อาภรณ์ที่เกิดขึ้นมาในตอนท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะเกิดจากอาภรณ์ที่ผู้นั้นกระทำอยู่เสมอ นั่นก็คือ อาจิณณกรรม หากว่า อาสันนกรรม ผู้นั้นมีกำลังอ่อน จึงเป็นหน้าที่ของอาจิณณกรรมที่จะส่งผล ซึ่งมีกำลังมากกว่า อยู่แล้ว หากว่าผู้นั้นทำแต่กรรมชั่ว เมื่อใกล้ตายก็จะระลึกถึงอกุศลที่ตนได้เคยทำมารวกับว่าเป็น ความฝันหรือรู้สึกว่าได้เห็น ได้ยินจริง ๆ เช่น เห็นสัตว์กำลังจะถูกฆ่า หรือได้ยินเสียงสัตว์กำลังร้อง ครวญครางด้วยความเจ็บปวด ด้วยเหตุนี้ บุคคลดังกล่าวนี้จะถูกผลักส่งให้ไปเกิดเป็นสัตว์นรก สัตว์ดิรัจฉาน เปรต อสุรกาย นั่นคือ อบายภูมิ ๔ อันเป็นแดนเกิด ไม่มีความสุขความสบาย ได้รับแต่ ความเดือดร้อน บุคคลที่ยังดำรงชีวิตอยู่ เมื่อตายไปก็ไม่มีใครอยากไปเกิดในอบายภูมิ ถึงกระนั้นก็ตาม ยังพอมิหนทางออกด้วยการทำความดีครั้งสุดท้ายของชีวิต คือ การทำอาสันนกรรมที่เป็นฝ่ายกุศลให้ เกิดขึ้น ระลึกถึงสิ่งที่ดีเป็นกุศลก่อนตาย ทำจิตไม่ให้เศร้าหมอง ผ่องใส ก็สามารถนำไปสู่สุคติได้

๔. บทสรุปจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

จากการศึกษาเรื่องสภาวะจิตก่อนตายและความสัมพันธ์ระหว่างอาสันนกรรมกับชีวิต หลังความตาย เราก็จะสรุปให้เห็นได้ตามหลักการว่า โดยหลักการทั่วไป จุดมุ่งหมายในชีวิตของมนุษย์ คือ ความสุขหรือการมีชีวิตที่มีความสุขแม้ชีวิตจะมีลักษณะไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ต้องเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง และต้องเวียนว่ายตายเกิด ถึงกระนั้นแม้ต้องตายมนุษย์ทุกคนต่างก็ปรารถนาความตายที่มีความสุข ตลอดจนแม้ต้องไปเวียนว่ายตายเกิดในภพต่อ ๆ ไป ก็ยังปรารถนาไป จูติเกิดในภพภูมิที่เป็นสุคติหรือภพภูมิที่เต็มไปด้วยความสุขเช่นเดียวกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า ความสุข เป็นยอดปรารถนา เป็นจุดหมายของชีวิตมนุษย์ทุกชีวิต พระพุทธศาสนาเถรวาทก็เช่นเดียวกัน อาจกล่าวได้ว่า ความสุขเป็นสภาวะอันเป็นจุดหมายสูงสุดในทางพระพุทธศาสนาเถรวาทก็ว่าได้ “ความสุข” จึงมีความสำคัญมาก นับตั้งแต่การปฏิบัติขั้นต้นในการทำความดี หรือกรรมดีทั่ว ๆ ไปที่ เรียกว่า “บุญ” มีพุทธพจน์ตรัสว่า “การสั่งสมบุญนำสุขมาให้”^{๕๗} แม้ในการบำเพ็ญเพียรทางจิตหรือ

^{๕๖} พระคัมภีร์ สิวโร, “รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของ ประชาชนในจังหวัดแพร่”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๖๒), หน้า ๙๕-๙๙.

^{๕๗} ชู.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๑๘/๖๘.

เจริญภาวนา ความสุขก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดสมาธิ ดังพุทธพจน์ว่า “เมื่อมีสุข จิตย่อมตั้งมั่น (เป็นสมาธิ)”^{๙๘} และเมื่อจิตเป็นสมาธิ บรรลุฌาน ความสุขก็เป็นองค์ประกอบของฌาน ที่เรียกว่า “ฌานสุข” สุขที่เนื่องด้วยฌาน^{๙๙} จนถึงจุดหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนาเถรวาท คือ นิพพาน ก็เป็นความสุข ดังพุทธพจน์ที่ว่า “นิพพานเป็นสุขอย่างยิ่ง (บรมสุข)”^{๑๐๐} คือ เป็นสุขขั้นสูงสุด อันเป็นจุดหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนาเถรวาทอีกด้วย

ในกรณีของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายด้วยความเมตตากรุณานั้นในพระพุทธศาสนาเถรวาทมีหลักคิด ๓ อย่าง คือ

๑. การตายอย่างมีสติ เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่นับเนื่องในธรรม ๕ ประการ^{๑๐๑} ที่ไม่มีเครื่องหมายบ่งบอกและไม่มีใครรู้ได้ แพทย์ พยาบาลและญาติ รวมทั้งผู้ป่วยเองต่างก็รู้ว่าความตายใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่ไม่จะตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะไปไหน ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทุกคนต้องวางจุดหมายเป็นอันดับแรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความระลึกถึงความจริงนี้ โดยวิธีการถ่ายทอดโอวาทสุดท้าย (ปัจฉิมวาจา) ของพระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมไปเป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาทเถิด”^{๑๐๒} และให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณสติด้วยวิธีการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียมกายและใจให้พร้อม รู้เท่าทันความจริงของชีวิต มีสติระลึกรู้ความดีงามที่ได้ทำไว้ ไม่หลงตาย จะได้สามารถเชื่อมต่อความดีของตัวเองในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตายลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพภูมิที่ดี

๒. การที่จะได้เกิดมาเป็นมนุษย์เป็นเรื่องยากแสนยาก (กิจโธ มนุสสปฏิลาโภ) ดังนั้นการทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นานที่สุด เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และผู้ดูแลผู้ป่วยพึงกระทำพุทธศาสนิกชนควรมีความเชื่อมั่นว่า “ปาฏิหาริย์” ในเรื่องนี้เกิดขึ้นได้เสมอ เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่าง เหตุปัจจัยนี้ เรียกโดยรวมว่า “กรรม”^{๑๐๓} จึงปรากฏให้เห็นทั่วไปว่า พุทธศาสนิกชนผู้เจ็บป่วยใกล้ตายจะโดยญาติหรือตัวผู้ป่วยเองก็ตามนิยมทำกิจกรรมที่เป็นบุญกุศลด้านกายกรรม วจีกรรม มโนกรรม เช่น การทำบุญใส่บาตร การให้พระภิกษุสวดสะเคราะห์ต่อชะตา การถือศีลกินเจ การบวชเป็นพระภิกษุหรือบวชชีพร่าหมณ การปฏิบัติกรรมฐาน ด้วยความเชื่อมั่นว่ากุศลกรรมที่ได้ทำในช่วงท้ายแห่งชีวิตนี้จะส่งผลเป็นพลังชีวิตช่วยทำให้โรคร้ายไข้เจ็บหายหรือบรรเทาเบาบางลงได้^{๑๐๔}

^{๙๘} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๕๙/๔๑๙.

^{๙๙} ชุ.อ. (ไทย) ๒๕/๑๒/๑๙๒.

^{๑๐๐} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๑๖/๒๕๔.

^{๑๐๑} วิสุทธิ (ไทย) ๒/๑/๑๘. ว่า ธรรม ๕ ประการนี้ คือ ชีวิต พยาธิ กาล สถานที่ทอดร่าง และคติของสัตว์ทั้งหลายในชีวนโลก ไม่มีนิมิต รู้ไม่ได้.

^{๑๐๒} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๑๘/๑๖๖.

^{๑๐๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.-ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ ๑), หน้า ๔.

^{๑๐๔} ชุ.ธ.อ. (ไทย) ๔/๘๘/๑๗๖.

๓. การทำให้ชีวิตมีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนที่จะตาย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย หลักพระพุทธศาสนาเถรวาทจึงมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ๒ ประการใหญ่ ๆ คือ กายิกสุข ความสุขทางกาย และเจตสิกสุข ความสุขทางใจ ประมวลสาระสำคัญได้ดังนี้

๑) จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย มี ๕ ระดับ คือ

๑.๑) กายิกสุข สุขทางกาย ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ รับรู้อารมณ์ทางประสาทสัมผัสได้ไม่บกพร่อง ได้เห็น ได้ยิน ได้ดม ได้ลิ้มรส ได้สัมผัส และนึกคิดได้สมบูรณ์ตามสมควรแก่ฐานะ โดยพิสดาร คำว่า “กายิกสุข ความสุขทางกาย” นั้นหมายถึง ความสุขที่เกิดจากส่วนประกอบทางร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หรือรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ทางร่างกายได้ตามปกติไม่บกพร่อง ติดขัด เช่น ได้เห็นภาพที่สวยงาม ได้ยินเสียงไพเราะ ได้สูดกลิ่นที่หอม ได้ลิ้มรสชาติที่อร่อย และได้ถูกต้องสัมผัสสิ่งให้อ่อนนุ่ม ที่เรียกว่า “เสวยอารมณ์ทั้ง ๕” หรือ “กามคุณ ๕” (ความสุขที่เป็นไปในทวารทั้ง ๕)^{๑๐๕} สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้น ได้แก่ โรคนายไป หรือทุกขเวทนาหายไป สิ้นลมหายใจด้วยอาการที่สงบ

๑.๒) เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำราญชุ่มชื่น ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจโลภะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากกระทบ โดยพิสดาร คำว่า “เจตสิกสุข ความสุขทางใจ” นั้นหมายถึง การที่ใจมีความสำราญชุ่มชื่น (ความชื่นใจ) ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจกิเลสที่เป็นไปในมโนทวาร ได้แก่ โลภะ (ความโลภ) โทสะ (ความโกรธ) โมหะ (ความหลง) เป็นต้น อันเป็นเหตุแห่งความเศร้าหมอง (ความทุกข์) ทางจิต อีกอย่างหนึ่งได้แก่สภาวะแห่งใจที่มีปกติผ่องใส สดชื่น เบิกบาน ไม่ขุ่นมัวด้วยธรรมารมณ์(อารมณ์ที่เกิดกับใจ)ต่างๆ ที่มากกระทบ นอกจากนี้ความสุขทางใจพระพุทธศาสนาเถรวาทยังแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ (๑) กามสุข ความสุขเนื่องด้วยกาม (๒) ทิพยสุข ความสุขอันเป็นทิพย์ เรียกอีกอย่างว่า ฌานสุข และ (๓) ตัณห์กขยสุข ความสุขคือความสิ้นแห่งตัณหา เรียกอีกอย่างว่า นิพพานสุข

๑.๓) วิปัสสนจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต พระพุทธศาสนาเถรวาทถือว่าขณะจิตสุดท้ายก่อนตายมีความสำคัญที่สุด ตามหลักการที่ว่า “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกคนที่เป็นอันหวังได้ เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุกติเป็นอันหวังได้” จากหลักการนี้ อาจเกิดเหตุการณ์ในลักษณะที่ว่านาย ก. ทำความดีมาเกือบจะทั้งชีวิต แต่ในขณะที่จิตสุดท้ายก่อนตาย (ขวนจิตดวงที่ ๑๓ หรือดวงสุดท้าย) มีจิตเศร้าหมอง เมื่อนาย ก.ตายลงย่อมไปเกิดในทุคติ แทนที่จะไปในสุคติ

๑.๔) สุกติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

๑.๕) นิพพานสุข ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในกรณีที่อยู่ปณียองค์ประกอบพร้อมเช่น กรณีพระพุทธองค์ทรงรักษาพระปฐิตคัตตติสสเถระ กรณีทรงรักษาพระเจ้าสุทโธทนะพุทธบิดา

^{๑๐๕} ม.ม.อ. (ไทย) ๑๘/๑๕/๓๕๐.

๒) จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ

๒.๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม

๒.๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตงอกงามพัฒนา

๒.๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย

๒.๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน

สรุปว่า ความสุขดังกล่าวมานี้ เป็นความสุขที่เริ่มจากชั้นหยาบไปหาชั้นที่ละเอียดและประณีต ซึ่งการสัมผัสกับความสุขเป็นมโนสัมผัสโดยตรง โดยมีร่างกายเป็นอุปกรณ์สำคัญในการปฏิบัติหรือพิจารณาบำเพ็ญให้เกิดขึ้น ในส่วนของความสุขนั้น เป็นความสุขชั้นหยาบ ความสุขจากการที่จิตใจได้รับการแสดงตามอารมณ์ที่ปรารถนาที่ต้องการ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายบางคนก่อนตายอยากกินอาหารที่ตนอยากกินมานานบางคนอยากเห็นหน้าลูกหลานก่อนตาย เป็นต้น

พระพุทธศาสนาเถรวาทจึงถือว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีความสำคัญมากใน ๒ ระยะ คือ ระยะก่อนตาย (อาสันนกาล) และระยะขณะตาย (ปัจจาสนนกาล) โดยถือว่า ถ้าจิตใจของผู้ป่วยเศร้าหมอง หลงลืมสติ จะทำให้ไม่สามารถเผชิญหน้ากับความทุกข์ทรมานทางร่างกายได้ นอกจากนี้จิตใจจะหวาดหวั่นพรั่นพรึง วิตกกังวล ขาดสติ และกลัวตาย ทำให้ต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน ขาดที่พึ่ง ไม่สงบ ผู้ที่ตายอย่างไม่สงบนั้นนอกจากจะต้องทุกข์ทรมานในขณะที่ใกล้ตายแล้ว พระพุทธศาสนาเถรวาทยังถือว่า จะต้องไปทนทุกข์ทรมานหลังความตายในภพต่อ ๆ ไปอีกด้วย คือ ต้องไปทุกข์ทรมานในทุคติภูมิ มีนรก เปรต และอสุรกายอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างแน่นอน ดังพุทธภาษิตว่า “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุคติก็เป็นอันหวังได้” หลักการดูแลในระยะใกล้ตายและระยะจวนตายจึงมีความสำคัญอย่างมากสำคัญทั้งก่อนตายและหลังจากตายแล้ว หากระยะใกล้ตายและจวนตายของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีทั้งในด้านจิตใจและมีสติปัญญาในขณะที่ตาย นอกจากผู้ป่วยจักตายอย่างสงบแล้วในปรภพเชื่อว่าย่อมไปสู่ภพภูมิที่ดีอีกด้วย ดังพุทธภาษิตที่ว่า “เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง ทุคติก็เป็นอันหวังได้” นั่นก็คือ ขณะตายมีจิตใจผ่องใส ย่อมตายอย่างสงบ ไม่หลงลืมสติ เมื่อนั้นเขาจะยอมไปเกิดในภพภูมิที่ดีและมีความสุขด้วยถึงแม้จะเป็นเพียงกามสุข ที่จะนำไปสู่สวรรค์ชั้นกามภูมิก็ตาม

๒.๓ หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

หลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และหลักธรรมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายภายใต้พระพุทธศาสนามีหลักธรรมอยู่มากมาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ จึงยกตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

๒.๓.๑ พรหมวิหาร

เป็นธรรมเครื่องอยู่ของพรหม, ธรรมประจำใจอันประเสริฐ, ธรรมประจำใจของท่านผู้มีคุณความดียิ่งใหญ่ เป็นหลักธรรมประจำใจของผู้ประเสริฐหรือผู้มีจิตใจที่ยิ่งใหญ่กว้างขวางดุจพระพรหม ๔ อย่าง^{๑๐๖} ดังนี้

เมตตา คือ ความรักใคร่ปรารถนาดีอยากให้ผู้อื่นมีความสุข มีจิตอันแผ่เมตรี และคิดทำประโยชน์แก่มนุษย์สัตว์ทั่วหน้า

กรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของปวงสัตว์

มุทิตา คือ ความยินดี ในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตผ่องใสบันเทิง มีจิตแช่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอ ต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีด้วยเมื่อเขาได้ดีมีสุข เจริญอกงาม ยิ่งขึ้นไป

อุเบกขา คือ ความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมตามที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือ มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรม ที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตนประกอบ พร้อมทั้งจะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดู ในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำ เพราะเขารับผิดชอบตนได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผิดชอบตนเอง หรือเขาควรได้รับผลอันสมกับความรับผิดชอบของตน

๒.๓.๒ อภินหัจเวกขณ์

อภินหัจเวกขณ์ หมายถึง การพิจารณา ๕ ประการ ได้แก่ (๑) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ (๒) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้ (๓) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้ (๔) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เราจะต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น (๕) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีกรรมเป็นของตัว เราทำดีจักได้ดี ทำชั่วจักได้ชั่ว

^{๑๐๖} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), *ธรรมบุญชีวิต*, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา, ๒๕๔๑), หน้า ๒๐.

อภิณหปัจเจกขันธ์ ๕ คือ ธรรมที่ควรพิจารณาอยู่เนื่อง ๆ มีอยู่ ๕ ประการ ได้แก่

๑. ขราธัมมตา พิจารณาเนื่อง ๆ ว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่มีใครล่วงพ้นไปได้
๒. พยาธัมมตา พิจารณาเนื่อง ๆ ว่า เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่มีใครล่วงพ้นไปได้
๓. มรณธัมมตา พิจารณาเนื่อง ๆ ว่า เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่มีใครล่วงพ้นไปได้
๔. ปิยวินาภาวตา พิจารณาเนื่อง ๆ ว่า เราต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งนั้น (แม้แต่ตัวเองอันเป็นที่รักของตน)
๕. กัมมัตสสกา พิจารณาเนื่อง ๆ ว่า เรามีกรรมเป็นของตัว จักต้องรับผลของกรรม เราทำดีจักได้ดี ทำชั่วจักได้ชั่ว^{๑๐๗}

อภิณหปัจเจกขณะ แปลว่า ข้อที่ควรพิจารณาอยู่เนื่อง ๆ หรือทุกขณะ เพื่อไม่ให้เกิดความประมาทหมัวเมา การให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ว่าจะอยู่ในสถานะไหน เช่น หนุ่ม สาว หรือวัยชรา เมื่อได้พิจารณาอยู่เสมออย่างนี้ ก็จะช่วยป้องกันความมัวเมาในความเป็นหนุ่มสาว ในทรัพย์สมบัติ และในชีวิต เป็นต้น บรรเทาความลุ่มหลง ช่วยความยึดมั่นถือมั่น ทำให้นึกถึงแต่ความดี และทำให้จิตใจสงบ และเมื่อเสียชีวิตไปก็จะจากไปอย่างสงบ

๒.๓.๓ โยนิโสมนสิการ

โยนิโสมนสิการ (การใช้ความคิดถูกวิธี) คือ การทำในใจโดยแยบคาย มองสิ่งทั้งหลายด้วยความคิดพิจารณาสืบค้นถึงต้นเค้า สืบหาเหตุผลจนตลอดสาย แยกแยะออก พิเคราะห์เหตุด้วยปัญญาที่คิดเป็นระเบียบและโดยอุบายวิธี ให้เห็นสิ่งนั้นๆ หรือปัญหานั้นๆ ตาม สภาวะและตามความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย^{๑๐๘} การใช้ความคิดถูกวิธีนี้เองเป็นต้นทางแห่งการ เกิดขึ้นของอริยมรรค การเกิดขึ้นของความคิดที่ถูกต้องอันนำไปสู่ความหลุดพ้นแห่งจิตในที่สุด พระพุทธองค์ทรงตรัสสรรเสริญคุณประโยชน์ของโยนิโสมนสิการไว้ ได้แก่

“ภิกษุทั้งหลาย ร่างกายนี้ ดำรงอยู่ด้วยอาหาร อาศัยอาหารจึงดำรงอยู่ได้ ไม่มีอาหารหาดำรงอยู่ได้ไม่ ฉันทใด โพชนงค์๗ ก็ฉันทนั้นเหมือนกัน ดำรงอยู่ได้ด้วยอาหาร อาศัยอาหารจึงดำรงอยู่ได้ ไม่มีอาหารหาดำรงอยู่ได้ไม่ อะไรเล่าคืออาหาร ก็คือการกระทำให้มากซึ่งโยนิโสมนสิการ”

“เราไม่เล็งเห็นองค์ประกอบภายในอื่นแม้สักอย่างเดียว ที่มีประโยชน์มากสำหรับภิกษุผู้เป็นเสขะ เหมือนโยนิโสมนสิการ ภิกษุผู้มีโยนิโสมนสิการ ย่อมกำจัดอกุศลได้ และย่อมยังกุศลให้เกิดขึ้น”

“เราไม่เล็งเห็นธรรมอื่น แม้สักข้อหนึ่ง ซึ่งเป็นเหตุให้สัมมาทิฐิที่ยังไม่เกิดก็เกิดขึ้นที่ เกิดขึ้นแล้ว ก็เจริญยิ่งขึ้น เหมือนโยนิโสมนสิการเลย”

^{๑๐๗} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๑๘๐.

^{๑๐๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๗.

“ธรรม ๙ อย่างที่มีอุปการะมาก ได้แก่ ธรรม ๙ อย่าง ซึ่งมีโยนิโสมนสิการเป็นมูลกล่าวคือ เมื่อโยนิโสมนสิการ ปราโมทย์ย่อมเกิด เมื่อปราโมทย์ ปิตีย่อมเกิด เมื่อมีใจมีปิติ กายย่อมสงบระงับ (ปีสัสติ) เมื่อกายสงบระงับย่อมได้เสวยสุข ผู้มีสุข จิตย่อมเป็นสมาธิผู้มีจิตเป็นสมาธิ ย่อมรู้เห็นตาม เป็นจริง เมื่อรู้เห็นตามเป็นจริง ย่อมนิพพิทาเอง เมื่อนิพพิทากัวิราคะ เพราะวิราคะ ก็วิมุตติ”

“โยนิโสมนสิการ ย่อมเป็นไปเพื่อประโยชน์ยิ่งใหญ่ เพื่อความดำรงมั่นไม่เสื่อมสูญไม่ อันตรธานแห่งสัทธรรม”^{๑๐๙}

๒.๓.๔ อปัมมาทะ

อปัมมาทะ (ความไม่ประมาท) คือ ความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียรที่มี สติ เป็นเครื่องเร่งรัดและควบคุม ได้การดำเนินชีวิตโดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติ ปฏิบัติและ การกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัว ไม่ยอมถลำลงไปทางเสื่อม แต่ไม่ยอมพลาด โอกาสสำหรับความ ดีงามและความเจริญก้าวหน้า ตระหนักในสิ่งที่พึงทำและพึงละเว้น ใส่ใจ สำนึกอยู่เสมอในหน้าที่อัน จะต้องรับผิดชอบ ไม่ยอมปล่อยปละละเลย กระทำการด้วยความ จริงจัง รอบคอบ และรุดหน้า เร็วไป ความไม่ประมาทนี้เองพระพุทธองค์ทรงแสดงไว้ว่าเป็นทั้งหมดและเป็นที่สุดของธรรม ทั้งดำรงไว้ซึ่งประโยชน์ทั้งสองคือประโยชน์ในปัจจุบัน และประโยชน์ในภายหน้าไว้ดังนี้

ภิกษุทั้งหลาย รอยเท้าของสัตว์ที่เกี่ยวไปบนแผ่นดินทั้งหมดรวมลงในรอยเท้าช้าง รอยเท้า ช้างชาวโลกกล่าวว่าเลิศกว่ารอยเท้าเหล่านั้น เพราะเป็นรอยใหญ่ แม่นั่นใด กุศล ธรรมทั้งหมดก็ฉันนั้น เหมือนกัน มีความไม่ประมาทเป็นมูล รวมลงในความไม่ประมาท ความไม่ประมาทบัณฑิตกล่าวว่าเลิศ กว่ากุศลธรรมเหล่านั้นหรือ

พระผู้มีพระภาคตรัสตอบว่า มหาบพิตร ธรรมอย่างหนึ่งที่ยึดประโยชน์ในปัจจุบัน และ ประโยชน์ในภายหน้าไว้ได้ คือ ความไม่ประมาท รอยเท้าของสัตว์ทั้งหลายที่สัญจรไปบน แผ่นดินชนิด ไตชนิดหนึ่ง รอยเท้าเหล่านั้นทั้งหมดย่อมรวมลงในรอยเท้าช้าง บัณฑิตกล่าว ว่ารอยเท้าช้างเป็นเลิศ กว่ารอยเท้าเหล่านั้น เพราะเป็นรอยใหญ่ ฉะนั้นใด มหาบพิตร ธรรม อย่างหนึ่งที่ยึดประโยชน์ทั้งสอง ไว้ได้ คือประโยชน์ในปัจจุบัน และประโยชน์ในภายหน้า คือ ความไม่ประมาท ก็ฉันนั้น

๒.๓.๕ การเจริญสมถะและวิปัสสนา

สมถะ หมายถึงการฝึกจิตให้สงบ^{๑๑๐} จนตั้งมั่นแน่วแน่เป็นสมาธิจนถึงขั้นได้ฌานวิปัสสนา หมายถึงการเห็นแจ้ง หรือวิธีทำให้เกิดการเห็นแจ้ง ข้อปฏิบัติในการฝึกฝนอบรมปัญญาให้เกิด ความเห็นแจ้งรู้ชัดสิ่งทั้งหลายตรงต่อสภาวะของมัน คือเข้าใจตามความเป็นจริง หรือตามสิ่งที่สิ่งเหล่านั้น มันเป็นของมันเอง รู้แจ้งชัดเข้าใจจริง จนถอนความหลงผิด รู้ผิด และยึดติดในสิ่งทั้งหลายได้ จน เปลี่ยนหน้าที่ต่อโลกและชีวิตใหม่ ความรู้ความเข้าใจถูกต้องที่เกิดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในระหว่างการปฏิบัติ

^{๑๐๙} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ ๓๙, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า ๖๖๘.

^{๑๑๐} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์, หน้า ๓๙๘.

นั้น เรียกว่า ญาณ มีหลายระดับ ญาณสำคัญในขั้นสุดท้ายเรียกว่า วิชชา เป็นภาวะตรงข้ามที่กำจัดอวิชชา คือความหลงผิดไม่รู้แจ้ง ไม่รู้จริงให้หมดไป ภาวะจิตที่มีญาณหรือวิชชานั้น เป็นภาวะที่สุขสงบ ผ่องใสและเป็นอิสระ เพราะลอยตัวพ้นจากอำนาจครอบงำของกิเลส ญาณและวิชชาเป็นจุดมุ่งหมายของวิปัสสนา เพราะนำไปสู่วิมุตติ คือความหลุดพ้นเป็นอิสระที่แท้จริงยั่งยืนถาวร

ผู้ปฏิบัติสมณะ อาจทำแต่สมณะอย่างเดียว โดยมุ่งหวังอยู่ที่ผลคือฉานสมาบัติและอภิญญาทั้ง ๕ ไม่ต้องเกี่ยวข้องกับวิปัสสนาก็ได้ คือหยุดเพียงขั้นสมาธิ ไม่ก้าวไปถึงขั้นปัญญา แต่ผู้ปฏิบัติวิปัสสนาต้องอาศัยสมณะ ผลที่ต้องการจากสมณะตามหลักพุทธศาสนา คือการสร้างสมาธิเพื่อใช้เป็นบาทฐานของวิปัสสนา

ผู้บรรลุอรหัตผล จะต้องได้เจโตวิมุตติและปัญญาวิมุตติครบทั้งสองอย่าง คำทั้งสองนี้จึงมาคู่กันเสมอในข้อความที่กล่าวถึงการบรรลุอรหัตผล ดังบาลีว่า “เพราะอาสวะทั้งหลายสิ้นไป จึงทำให้เห็นประจักษ์ด้วยปัญญาอันยิ่งเอง ซึ่งเจโตวิมุตติ ปัญญาวิมุตติ ที่ไม่มีอาสวะ ในปัจจุบันนี้ทีเดียว” ดังนั้นเจโตวิมุตติ เป็นผลของสมณะ ปัญญาวิมุตติ เป็นผลของวิปัสสนา และสมณะและวิปัสสนาจะต้องมาควบคู่กันแม้ในขั้นผลเช่นเดียวกับในขั้นมรรค^{๑๑๑}

“ภิกษุทั้งหลาย ธรรมสองอย่าง เป็นฝ่ายวิชชา สองประการคืออะไรบ้างคือ สมณะและวิปัสสนา ดูกรภิกษุทั้งหลาย สมณะที่เจริญแล้ว นำประโยชน์อะไรมาให้ จิต (ของเขา) ย่อมเจริญอกงาม จิตที่เจริญแล้ว นำประโยชน์อะไรมาให้ ย่อมทำให้ราคะ คือความกำหนัดในอารมณ์สิ้นไป”

“ดูกรภิกษุทั้งหลาย วิปัสสนาที่เจริญดีแล้ว นำประโยชน์อะไรมาให้ ปัญญา ย่อมเจริญอกงาม ปัญญาที่เจริญแล้ว นำประโยชน์อะไรมาให้ ย่อมทำอวิชชา คือ ความไม่รู้จริงให้สิ้นไป อีกประการหนึ่ง”

“ภิกษุทั้งหลาย จิตที่เศร้าหมองเพราะราคะ ย่อมไม่หลุดพ้น หรือปัญญาที่เศร้าหมองเพราะอวิชชา ย่อมไม่เจริญอกงาม ด้วยประการฉะนี้แล ภิกษุทั้งหลาย การหลุดพ้นเพราะจิต จะมีได้ก็เพราะสํารอกุราคะ การหลุดพ้นเพราะปัญญา จะมีได้ก็เพราะสํารอกอวิชชา”^{๑๑๒}

๒.๓.๖ สังคหัตถุธรรม

สังคหัตถุธรรม หมายถึง ธรรมที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจบุคคลและประสานหมู่ชนให้เกิดความสามัคคี ประกอบด้วยสาระสำคัญ ๔ ประการ^{๑๑๓} คือ

(๑) ทาน หมายถึง การให้ คือ เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ เสียสละ แบ่งปัน ช่วยเหลือกันด้วยสิ่งของ ตลอดถึงให้ความรู้และแนะนำสั่งสอน

^{๑๑๑} อ้างแล้ว.

^{๑๑๒} อง.ทุก. (ไทย) ๒๐/๓๒/๗๖.

^{๑๑๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๑๔๓.

(๒) ปิยวาจา หรือ เปยยวัชชะ หมายถึง วาจาเป็นที่รัก วาจาพูดต็มน้ำใจหรือวาจาซาบซึ้งใจ กล่าวคำสุภาพไพเราะอ่อนหวานสมานสามัคคี ให้เกิดไมตรีและความรักใคร่กันบ้าง ตลอดจนคำแสดงประโยชน์ประกอบด้วยเหตุผลเป็นหลักฐานจูงใจให้ยินยอมตาม

(๓) อตถจริยา หมายถึง การประพฤติประโยชน์คือ ขอนช่วยช่วยเหลือกิจการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขปรับปรุงส่งเสริมในทางจริยธรรม

(๔) สมนัตตา หมายถึง ความตีตนเสมอ คือ ทำตนเสมอต้นเสมอปลายปฏิบัติสม่ำเสมอในชนทั้งหลาย และเสมอในสุขทุกข์โดยรวมรับรู้ร่วมแก้ไข ตลอดจนถึงวางตนเหมาะสมแก่ฐานะภาวะ บุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ถูกต้องตามธรรมในแต่ละกรณี

หลักสังคหัตถุธรรม เป็นธรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตที่ดีร่วมกัน อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายพึงยึดถือและนำไปปฏิบัติ เพราะเป็นการช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย การเอาใจใส่เสมอต้นเสมอปลาย ธรรมข้อนี้เกิดต่อเนื่องผู้มีพรหมวิหารเป็นพื้นฐานในจิตใจ ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่มีสังคหัตถุ ธรรมมะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์ร่วมกันให้มีความสุขกายสบายใจได้

๒.๓.๗ ความมีกัลยาณมิตรตตา

ความมีกัลยาณมิตรตตา คือ มีผู้แนะนำสั่งสอน ที่ปรึกษา เพื่อนที่คบหา และบุคคลผู้แวดล้อมที่ดี ความรู้จักเลือกเสวนาบุคคล หรือเข้าร่วมหมูกับท่านผู้ทรงคุณทรงปัญญา มีความสามารถซึ่งจะช่วยแวดล้อม สนับสนุน ชักจูง ชี้ช่องทาง เป็นแบบอย่าง ตลอดจนจนเป็น เครื่องอุดหนุนเกื้อกูลแก่กัน ให้ดำเนินก้าวหน้าไปด้วยดี ในการศึกษาอบรม การครองชีวิต การ ประกอบกิจการ และธรรมปฏิบัติสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี^{๑๑๔} การมีกัลยาณมิตรที่คอยชี้แนะ สั่งสอนยอมทำให้อริยมรรคองงามขึ้น ดังพุทธพจน์ที่พระพุทธองค์ตรัสสั่งสอนไว้ว่า “ภิกษุทั้งหลาย เมื่อดวงอาทิตย์กำลังจะอุทัยย่อมมีแสงอรุณขึ้นมาก่อน เป็น บุพนิมิต ฉันทใด กัลยาณมิตรตตาก็เป็นตวันา เป็นบุพนิมิตเพื่อความเกิดขึ้นแห่งอริยมรรคมีองค์ ๘ ฉันทัน”^{๑๑๕}

^{๑๑๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๕๗.

^{๑๑๕} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๕๖/๔๕.

๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและศึกษาค้นคว้างานวิจัยเช่น การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ และได้นำเสนอสาระโดยสังเขปไว้ดังนี้

พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

๑) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสภาพจิตใจที่เปราะบางอ่อนแอมาก เขาต้องการใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยม หรืออย่างไม่มีเงื่อนไข จากสภาพจิตใจที่เปราะบาง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยวออกมาได้ง่าย ผู้ดูแลสามารถช่วยได้ด้วยความอดทนอดกลั้นพยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ดังนั้นสิ่งที่ญาติหรือผู้ดูแลขาดไม่ได้คือสติอยู่เสมอ สติช่วยให้ไม่ลืมหืมตา และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม

๒) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้วาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึง ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ การปกปิดความจริงย่อมทำให้เขามีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง ดังนั้น ในการบอกข่าวร้ายสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจแก่เขาว่า เรา(ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด ประโยชน์อีกอย่างหนึ่งในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่า เมื่อตนมีอาการเพียบหนักก็ไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวรักษาไปถึงขั้นไหน บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัว ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะโคม่าญาติไม่มีทางเลือกจึงขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตายให้ยาวออกไป ไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลยซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

๓) ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ผู้ป่วยระลึกความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิด ความปิติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ

๔) ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ ก็คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างเช่นภารกิจงานที่ยังค้าง ความโกรธแค้นใครบางคน ความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย คนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน หาไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธผลึกไสความตายและตายไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะ

หมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้วในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าส่งผลให้ผู้ตายไปสู่สุคติด้วย แทนที่จะไปสู่สุคติ วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้น แม้จะยังไม่มีโอกาสสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดปล่อยความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป

๕) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การขัดขืนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าเป็นสาเหตุแห่งทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เหตุที่เราขัดขืนดิ้นรนก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ ได้แก่ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ทรัพย์สมบัติหรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยโรคร้าย สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กลายอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเหยียวยาวจิตใจ

๖) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ การงดพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร้องไห้ หากญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้นแม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้

๗) กล่าวคำอำลา แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิใช่ประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายผู้ป่วย ในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมากกว่าซึ่งหมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกลุ้มรุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ^{๑๖}

นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี กล่าวถึง หลักการของ Palliative Care หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งในทางปฏิบัตินั้น คงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นเรื่องสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่น ๆ ซึ่งหลักการสำคัญสามารถสรุปสั้น ๆ ได้เป็น“๔ C” ดังนี้

^{๑๖} พระไพศาล วิสาโล, การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (๑๙๘๗), ๒๕๕๐), หน้า ๑๕-๑๙.

๑) Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป็นหลัก

๒) Comprehensive : ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ

๓) Coordinated : เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและ สังคม

๔) Continuous : มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ^{๑๑๗}

จากหนังสือคู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (ฉบับปรับปรุง) ได้กล่าวถึงแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธไว้ว่า แม้ว่า ในศาสนาพุทธแบบเถรวาทจะไม่มี พิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธไว้ดังนี้

การดูแลสุขภาพกาย ให้เน้นในปัจจุบันพื้นฐานที่จำเป็นคืออาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งให้ฝึกการสำรวมสิ่งที่มากระทบตา หู จมูก ลิ้น และกาย อย่างระมัดระวังและให้เป็นไปในทางกุศล

การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูลเห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจใช้วิธีการทำสมาธิ ระลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น รับฟังรายละเอียดการดูแลรักษาจากแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติ เข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

การสร้างสมาธิ เราสามารถทำสมาธิและจดจ่อกับสิ่งใดก็ตาม ด้วยการเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำบุญการใส่บาตร การถวายสังฆทาน การสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้ทุกข์ยากการถือศีล (ในกรณีที่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟังการระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระธรรมพระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ

การฝึกสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออกการจดจ่อกับท้องที่พองและยุบทุกครั้งที่ยายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกระพริบตาขยับมือ การบริการพระพุทธรูป-โธ

^{๑๑๗} เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์, (กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๓.

การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะ เป็นความดีที่กระทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติจะนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์บท โปะหมงคล และการชักบังสุกุลเป็น ทำบุญปล่อยนกปล่อยปลา หรือการไถ่ชีวิตสัตว์เป็น ๆ เช่น วัว ควาย ที่กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก^{๑๑๘}

พระศักดิ์ธัช ส่วโร ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงพุทธไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมี ๓ ประการ ดังนี้

ประการที่ ๑ การตายอย่างมีสติ เมื่อทุกคนตากรูตีว่าความตายใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่จะตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะไปไหน ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องวางจุดหมายเป็นอันดับแรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความระลึกถึงความจริงนี้ โดยวิธีการถายทอดโอวาทสุดท้าย (ปัจฉิมวาจา) ของพระพุทธเจ้าที่ว่า “สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมไปเป็นธรรมดา เธอทั้งหลายจงทำหน้าที่ให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาทเถิด” และให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณสติด้วยวิธีการงาย ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียมกายและใจให้พร้อม รู้เท่าทันความจริงของชีวิต มีสติระลึกความตึงามที่ใดทำไวมะหลงตาย จะได้สามารถเชื่อมต่อความดีของตัวเองในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตายลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพภูมิที่ดี

ประการที่ ๒ การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นาน เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และพึงกระทำ นั่นคือให้ตายตามกาลเวลา (กาลมรณะ) เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไป ทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่างที่เรียกว่า “กรรม”

ประการที่ ๓ การทำให้ชีวิตใหม่มีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก ๒ ประการ คือ

๑. จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ป่วยมี ๕ ระดับ คือ

๑.๑ กายิกสุข สุขทางกาย ไหร่างกายสามารถปฏิบัติการหรือผลัดเปลี่ยนอริยาบทได้ตามสมควรแก่ฐานะ พอให้ผู้ป่วย (ที่พอจะรับรู้ได้บาง) เกิดความรู้สึกว่าตัวเองยังมีเกียรติและศักดิ์ศรี ในฐานะเป็นมนุษย์ หรือญาติของผู้ป่วยเกิดความสบายใจเมื่อได้พบเห็นสภาพของผู้ป่วย

๑.๒ เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำราญแจ่มชื่น ไม่นุ่นมัวด้วยอำนาจโลภะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากระทบ

๑.๓ วิปัสสันจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต

๑.๔ สุคติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

^{๑๑๘} พรทวิ ยอดมงคล, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง, (นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ลิพัฒนา จำกัด, ๒๕๖๑), หน้า ๒๘-๓๐.

๑.๕ นิพพานสุข ใหม้สุขอันเกิดจากนิพพานในกรณีที่อยู่ป็นสยงคประกอบพร้อมเชนกรณีของพระปุติคัตตติสเถระ

๒. จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมี ๔ ระดับ คือ

๒.๑ ใหม้โอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม

๒.๒ ใหม้ความเขาใจธรรมชาติของโลกและชีวิตอันเปนผลมาจากการที่ได้คลุกคลีอยู่กับุคคลผู้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีจิตองงามพัฒนา

๒.๓ ใหได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ใดดูแลผู้ป่วย

๒.๔ ใหม้การสรางแบบอยางดีงามแกสังคมในเรื่องความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน

พระพุทธศาสนาเถรวาทจึงถือว่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายมีความสำคัญมากใน ๒ ระยะ คือ ระยะก่อนตาย (อาสันนกาล) และระยะขณะตาย (ปัจจาสันนกาล) โดยถือว่ ถ้าจิตใจของผู้ป่วยเศร้าหมอง หลงลืมสติ จะทำให้ไม่สามารถเผชิญหน้ากัความทุกขทรมานทางร่างกายได้นอกจากนี้จิตใจจะหวาดหวั่นพรันพรัง วิตกกังวล ขาดสติและกลัวตาย ทำให้ต้องตายอยางทุกขทรมาน ขาดที่พึ่ง ไม่สงบ ผู้ที่ตายอยางไม่สงบนั้นนอกจากจะต้องทุกขทรมานในขณะใกล้ตายแล้วพระพุทธศาสนาเถรวาทยังถือว่ จะต้องไปทนทุกขทรมานหลังความตายในภพต่อ ๆ ไปอีกด้วย คือ ต่อไปทุกขทรมานในทุกคติภูมิมีนรก เตรีจฉาน เปรต และอสุรกายอยางใดอยางหนึ่งอยางแน่นอน ดังพุทธภาษิตว่ “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกคติก็เปนอันหวังได” หลักการดูแลในระยะใกล้ตายและระยะจวนตายจึงมีความสำคัญอยางมากสำคัญทั้งก่อนตายและหลังจากตายแล้ว หากระยะใกล้ตายและจวนตายของผู้ป่วยได้รับการดูแลอยางดีทั้งในดานจิตใจและมีสติปัญญาในขณะตาย นอกจากผู้ป่วยจักตายอยางสงบแล้วในปรภพชื้อว่ยอมไปสุภภูมิที่ดีอีกด้วย ดังพุทธภาษิตที่ว่ “เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สติก็เปนอันหวังได” นั่นก็คือขณะตายมีจิตใจองใส ยอมตายอยางสงบ ไม่หลงลืมสติเมื่อนั้นเขายอมไปเกิดในภพภูมิที่ดีและมีความสุขด้วยถึงแมจะเปนเพียงกามสุข ที่จะนำไปสูสรวรรคชั้นกามภูมิก็ตาม^{๑๑๙}

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลจากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กักิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันกัวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตน ตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิด

^{๑๑๙} พระศักดิธัช ส่วโร, “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงพุทธบูรณาการ”, วารสารมหาจุฬาฯ วิทยาเขตแพร่, ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๒): ๕๓.

ความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{๑๒๐}

พระณัฐกิตติ อนารโท (มุ่ยเหง่า) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ศึกษาหลักมรณสติในพระไตรปิฎก” พบว่า วิธีสอนการระลึกถึงความตายที่เกิดขึ้นในชีวิตตนในอนาคต หรือคนอื่น ทำให้ปล่อยวาง ไม่ยึดติดในรูปนาม มองความตายมาถึงตน และคนอื่นเป็นเรื่องที่ดั่งาม เป็นครูสอนใจให้รู้ว่าชีวิตที่เกิดมาก็อยู่ได้ไม่นานเมื่อถึงกาลเวลาแล้ว^{๑๒๑}

พระครูอินทสารวิจักษ์ อินทสโร (กิจไร่) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสธที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา” พบว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคเป็น ๒ ประเภท คือ โรคทางกายและโรคทางใจ ในพระพุทธศาสนามีหลักในการรักษาโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยมี ๒ แนวทางด้วยกัน คือการรักษาด้วยยาสมุนไพรได้แก่เภสัชทั้ง ๕ รวมไปถึง พิษต่าง ๆ ส่วนการรักษาโรคทางใจด้วยธรรมโอสธ ได้แก่โพชฌงค์ ๗ และสัญญา ๑๐ ควบคู่กับการทำสมาธิเพื่อให้จิตสงบ รวมไปถึง สัปายะ ๗ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งร่างกายและจิตใจ อันได้แก่ ๑) ที่อยู่เหมาะสม ๒) สมบูรณ์ด้วยอาหารพอเลี้ยงชีพได้ ๓) พุดคุยเรื่องธรรมิกถาพอประมาณ ๔) คบท่านที่มีคุณธรรม ๕) มีอาหารเหมาะสมแก่ร่างกาย ๖) อากาศพอเหมาะไม่หนาวไม่ร้อน ๗) อริยาบถพอเหมาะเคลื่อนไหวพอดี^{๑๒๒}

ดรขนิ ลินธวงศานนท์ ได้ศึกษาวิจัย “เรื่องบูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธานุชาตนาเถรวาท” ในหัวข้ออภิปรายผลการวิจัยได้กล่าวว่าการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมนี้มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนทางกาย วาจา ใจ กล่าวคือ ด้านทางกายทำให้เกิดความอดทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีความสำรวมในกิริยามารยาทมากขึ้น ทางวาจาทำให้สำรวมเป็นผู้มีความคิดไตร่ตรองก่อนพูด และด้านใจทำให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของสติมากขึ้น ทำให้มีความคิดอยากทำความดีมากขึ้น เป็นผู้มื่ออารมณ์แจ่มใสเบิกบานอยู่เสมอและที่สำคัญที่สุดคือจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธานุชาตนาเถรวาทนั้นอยู่ที่ “การตายดี” หรือ “การตายอย่างสงบ” ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยจะไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายและทางใจมากเกินไป มีกายสงบ มีใจสงบ ปล่อยวาง อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี ท่ามกลางครอบครัว มิตรสหาย บุคคลอันเป็นที่รักซึ่งสอดคล้องกับพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) ที่ท่านได้กล่าว เรื่อง ตายดีคืออย่างไร และสำคัญอย่างไรในการปาฐกถาธรรม เรื่อง “ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี” ตามคำอาราธนาของสถาบันเวชศาสตร์

^{๑๒๐} วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย”, *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, (คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

^{๑๒๑} พระณัฐกิตติ อนารโท (มุ่ยเหง่า), “ศึกษาหลักมรณสติในพระไตรปิฎก”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

^{๑๒๒} พระครูอินทสารวิจักษ์ อินทสโร (กิจไร่), “ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสธที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสงฆ์เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๔๑ ว่าการตายดีคือการมีชีวิต ไม่หลงตายซึ่งท่านเน้นอยู่เสมอ หมายความว่าในการดำเนินชีวิตที่ดีนั้น การสิ้นสุดของชีวิตก็ถือว่าเป็นตอนที่สำคัญ ที่ว่าไม่หลงตาย คือมีจิตใจไม่ฟั่นเฟือน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน แล้วก็ขยายความไปถึงการที่ว่าจิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ตั้งงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ ใช้คำ บอกว่า “อะระหัง” เป็นคติที่ให้ความรู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในขั้นสุดท้ายให้จิตใจเกาะยึดเหนี่ยวอยู่กับคุณพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา จากการตายดีมีสติไม่หลงตาย นั้นนอกจากความหมายในขณะที่ตายแล้ว ยังมีความหมายโยงไปถึงภพที่จะเกิดใหม่ด้วย ดังพระพุทธเจ้าทรงตรัสไว้ว่าจิตเต สงกิลิฐุทุกคตติ ปาฎิกงขา เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ทุกติเป็นอันหวังได้ (ไปไม่ดีในอบายภูมิ) จิตเตอสงกิลิฐุ สุกตติ ปาฎิกงขา เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้ว สุกตติเป็นอันหวังได้ (ไปสู่สุคติภูมิ)^{๑๒๓}

จากสาระสังเขปออนไลน์ ที่กล่าวถึงหนังสือ จะอยู่หรือไป? เปิดมุมมองต่อความตาย และ Living Will หนังสือที่นำไปสู่ “การตายดี” มีข้อความตอนหนึ่งได้กล่าวว่า เมื่อชีวิตดำเนินมาถึงจุดที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้เหมือนจิตใจต้องการ ทั้งโรคร้าย สภาพความเป็นอยู่ และอวัยวะต่างๆ ที่เสื่อมสภาพจนไม่สามารถมีความสุขกับการดำเนินชีวิตได้อีกต่อไป การรักษาต่อไปไม่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับดูแลแบบประคับประคอง หรือ ‘Palliative Care’ นอกจากการดูแลด้วยแพทย์เป็นระยะๆ เขายังต้องการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจไปพร้อมกัน เช่น มีความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ต้องการสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ต้องการควบคุมชีวิตตัวเองได้ ต้องการสะสางเรื่องค้างคาให้เสร็จเรียบร้อย ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ และต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดี ๆ เพื่อจะได้นำไปสู่การตายดี^{๑๒๔}

พญ.ชัญวลี ศรีสุโข ได้เขียนบทความใน “วารสารก้าวใหม่ คอลัมน์ก้าวนำความคิดในชื่อเรื่องเมื่อความตายมาถึง” มีตอนหนึ่งกล่าวว่า มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาบนโลกนี้ไม่อาจมีใครพ้นความตายไปได้เมื่อความตายมาถึง...การมองเห็นความตายเป็นสภาวะธรรมชาติทำให้เป็นเรื่องที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติไม่เดือดร้อนสิ้นเปลืองผู้มีชีวิตอยู่ ถือว่าเป็นการตายดี แต่คนเราไม่ได้ตายดีทุกคน จากปทานุกรมความตายหรือข่ายพุทธิกา ความหมายของการตายดีคือ

๑. เป็นความตายที่ผู้ตายยอมรับได้และพร้อมจะจากไป
๒. ผู้ป่วยทราบว่าความตายกำลังจะมาถึง เข้าใจว่าจะเกิดอะไรต่อไป
๓. เป็นการตายอย่างมีสติ

^{๑๒๓} ดร.ชนัน สีนธุงสานนท์, “บูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาท”, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๘): ๖๓

^{๑๒๔} ADB TEAM, การตายดี: จะอยู่หรือไป? เปิดมุมมองต่อความตาย และ Living Will, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://adaybulletin.com/life-feature-leaving-beautifully/๑๙๐๔๖> [๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓].

๔. ได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์และมีความเป็นส่วนตัว
๕. ได้รับข้อมูลและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น
๖. ได้รับการดูแลรักษาบรรเทาอาการปวดและอาการทางกายอื่นๆ
๗. สามารถเลือกได้ว่าจะตายที่ไหน
๘. ได้รับการดูแลทางอารมณ์และจิตวิญญาณตามความต้องการ
๙. เลือกได้ว่าจะให้ใครอยู่ด้วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
๑๐. สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าต้องการได้รับการปฏิบัติอย่างไรในวาระสุดท้าย
๑๑. มีเวลากล่าวลาบุคคลที่ตนเองรัก สะสางสิ่งค้างค้างในใจ
๑๒. สามารถจากไปอย่างสงบเมื่อถึงเวลา ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยืดชีวิตโดยไร้ประโยชน์^{๑๒๕}

เรวัตน์ เอกวุฒิวงศา และวรารัตน์ สุนทรภา ได้กล่าวว่า ชีวิตและความตายแม้จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน แต่เป็นเรื่องที่ยากยิ่งต่อการเข้าใจ และทำใจยอมรับโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องราวเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย บทความนี้มุ่งนำเสนอ เรื่องราวของชีวิต ความตาย และภาวะใกล้ตายของมนุษย์ ตามมุมมองของพระพุทธศาสนา ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ปฐมกำเนิดแห่งชีวิตต้องประกอบด้วยปัจจัยพร้อม ๓ ประการ ได้แก่

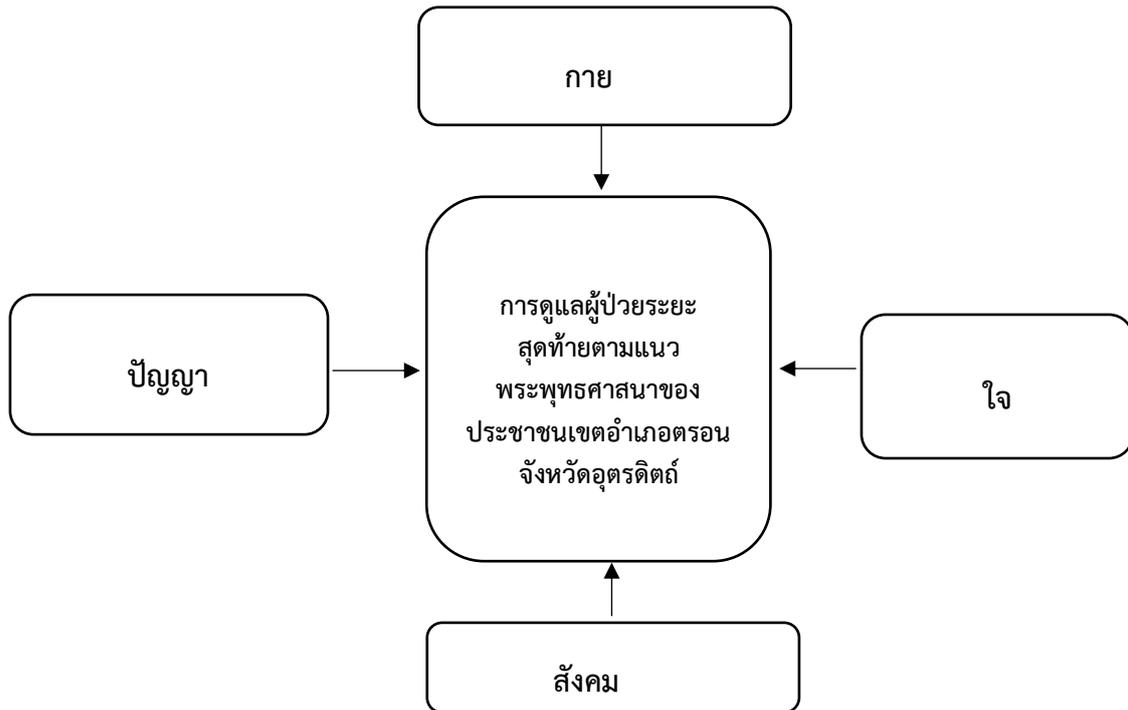
- ๑) บิดา มารดา มีเพศสัมพันธ์กัน
- ๒) มารดาอยู่ในช่วงไข่สุก และ
- ๓) มีสิ่งมีชีวิต (คันธัพพะ)ที่จะมาเกิดในครรภ์ เมื่อกำเนิดเป็นชีวิตแล้วมีชั้น ๕ เป็นองค์ประกอบแห่งชีวิต สำหรับความตายนั้น พุทธศาสนาแบ่งความตายไว้หลายประเภท แต่ความตายที่จริงแท้ในมุมมองพระพุทธศาสนา คือ ความตายที่ไม่ต้องมาเกิดใหม่ และในทุกประเภทของความตาย สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขณะ พุทธศาสนาจึงเน้นย้ำไม่ให้ตั้งตนอยู่ในความประมาทและให้พิจารณาความตายอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ นอกจากนี้แล้วพระพุทธศาสนายังให้ความสำคัญกับ “จิต” ก่อนตายสภาพของจิตก่อนตายเป็นตัวกำหนดภพภูมิหลังความตายนอกเหนือไปจากกรรม จากมุมมองดังกล่าวพยาบาลสามารถนำมาใช้กับชีวิตประจำวันและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ใกล้ตายให้มีภาวะจิตที่สงบก่อนตาย^{๑๒๖}

^{๑๒๕} ชัญวลี ศรีสุโข, “เมื่อความตายมาถึง”, วารสารก้าวใหม่, ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓๙ (พฤษภาคม - มิถุนายน): ๑๑.

^{๑๒๖} เรวัตน์ เอกวุฒิวงศา และวรารัตน์ สุนทรภา, “ชีวิต ความตาย และภาวะใกล้ตาย : มุมมองของพุทธศาสนาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล”, วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ปีที่ ๓๗ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗): ๑๒๗.

๒.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีโดยมุ่งศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาและหลักการที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเถรวาท ที่เป็นส่วนในการปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์อันเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษามากำหนดเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัย



แผนภาพที่ ๒.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยทำการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) มุ่งศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาภาคเอกสาร และการศึกษาภาคสนามโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ การวิจัยภาคเอกสาร (Documentary Research)

ศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาทโดย ศึกษาค้นคว้าจาก พระไตรปิฎกฉบับมหาวิทยาลัทยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อรรถกถา เอกสารงานวิจัยต่าง ๆ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ป่วยตามแนวทางพระพุทธศาสนา จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลและผู้วิจัยใช้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

๓.๑.๒ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการออกแบบการวิจัยโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น ๓ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการศึกษาวิเคราะห์หลักการทางพระพุทธศาสนากับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการศึกษาจากพระไตรปิฎกและคัมภีร์อื่นทางพระพุทธศาสนา ที่เกี่ยวข้อง เพื่อต้องการศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับมุมมองต่อชีวิต สาเหตุการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตามแนวทางของพระพุทธศาสนา และศึกษากรณีตัวอย่างพระองค์และพระสาวกที่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการศึกษาข้อมูลและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา และศึกษาข้อมูลและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน ที่เน้นกระบวนการดูแลแบบ Palliative Care โดยการศึกษาจากข้อมูลเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงขั้นตอนและกระบวนการในการปฏิบัติ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ ๓ การวิเคราะห์ข้อมูลหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา รวมไปถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือพระสงฆ์ที่มีบทบาทและประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลตรอน เพื่อนำผลมาสังเคราะห์เพื่อสร้างและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาจริยธรรมในด้านการแสดงบทบาท หน้าที่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในคัมภีร์พระไตรปิฎก ในมิติสุขภาพ การรักษาการเจ็บป่วย

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์” ผู้วิจัยได้กำหนดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) เฉพาะรายกรณีเท่านั้น^๑ ซึ่งมีคุณสมบัติสอดคล้องกับประเด็นสาระสำคัญในครั้งนี้จำนวน ๑๓ รูป/คน ประกอบด้วย

(๑) พระครูอดุลจารุวรรณ เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๒) พระไชยา นาสีโล วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๓) คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๔) คุณบุญญา นุช ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๕) คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกษีขกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๖) คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

^๑ สุวิมล ติรกานันท์, *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๕), หน้า ๑๗๐.

(๗) คุณสุภัทษา คำก้อนแก้ว แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๘) คุณจอมขวัญ นุ่มสบาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล น้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๙) คุณสุราณี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๑๐) คุณรพีพร คำแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๑๑) คุณปรารณา ศรีชานา ประธาน อสม. หมู่ที่ ๖ บ้านพงสะตือ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๑๒) คุณอำนวยการ ทับทองดี ประธาน อสม. หมู่ที่ ๒ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๑๓) คุณเผด็จ รัตนมาโต ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

การสนทนากลุ่มเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์” มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มโดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน ๑๐ คน ได้แก่

(๑) คุณสุราณี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๒) คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๓) คุณนิตยา มหาปัญญาวงศ์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๔) คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๕) คุณตันย์ชนก อุดนันท์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๖) คุณบุญญาอนุช ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๗) คุณจอมขวัญ นุ่มสบาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล น้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๘) คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำ
อ่าง อำเภอดุตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๙) คุณนรินทร์ น้อยทัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอดุตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

(๑๐) คุณศรีธร อุดแจ่ม แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑) แบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบ
วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ ๒ และ ๓ เกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
ประชาชนในเขตอำเภอดุตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ หลังจากนั้นนำเสนอเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของ
คำถามกับงานวิจัยแก่ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการตรวจสอบจำนวน ๓ ท่าน ดังนี้

(๑) พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

(๒) พระอนุสรณ์ กิตติวัฒน์, ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

(๓) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ฟองคำ อาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น ๒ ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น ๓ ตอน คือ

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกพระสงฆ์ ที่ทำงานด้านการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

ตอนที่ ๒ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลตรอน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

ตอนที่ ๓ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก อ.ส.ม. ในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

๒) แบบคำถามสำหรับประเด็นการสนทนากลุ่มย่อยที่สอดคล้องกับแบบสัมภาษณ์

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

(๑) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิ เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพระพุทธศาสนา และหลักการกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประชาชนในอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี แล้วนำเสนอองค์ความรู้ในบทที่ ๒

(๒) ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลตรอน ในการเข้าเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของโรงพยาบาล หลังจากนั้นนำองค์ความรู้ไปวิเคราะห์และบูรณาการ

(๓) นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ทำการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญและสมาชิก และทำการจัดบันทึกข้อมูล จุดอ่อน จุดแข็ง ประเด็นปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ และนำเสนอกระบวนการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

(๑) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์โดยพิจารณาประเด็นหลักที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ภาพรวมไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นย่อยของกระบวนการวิเคราะห์ตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

(๒) กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อย ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อย โดยทำการถอดบทเรียน จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และอธิบายเป็นความเรียงเชิงพรรณนา นำเสนอผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อไป

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเรื่อง กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยหลังจากที่ผู้วิจัยได้ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในข้อที่ ๑ และ ๒ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาภาคสนามโดยได้ดำเนินการลงพื้นที่สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มย่อย เพื่อจะได้นำ ข้อมูลมาทำการวิเคราะห์กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีผลการศึกษาวิเคราะห์ไว้ดังต่อไปนี้

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานภาคสนาม

๔.๑.๑ ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

โรงพยาบาลตรอน ตั้งอยู่เลขที่ ๒๕๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัด อุตรดิตถ์ เดิมเป็นสถานีอนามัยบ้านแก่ง ต่อมาเป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐ เตียง ตั้งแต่ปีพุทธศักราช ๒๕๒๖ และได้รับขยายการบริการเป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ซึ่งเป็น โรงพยาบาลในระดับ F๒ แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย ๑๒ เตียง ผู้ป่วยหญิง ๑๒ เตียง Palliative care ๑ ห้อง ๑ เตียง ห้องรอกคลอด/หลังคลอด ๑ ห้อง ๒ เตียง ห้องแยกโรค negative pressure ๒ ห้อง และห้อง พิเศษ ๖ ห้อง

เป้าหมายของงาน

ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ตามมาตรฐาน โดยสหวิชาชีพ ทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู งานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ของโรงพยาบาลตรอน ได้มีการเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีการดูแลเฉพาะคนไข้ที่มา รักษาตัวที่โรงพยาบาล ยังไม่มีทีมที่รับผิดชอบเป็นสหวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่รักษา ตัวอยู่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ถูกส่งตัวให้กลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแบบประคับประคอง ได้มีการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงได้มีผู้รับผิดชอบงานออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ทางโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองจึงได้มีการจัดตั้ง ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองขึ้นในโรงพยาบาลตรอน และขยายเครือข่ายการดูแลรวมกลุ่มโรคเรื้อรัง

สถานการณ์

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๓ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน ๔๘ ราย ๕๑ ราย ๖๑ ราย ๖๕ ราย ๗๐ ราย ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจและยอมรับการดูแลแบบ ประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบว่า เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความชัดเจนและ ครอบคลุม ปัญหาจากระบบการส่งต่อจากเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำใน รพ. และเลือกที่จะเสียชีวิตใน โรงพยาบาล ดังนั้น ทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่าง ต่อเนื่อง และขยายการบริการจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่เครือข่าย รพสต.และชุมชน โดยการ ขับเคลื่อนระบบภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๕๙
๑. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการประเมินความต้องการการดูแล	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	๗๐	๖๕	๖๑	๕๑	๔๘
	ผลงาน	๗๐	๖๔	๕๙	๔๙	๔๔
	ร้อยละ	๑๐๐.๐๐	๙๘.๔๖	๙๖.๗๒	๙๕.๙๒	๙๑.๖๗
๒. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	๗๐	๖๕	๖๑	๕๑	๔๘
	ผลงาน	๗๐	๖๔	๕๙	๔๙	๔๒
	ร้อยละ	๑๐๐.๐๐	๙๘.๔๖	๙๖.๗๒	๙๕.๘๓	๘๗.๕๐
๓. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	๗๐	๖๕	๖๑	๕๑	๔๘
	ผลงาน	๕๗	๕๓	๕๐	๔๗	๔๐
	ร้อยละ	๘๑.๔๓	๘๑.๕๓	๘๑.๖๖	๙๒.๑๖	๘๓.๓๓

ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการทบทวน case อุบัติการณ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินเข้าโครงการล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด แพทย์มีความเห็นให้เข้าโครงการดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์ประเมินที่ใช้อยู่เดิมไม่ชัดเจนและครอบคลุมจึงได้พัฒนาเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยเข้าโครงการ ตามข้อบ่งชี้รายโรค (Inclusion criteria ๑๐ โรค) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการการดูแลได้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแล

จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลต่อเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่รู้และตัดสินใจดูแลตัวเองได้ ใช้การตัดสินใจจากญาติเป็นหลัก ทำให้ไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้าสู่ระยะ Palliative care ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ญาติร่วมรับรู้และวางแผนดูแลร่วมกัน มีทีมผู้ดูแลเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลครบองค์รวมและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนผู้ป่วยเสียชีวิต บางรายกลับมาดูแลต่อในโรงพยาบาล เนื่องจากแนวทางการประสานการส่งต่อ รพสต.ไม่ชัดเจนและล่าช้า ผู้รับผิดชอบ รพสต.ขาดประสบการณ์ดูแล จึงได้จัดประชุมวิชาการให้กับผู้รับผิดชอบงาน จัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ประสานการส่งต่อโดยใช้ Line application และ Thai COC จัดตารางการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล โดยมีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นครูพี่เลี้ยงให้กับ รพสต.

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล

จากการทบทวน case อุบัติการณ์ พบว่า ขาดการสื่อสารการวางแผนดูแลระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย Re-admit ช่วงท้ายของชีวิต เกิดความทุกข์ทรมาน และอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น จึงได้ทบทวนแนวทางการดูแล เน้นความสำคัญของการทำ Family meeting และ Advance care plan ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลระยะท้ายได้ต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

๑. ทีมผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
๒. เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเข้าโครงการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุม
๓. แนวทางการวางแผนจำหน่ายยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากญาติขาดความมั่นใจในการดูแล
๔. การดูแลต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมโยงในระบบการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน

๔.๑.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พ.ศ. ๒๕๕๙ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุแผนงานการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เข้าไว้ในแผนบริการ (Service Plan) ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด และกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้ขยายเครือข่ายการดูแลกลุ่มชนโดยการทำงานประสานกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ตลอดจนจิตอาสาในชุมชนโดยเป็นการทำงานแบบบูรณาการมีทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๔.๑.๓ คณะสงฆ์อำเภอตรอน

พ.ศ. ๒๕๖๐ ผู้บริหารโรงพยาบาลตรอนและคณะสงฆ์อำเภอตรอนโดยการนำของเจ้าคณะอำเภอตรอนได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองโดยมีผู้นำทางศาสนาคือ พระสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพจึงได้จัดตั้งโครงการหลวงพ้อจิตอาสาพาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้นำศาสนาได้เข้ามามีบทบาทและดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการเยียวยผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน.

๔.๑.๔ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลตรอนได้รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโครงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และโรคเรื้อรัง จำนวน ๕๓ ราย และ ๔๘ ราย ตามลำดับ ที่แพทย์ลงความเห็นว่ารักษาไม่หายขาด จากการทบทวนระบบการดูแลพบว่า การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม และจากระดับความพึงพอใจผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อ และศาสนา อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัว ยังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตครั้งใหญ่ ต้องการกำลังใจและความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้นำศาสนา เพื่อช่วยเยียวยาจิตใจผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต

๔.๑.๕ สหวิชาชีพ

หลังจากได้มีการขยายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองลงสู่ชุมชน โดยมีการทำงานที่ประสานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว การออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยได้ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ นักจิตวิทยา พระสงฆ์ แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และจิตอาสาในชุมชน

๔.๒ ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประชาชน ในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

จากการสนทนากลุ่มย่อยซึ่งประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพ และผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ทราบสภาพของปัญหาดังนี้

ระบบจัดการปัญหาและนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน หลายประการ เช่น การสนับสนุนเชิงนโยบาย ที่ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและระยะท้ายของชีวิตและการตายดีที่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบหลักเกณฑ์ที่ระบุเกี่ยวกับลักษณะของการจัดบริการของสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน “เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงานองค์กรในท้องถิ่น อาสาสมัครที่จะเข้ามาช่วยเหลือ หรือกลุ่มทางศาสนา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกว่าได้รับความรักความห่วงใย การให้ความเอาใจใส่มีผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ยังมีน้อย”^๑ ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids หรือ มอร์ฟีน ซึ่งอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษ ขณะที่ปัญหาด้านบุคลากรนั้น การพัฒนา และการเตรียมการ บุคลากรไม่ทันต่อการขับเคลื่อนการปฏิบัติ ทำให้ขาดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ทำให้บางครั้งให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่วนระบบบริการในสถานพยาบาล พบปัญหาว่า แม้ Palliative care จะเป็นส่วนหนึ่งของแผนบริการของกระทรวงสาธารณสุข “การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาสู่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่ดีพอ ต้องมีการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น”^๒

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ความก้าวหน้าของการพัฒนาของงานด้านนี้ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างหลากหลาย ขึ้นกับการให้ความสนใจและความรู้ความเข้าใจของทีมงาน รวมถึงความพร้อมของสถานพยาบาล “ยังไม่มีการบริหารจัดการองค์ประกอบของการจัดบริการอย่างครอบคลุม เช่น ความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่ระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้าน พบปัญหา ขาดระบบที่ชัดเจน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เอื้อต่อการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน”^๓ บุคลากรสนับสนุนไม่เพียงพอกับความต้องการ บุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีน้อย ไม่กระจายไปสู่ท้องถิ่น และส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายหรือปรัชญาของการดูแลซึ่งจะไม่ใช่เป็นการใช้เครื่องมือ หรือความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นเพียงการยื้อความ

^๑ สนทนากลุ่ม คุณสุรธานี แสงสุรเดช, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^๒ สัมภาษณ์ คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาถ, เกสซ์กรชำนาญการโรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^๓ สนทนากลุ่ม คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

ทรมานโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย “ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ใช่เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคตามธรรมชาติในส่วนตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ อยากให้มีพระสงฆ์เข้ามามีบทบาทเยียวยาในด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติอย่างมาก เพราะพื้นฐานของชุมชนโดยส่วนใหญ่เป็นพุทธศาสนิกชนซึ่งมีความผูกพันกับพระพุทธศาสนาแต่ครั้งบรรพบุรุษ”^๔

นอกจากนี้ยังพบว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นการดูแลที่ค่อนข้างหนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้จนเกิดความเจ็บป่วยของผู้ดูแลตามมาได้”^๕ โดยอุปสรรคสำคัญที่สุดของการพัฒนาการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้าน และในชุมชน คือ การใช้ยาระงับอาการปวดในกลุ่มมอร์ฟินชนิดที่เป็นยาฉีดที่ต้องใช้อุปกรณ์ Syringe driver เพื่อให้สามารถใช้อย่างถูกต้องที่บ้านผู้ป่วยได้ “ทั้งนี้การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร ซึ่งเริ่มมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาเป็นผู้ดูแลแบบจิตอาสา”^๖ แต่พบอุปสรรคและปัญหา ๔ ลักษณะ ได้แก่ 1. ไม่มีความรู้ ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พอใจ และไม่มีเวลา นอกจากนี้สังคมไทยมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับการดูแลที่บ้าน ทั้งในเรื่องของจำนวน และคุณภาพผู้ดูแลที่บ้าน สถานที่อยู่อาศัย ระบบประกันสุขภาพไม่ได้ติดตามช่วยเหลือเพียงพอ “ความต้องการของครอบครัว บางครั้งผู้ป่วยจะให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องเกี่ยวกับอาการป่วยของตน ซึ่งในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความอึดอัดใจให้ผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว”^๗ การไม่เชื่อมโยงกับระบบการช่วยเหลือทางสังคมซึ่งอยู่ต่างหน่วยงาน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถรับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น หรือมีสภาวะทางกายและจิตใจที่รุนแรงขึ้น จึงต้องกลับมาพึ่งพิงระบบโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ บางครั้งต้องเสียชีวิตในสถานที่ซึ่งไม่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต เช่น ในห้องฉุกเฉิน หรือในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

กล่าวโดยสรุป สังคมไทยมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในเรื่องของจำนวน และคุณภาพผู้ดูแลที่บ้าน สถานที่อยู่อาศัย ระบบประกันสุขภาพ การไม่เชื่อมโยงกับระบบการช่วยเหลือทางสังคมซึ่งอยู่ต่างหน่วยงาน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถรับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น ระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่พบว่ายังขาดการเชื่อมโยงสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย โดยเป็นแบบ “ต่างคนต่างทำ”

^๔ สัมภาษณ์ พระครูอดุลจาวรารณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^๕ สัมภาษณ์ พญ.สุภัทษา คำก้อนแก้ว, แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓.

^๖ สัมภาษณ์ คุณเผด็จ รัตนมาโต, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๘ มกราคม ๒๕๖๔.

^๗ สนทนากลุ่ม คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

๔.๓ ผลการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

ความตายในความหมายของพุทธศาสนา ชาวพุทธ มีความเชื่อว่าความตายเป็นการดับของขันธ ๕ ประกอบด้วย รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ เมื่อขันธ ๕ ดับ คือ กายกัมภิจิตดับลง จุดนั้นเรียกว่าความตาย ในทางการแพทย์ให้ความหมายของความตายว่า “หัวใจหยุดเต้น” หรือ “สมองหยุดทำงาน” จึงจำกัดอยู่เฉพาะทางกาย หรือรูป เท่านั้น “ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นเฉพาะมิติทางกาย แต่ในทางพุทธศาสนา ความหมายของความตาย ไม่ใช่เฉพาะทางกาย แต่ยังรวมถึงการดับลงของจิตด้วย”^{๘๘} ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางพุทธ จึงต้องดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคมและปัญญา

ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บ ป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขา คือ ความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างไม่เคยประสบมาก่อน “ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว”^{๘๙} “การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต”^{๙๐} ทั้งนี้เพราะ กายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลพิตา อุบาสก ผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่ายจิตเราจะไม่กระสับกระส่าย”

๔.๓.๑ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องดำเนินการให้ครบในทุกมิติ คือ ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา คือ ต้องมีสี่ปายะในมิติทั้ง ๔ ด้านให้ครอบคลุม มีผลทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ลดความกังวลหรือความเครียด และความกลัวตายที่จะเกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ต้องใช้เวลาในการสร้างกระบวนการให้กับผู้ป่วยได้ปรับตัว และเข้าสู่กระบวนการอย่างเต็มใจ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการของการรักษาหรือเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกวิธีหนึ่งนอกจากการรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะแบบแพทย์แผนปัจจุบัน

^{๘๘} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจาวรธม, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๘๙} สัมภาษณ์ พระไชยา นาถสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๙๐} สนทนากลุ่ม คุณธัญชนก อุตพันธ์, นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

๑. กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาในมิติทั้ง ๔ ด้าน
คือ

(๑) ด้านกาย การจัดระเบียบ ผม ขน เล็บ ฟัน หนั่ง เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

(๒) ด้านจิตใจ ให้มีจิตมีสมรรถภาพ มีความเข้มแข็ง โดยใช้หลักสมถภาวนาหรือสมถกรรมฐานที่เหมาะสม ให้จิตมีคุณภาพมีคุณธรรม โดยกล่อมเกลียด้วยเมตตา กรุณา ศรัทธา กตัญญู กตเวทิต์ ให้จิตมีสุขภาพมีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบเย็น อ่อนโยนนุ่มนวล โดยการสร้างปราโมทย์ ปีติ ปัสสัทธิให้เกิดขึ้นสม่ำเสมอ

(๓) ด้านสังคม ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกัน ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็นบิดามารดา บุตรธิดา สามีภรรยา ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตายกับผู้ดูแลรักษา

(๔) ด้านปัญญา ให้เกิดความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำจิตตภาวนาบางวาระบางโอกาส เท่าที่สามารถจะทำได้

๒. จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทางพระพุทธศาสนา

๑) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพระพุทธศาสนาเถรวาทมีหลักคิด ๓ อย่าง คือ

๑.๑) การตายอย่างมีสติ เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่นับเนื่องในธรรม ๕ ประการ ที่ไม่มีเครื่องหมายบ่งบอกและไม่มีใครรู้ได้ แพทย์ พยาบาลและญาติ รวมทั้งผู้ป่วยเองต่างก็รู้ดีว่าความตายใกล้เข้ามาถึง เพียงแต่ไม่ตายเมื่อไร ตายที่ไหน และตายแล้วจะไปไหน ดังนั้น ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทุกคนต้องวางจุดหมายเป็นอันดับแรกที่จะให้ผู้ป่วยมีความระลึกถึงความจริงนี้ “การดูแลที่ให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจริญมรณสติด้วยวิธีการง่าย ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เตรียมกายและใจให้พร้อม รู้เท่าทันความจริงของชีวิต มีสติระลึกความตึงามที่ได้ทำไว้ ไม่หลงตาย จะได้สามารถเชื่อมต่อดีความดีของตัวเองในภพนี้กับภพหน้า เมื่อตายลงจะได้ไปเกิดสุคติหรือภพภูมิที่ดี”^{๑๑}

๑.๒) การที่จะได้เกิดมาเป็นมนุษย์เป็นเรื่องยากแสนยาก (กิจโณ มนุสฺส ปฏิลลาโภ) ดังนั้น การทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปได้นานที่สุด เป็นสิ่งที่พึงประสงค์และผู้ดูแลผู้ป่วยพึงกระทำ พุทธศาสนิกชนควรมีความเชื่อมั่นว่า “ปาฏิหาริย์” ในเรื่องนี้เกิดขึ้นได้เสมอ เพราะเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าที่ควรจะเป็นหรือยืนยาวต่อไปทั้งที่ควรจะสิ้นสุดแล้วนั้นมีหลายอย่าง เหตุปัจจัยนี้เรียกโดยรวมว่า “กรรม” จึงปรากฏให้เห็นทั่วไปว่า พุทธศาสนิกชนผู้เจ็บป่วยใกล้ตายจะโดยญาติหรือตัวผู้ป่วยเองก็ตามนิยมทำกิจกรรมที่เป็นบุญกุศลด้านกายกรรม วิจรกรรม มโนกรรม เช่น “การทำบุญ

^{๑๑} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารูธรรม, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

ใส่บาตร การให้พระภิกษุสวดสะเคราะห์ต่อชะตา การถือศีลกินเจ การบวชเป็นพระภิกษุหรือบวชชีพรหมณ์ การปฏิบัติกรรมฐาน ด้วยความเชื่อมั่นว่ากุศลกรรมที่ได้ทำในช่วงท้ายแห่งชีวิตนี้จะส่งผลเป็นพลังชีวิตช่วยให้โรคร้ายไข้เจ็บหายหรือบรรเทาเบาบางลงได้”^{๑๒}

๑.๓) การทำให้ชีวิตมีคุณภาพ สุขภาพ และสมรรถภาพก่อนที่จะตาย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย หลักพระพุทธศาสนาเถรวาทจึงมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ๕ ประการใหญ่ ๆ คือ

(๑) กายิกสุข สุขทางกาย ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ รับรู้อารมณ์ทางประสาทสัมผัสได้ไม่บกพร่อง ได้เห็น ได้ยิน ได้ดม ได้ลิ้มรส ได้สัมผัส และนึกคิดได้สมบูรณ์ตามสมควรแก่ฐานะ โดยพิสดาร คำว่า “กายิกสุข สุขทางกาย” นั้นหมายถึง ความสุขที่เกิดจากส่วนประกอบทางร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หรือรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ทางร่างกายได้ตามปกติไม่บกพร่อง ติดขัด เช่น ได้เห็นภาพที่สวยงาม ได้ยินเสียงไพเราะ ได้สูดกลิ่นที่หอม ได้ลิ้มรสชาติที่อร่อย และได้ถูกต้องสัมผัสสิ่งที่ยืดหยุ่นนุ่ม ที่เรียกว่า “เสวยอารมณ์ทั้ง ๕” หรือ “กามคุณ ๕” (ความสุขที่เป็นไปในทวารทั้ง ๕) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายนั้น ได้แก่ โรคหายไป หรือทุกข์เวทนาหายไป สิ้นลมหายใจด้วยอาการที่สงบ

(๒) เจตสิกสุข สุขทางใจ มีความสำราญแจ่มชื่น ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจโลภะ โทสะ โมหะ ไม่อ่อนไหวต่ออารมณ์ภายนอกที่มากกระทบ โดยพิสดาร คำว่า “เจตสิกสุข สุขทางใจ” นั้นหมายถึง การที่ใจมีความสำราญแจ่มชื่น (ความชื่นใจ) ไม่ขุ่นมัวด้วยอำนาจกิเลสที่เป็นไปในมโนทวาร ได้แก่ โลภะ (ความโลภ) โทสะ (ความโกรธ) โมหะ (ความหลง) เป็นต้น อันเป็นเหตุแห่งความเศร้าหมอง (ความทุกข์) ทางจิต อีกอย่างหนึ่งได้แก่สภาวะแห่งใจที่มีปกติผ่องใส สดชื่น เบิกบาน ไม่ขุ่นมัวด้วยธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่เกิดกับใจ) ต่างๆ ที่มากกระทบ นอกจากนี้ความสุขทางใจพระพุทธศาสนาเถรวาทยังแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ (๑) กามสุข สุขเนื่องด้วยกาม (๒) ทิพยสุข สุขอันเป็นทิพย์ เรียกอีกอย่างว่า ฌานสุข และ (๓) ตัณห์กขยสุข สุข คือ ความสิ้นแห่งตัณหา เรียกอีกอย่างว่า นิพพานสุข

(๓) วิปัสสันจิต มีจิตผ่องแผ้วในวาระสุดท้ายก่อนสิ้นชีวิต พระพุทธศาสนาถือว่าขณะจิตสุดท้ายก่อนตายมีความสำคัญที่สุด ตามหลักการที่ว่า “เมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกคติเป็นอันหวังได้ เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุกติเป็นอันหวังได้” จากหลักการนี้ อาจเกิดเหตุการณ์ในลักษณะที่ว่านาย ก. ทำความดีมาเกือบจะทั้งชีวิต แต่ในขณะจิตสุดท้ายก่อนตาย (ชวนจิตดวงที่ ๑๓ หรือดวงสุดท้าย) มีจิตเศร้าหมอง เมื่อนาย ก.ตายลงย่อมไปเกิดในทุกข์ แทนที่จะไปในสุคติ

^{๑๒} สัมภาษณ์ พระไชยา นาถสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

(๔) สுகติปรายณะ ให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์หลังตาย

(๕) นิพพานสุข ให้มีสุขอันเกิดจากนิพพานในภพที่อุปนิสัยองค์ประกอบพร้อม เช่น ภพพระพุทธรองค์ทรงรักษาพระพุทธานุสสติสเสถระ ภพที่รักษาพระเจ้าสุทโธทนะพุทธรบิดา

๑.๔ จุดมุ่งหมายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มี ๔ ระดับ คือ

(๑) ให้มีโอกาสแสดงกตัญญูกตเวทิตาธรรม

(๒) ให้มีความเข้าใจโลกและชีวิตอันเนื่องมาจากการได้คลุกคลีอยู่กับความเจ็บป่วย มีจิตองกามพัฒนา

(๓) ให้ได้โอกาสทำบุญมีจิตอาสาที่ได้ดูแลผู้ป่วย

(๔) ให้มีการสร้างแบบอย่างดีงามแก่สังคมในเรื่องความเอื้อเพื่อเกื้อกูลกัน

๔.๓.๒ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร โดยได้รับความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตรอนในการจัดหาเอกสารประกอบการดำเนินการจัดทำข้อมูล เพื่อที่จะนำไปสู่การบูรณาการและพัฒนากระบวนการจากนั้นจะนำเสนอเพื่อสู่กระบวนการของการสนทนากลุ่มย่อย (focus Group) เพื่อวิเคราะห์ และขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลตรอน ตลอดจนบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นลำดับไป

ความเป็นมาและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันของโรงพยาบาลตรอน “เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอที่ให้บริการแก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอตรอนทั้งหมดและประชาชนภายนอกพื้นที่ที่เข้ามาใช้บริการ จึงต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ”^{๑๓} “โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพในทุกด้านเพื่อรองรับการบริการให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลและพันธกิจของโรงพยาบาล ที่กำหนดไว้ว่า ๑) ให้บริการสุขภาพทั้ง ๔ มิติแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ๒) พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง ๓) ร่วมผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ๔) เสริมสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย คือ เพื่อให้ประชาชนในเขตอำเภอตรอนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน”^{๑๔} ดังนั้น โรงพยาบาลตรอนจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น “โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติของผู้ป่วย และสำหรับโรงพยาบาลตรอน ได้ให้ความสำคัญกับการบริการในส่วนนี้จึงมีการพัฒนา

^{๑๓} สัมภาษณ์ คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง, นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๑๔} สนทนากลุ่ม คุณศรีธร อุดแจ่ม, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

บุคลากรด้านวิชาชีพพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ในปัจจุบัน”^{๑๕}

๑. กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลตรอน ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Program) โดยยึดหลักการดำเนินงานตามกรอบของคู่มือการดูแลแบบประคับประคอง (Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program) และได้นิยามความหมายหรือสิ่งที่ต้องทราบเบื้องต้นไว้เบื้องต้นดังนี้ คือ

๑) Palliative Care หมายถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ^{๑๖}

๒) Palliative Model ได้แก่

๒.๑) เป้าหมาย คือ การลดความทุกข์ทรมาน

๒.๒) มุ่งเน้น กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๓) อาการ – ช่วยในการรักษา

๒.๔) ข้อมูลที่สำคัญ – อาการของผู้ป่วย

๒.๕) การรักษา – รักษาอาการ

๒.๖) ความตาย – เป็นสิ่งที่คาดหวัง

๓) องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care ประกอบด้วย ๓ เงื่อนไข คือ

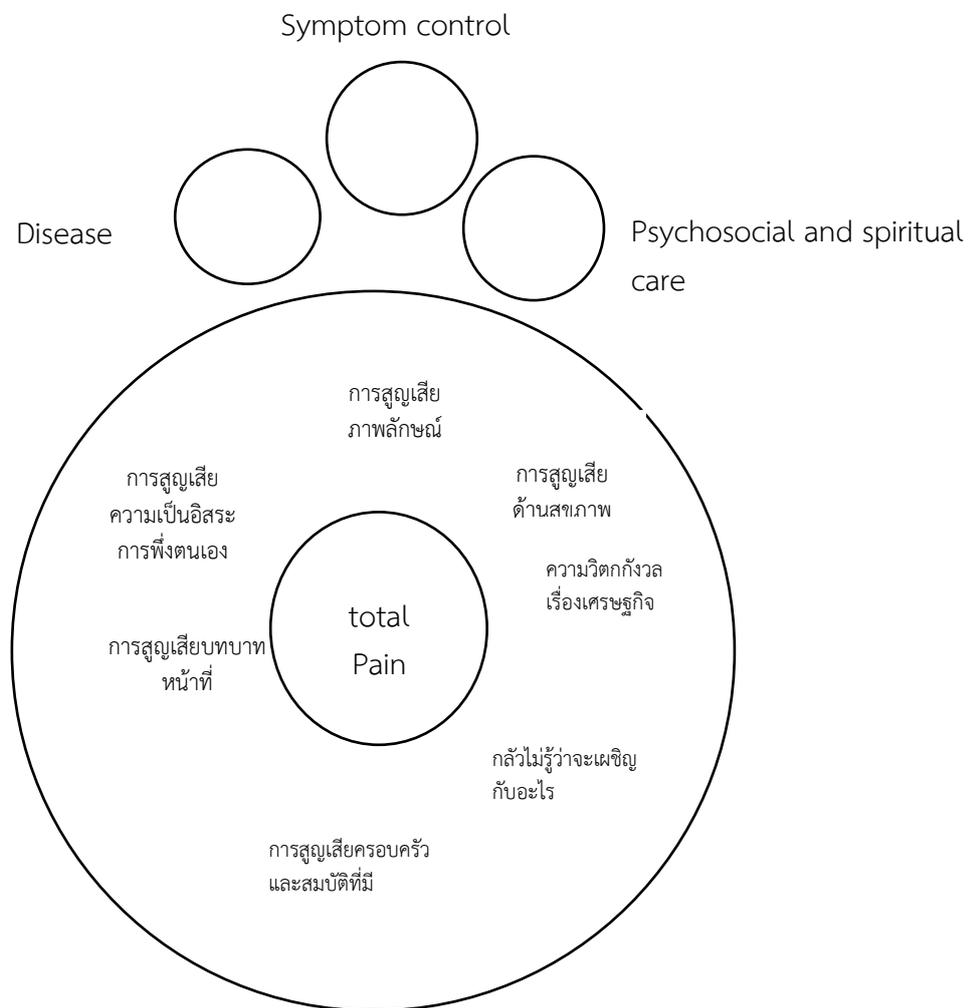
๓.๑) หลักการ Symptom control เป็นการประเมินอย่างถี่ถ้วนและถูกต้อง ประเมินอย่างต่อเนื่อง และมีการทบทวนแผนการรักษาเป็นระยะ

๓.๒) หลักการ Disease management เป็นหลักการจัดการโรค การรักษาอาการ การช่วยในการรักษา

^{๑๕} สัมภาษณ์ คุณสุรณี แสงสุรเดช, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๑๖} ศูนย์การุณรักษ์ Palliative Care Center โรงพยาบาลศรีนครินทร์, Clinical Palliative Care for Community Nurses, (คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๙), หน้า ๑.

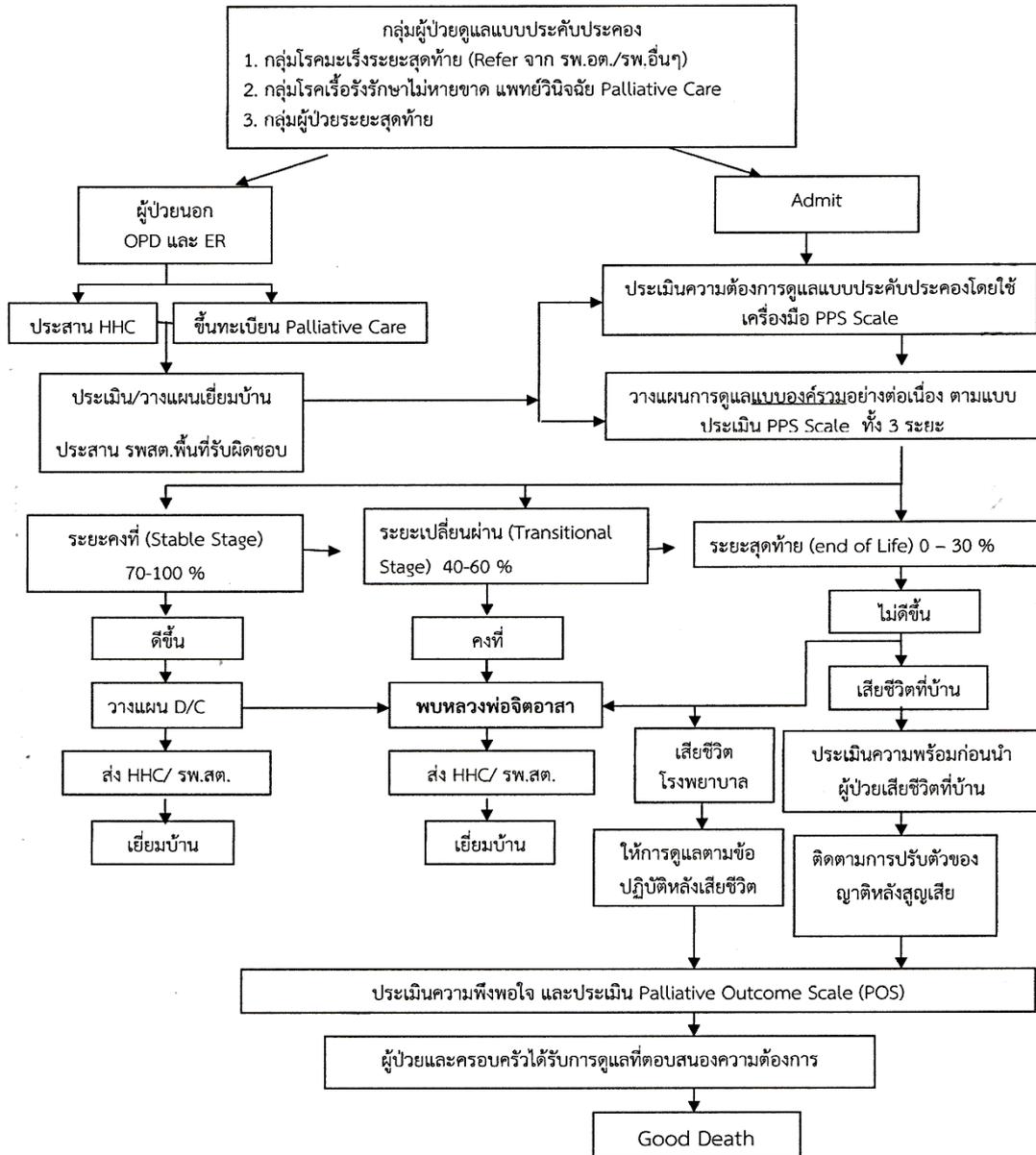
๓.๓) หลักการ Psychosocial and spiritual care เป็นหลักการดูแลด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ เห็นผู้ป่วยทั้งตัวตนมิใช่แค่อาการภายนอก^{๑๗} ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (Suffering = Total Pain) ได้แก่ การสูญเสียความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียสุขภาพ ความวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจ การกลัวความทุกข์ทรมาน กลัวไม่รู้ว่าจะเผชิญกับอะไร กลัวสูญเสียครอบครัวและทรัพย์สินสมบัติที่มี การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ คือ การเห็นผู้ป่วยทั้งตัวตน ในการให้ความช่วยเหลือ คือ ด้านจิตสังคม เป็นการประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ เป็นการช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิต/ความตาย การให้มองเห็นคุณค่า การจัดการสิ่งค้างคาใจ ความรักความเข้าใจ และการประกอบกิจกรรมตามความเชื่อศาสนา



แผนภาพที่ ๔.๑ องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative Care

^{๑๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖.

๔) กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน มีดังนี้



แผนภาพที่ ๔.๒ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี

๔.๑ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตต์

จากกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอน สามารถสรุปกระบวนการของการดูแลได้ทั้งหมด ๑๘ ขั้นตอนด้วยกันดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การกำหนดขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Scope of Palliative Care Practice) เป็นการกำหนดขอบเขตของการปฏิบัติงานของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค หรือ life-prolonging treatment ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ที่สำคัญที่สุดจะต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เกสซิกอร์ แพทย์แผนไทย ผู้นำจิตวิญญาณ เป็นต้น บุคลากรที่มีคุณภาพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ ๒ ทีมดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตรอน (Hospital-Based Palliative Care Team) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพมาทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย ความจำเป็นของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทีมดูแลประคับประคอง จึงจำเป็นต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ ๓ การตรวจกรองเพื่อส่งปรึกษาหรือให้การดูแลแบบประคับประคอง (Screening Process) ขั้นนี้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เข้าถึงการบริการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการตรวจกรอง เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดและมีเกณฑ์คัดกรองที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น มี inclusion criteria ตามกลุ่มโรค

ขั้นตอนที่ ๔ การขอรับคำปรึกษา (Consultation) ขั้นนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดขอบเขตการขอรับคำปรึกษา โดยมีทีมดูแลประคับประคองและแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษา สามารถปรึกษาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงโดยไม่มีวันหยุด

ขั้นตอนที่ ๕ การวางแผนการดูแลรักษา (Care Planning) ขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความมั่นใจว่าการวางแผนการรักษามีความเฉพาะตัวและทำโดยทีมสหวิชาชีพ โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีทีมดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแผนการดูแลนั้นขึ้นกับการประเมินต่อเนื่อง แผนการดูแลรักษากำหนดโดยความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการดูแลรักษาที่ดี การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการประชุมเป็นระยะร่วมกันระหว่างทีมดูแลประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัว เพราะแผนการดูแล

มักเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมดูแลประคับประคองจะต้องช่วยสนับสนุน การตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว และดำเนินการดูแลตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๖ การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย (Symptom Management in Palliative Care) ขั้นนี้เป็นการจัดการกับอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในลักษณะอาการต่างๆ หลังจากมีการประเมิน ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดการอาการทางกายอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อาการปวด ได้แก่ การเลือกใช้ยาชนิดต่างๆ ในการรักษาตามอาการและความรุนแรงของอาการ, อาการหายใจไม่อิ่ม, การจัดการอาการไอ, อาการเบื่ออาหาร, ภาวะอ่อนเพลียและอ่อนล้า, อาการคลื่นไส้อาเจียน, ภาวะท้องผูก, อาการสะอึก, ภาวะลำไส้อุดตัน, ภาวะสับสน/ภาวะกระสับกระส่าย, การจัดการภาวะซึมเศร้า, การจัดการภาวะเหงื่อออกมาก, การจัดการอาการคัน, ปัญหาการนอน, การดูแลช่องปาก, การดูแลแผลมะเร็ง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๗ การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล (Patient/Family/Caregiver Information and Education) ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และได้รับการฝึกฝนตาม ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว/ความต้องการและตามศักยภาพ โดยมีทีมดูแลประคับประคอง แพทย์/พยาบาลเจ้าของไข้ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้รับผิดชอบ ในขั้นนี้การประเมินเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและให้คำปรึกษา ต้องทำเป็นประจำตลอดการให้การดูแลผู้ป่วย และควรมีเอกสารให้ศึกษาทำความเข้าใจด้วย

ขั้นตอนที่ ๘ การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขั้นนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งด้านสังคมจิตใจและจิตวิญญาณให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้

การดูแลจิตสังคม (Psychosocial care) คือ การดูแลประคับประคอง จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงความช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้

การดูแลจิตวิญญาณ (Spiritual care) คือ การประคับประคองและตอบสนองความต้องการต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความหมายมากที่สุด รวมถึงด้านศาสนา การให้อภัย ด้านความรัก การค้นหาความหมายของชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการตายดี

ในขั้นนี้มีสิ่งที่พึงตระหนักเป็นสิ่งสำคัญ ในการทำความเข้าใจว่าในการจัดการอาการทางกายไม่ใช่การใช้ยาอย่างเดียวเท่านั้น จำเป็นต้องเข้าใจบริบททางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องดูแลไปพร้อม ๆ กัน ความไม่สุขสบาย คือความทุกข์ทรมานในทุกมิติ กาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย แยกสลาย ความเป็นตัวตน การช่วยเหลือเพื่อให้ตัวตนของผู้ป่วยกลับมาได้เป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดมีปฏิกิริยาต่อการรักษาโรครังสีซึ่งเป็นภาวะปกติ บางส่วนอาจมีปัญหาในการปรับตัวทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ซึ่งต้องการได้รับการประคับประคองจิตใจ และในรายที่รุนแรงอาจต้องได้ยา

เพื่อจัดการอาการเหล่านั้น การดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางครั้งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการดูแลทางกาย

ขั้นตอนที่ ๙ การทำ Medication Reconciliation (MR) ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Medication Reconciliation in Palliative Care) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยมีเภสัชกรในทีมดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ ๑๐ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การประสานงานของทีมสหสาขาที่ให้การดูแลประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลรักษา การประคับประคองด้านจิตสังคมและวิญญาณ รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาจนกว่าจะเสียชีวิต

ขั้นตอนที่ ๑๑ การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต (Care of the Imminently Dying) ขั้นนี้เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพให้ผู้ป่วยสุขสบายในระยะใกล้เสียชีวิต ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่วางแผนไว้ล่วงหน้า โดยมีทีมสุขภาพทุกคนรับผิดชอบ

ระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently dying) คือ ระยะความเจ็บป่วยในช่วงสุดท้าย ซึ่งคาดว่าจะเสียชีวิตภายในเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ และอาการที่พบบ่อยในระยะใกล้เสียชีวิตได้แก่ ว่างซึม เพ้อสับสน หายใจมีเสียงครืดคราด ในระยะนี้มักมีการยุติการให้สารน้ำและอาหาร และไม่มีแผนในการใช้เครื่องพยุงชีพอีกต่อไป การเลือกสถานที่ในการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนด ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลหรือที่บ้าน

แนวทางในการดูแล มีดังต่อไปนี้คือ

- ควรมีการระบุในประวัติว่า ขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต หรือกำลังจะเสียชีวิต (actively dying)
- สื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต
- เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้รับรู้ว่าอาจมีอาการอะไรเกิดขึ้นบ้างในขณะเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต
- จัดการอาการไม่สุขสบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการอาการต่าง ๆ
- จัดการอาการไม่สุขสบายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยประสงค์ให้จัดการอาการปวดให้ไม่ปวดเลย แม้ว่าจะต้องแลกกับการหลับและไม่สามารถพูดคุยกับครอบครัว หรือกลับกันคือจัดการอาการปวดให้ปวดในระดับทนได้ และมีสติพอจะยังคงสื่อสารกับครอบครัวได้
- จัดการให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านเพื่อเสียชีวิต หากเป็นความต้องการของผู้ป่วย

- ตระหนักและเคารพในความเป็นส่วนตัว ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล

- ให้การดูแลหรือตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทุกวัยในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้ปฏิบัติต่อร่างกายอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว

- การสื่อสารเกี่ยวกับพิธีศพ การบริจาคอวัยวะ/ร่างกาย ต้องทำอย่างระมัดระวังและเหมาะสม

- ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลในการดูแลเรื่องความเศร้าโศกเสียใจกับครอบครัวผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๑๒ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management n Palliative Care) ขั้นนี้ คือ การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและไม่สบายต่าง ๆ จากภาวะฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและรีบด่วนภายใต้เป้าหมายการดูแลและความต้องการของผู้ป่วย ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยมีทีมดูแลประคับประคองและทีมสุขภาพรับผิดชอบ

ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ปัญหาเกิดขึ้นเฉียบพลันและคุกคามต่อชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน ได้แก่ severe pain, spinal cord compression, superior vena cava obstruction, dyspnea, airway obstruction, hypercalcemia, acute confusion, delirium, acute hemorrhage

ขั้นตอนที่ ๑๓ การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Removal of Mechanical Ventilation in Dying Patient) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพสามารถให้การดูแลปลดเปลื้องผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตจากเครื่องช่วยหายใจ ที่เป็นการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์อีกต่อไป โดยมีทีมดูแลประคับประคองเป็นผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ ๑๔ การใช้ยา opioid ชนิดฉีดในการจัดการอาการที่บ้าน ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิตสามารถได้รับการดูแลที่บ้านและเสียชีวิตที่บ้านได้โดยใช้ opioids ชนิดฉีดในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพที่บ้าน โดยมีทีมดูแลประคับประคองและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาโดยการรับประทาน และจำเป็นต้องได้รับยาจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ ๑๕ แนวทางการบริหารยาใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Subcutaneous Drug Administration in Palliative Care) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อจัดการอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาการดูดซึมยาและ/หรือผู้ป่วยที่อยู่ใน

ระยะใกล้เสียชีวิตเริ่มกลืนยาเม็ดไม่ได้ เพื่อให้ทรมาณ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีทีมดูแล ประคับประคองและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ ๑๖ การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Bereavement Care) ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมแบบองค์รวมเพื่อให้สามารถก้าวผ่านกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักได้อย่างราบรื่น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยมีทีมดูแลประคับประคองและทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการสูญเสียมี ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การดูแลก่อนเสียชีวิตในระยะเวลา ๓-๖ เดือน ระยะที่ ๒ การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตภายใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง และระยะที่ ๓ การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีและต่อเนื่องอีก ๖ - ๑๒ เดือน ขึ้นกับสภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ ๑๗ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเครือข่ายดูแลประคับประคอง ขั้นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างไร้รอยต่อ โดยมีทีมดูแลประคับประคองทุกระดับและชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ

การดูแลในชุมชน เป็นการดูแลสุขภาวะโดยทีมหมอครอบครัว ให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลต่อเนื่อง คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงครอบครัวได้รับการติดตามเรื่องการสูญเสีย โดยมีการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ

เครือข่ายดูแลประคับประคอง คือ ทีมดูแลประคับประคองตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และทีมสุขภาพในชุมชนซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ซึ่งสามารถเชื่อมต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ ๑๘ การพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคอง ขั้นตอนนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมดูแลประคับประคองเป็นผู้รับผิดชอบ การพัฒนาคุณภาพ คือ การที่สถานพยาบาลจัดระบบบริหารและระบบการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกับแนวทางตามมาตรฐานกำหนดไว้

๔.๓.๓ สรุป

จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตรอนนั้น มีการดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะมีผู้รับผิดชอบ ประเด็นสำคัญที่สุดคือทีมงานที่จะต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ซึ่งโรงพยาบาลตรอนยังคงต้องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและการสร้างบุคลากรเฉพาะด้าน รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านของการดูแลในมิติทางจิตสังคมและด้านปัญญา ที่มีความสอดคล้องกับหลักการทางพระพุทธศาสนา การที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมและด้าน

ปัญญาได้นั้น พยาบาลผู้ดูแลจะต้องอาศัยความเข้าใจมีจิตใจที่เมตตา กรุณา และเอื้ออาทรอย่างแท้จริงของพยาบาล ต้องมีความละเอียดอ่อนที่จะเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เพราะการให้การดูแลด้านร่างกายจิตใจ จิตสังคัมเป็นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเล่าความทุกข์หรือสิ่งที่เป็นความลับค้างคาใจจนเกิดความเข้าใจของผู้ป่วย รูปแบบและกระบวนการที่ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการอยู่ และต้องการพัฒนารูปแบบหรือองค์ประกอบบางอย่าง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงครอบคลุม ที่สำคัญสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่นับถือพระพุทธศาสนาและมีความเชื่อในพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาเป็นพื้นฐาน ประกอบกับการรักษาเยียวยาอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติยินดีเข้าร่วมในกระบวนการของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และมีเป้าหมายความสำเร็จในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

๔.๔ เสนอกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

วิถีชีวิตของคนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ยึดแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักพระพุทธศาสนา มาแต่บรรพบุรุษ ทำให้พระพุทธศาสนาเป็นรากฐานของวัฒนธรรมที่ฝังมา ถ่ายทอดผ่านรุ่นสู่รุ่นมาจนถึงปัจจุบัน “การประกอบพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาตามความเชื่อที่เป็นอัตลักษณ์อย่างหนึ่ง มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย กล่าวคือ พิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาเป็นสัญลักษณ์ในการทำคุณงามความดี”^{๑๘} และ “มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยชราหรือผู้สูงอายุที่หันมาพึ่งวัดและศาสนา และเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่าในฐานะผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาวิถีชีวิตในการนำหลักปฏิบัติตนด้วยพระพุทธศาสนา และเมื่อใกล้จะจากโลกนี้ไปก็จะยึดถือพระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่ง”^{๑๙} เพราะเชื่อว่า หลังจากตายแล้วจะไปสู่สุคติหรือสวรรค์ไม่เฉพาะเพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น แม้คนรุ่นกลาง หรือวัยหนุ่มสาว เมื่อเกิดเคราะห์หรือความทุกข์ขึ้นกับตัวเอง ก็มักจะหันหน้าเข้าวัดมาทำบุญหรือประกอบพิธีบางอย่างในวัดเพื่อความสบายใจ หรือ “แม้กระทั่งความเชื่อในเรื่องของการสวดมนต์ สะเดาะเคราะห์ต่อชะตา เพื่อปัดเป่าโรคร้ายไข้เจ็บและความทุกข์ต่าง ๆ ให้พ้นไป”^{๒๐} “พิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาจึงมีอิทธิพลสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของคนในเขตอำเภอตรอนในเกือบทุกด้านและกับคนทุกเพศทุกวัย ยิ่งในสังคมปัจจุบันที่มีผู้คนมากขึ้น

^{๑๘} สัมภาษณ์ พระไชยา นาถสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๑๙} สทนทากลุ่ม คุณนรรค์ น้อยทัน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๒๐} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจาวรารณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

โรงพยาบาลตรอนจึงต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ”^{๒๑} โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของพระพุทธานุภาพที่เป็นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตของคนในเขตอำเภอตรอน และเห็นความสำคัญในหลักการทางพระพุทธศาสนาในฐานะที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ และนำพุทธศาสนิกชนออกจากความทุกข์ จึงต้องการที่จะศึกษาและนำองค์ความรู้เรื่องของการกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประชาชนในเขตอำเภอตรอน “โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่จะสามารถบูรณาการทั้งหลักพุทธธรรม และพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วย”^{๒๒} โดยมีจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ หรือที่เรียกว่าการตายดี ซึ่งในหัวข้อนี้จะได้นำเสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอนต่อไป

กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี สามารถสรุปกระบวนการของการดูแลได้ทั้งหมด ๕ ขั้นตอนด้วยกันดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยมีการประชุมหารือกันทั้งทางฝ่ายทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และฝ่ายผู้นำทางศาสนา เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต จึงจำเป็นต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ ๒ ให้ข้อมูลการรักษาอย่างค่อยเป็นค่อยไปแก่ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดได้รับรู้และเข้าใจ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาและประสานงานเกี่ยวกับความต้องการการรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อหรือการนำผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยตลอดจนสัญญาณชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย

- **ขั้นตอนที่ ๓** เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้ เป็นการดูแลประคับประคองจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับภาวะที่เป็นอยู่ได้ รวมทั้งประคับประคองและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความสำคัญที่สุด ทั้งด้านความเชื่อ ศาสนา การค้นหาความหมายของชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการตายดี

^{๒๑} คุณปรารถนา ศรีชานา, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๖ บ้านพงสะตือ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๒๒} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารูธรรม, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

ในขั้นตอนนั้นนอกเหนือจากการจัดการอาการทางกายโดยใช้ยาแล้ว จำเป็นต้องเข้าใจบริบททางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องดูแลไปพร้อม ๆ กัน ความไม่สุขสบายคือความทุกข์ทรมานนั้นหมายรวมในทุกมิติซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นมิติแต่ละด้านได้ดังนี้

๔.๔.๑ ด้านกาย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านกาย ได้แก่ เน้นในปัจจุบันพื้นฐานที่จำเป็น คือ อาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อม ให้มีความสะอาด เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งให้ฝึกการสำรวมสิ่งที่มากระทบ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย อย่างระมัดระวังและให้เป็นไปในทางกุศล การจัดระเบียบ ผม ขน เล็บ ฟัน หนั่ง เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ให้เกิดสบายและเอื้อต่ออาการของผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา “การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก อวัยวะขับถ่าย บริเวณอับชื้นรวมทั้งเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาดอยู่เสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น สบายตัว”^{๒๓} ในห้องหรือในบ้านควรมีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับชื้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงต่างกันไปตามแต่ต่างก็อยากให้ตนเองเจ็บปวดน้อยที่สุดเหมือน ๆ กัน “การพูดคุยและดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น”^{๒๔} การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิ โดยการฝึกหายใจ การใช้จินตนาการบำบัดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย “หรือการสวดมนต์ช่วยให้ใจจดจ่อกับสิ่งดีงามและยังช่วยให้เพลิดเพลินกับท่วงทำนองของบทสวด เราอาจเปิดเทปสวดมนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกตามในใจ”^{๒๕} หรือหากผู้ป่วยยังสวดมนต์ได้และปรารถนาที่จะทำก็ชวนให้สวดมนต์ร่วมกัน สำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการสวดอาจแนะนำให้สวดบทสั้น ๆ หรือเป็นคำ ๆ ที่โน้มน้าวใจให้เข้าหาสิ่งที่ดีงาม “การน้อมใจให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้”^{๒๖} แต่หากผู้ป่วยไม่ได้ผูกพันกับความเชื่อหรือศาสนาใด สามารถน้อมให้ระลึกถึงความดีงามที่เคยทำมาหรือสิ่งดี ๆ ที่ภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความสงบพร้อม อิ่มใจในความดีของตนและพร้อมเข้าสู่ระบบการรักษาตามอาการของแพทย์และพยาบาลต่อไป

^{๒๓} สัมภาษณ์ คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๒๔} สัมภาษณ์ คุณอำนาจ ทับทองดี, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๓ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอดุตรดิตถ์, ๘ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๒๕} สัมภาษณ์ รพีพร คำแก้ว, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์, ๑๑ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๒๖} สัมภาษณ์ คุณบุญญานุช ระวังภัย, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

๔.๔.๒ ด้านจิตใจ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจในเรื่องสิ่งยึดเหนี่ยวที่สร้างความเข้มแข็ง, ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, ความภาคภูมิใจ, ความเชื่อด้านศาสนาประเพณี, สิ่งค้างคาใจ

๑. การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ

“การเสริมสร้างขวัญกำลังใจถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นพื้นฐาน เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามสิทธิพื้นฐานที่พึงมี”^{๒๗} ด้วยวิธีการทำกิจกรรมหรือประกอบพิธีกรรมตามหลักทางพระพุทธศาสนา และพิธีกรรมตามความเชื่อของท้องถิ่น ดังนี้ คือ

(๑) กิจกรรมทำบุญด้วยการให้ทาน ถวายสังฆทาน หรือให้โอกาสผู้ป่วยได้ทำบุญใส่บาตร โดยการนิมนต์พระสงฆ์มารับบิณฑบาต เพื่อเป็นการปรับจิตใจให้ผ่อนคลายจากความเจ็บปวด เพราะเชื่อในอนานิสงส์ และทำให้เกิดความสบายใจว่าได้ส่งสมคุณงามความดี ตามวิถีของชาวพุทธ และทำหน้าที่ของชาวพุทธที่พึงกระทำตามโอกาสและความเหมาะสม

(๒) การนิมนต์พระสงฆ์มาสวดเจริญพระพุทธมนต์ ทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตาตามความเชื่อ โดยพระสงฆ์จะสวดเจริญพระพุทธมนต์ ใช้บทสวดมนต์ที่มีความศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อในบทสวดมนต์เจ็ดตำนาน สิบสองตำนาน และบทสำคัญ ๆ เช่น “บทโพชฌงค์ปริตร ที่เป็นหลักธรรมหมวดหนึ่ง ถือเป็นพุทธมนต์ที่ช่วยให้คนป่วยที่ได้ฟังบทสวดมนต์นี้แล้วสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยหรือสามารถหายจากโรคร้ายไข้เจ็บได้”^{๒๘} ที่เชื่ออย่างนี้เพราะมีเรื่องในพระไตรปิฎกกล่าวไว้ว่า พระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้เสด็จไปเยี่ยมพระมหากัสสปะที่อาพาธ พระองค์ทรงแสดงสัมโพชฌงค์แก่พระมหากัสสปะ และทำให้พระมหากัสสปะหายจากโรคได้อีกครั้งหนึ่งคือตอนที่พระองค์ได้ทรงแสดงธรรมบทนี้แก่พระโมคคัลลานะซึ่งอาพาธ หลังจากนั้นพบว่า พระโมคคัลลานะก็หายจากอาการอาพาธในที่สุด และเมื่อพระพุทธองค์เองทรงอาพาธ ตรัสให้พระจุนทะเถระ แสดงสัมโพชฌงค์ถวาย ซึ่งพระพุทธเจ้าก็ทรงหายจากอาการประชวร ด้วยเหตุนี้ พุทธศาสนิกชนจึงมีความเชื่อว่า โพชฌงค์นั้นถ้าสวดแล้วสามารถช่วยให้หายจากโรคได้ ซึ่งในพระไตรปิฎกกล่าวว่า ธรรมที่พระองค์ทรงแสดงเป็นธรรมเกี่ยวกับปัญญาเป็นธรรมชั้นสูง ซึ่งเป็นความจริง “ในเรื่องการทำใจให้สว่าง สะอาดผ่องใสซึ่งสามารถช่วยรักษาใจ เพราะจิตใจมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับร่างกาย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยึดกันและกัน จึงทำให้หายจากโรคได้”^{๒๙}

^{๒๗} สทนากลุ่ม นาดยา มหาปัญญาวรงค์, นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๒๘} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๒๙} สัมภาษณ์ พระไชยา นาสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

นอกจากนี้ ยังมีบทสวดมนต์อื่น ๆ ที่สำคัญ ที่เชื่อว่าสามารถปิดเป่าอันตราย หรือโรค ร้ายแรงให้ห่างไกล หรือขจัดความไม่ดี ไม่เป็นมงคล ออกไปได้ เช่น บทกรณียเมตตสูตร บทนโมแปด บท บทพระปริตร เป็นต้น “ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้ฟังบทสวดมนต์ที่เป็นบทในการสืบทอดสละเคราะห์ ก็จะมีจิตเป็นสมาธิรับฟังบทสวด น้อมจิตตั้งมั่น ทำให้คลายกังวล มีสุขภาพจิตดีขึ้น ลดบรรเทาอาการ เจ็บปวดบางอย่างลงได้ เพราะเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนาและการเคารพในพระรัตนตรัย”^{๙๐}

(๓) การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ด้วยการทำพิธีบายศรีสู่ขวัญ ผูกข้อมไม้ข้อมมือ เพื่อเป็นสิริมงคล จากพระสงฆ์หรือญาติผู้ใหญ่ที่เคารพเชื่อถือ “เป็นการเรียกขวัญทั้ง ๓๒ ขวัญ ที่เชื่อ ว่าเป็นสิ่งที่อยู่กับเนื้อกับตัว ได้ถูกโรคร้ายหรือสิ่งที่ไม่ดี ทำให้ขวัญหลุดลอยไป ทำพิธีเรียกขวัญ ให้กลับมาคืนสู่เจ้าของหรือตัวผู้ป่วย เพื่อจะให้กลับมามีชีวิตชีวา หายจากโรคได้อีกครั้งเมื่อขวัญมา ครบทั้ง ๓๒ ขวัญ เพื่อทำให้เกิดความสบายใจ สร้างขวัญกำลังใจ”^{๙๑} เพราะเชื่อว่าจะได้รับกำลังใจจาก ความจริงใจที่มอบให้ จึงทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลบางอย่างออกไป

พิธีกรรมตามความเชื่อพื้นบ้านนี้ เป็นสิ่งที่เชื่อถือกันมายาวนานแต่บรรพบุรุษ ถือเป็นการให้กำลังใจอย่างดีสำหรับคนไข้ ซึ่งแตกต่างจากแพทย์สมัยใหม่ เวลารักษาคนไข้จะไล่ญาติ ออกไปให้หมด “แต่การรักษาแบบพื้นบ้านนี้ คนยิ่งมากยิ่งดี เหมือนเป็นการมาร่วมให้กำลังใจ ส่งพลัง ใจไปให้คนไข้ ซึ่งจะทำให้คนไข้หายเร็วขึ้น โดยการใช้เสียงหรือคนเอาขวัญช้บกลุ่มเรียกขวัญอันมี ทำนองตามแบบโบราณที่ไพเราะ และมีถ้อยคำสำเนียงลึกซึ้งกินใจ เสมือนเป็นการบำบัดอีกทาง หนึ่ง”^{๙๒} ซึ่งในปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่มีแนวโน้มที่จะยอมรับการรักษาด้วยพิธีกรรมแบบพื้นบ้าน มากขึ้น และเริ่มตระหนักถึงความเป็นจริงว่า การแพทย์ทางเลือกให้ความสำคัญต่อสภาพจิตใจของ ผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์แผนใหม่มุ่งเน้นการรักษาทางชีววิทยา จากที่เคยมองว่าการแพทย์ทางเลือกเป็น เรื่องเพื่อฝัน เชื่อถือไม่ได้ พิสูจน์ไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ แต่ในปัจจุบันกลับมีการยอมรับว่า “การแพทย์นอกระบบเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ดีที่สุดของคนไข้ หลังจากที่แพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถ รักษาให้หายได้”^{๙๓} ดังนั้น การศึกษาหาแนวทางรักษาตามการแพทย์ท้องถิ่น เพื่อประยุกต์ให้ สอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องที่ดีสำหรับคนไข้ ซึ่งต้องการบำบัดรักษาที่มี ประสิทธิภาพที่สุดทั้งทางใจและกาย เช่น การรักษาแบบสมาธิบำบัด หรือ การนวดแผนโบราณ เป็นต้น

^{๙๐} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๙๑} อ้างแล้ว.

^{๙๒} สนทนากลุ่ม คุณศิริธร อุดแจ่ม, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด อุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๙๓} สัมภาษณ์ คุณบุญญาฯ ระวังภัย, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

๒. หลักสมถภาวนา

เป็นการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่ง่ายและเหมาะกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ “การสวดมนต์ โดยจะกำหนดให้ผู้ป่วยสวดด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นสวดให้ฟังก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการและความเหมาะสมกับสรีระและหลอดเลือดทางกายของผู้ป่วย หรือทางกายภาพ”^{๓๔} โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อตัวผู้ป่วยมีความเสื่อมใสศรัทธาในพระรัตนตรัย หรือมีนิสัยชอบเข้าวัดทำบุญ รักษาศีล สวดมนต์ เจริญภาวนาอยู่เป็นเนืองนิจแล้ว วิธีนี้จะเป็นเครื่องมือที่เพิ่มการสร้างความเสื่อมใสศรัทธาไม่หวั่นไหว ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสวดมนต์ไหว้พระ โดยเฉพาะบทพระลี้กถึงคุณของพระพุทธเจ้า ๙ ประการ พระธรรม ๖ ประการและ พระสงฆ์ ๙ ประการ เพื่อให้เกิดสมาธิตั้งมั่น ตามบทสวดมนต์

๔.๔.๓ ด้านสังคม

เป็นวิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านสังคม “ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกัน”^{๓๕} ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็นบิดามารดา บุตรธิดา สามีภรรยา ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายกับผู้ดูแลรักษา

๑. การรับฟังและการสัมผัส

การรับฟังและการสัมผัสด้วยความรัก ความเข้าใจ การให้อภัยกัน “การสนทนาร่วมกัน ด้วยการเปิดใจรับฟังผู้ป่วย ให้โอกาสได้แสดงความคิดเห็นหรือความคับข้องใจ ความกังวลใจที่สั่งสมไว้ให้กับบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร สหาย”^{๓๖} หากใช้วิธีการรับฟังพร้อมกับวิธีการสัมผัส อาจจะเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างขวัญและกำลังใจมากเป็นพิเศษ “ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความสบายใจ เชื่อใจ และยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไปเพิ่มมากขึ้น (ใช้วิธีการเดียวกันกับรูปแบบการดูแลด้านจิตใจ)”^{๓๗}

^{๓๔} สัมภาษณ์ คุณเผด็จ รัตนมาโต, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๘ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๓๕} สัมภาษณ์ พญ.สุภัทษา คำก้อนแก้ว, แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๓๖} สนทนากลุ่ม คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๓๗} สนทนากลุ่ม คุณสุรानी แสงสุรเดช, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

๒. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

“การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง แพทย์ พยาบาล พระสงฆ์หรือสหสาขา และญาติของผู้ป่วย”^{๓๘} การให้การดูแลด้วยความรักความเมตตา ตามหลักคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ดี ๕ ประการคือ

๑) เป็นผู้สามารถประกอบยา

๒) รู้จักของแสดงและไม่แสดง หมายถึง ทราบสิ่งที่เป็นสัปปายะและสิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะต่อผู้ป่วย นำสิ่งที่ไม่เป็นสัปปายะออกไป นำสิ่งที่เป็นสัปปายะเข้ามา

๓) มีจิตเมตตาพยาบาลใช้ ไม่เห็นแก่อาภิส

๔) เป็นผู้ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ เขพะ (เสลด) หรือของอาเจียน ออกไปเสีย

๕) เป็นผู้สามารถที่จะชี้แจงให้คนไข้เห็นแจ้ง สมათาน อาจหาญ ร่าเริง ด้วยการแสดงธรรมีกถาในกาลทุกเมื่อ

๔.๔.๔ ด้านปัญญา

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา “โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำจิตตภาวนาบางวาระบางโอกาส เท่าที่สามารถจะทำได้”^{๓๙}

๑. การรับฟังและการสัมผัส

การรับฟัง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกบางอย่างที่อัดอั้นตันใจ หรือค้างคาใจมานาน ทำให้เกิดความเครียด อยากปลดปล่อย หรือต้องการให้คนรับฟังและเข้าใจตนเองมากขึ้น “การนั่งและรับฟังปัญหาบางอย่าง อาจนำไปสู่การเปิดใจและปล่อยวางได้มากขึ้น เพราะผู้ป่วยอาจต้องทุกข์ทรมานจากการที่ต้องเป็นคนฟังมามากพอแล้ว จึงไม่ต้องการรับฟังคำชี้แนะหรือแม้แต่แนะนำในขณะนั้นเพราะอาการเจ็บปวดทางกาย หรือการรับฟังการให้กำลังใจในสิ่งตรงกันข้ามกับอาการของผู้ป่วยซึ่งรู้อาการของตนเองในขณะนั้นดี”^{๔๐} อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกแยะ และ

^{๓๘} สนทนากลุ่ม คุณนาตยา มหาปัญญาวงศ์, นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๓๙} สัมภาษณ์ คุณสุพัตรา ไร่นากิจ, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๔๐} สนทนากลุ่ม คุณธัญชนก อุตพันธ์, นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

อยากรับฟังความจริงบางอย่าง ดังนั้น การรับฟังผู้ป่วย จึงเป็นการเยียวยาทางจิตใจอีกทางหนึ่งก่อนที่จะมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป

“การสัมผัส เป็นช่องทางการเสวยการรับรู้โลกทางกาย เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีประสาทประสาทหู ประสาทจมูก ประสาทลิ้นขาดพร่องไป ไม่พร้อมที่จะทำหน้าที่รับรู้ และใจมีความสับสน การสื่อสารผู้ป่วยด้วยอาการสัมผัสถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุด”^{๔๑} แพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่มีเมตตา กรุณาและมีคุณธรรมอื่น ๆ เมื่อให้การสัมผัสกับผู้ป่วยอำนาจแห่งคุณธรรมย่อมจะแผ่ผ่านทางกายเข้าไปสู่การรับรู้ภายในของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมีกำลังใจ จิตใจของผู้ป่วยก็คลายความกังวล

ในกรณีนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หากใช้วิธีการรับฟังพร้อมกับวิธีการสัมผัส อาจจะเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างขวัญและกำลังใจมากเป็นพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความสบายใจ เชื่อใจ และยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไปเพิ่มมากขึ้น

๒. การแสดงธรรมและการสนทนาธรรม

“ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการทำพิธีกรรมบางอย่างที่ตนเชื่อ และเคยกระทำมาตลอดในตอนที่ยังมีสุขภาพดี แต่พอเกิดอาการเจ็บป่วยก็มิได้ทำกิจดังที่เคยทำ”^{๔๒} เช่น การเข้าวัดฟังพระธรรม เทศนา หรือ การสนทนาธรรมกับพระสงฆ์ หรือกัลยาณมิตรที่เคยเกี่ยวข้องกันมาก่อน “การฟังธรรม และสนทนาธรรมในเรื่องที่อยากหรือที่ต้องการฟัง เป็นการพัฒนาจิตใจ คลายกังวล และมุ่งถึงอันนิสงส์ของการฟังธรรม และการนำไปใช้ในขณะนั้น เพื่อทำให้เกิดความคิดปล่อยวางจากบางสิ่งบางอย่าง หรือการฟังธรรมตามความเชื่อท้องถิ่น”^{๔๓} เพราะเชื่อว่า คนที่ได้ฟังเมื่อตายไปแล้วจะทำให้ไปสู่สุคติโลกสวรรค์ ซึ่งเป็นกุศโลบายมาแต่บรรพบุรุษ คือ เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ฟังธรรม ทำให้จิตอ่อนระลึกลงพระรัตนตรัย คุณงามความดีต่าง ๆ และอันนิสงส์แห่งการทำทานในธรรมนั้น ก็ทำให้จิตใจคลายความกังวล มีจิตผ่องใสขึ้น เพราะตามแนวคิดในพระพุทธศาสนาเถรวาทเชื่อว่า จิตก่อนตายเมื่อไม่เศร้าหมองจะเข้าไปสู่สวรรค์ “ถ้าจิตก่อนตายเศร้าหมองจะทำให้ไปอบาย ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นที่นิยมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฟังธรรมก่อนที่จะเสียชีวิตไปอย่างสงบในที่สุด”^{๔๔}

^{๔๑} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๔๒} สัมภาษณ์ คุณบุญญา นุช ระวังภัย, แพทย์แผนไทยปฏิบัติกร โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๔๓} สัมภาษณ์ พระไชยา นาสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๔๔} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

๓. วิปัสสนาภาวนา

การใช้วิปัสสนาภาวนาหรือวิปัสสนากรรมฐาน ถือเป็นการพัฒนาปัญญาขั้นสูงที่จะนำไปสู่การตายดีแบบขั้นสูงสุด ตามแนวพระพุทธศาสนานั้น คือ นิพพาน การให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในความเป็นจริงนั้น อาจไม่ได้มีคุณสมบัติดีพอหรือไม่มีประสบการณ์สำหรับวิปัสสนา ซึ่งถือเป็นเรื่องยาก แต่การให้ผู้ป่วยกำหนดนั้นอาจพอทำได้ในบางวาระ ซึ่งอาจเกิดจาก “การเปิดใจจากวิธีการดูแลรักษาที่มีผลต่อ ๆ มา แล้วทำให้จิตใจผู้ป่วยสงบมากขึ้น สามารถยอมรับความจริงได้มากขึ้น และต้องการกำลังใจในครั้งสุดท้ายจากการทำความดี หรือทำบุญที่มีอนิสงส์มาก”^{๔๕} ก็อาจสอนให้กำหนดภาวนาได้ เช่น “เรามีความเกิดเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเกิดไปได้ เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่สามารถล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่สามารถล่วงพ้นความเจ็บไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่สามารถล่วงพ้นความตายไปได้”^{๔๖} โดยอาจให้ท่องภาวนาเสมอ ๆ ตามแต่โอกาสที่จะกระทำได้ จนเกิดความจำนึกคิดไตร่ตรองตามไปอย่างนี้ ก็ชื่อว่าได้พัฒนาปัญญาแล้ว ผู้ป่วยก็จะเกิดความเยือกเย็น ผ่อนคลายกังวล และเชื่อว่าจากไปอย่างสงบ

ขั้นตอนที่ ๔ การส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การประสานงานของทีมสหสาขาที่ให้การดูแลประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลรักษาอาการทางกาย ภาวะจิตใจ การประคับประคองด้านสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาจนกว่าจะเสียชีวิตจำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนมาร่วมในการดูแล โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง ให้คำแนะนำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย มีการอบรมและให้ความรู้กับเครือข่ายในชุมชนตลอดจนมีผู้นำทางด้านศาสนาในพื้นที่เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการเยียวยาผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและมีการจัดระบบเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆเข้าด้วยกัน .

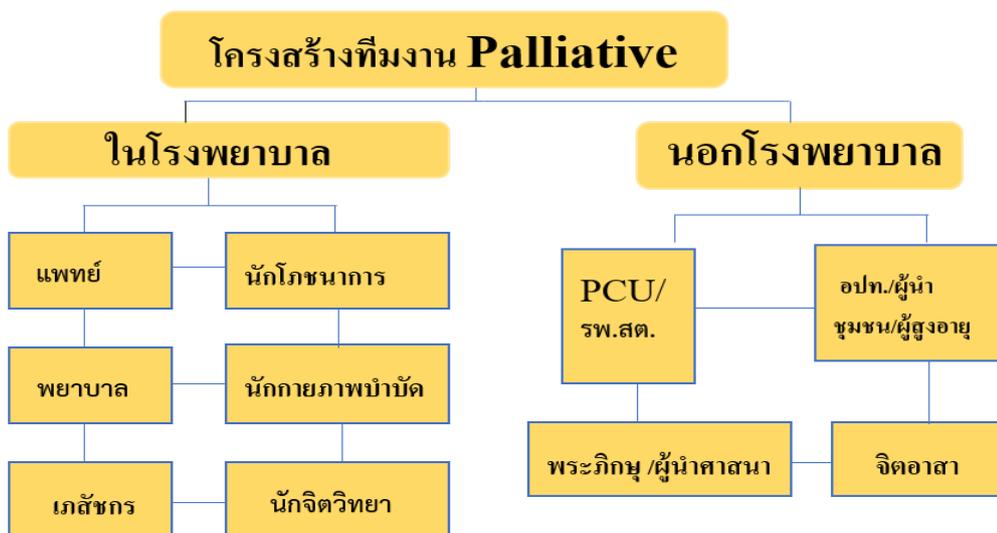
ขั้นตอนที่ ๕ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต PPS ๑๐-๓๐ % (Palliative Performance Scale) ประเมินความเหมาะสมของการให้อาหาร การให้อาหาร การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจน รวมทั้งการดูแลอื่นๆ อย่างเหมาะสม ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัว/ผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การปฏิบัติตาม Living will เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับได้ต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยประเมินจากความเศร้า ความกังวล ความทุกข์ ความเครียด และให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อความโศกเศร้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้คำปรึกษาและจัดการความเศร้าโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตเวช พระคิลานธรรม ให้การดูแล

^{๔๕} สันทนา กลุ่ม คุณนาตยา มหาปัญญาวงศ์, นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

^{๔๖} สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวตลอด ๒๔ ชั่วโมง ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ตอบสนองด้านความเชื่อ ความหวัง สิ่งที่ยากจะทำเป็นครั้งสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเช่น ติดต่อเชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปรีกษาผู้ป่วยหรือครอบครัวถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิต ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ประสานสอดคล้องขยายในบาง Case ในกรณีถึงแก่กรรม(PPS ๐ %) ทำความสะอาดร่างกาย เชิญผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคำอาลัย จัดการกับความโศกเศร้า ให้กำลังใจญาติ การดูแลหลังความตาย ประเมินความพึงพอใจ เยี่ยมบ้านในบางราย โทรเยี่ยมตามความเหมาะสม

โดยสรุปหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือให้การดูแลเป็นองค์รวม ทั้งกายใจ สังคม และจิตวิญญาณให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเมื่อคนใดคนหนึ่งในครอบครัวป่วยหนัก ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่คนอื่นๆในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไปด้วย ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว ปรัชญาของการดูแลจะไม่ใช่เป็นการใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นเพียงการยื้อความทรมานโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ใช่เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคตามธรรมชาติ การดูแลจะเป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานระหว่างบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขา ตลอดจนผู้นำทางด้านศาสนา เพื่อให้สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากที่สุด และที่สำคัญควรตระหนักไว้เสมอว่าครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของทีม การดูแลมีความต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรคจนกระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต



แผนภาพที่ ๔.๓ แสดงโครงสร้างทีมงาน Palliative

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านปัญญา			
Symptoms	Pre-Dying	Dying	Post-Dying
๑. เหนื่อยหอบ ๒. ปวด ๓. เบื่ออาหาร ๔. คลื่นไส้ อาเจียน ๕. นอนไม่หลับ ๖. มีแผลกดทับ ๗. มีกลิ่นเหม็น ๘. สับสน เพ้อ ๙. ชิมเศร้า ๑๐. ปัสสาวะ ผิดปกติ ๑๑. อุจจาระ ผิดปกติ	๑. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ๒. ให้การรักษาแบบ ประคับประคอง ๓. ดูแลการหายใจ การรับสารอาหาร การขับถ่ายและ การ พักผ่อนโรคและการ รักษา ๔. เปิดโอกาสให้ระบาย ความรู้สึกเกี่ยวกับความ เชื่อ ความศรัทธา และ ความรู้สึกต่อบุคคลที่รัก ๕. สนับสนุนและ อำนวยความสะดวก ตามความต้องการ ทางด้านความเชื่อพิธี ทางศาสนา ๖. ให้ได้รับการเยี่ยม จากทีม ให้กำลังใจตาม ความต้องการ ๗. อำนวยความสะดวก ให้ญาติได้ดูแลอย่าง ใกล้ชิด ๘. จัดสิ่งแวดล้อมให้ สงบและใกล้ชิดสิ่งที่ ชอบ/รัก ๙. เอกสารแนะนำ เกี่ยวกับการจัดเตรียม เสื้อผ้า เอกสารแจ้ง ตาย	๑. ดูแลความสะอาด ร่างกาย และ ความสุขสบาย ๒. จัดท่านอน เหมาะสม ๓. จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการพักผ่อน ๔. ประเมินสัญญาณ ชีพ ๕. ดูแลทางเดิน หายใจ ๖. ประเมินอารมณ์ และความรู้สึก ๗. รับฟังใส่ใจ อธิบายข้อซักถาม ๘. ให้ญาติ/เพื่อนมี ส่วนร่วมในการดูแล ๙. อำนวยความสะดวก ในการ ประกอบพิธีทาง ศาสนา	๑. ทำความสะอาด ร่างกาย แต่งกาย ต่ า ม ค ว า ม ประสงค์ ๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้ สงบ ๓. แสดงความเห็นใจ พุดคุยเอื้ออาทร ๔. อำนวยความสะดวก ในการรับ เอกสารรับรองการ ตาย และการขอรับ ศพ ๕. จัดพิธีทางศาสนา ตามความเชื่อ ๕. บรรเทาใจญาติ และครอบครัว ๖. เคารพศพก่อน ย้ายออกจากหอ ผู้ป่วย

แผนภาพที่ ๔.๔ แสดงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ

จากแผนภาพที่ ๔.๕ พบว่า องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยยึดกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลตรอนดำเนินการอยู่เป็นหลัก แล้วใช้กระบวนการทางพระพุทธศาสนาเสริมเข้าไปในขั้นตอนทั้ง ๕ ขั้นตอนครอบคลุมมิติทั้ง ๔ ด้าน (กาย – จิตใจ – สังคม – ปัญญา) ที่มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาไม่ขัดกับแพทย์และพยาบาล โดยอาศัยความเชื่อมโยงด้านเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเดียวกันคือการตายดีและมีศักดิ์ศรี ในกระบวนการตามขั้นตอนที่ดูแลตามแนวพุทธนั้นจะสามารถสอดแทรกไปตามกระบวนการขั้นตอนของแพทย์แผนปัจจุบัน ตราบที่ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้และไม่ขัดกับการรักษาทางการแพทย์ ไปตลอดจนถึงสิ้นสุดกระบวนการคือการเสียชีวิตและการดูแลด้านมิติทางจิตใจและปัญญาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยต่อไป

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Reseach) โดยการศึกษาภาคเอกสารและการศึกษาภาคสนามโดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) ผนวกกับสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่อศึกษาหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ๒) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ๓) เพื่อเสนอกระบวนการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยทำการศึกษาลำดับขั้นตอน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา และวิเคราะห์ผลการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

๕.๑.๑ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา

เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องการเยียวยารักษาและดูแลผู้ป่วยตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน ทำให้พบว่า มีความสอดคล้องกับหลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องของการเยียวยาการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการรักษาทางจิตใจ ที่พระพุทธศาสนาเชื่อว่า จิตใจเป็นศูนย์กลางของการแสดงออกทางพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่าเมื่อจิตใจดี กายก็ดี พฤติกรรมหรือการแสดงออกด้านต่าง ๆ ก็ดีตามไปด้วยคือ คิดดี พูดดี และทำความดี เมื่อจิตไม่ดี กายก็แย่ พฤติกรรมหรือการแสดงออกด้านต่าง ๆ ก็ไม่ดีตามไปด้วยคือ คิดไม่ดี พูดไม่ดี และทำชั่ว นอกจากนี้เรื่องของจิตยังมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการเชื่อมโยงไปสู่ความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย ที่หลักการทางพระพุทธศาสนา มีการกล่าวถึงจิตที่เชื่อมสัมพันธ์กับชีวิตหลังความตายว่า เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุขคติเป็นอันหวังได้ ก่อนตายถ้าจิตโง่ถึงกุศลคุณงามความดี จะทำให้ไปปฏิสนธิเกิดในสุคติภูมิ มีสวรรค์ และโลกมนุษย์ เป็นต้น เมื่อจิตไม่ดีหรือเศร้าหมองก่อนตาย คือคิดถึงแต่บาปอกุศลที่ตนเคยกระทำมา จะทำให้ไปปฏิสนธิเกิดในทุคติภูมิ มีนรก เปรต อสุรกาย เป็นต้น ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวนี้ เมื่อนำมาพิจารณาในสภาพบริบทของสังคมในปัจจุบัน ที่อาจกล่าวได้ว่า กิเลสที่มาพร้อมกับการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่อย่างรวดเร็ว เป็นตัวแปรที่สำคัญทำให้นักมนุษยนิยมมุ่งอยู่กับการแสวงหาความสุขในทางโลกิยะ เพื่อตอบสนองความต้องการอันไม่สิ้นสุด โดยไม่คำนึงถึงความสุขแท้ทางโลกุตระ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว พระพุทธศาสนาในฐานะที่เป็นศาสนาสากลไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของพุทธศาสนิกชนได้อย่างทั่วถึง จึงต้องมีการปรับตัวบางอย่างในเชิงรุก

ซึ่งจะต้องไม่ขัดกับหลักพระธรรมวินัยที่เป็นข้อจำกัด โดยหันกลับมายึดหลักการและหลักพระธรรมวินัย เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือมนุษย์ สอดคล้องกับการทำงานของคณะสงฆ์ ๖ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านงานสังคมสงเคราะห์ ที่หลายคนอาจมองข้ามว่าอาจมีความขัดแย้งกับพระธรรมวินัย แต่โดยนัยแล้ว การทำงานสังคมสงเคราะห์ของพระสงฆ์สามารถกระทำได้ใน ๒ มิติ คือ มิติของการช่วยเหลือการดับทุกข์ทางด้านปัญญา และมิติของการช่วยเหลือการดับทุกข์ทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนตาย ให้สามารถตายดีหรือเสียชีวิตจากไปอย่างสงบ ถือเป็นงานสังคมสงเคราะห์ด้านมิติการช่วยเหลือทางด้านปัญญา เป็นหน้าที่หลักของพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนาในปัจจุบันจะต้องตระหนักถึงความสำคัญและเข้าไปช่วยเหลือมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่ายการทำงานในสังคมด้วย เช่น โรงพยาบาล หรือ สาธารณสุขชุมชน เป็นต้น

๕.๑.๒ หลักธรรมที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

หลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจแบ่งได้เป็น ๒ ส่วน คือ ๑) หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๒) หลักธรรมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใต้พระพุทธศาสนามีหลักธรรมอยู่มากมาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ จึงขอยกตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

๑) หลักธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑.๑ พรหมวิหารธรรม หรือ ธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ พรหมวิหารนี้เป็นธรรมประจำใจ พื้นฐานที่จะพัฒนาเป็นการแสดงออกทางการกระทำของบุคคล ที่เมื่อมีอยู่ในบุคคลใด บุคคลนั้น ย่อมดำรงตนอยู่เพื่อประโยชน์เกื้อกูลแก่บุคคลอื่น และสังคมที่แวดล้อม พรหมวิหาร ๔ เรียกอีก อย่่าง ว่า อัปมัณฺญา ๔ เพราะแผ่สมำเสมอโดยทั่วไปในมนุษย์สัตว์ทั้งหลาย ไม่มีประมาณ ไม่ จำกัดขอบเขตประกอบด้วย

เมตตา คือ ความรักใคร่ปรารถนาดีอยากให้ผู้อื่นมีความสุข มีจิตอันแผ่เมตรี และคิดทำประโยชน์แก่มนุษย์สัตว์ทั่วหน้า

กรุณา คือ ความสงสาร คิดช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของปวงสัตว์

มุทิตา คือ ความยินดี ในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตผ่องใสบันเทิง มีจิตชุ่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอ ต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีด้วยเมื่อเขาได้ดีมีสุข เจริญองงาม ยิ่งขึ้นไป

อุเบกขา คือ ความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมตามที่พิจารณาเห็น ด้วยปัญญา คือมีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรม ที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตนประกอบ พร้อมทั้งจะ วินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดู ในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำ เพราะ เขารับผิดชอบตนเอง ได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผิดชอบตนเอง หรือเขาควรได้รับผลอันสมกับที่ความรับผิดชอบของตน

๑.๒ สังคหัตถุธรรม เป็นธรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตที่ดีร่วมกัน อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายพึงยึดถือและนำไปปฏิบัติ เพราะเป็นการช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย การเอาใจใส่เสมอต้นเสมอปลาย ธรรมข้อนี้เกิดต่อเนื่องผู้ที่มีพรหมวิหารเป็นพื้นฐานในจิตใจ ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่มีสังคหัตถุ ธรรมมะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์ร่วมกันให้มีความสุขกายสบายใจได้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ๔ ประการ คือ

(๑) ทาน หมายถึง การให้ คือ เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ เสียสละ แบ่งปัน ช่วยเหลือกันด้วยสิ่งของ ตลอดถึงให้ความรู้และแนะนำสั่งสอน

(๒) ปิยวาจา หรือ เปยวรัชชะ หมายถึง วาจาเป็นที่รัก วาจาพูดต็มน้ำใจหรือวาจาซาบซึ้งใจ กล่าวคำสุภาพไพเราะอ่อนหวานสมานสามัคคี ให้เกิดไมตรีและความรักใคร่กันนับถือ ตลอดถึงคำแสดงประโยชน์ประกอบด้วยเหตุผลเป็นหลักฐานจูงใจให้ยินยอมตาม

(๓) อัตถจริยา หมายถึง การประพฤติประโยชน์คือ ขวนขวายช่วยเหลือกิจการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ตลอดถึงช่วยแก้ไขปรับปรุงส่งเสริมในทางจริยธรรม

(๔) สมานัตตา หมายถึง ความตีตนเสมอ คือ ทำตนเสมอต้นเสมอปลายปฏิบัติสม่ำเสมอในชนทั้งหลาย และเสมอในสุขทุกข์โดยรวมรับรู้ร่วมแก้ไข ตลอดถึงวางตนเหมาะสมแก่ฐานะภาวะ บุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ถูกต้องตามธรรมในแต่ละกรณี

๑.๓ กัลยาณมิตรตตา ความเป็นกัลยาณมิตรที่ดี คือ ต้องมีลักษณะของการเป็นผู้ให้ เป็นผู้มิอุปการคุณคอยป้องกันไม่ให้เกิดภัยอันตรายใดๆทั้งร่างกายและทรัพย์สิน เมื่อยามมีภัยตกอยู่ในห้วงอันตรายก็ไม่ทอดทิ้งกัน สามารถเป็นที่พึ่งพิงได้ ยินดีให้ความช่วยเหลือ ขอน้อยก็ให้มาก หรือแม้ไม่เอ่ยปากขอก็ให้ด้วยความเต็มใจ มิตรร่วมสุขร่วมทุกข์ มีเรื่องอะไรก็ไม่ปิด ไม่มีความลับ แต่ให้ความไว้วางใจซื่อสัตย์ต่อกัน เป็นผู้แนะนำสั่งสอน ที่ปรึกษา เพื่อนที่คบหา และบุคคลผู้แวดล้อมที่ดี ความรู้จักเลือกเสวนาบุคคล หรือเข้าร่วมหมูกับท่านผู้ทรงคุณทรงปัญญา มีความสามารถ ซึ่งจะช่วยแวดล้อม สนับสนุน ชักจูง ชี้ช่องทาง เป็นแบบอย่าง ตลอดจนเป็น เครื่องอุหนุนเกื้อกูล แก่กัน ให้ดำเนินก้าวหน้าไปด้วยดี ในการศึกษาอบรม การครองชีวิต การ ประกอบกิจการ และธรรมปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี^๑ การเป็นกัลยาณมิตรที่คอยชี้แนะ สั่งสอนย่อมทำให้อริยมรรคองงามขึ้น ดังพุทธพจน์ที่พระพุทธองค์ตรัสสั่งสอนไว้ว่า “ภิกษุทั้งหลาย เมื่อดวงอาทิตย์กำลังจะอุทัย ย่อมมีแสงอรุณขึ้นมาก่อน เป็น บุพนิมิต ฉันทใด กัลยาณมิตรตตาก็เป็นตัวนำ เป็นบุพนิมิตเพื่อความเกิดขึ้นแห่งอริยมรรคมีองค์ ๘ ฉันทันนั้น”^๒

^๑ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม*, พิมพ์ครั้งที่ ๒๗, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า ๕๗.

^๒ ส.ม. (ไทย) ๑๙/๕๖/๕๕.

การดำรงตนบนฐานะของความเป็นกัลยาณมิตรนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก คุณสมบัติของกัลยาณมิตรมีดังนี้ คือ

๑.๓.๑ ปิโย แปลว่า น่ารัก ในฐานะเป็นที่สบายใจและสนิทสนม ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาไต่ถามหมายถึง เป็นที่สบายใจเมื่อเข้าใกล้ คือเมื่อได้พบเจอครั้งใดก็มีความสุข มีแต่ความสดชื่น แจ่มใส ราเริงเบิกบานใจอยู่เป็นนิตย์ ยังได้เข้าใกล้ได้สนทนาพูดคุยด้วยแล้ว ยิ่งสบายใจ ชวนให้ปรึกษาไต่ถาม

๑.๓.๒ ครุ แปลว่า น่าเจริญใจ หรือน่ายกย่องในฐานะทรงคุณคือความรู้และภูมิปัญญาแท้จริง ทั้งเป็นผู้ฝึกอบรมและปรับปรุงตนอยู่เสมอ ควรเอาอย่าง ทำให้ระลึกและเอ๋ยอ้างด้วยซาบซึ้ง ภูมิใจหมายถึง เป็นผู้ที่อุดมไปด้วยคุณธรรมความดีจนเป็นที่ทราบโดยทั่วไปเมื่อหมู่ญาติได้พบเห็นก็อดไม่ได้ที่จะแสดงความเคารพด้วยความชื่นชม นอกจากนี้แล้วกัลยาณมิตรยังเป็นผู้วางตนได้อย่างเหมาะสมตลอดเส้นทางการทำหน้าที่กัลยาณมิตร จนทำให้หมู่ญาติทั้งหลายเกิดความมั่นใจอบอุ่นใจเชื่อมั่นอย่างสนิทใจว่า กัลยาณมิตรจะเป็นที่พึ่งที่ปรึกษาได้อย่างแน่นอน

๑.๓.๓ ภาวนีโย แปลว่า รู้จักพูดให้ได้ผล รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ รู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไรอย่างไร คอยให้คำแนะนำว่ากล่าวตักเตือนเป็นที่ปรึกษาที่ดี หมายถึงความรู้สึกรื่นชื่นที่เกิดขึ้นภายในและอดไม่ได้ที่จะเอาคุณธรรมความดีของกัลยาณมิตรมากล่าวเล่าขาน ให้หมู่ญาติทั้งหลายได้รับฟังอย่างไม่รู้เบื่อ อยากจะซักชวนหมู่ญาติทั้งหลายให้ได้ไปพบเจอ ได้ไปฟังธรรมจากกัลยาณมิตร เพราะเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าหมู่ญาติจะมีปัญหายุ่งยาก หนักหนาเพียงใด กัลยาณมิตรย่อมแก้ไขให้ได้หมดทั้งสิ้น

๑.๓.๔ วัตตา จ แปลว่า รู้จักพูดให้ได้ผล รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ รู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไรอย่างไรคอยให้คำแนะนำว่ากล่าวตักเตือนเป็นที่ปรึกษาที่ดี หมายถึงฉลาดปราศสอนให้ได้ผล หมายถึงมีความสามารถพูดโน้มน้าวให้หมู่ญาติหรือคนรอบข้างทำตามในสิ่งที่ตั้งามชี้แจงปราศสอนด้วยความกรุณาปรารถนาดีอย่างจริงใจและต่อเนื่อง จนทำให้หมู่ญาติระลึกนึกถึงในฐานะของผู้มีหัวใจของการเป็นกัลยาณมิตรที่แท้จริง ที่คอยประคับประคองหมู่ญาติและคนรอบข้างให้อยู่ในเส้นทางบุญ แม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ง่ายต่อการชักจูงไปสู่หนทางอันเป็นอกุศล

๑.๓.๕ วจนกุขโม แปลว่า อดทนต่อถ้อยคำ คือพร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามคำแนะนำแนะวิพากษ์วิจารณ์อดทนฟังได้ไม่เบื่อไม่ฉุนเฉียว หมายถึงการอดทนต่อถ้อยคำของหมู่ญาติหรือคนรอบข้างหมายถึง พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามอยู่เสมออดทนฟังได้แม้เรื่องการระบายความทุกข์ ความคับแค้นใจจากสภาพครอบครัว การทำงาน หรือการดำเนินชีวิตหรือคำก้าวร้ายหยาบคายของคนที่ไม่เข้าใจความปรารถนาดี โดยไม่ตอบโต้กลับด้วยความฉุนเฉียวโกรธเคือง กัลยาณมิตรที่จะมีลักษณะอย่างนี้ได้ จะต้องตระหนักถึงสถานะของกัลยาณมิตรที่ตนเองดำรงอยู่หากขาดความอดทนโดยแสดงอาการโกรธฉุนเฉียวออกไปเสียแล้ว ก็ย่อมทำให้ตนเองต้องห่วงใยในการทำหน้าที่กัลยาณมิตรที่ไม่สมบูรณ์บนเส้นทางของกัลยาณมิตร

๑.๓.๖ คมภีรณจกถกตตา แปลว่า แถลงเรื่องล้าลึกได้ สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อนให้เข้าใจและให้เรียนรู้เรื่องราวที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นไป หมายถึงสามารถนำเรื่องที่ยากมาอธิบายให้เห็นภาพพจน์เข้าใจได้ง่าย ทำให้หมู่ญาติทั้งหลายสิ้นความเคลือบแคลงสงสัยในปัญหาเรื่องโลกและชีวิต หรือหัวข้อธรรมะต่าง ๆ มีความเข้าใจจนสามารถนำไปแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ให้คลายทุกข์ ความกังวลไปสู่ความสุขได้โดยง่าย

๑.๓.๗ โน จฏฐาเน นิโยชเย แปลว่า ไม่ชักนำในอฐาน ไม่แนะนำในเรื่องเหลวไหล หรือชักจูงไปในทางเสื่อมเสีย หมายถึงไม่ชักนำไปในทางเสื่อม หมายถึงประพฤติตนอยู่ในทำนองคลองธรรม ไม่ยอมทำเรื่องที่เป็นความเสื่อม ทั้งในเรื่องการงานครอบครัว และการทำหน้าที่กัลยาณมิตร จนหมู่ญาติทั้งหลายถือเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตได้ กัลยาณมิตรจะมีลักษณะอย่างนี้ได้ จะต้องมิ ภูมิปัญญาที่จะแยกแยะออกได้ว่าสิ่งใดถูก-ผิด สิ่งใดชั่ว-ดี สิ่งใดควร-ไม่ควร และเต็มเปี่ยมไปด้วย หิริโอตตปปะ คือความละอายบาปกลัวบาป ไม่ยอมกระทำความชั่วแม้มีโอกาสหรือในที่ลับตาคน กัลยาณมิตรที่มีคุณสมบัติข้อนี้ อุปมาเหมือนเครื่องซึ่งดวงวัดที่มีมาตรฐานคงเส้นคงวา ไม่มีนอก ไม่มีใน ไม่มีเบื้องหน้า ไม่มีเบื้องหลัง^๓

๒) หลักธรรมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒.๑ อภินหปัจเวกขณะ อภินหปัจเวกขณะ หมายถึง การพิจารณา ๕ ประการ ได้แก่ (๑) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ (๒) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้ (๓) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้ (๔) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เราจะต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น (๕) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีกรรมเป็นของตัว เราทำดีจักได้ดี ทำชั่วจักได้ชั่ว

อภินหปัจเวกขณะ แปลว่า ข้อที่ควรพิจารณาอยู่เนืองๆ หรือทุกขณะ เพื่อไม่ให้เกิดความประมาทหมัวเมา การให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่ว่าจะอยู่ในสถานะไหน เช่น หนุ่ม สาว หรือวัยชรา เมื่อได้พิจารณาอยู่เสมออย่างนี้ ก็จะช่วยป้องกันความมัวเมาในความเป็นหนุ่มสาว ในทรัพย์สมบัติ และในชีวิต เป็นต้น บรรเทาความลุ่มหลง ช่วยความยึดมั่นถือมั่น ทำให้นึกถึงแต่ความดี และทำให้จิตใจสงบ และเมื่อเสียชีวิตไปก็จะจากไปอย่างสงบ

๒.๒ โยนิโสมนสิการ (การใช้ความคิดถูกวิธี) คือ การทำในใจโดยแยบคาย มองสิ่งทั้งหลายด้วยความคิดพิจารณาสืบค้นถึงต้นเค้า สวหาเหตุผลจนตลอดสาย แยกแยะออก พิเคราะห์ดูด้วยปัญญาที่คิดเป็นระเบียบและโดยอุบายวิธี ให้เห็นสิ่งนั้นๆ หรือปัญหานั้นๆ ตาม สภาวะและตามความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย^๔ การใช้ความคิดถูกวิธีนี้เองเป็นต้นทางแห่งการ เกิดขึ้นของอริยมรรค การเกิดขึ้นของความคิดที่ถูกต้องอันนำไปสู่ความหลุดพ้นแห่งจิตในที่สุด

^๓ สุขวสาชิตะปัญญา. “คุณสมบัติของกัลยาณมิตรและหลักธรรมการคบมิตร”, วารสารปรัชญาปริทรรศน์. ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๐): ๙๗-๙๙.

^๔ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๕๗.

๒.๓ อัปมาหะ (ความไม่ประมาท) คือ ความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียร ที่มี สติเป็นเครื่องเร่งเร้าและควบคุม ได้การดำเนินชีวิตโดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติ ปฏิบัติ และการกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัว ไม่ยอมมถลาลงไปในทางเสื่อม แต่ไม่ยอมพลาด โอกาสสำหรับ ความดีงามและความเจริญก้าวหน้า ตระหนักในสิ่งที่พึงทำและพึงละเว้น ใส่ใจ สำนึกอยู่เสมอในหน้าที่ อันจะต้องรับผิดชอบ ไม่ยอมปล่อยปละละเลย กระทำการด้วยความ จริงจัง รอบคอบ และรู้หน้าที่ เรื่อยไป ความไม่ประมาทนี้เองพระพุทธองค์ทรงแสดงไว้ว่าเป็นทั้งหมดและเป็นที่สุดของธรรม ทั้ง ดำรงไว้ซึ่งประโยชน์ทั้งสองคือประโยชน์ในปัจจุบัน และประโยชน์ในภายหน้า

๒.๔ การเจริญสมณะและวิปัสสนา

สมณะ หมายถึงการฝึกจิตให้สงบ^๕ จนตั้งมั่นแน่วแน่เป็นสมาธิจนถึงขั้นได้ฌานวิปัสสนา หมายถึงการเห็นแจ้ง หรือวิธีทำให้เกิดการเห็นแจ้ง ข้อปฏิบัติในการฝึกฝนอบรมปัญญาให้เกิด ความเห็นแจ้งรู้ชัดสิ่งทั้งหลายตรงต่อสภาวะของมัน คือเข้าใจตามความเป็นจริง หรือตามที่สิ่งเหล่านั้น มันเป็นของมันเอง รู้แจ้งชัดเข้าใจจริง จนถอนความหลงผิด รู้ผิด และยึดติดในสิ่งทั้งหลายได้ จน เปลี่ยนท่าทีต่อโลกและชีวิตใหม่ ความรู้ความเข้าใจถูกต้องที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างการปฏิบัติ นั้น เรียกว่า ญาณ มีหลายระดับ ญาณสำคัญในขั้นสุดท้ายเรียกว่า วิชชา เป็นภาวะตรงข้ามที่กำจัด อวิชชา คือความหลงผิดไม่รู้แจ้ง ไม่รู้จริงให้หมดไป ภาวะจิตที่มีญาณหรือวิชชา นั้น เป็นภาวะที่สุข สงบ ผ่องใสและเป็นอิสระ เพราะลอยตัวพ้นจากอำนาจครอบงำของกิเลส ญาณและวิชชาเป็น จุดมุ่งหมายของวิปัสสนา เพราะนำไปสู่วิมุตติ คือความหลุดพ้นเป็นอิสระที่แท้จริงยั่งยืนถาวร

๕.๑.๓ เสนอกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของ ประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี สามารถสรุปได้ ๕ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา รวมทั้งการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยมีการประชุมหารือกันทั้งทางฝ่ายทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และฝ่าย ผู้นำทางศาสนา เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของ ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๒ ให้ข้อมูลการรักษาอย่างค่อยเป็นค่อยไปแก่ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้และเข้าใจ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาและประสานงานเกี่ยวกับความต้องการการรักษาต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมิน สภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยตลอดจนสัญญาณชีพ

ขั้นตอนที่ ๓ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้สามารถ เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้ เป็นการดูแลประคับประคองจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในด้านสังคม การค้นหาความหมายของชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการ

^๕ พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พรินติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑), หน้า ๓๘๘.

ตายดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจำเป็นต้องดูแลไปพร้อมๆกัน ความไม่สุขสบายคือความทุกข์ทรมาน นั้นหมายรวมในทุกมิติซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นมิติแต่ละด้านได้ดังนี้

๑) ด้านกาย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านกาย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นใน ปัจจัยพื้นฐาน การจัดระเบียบ ผม ขน เล็บ ฟัน หนั่ง เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมสัปปายะ และเอื้อต่ออาการของผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่อง ปาก อวัยวะขับถ่าย บริเวณอับชื้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสดชื่น สบายตัว ในห้องหรือในบ้าน ควรมี การระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับชื้น การพูดคุยและดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและ ทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิ โดยการฝึกหายใจ การใช้ จินตนาการบำบัดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย หรือ การสวดมนต์ช่วยให้ใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม สำหรับผู้ที่ไม่ คำนึงเคยกับการสวดอาจแนะนำให้สวดบทสั้น ๆ หรือเป็นคำ ๆ ที่โน้มน้าวใจให้เข้าหาสิ่งที่ดีงาม การ น้อมใจให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือจะช่วยผู้ป่วยสงบลงได้ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้ผูกพันกับ ความเชื่อหรือศาสนาใด สามารถน้อมให้ระลึกถึงความดีงามที่เคยทำมา หรือสิ่งดี ๆ ที่ภาคภูมิใจ ซึ่งจะ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความสงบพร้อม อิ่มใจในความดีของตน

๒) ด้านจิตใจ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตใจในเรื่องสิ่งยึดเหนี่ยวที่สร้างความเข้มแข็ง, ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, ความภาคภูมิใจ, ความเชื่อด้านศาสนาประเพณี, สิ่งค้างคาใจ

๒.๑) การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ

(๑) กิจกรรมทำบุญด้วยการให้ทาน ถวายสังฆทาน หรือให้ออกาสผู้ป่วยได้ทำบุญใส่ บาตร ทำให้เกิดความสบายใจว่าได้สั่งสมคุณงามความดี ตามวิถีของชาวพุทธ และทำหน้าที่ของชาว พุทธที่พึงกระทำตามโอกาสและความเหมาะสม

(๒) การนิมนต์พระสงฆ์มาสวดเจริญพระพุทธมนต์ ทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่อชะตา ตามความเชื่อ ซึ่งสามารถช่วยรักษาใจ เพราะจิตใจมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับร่างกาย เนื่องจาก เป็นสิ่งที่อาศัยกันและกัน จึงทำให้คลายกังวล มีสุขภาพจิตดีขึ้น ลดบรรเทาอาการเจ็บปวดบางอย่าง ลงได้ เพราะเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนาและการเคารพในพระรัตนตรัย

(๓) การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ด้วยการทำพิธีบายศรีสู่ขวัญ ผูกข้อมไม้ข้อมมือ เพื่อเป็นสิริมงคล จากพระสงฆ์หรือญาติผู้ใหญ่ที่เคารพเชื่อถือ เพื่อทำให้เกิดความสบายใจ สร้างขวัญ กำลังใจ จึงทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลบางอย่างออกไป การแพทย์ ทางเลือกให้ความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์แผนใหม่มุ่งเน้นการรักษาทาง ชีววิทยา การแพทย์นอกระบบเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ดีที่สุดของคนไข้ หลังจากที่แพทย์สมัยใหม่ไม่ สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้น การศึกษาหาแนวทางรักษาตามการแพทย์ท้องถิ่น เพื่อประยุกต์ให้ สอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องที่ดีสำหรับคนไข้ ซึ่งต้องการบำบัดรักษาที่มี ประสิทธิภาพที่สุ่ทั้งทางกายและใจ เช่น การรักษาแบบสมิธิบำบัด หรือ การนวดแผนโบราณ เป็นต้น

๒.๒) หลักสมถภาวนา

การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่ง่ายและเหมาะกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ การสวดมนต์ โดยจะกำหนดให้ผู้ป่วยสวดด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นสวดให้ฟังก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการและความเหมาะสมกับสรีระและอวัยวะของร่างกายของผู้ป่วย หรือทางกายภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อตัวผู้ป่วยมีความเสื่อมใสศรัทธาในพระรัตนตรัย หรือมีนิสัยชอบเข้าวัดทำบุญ รักษาศีล สวดมนต์เจริญภาวนา ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสวดมนต์ไหว้พระ โดยเฉพาะบทพระสุเมธถึงคุณของพระพุทธเจ้า ๙ ประการ พระธรรม ๖ ประการและ พระสงฆ์ ๙ ประการ เพื่อให้เกิดสมาธิตั้งมั่น ตามบทสวดมนต์

๓) ด้านสังคม

เป็นวิธีการและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านสังคม ให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเกื้อกูลเห็นอกเห็นใจกัน ระหว่างผู้ป่วยกับญาติมิตร ในฐานะเป็นบิดามารดา บุตรธิดา สามี ภรรยา ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ชิดกับผู้ดูแลรักษา

๓.๑) การรับฟังและการสัมผัส จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่น และไว้วางใจ

๓.๒) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

๔) ด้านปัญญา

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านปัญญา ให้เกิดความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันว่าทุกอย่างเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไปตามธรรมชาติ เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา โดยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้คิด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟังธรรมบรรยาย และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำจิตตภาวนาบางวาระบางโอกาส เท่าที่สามารถจะทำได้

๔.๑) การรับฟังและการสัมผัส

การรับฟัง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกบางอย่างที่อัดอั้นตันใจ หรือ ค้างคาใจมานาน ทำให้เกิดความเครียด อยากปลดปล่อย หรือต้องการให้คนรับฟังและเข้าใจตนเองมากขึ้น การนั่งและรับฟังปัญหาบางอย่าง อาจนำไปสู่การเปิดใจและปล่อยวางได้มาก ดังนั้น การรับฟังผู้ป่วย จึงเป็นการเยียวยาทางจิตใจอีกทางหนึ่งก่อนที่จะมีโอกาสให้การรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป

การสัมผัส เป็นช่องทางการเสวยการรับรู้โลกทางกาย เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีประสาทประสาทหู ประสาทจมูก ประสาทลิ้นขาดพร่องไป ไม่พร้อมที่จะทำหน้าที่รับรู้ และใจมีความสับสน การสื่อสารผู้ป่วยด้วยอาการสัมผัสถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

ในกรณีนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หากใช้วิธีการรับฟังพร้อมกับวิธีการสัมผัส อาจจะทำให้ประสิทธิภาพของการสร้างขวัญและกำลังใจมากเป็นพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความสบายใจ เชื่อใจ และยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไปเพิ่มมากขึ้น

๔.๒) การแสดงธรรมและการสนทนาธรรม

การฟังธรรมและสนทนาธรรมในเรื่องที่อยากฟัง หรือต้องการ เป็นการพัฒนาจิตใจ คลายกังวล และมุ่งถึงอานิสงส์ของการฟังธรรม และการนำไปใช้ในขณะนั้น เพื่อทำให้เกิดความคิด

ปล่อยวางจากบางสิ่งบางอย่าง เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ฟังธรรม ทำให้จิตใจนุ่มนวลถึงพระรัตนตรัย คุณงามความดีต่างๆ ก็ทำให้จิตใจคลายความกังวล มีจิตผ่องใสขึ้น เพราะตามแนวคิดในพระพุทธศาสนาเถรวาทเชื่อว่า จิตก่อนตายเมื่อไม่เศร้าหมองจะได้ไปสู่สวรรค์ ถ้าจิตก่อนตายเศร้าหมองจะทำให้ไปอบาย ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นที่นิยมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฟังธรรมก่อนที่จะเสียชีวิตไปอย่างสงบในที่สุด

๔.๓) วิปัสสนาภาวนา

การใช้วิปัสสนาภาวนา ถือเป็นการพัฒนาปัญญาขั้นสูงที่จะนำไปสู่การตายดีแบบขั้นสูงสุด ตามแนวพระพุทธศาสนา แต่การให้ผู้ป่วยกำหนดนั้นอาจพอทำได้ในบางวาระ ซึ่งอาจเกิดจากการเปิดใจ จากวิธีการดูแลรักษาที่มีผลต่อๆ มา แล้วทำให้จิตใจผู้ป่วยสงบมากขึ้น สามารถยอมรับความจริงได้มากขึ้น และต้องการกำลังใจในครั้งสุดท้ายจากการทำความดี หรือทำบุญที่มีอานิสงส์มาก

ขั้นตอนที่ ๔

การส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การประสานงานของทีมสหสาขาที่ให้การดูแลประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลรักษาอาการทางกาย ภาวะจิตใจ การประคับประคองด้านสังคมและปัญญาโดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง ให้คำแนะนำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย มีการอบรมและให้ความรู้กับเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนมีผู้นำทางด้านศาสนาในพื้นที่เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการเยียวยาผู้ป่วยทางด้านจิตใจและปัญญา

ขั้นตอนที่ ๕

ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับได้ต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยประเมินจากความเศร้า ความกังวล ความทุกข์ ความเครียด และให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อความโศกเศร้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้คำปรึกษาและจัดการความเศร้าโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตเวช พระคิลานธรรม ไทการดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวตลอด ๒๔ ชั่วโมง ไทการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตอบสนองด้านความเชื่อ ความหวัง สิ่งที่ยากจะทำเป็นครั้งสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเช่น ติดต่อเชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วย และครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัวถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิต ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ประสานสอดคล้องเครือข่ายในบาง Case ในกรณีถึงแก่กรรม(PPS ๐ %) ทำความสะอาดร่างกาย เชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคำอาลัย จัดการกับความโศกเศร้า ให้กำลังใจญาติ การดูแลหลังความตาย

สรุป กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังที่กล่าวมาแล้วทั้ง ๕ ขั้นตอนนี้ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไปถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิตอย่างสงบ เรียกว่า การตายดี หรือการตายอย่างมีความสุขได้

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลการวิจัยเรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการของการดูแลผู้ป่วยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลตรอนดำเนินการอยู่เป็นหลัก แล้วใช้กระบวนการทางพระพุทธศาสนาเสริมเข้าไปในองค์รวมทั้ง ๕ ขั้นตอนนี้ที่มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาไม่ขัดกับแพทย์และพยาบาล โดยอาศัยความเชื่อมโยงด้านเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเดียวกันคือการตายดีและมีศักดิ์ศรี ในกระบวนการตามขั้นตอนที่ดูแลตามแนวพุทธนั้นจะสามารถสอดแทรกไปตามกระบวนการขั้นตอนของแพทย์แผนปัจจุบัน トラบที่ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้และไม่ขัดกับการรักษาทางการแพทย์ ไปตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคือการเสียชีวิตและการดูแลด้านมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณแก่ครอบครัวของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลลักษณ์ ต้นดีตระกูล ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลจากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงบันดาลใจทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตน ตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ^๖

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

๑) จากผลการวิจัยพบว่า หากมีการนำกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาเข้ามาบูรณาการกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วย จะมีสภาวะอารมณ์เศร้าลดลง มีความเข้าใจต่อความเป็นจริงของชีวิตและธรรมชาติมากขึ้น สามารถปล่อยวางจากภาวะที่เป็นอยู่และยอมรับต่อความเจ็บไข้ของตนเองได้ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยตลอดจนผู้ดูแลมีอาการคลายวิตกกังวลลดลงจากเดิมในทุกกรณีที่ทำการศึกษา การบูรณาการองค์ความรู้เพื่อนำพัฒนาต่อในโรงพยาบาลตรอน จะสามารถช่วยทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒) ควรมีการสร้างความร่วมมือสหวิชาชีพกับองค์กรต่าง ๆ ในเขตพื้นที่ของอำเภอตรอนอย่างเป็นทางการ และมีแผนการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อขยายผลและรูปแบบที่พึงประสงค์ไปยังโรงพยาบาลในเขตอำเภออื่นๆ และกระจายตามชุมชนให้กว้างขวางมากขึ้น

^๖ วิไลลักษณ์ ต้นดีตระกูล, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, (คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

๓) ควรมีการสร้างความร่วมมือทางวิชาการด้านการแพทย์และวิชาการด้านพระพุทธศาสนาร่วมกันในมิติอื่นๆ ที่จะสามารถต่อยอดหรือพัฒนารูปแบบและกระบวนการใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔) การสร้างความร่วมมือและประยุกต์รูปแบบกระบวนการกับศาสนาอื่นๆ ตามความเชื่อของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรวิจัยเรื่อง “ การพัฒนารูปแบบของครีเอช่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาในระดับภูมิภาคหรือในระดับประเทศ ”

๒) ควรวิจัยเรื่อง “ การวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการใช้กิจกรรมตามแนวพระพุทธศาสนาในระดับภูมิภาคเพื่อพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ”

๓) ควรวิจัยเรื่อง “ การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่อผลสำเร็จต่อรูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย ”

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

ก. ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

มหามกุฏราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกพร้อมอรรถกถา แปล ชุด ๙๑ เล่ม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๔.

ข. ข้อมูลทุติยภูมิ

(๑) หนังสือ:

คณะอนุกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. พจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ อังกฤษ-ไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก, ๒๕๕๔.

เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์. Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์.

กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๒.

ทีศนีย์ ทองประทีป. พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying)” พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

๒๕๕๒.

ธนพรรณ สิทธิสุนทร. “ข้อมูลบางประการจาก ฮอสปิซในรัฐคอนเนคติกัต สหรัฐอเมริกา”. มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย. นพ. ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการวิชาการ.

กรุงเทพมหานคร: คบไฟ, ๒๕๓๙.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, รศ.นพ. และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care : Improving Care of the Dying). พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษร

สัมพันธ์ จำกัด, ๒๕๕๐.

พรทวี ยอดมงคล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ฉบับปรับปรุง.

นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ลิริพัฒนา จำกัด, ๒๕๖๑.

พรทวี ยอดมงคล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, ๒๕๕๖.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). ธรรมนุญชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา, ๒๕๔๑.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑.

กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. ฟรินติง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง (ถึงเวลามาแก้กรรมกันเสียที).

พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จ. เจริญอินเตอร์พริ้น (ประเทศไทย) จำกัด, ๒๕๕๓.

- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๗. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๖. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติมช่วงที่ ๑)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงขยายความ**. พิมพ์ครั้งที่ ๓๙. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗.
- พระไพศาล วิสาโล. **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒๐. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๖.
- พระไพศาล วิสาโล. **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (๑๙๘๗), ๒๕๕๐.
- พระสีลาจารย์เถร. **อภิธรรมมัตถสังคหีปิณี**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๔๗.
- ภูซงค เหล่ารุจิสวัสดิ์. “การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Care : Improving Care of the Dying)**” พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๐.
- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์, ๒๕๕๖.
- วศิน อินทสระ. **หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนา (พุทธปรัชญาเถรวาท) : อริยสัจ ๔**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๐.
- ศูนย์การุณรักษ์ Palliative Care Center โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **Clinical Palliative Care for Community Nurses**. คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๙.
- สมักร บุรวาศ. **พุทธปรัชญา ๒๕ ศตวรรษ**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: ศยาม, ๒๕๕๔.
- สันต์ หัตถิรัตน์, **สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์, ๒๕๔๓).
- สันต์ หัตถิรัตน์. **การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, ๒๕๕๒.
- สิวลี ศิริไล. **การเป็นแพทย์: จากฮิปโปคราติสู่ยุคโลกาภิวัตน์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ. **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. **จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology)**. นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

สุวคนธ์ กุรัตนันและคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล.

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖.

สุวิมล ตีรกาพันธ์. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

แสง จันทร์งาม. **พุทธศาสนาวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณาคาร, ๒๕๓๕.

(๒) ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์:

ธัสมน นามวงศ์. “ผลการสอนพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการ
พยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
นักศึกษาพยาบาล”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐.

พระครูอินทสารวิจักษ์ อินทสโร (กิจโร). “ศึกษารักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสถที่ปรากฏ
ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระณัฐกิตติ อนารโท (ผุยเหง้า). “ศึกษาหลักมรณสติในพระไตรปิฎก”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระธนกร กิตติปัญญา (สร้อยศรี). “ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในทาง
พระพุทธศาสนาเถรวาทกับคริสต์ศาสนาโรมันคาทอลิก”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗.

พระศักดิ์รัช ส่วโร. “รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของ
ประชาชนในจังหวัดแพร่”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๖๒.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย”. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**. คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

สุวภรณ์ แนวจำปา. “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”. **วิทยานิพนธ์พุทธ
ศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหา
จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

(๓) บทความ:

ชัยวาลี ศรีสุโข. “เมื่อความตายมาถึง”. **วารสารก้าวใหม่**. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓๙ (พฤษภาคม – มิถุนายน): ๑๑.

ดร.รชนี สีนธุงศานนท. “บูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**. ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๘): ๖๓.

พระศกดิษฐ์ ส่วโร. “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชิงพุทธบูรณาการ”. **วารสารมหาจุฬาฯ วิทยาเขตแพร่**. ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๒): ๕๓.

เรวัฒน์ เอกวุฒิมงศา และวรารัตน์ สุนทรภา. “ชีวิต ความตาย และภาวะใกล้ตาย : มุมมองของพุทธศาสนาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. ปีที่ ๓๗ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗): ๑๒๗.

สุขวสาชิตะปัญญา. “คุณสมบัติของกัลยาณมิตรและหลักธรรมการคบมิตร”. **วารสารปรัชญาปริทรรศน์**. ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๐): ๙๗-๙๙.

อารยา ทิพย์วงศ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. “วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน”. **วารสารพยาบาล**. ปีที่ ๖๘ ฉบับที่ ๑ (พฤศจิกายน ๒๕๖๒): ๑๑ - ๑๙.

(๔) สื่ออิเล็กทรอนิกส์:

ADB TEAM. การตายดี: จะอยู่หรือไป? เปิดมุมมองต่อความตาย และ Living Will. [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://adaybulletin.com/life-feature-leaving-beautifully/๑๙๐๔๖> [๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓].

ธวัชชัย จันจุฬา (๒๘ มี.ค ๒๕๕๘). “นักข่าวพลเมือง: พระสงฆ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”, **ไทยพีบีเอส**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.citizenthaipbs.net/node/๕๘๒๗>. [๓ เมษายน ๒๕๖๓].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้าย ของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗ -๒๕๕๙**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.healthstation.in.th [๖ มีนาคม ๒๕๖๓].

(๕) สัมภาษณ์:

สัมภาษณ์ พระครูอดุลจารุวรรณ, เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

สัมภาษณ์ พระไชยา นาสีโล, วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๑๗ มกราคม ๒๕๖๔.

สัมภาษณ์ คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง, นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

สัมภาษณ์ คุณบุญญาบุษ ระวิงภัย, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

สัมภาษณ์ คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค, เกสซ์กรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓.

สัมภาษณ์ คุณสุพัตรา ไร่นากิจ, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๔ มกราคม ๒๕๖๔.

สัมภาษณ์ พญ.สุภัทษา คำก้อนแก้ว, แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

สัมภาษณ์ คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

สัมภาษณ์ คุณสุรानी แสงสุรเดช, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓.

สัมภาษณ์ คุณรพีพร คำแก้ว, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๑๑ มกราคม ๒๕๖๔

สัมภาษณ์ คุณปรารณา ศรีขานา, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๖ บ้านพงสะตือ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๔

สัมภาษณ์ คุณอำนวยการ ทับทองดี, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๒ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๘ มกราคม ๒๕๖๔.

สัมภาษณ์ คุณเผด็จ รัตนมาโต, ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๘ มกราคม ๒๕๖๔.

(๖) สันทนาการกลุ่ม:

สันทนาการกลุ่ม คุณสุธานี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกสซ์กรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณนิตยา มหาปัญญาวงศ์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณฉันทย์ชนก อุตนันท์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณบุญญาอนุช ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สันทนาการกลุ่ม คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สนทนากลุ่ม คุณณรรค์ น้อยทัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

สนทนากลุ่ม คุณศรัทธา อุดแจ่ม แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัด
อุตรดิตถ์, ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔.

๒. ภาษาอังกฤษ

๑. Secondary Sources

(I) Books:

Belinda Poor and Gail P. Poirrier. **End of Life Nursing Care**. London: Jones and Bartlett, 2001.

Christopher Elliott-Binns. **Medicine: The Forgotten Art?**. London: Pitman Publishing Ltd., 1978.

Elisabeth K. bler-Ross. **Questions and Answers on Death and Dying: A Companion Volume to On Death and Dying**. New York: A Touchstone Book, 1997.

Elisabeth Kubler-Ross. **On Death and Dying**. New York: MacMillan, 1969.

Insel M. Paul and Roth T. Walton. **Care concepts in Health**. 9th d. McGraw-Hill Companies, Ins., 2002.

John Ellershaw and Susie Wilkinson. **Care of the Dying : A Pathway to excellence**. New York: Oxford University Press, 2003.

Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach. **Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies**. 2nd edition. Missouri: Elsevier Saunders, 2011.

Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy and Jo Wells. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2009.

Michael Peters. **BMA British Medical Association A-Z Family Medical Encyclopedia**. London: Dorling Kindersley Limited, 2008.

Puntillo K, Standard D. “End-of-life care across settings: The intensive care unit, In Ferrell BR, Coyle N Eds”, **Textbook of Palliative Nursing**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

S.A. Lack. **The Hospice Concept : The Adult with Advanced Cancer**. In proceeding of the American Cancer Society Second National Conference on Human Value and Cancer. Chicago : American Cancer Society, 1977.

Stephen R. Connor. **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**. 2nd Edition. New York : Taylor & Francis Group, LLC, 2009.

Thomas Lathrop Stedman. **Reference Stedman’s Medical Dictionary**. 26th Edition Illustrated in color. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.

(II) Articles:

- Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. **Withdrawing intensive life sustaining treatment-recommendations for compassionate clinical management.** N Engl J Med. 1997; 336 : 652-657.
- Clarke EB, Curtis R, Luce JM et al. “Quality indicators for end-of-life care” **in the intensive care unit.** (Crit Care Med 2003 ; 31): 2255-2262.
- Corinne M. Lemmer. “Recognizing and Caring for Spiritual needs of Clients”. **Journal of Holistic Nursings.** (vol. 23 : No. 3 : Sept., 2005): 311-312.
- Elizabeth Latimer. “Caring for seriously ill and dying patients: The Philosophy and Ethics”. **Canadian Medical Association Journal.** Vol. 144, 1991: 859.
- Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D., Predistric palliative care, N Engl J Med. 2004; 350 : 1725-1762.
- K.K. Kuebler, J. Rynn, and J.v. Rohen. “Perspectives in palliative Care”. **Seminars in Oncology Nursing.** 21 (1), (2005) : 3.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.**ผู้ทรงคุณตรวจเครื่องมือการวิจัย**

(๑) พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

(๒) พระอนุสรณ์ กิตติวณโณ, ดร. อาจารย์ประจำ สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

(๓) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ ฟองคำ อาจารย์ประจำสาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์แพร่ โทร. ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว ๐๒๐ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์

เรียน พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช สั้วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านได้เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนิสิตต่อไป

จึงเรียน มาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

W4. 3d

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

ตามคำสั่งแล้ว

W4. 3d

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

๒ ธ.ค. ๒๕๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์แพร่ โทร. ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว ๑๒๐ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์

เรียน พระอนุสรณ์ กิตติวัฒน์, ดร. อาจารย์ประจำสาขาพระพุทธศาสนา

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช สวีโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนิสิตต่อไป

จึงเรียน มาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

๒/๐.๑-๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์แพร่ โทร. ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว ๐๒๐ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร ผศ. ดร.เกรียงศักดิ์ พองคำ ประธานสาขาพระพุทธศาสนา

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขรมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช ส่วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในหัวข้อการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านได้เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนิสิตต่อไป

จึงเรียน มาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

พ.อ. ร.อ.

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์
 ๖/พ.อ.
 (ผศ. ดร.เกรียงศักดิ์ พองคำ)
 ๗ ธ.ค. ๒๕๖๓

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
(สำหรับพระสงฆ์)

เรื่อง : กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขต
อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง :

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอกระบวนการส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับข้อมูล และแนวทางสำหรับผู้วิจัย ประชาชน ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางให้นำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ข้อมูลที่ได้มาจะสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลฉบับนี้ไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านหรือบุคคลอื่นแต่อย่างใด

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๒ ตอน

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

นิสิตปริญญาโท

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

ประเด็นที่สัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ (พระสงฆ์)

- ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์
- ตำแหน่ง
- สถานที่ทำงาน
- เวลาสัมภาษณ์
- วันที่สัมภาษณ์
- ชื่อผู้สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

ข้อที่ ๑ ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านมีวิธีการ และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ด้านกาย อย่างไร ใช้หลักธรรมอะไรมาบูรณาการ

.....
.....

ข้อที่ ๒ ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านมีวิธีการ และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ด้านสังคม อย่างไร ใช้หลักธรรมอะไรมาบูรณาการ

.....
.....

ข้อที่ ๓ ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านมีวิธีการ และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ด้านจิตใจ อย่างไร ใช้หลักธรรมอะไรมาบูรณาการ

.....
.....

ข้อที่ ๔ ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านมีวิธีการ และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ด้านปัญญา อย่างไร ใช้หลักธรรมอะไรมาบูรณาการ

.....
.....

ข้อที่ ๕ ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาในประเด็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
.....



**แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
(สำหรับสหวิชาชีพ)**

เรื่อง : กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขต
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

คำชี้แจง :

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอกระบวนการส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับข้อมูล และแนวทางสำหรับผู้วิจัย ประชาชน ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางให้นำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ข้อมูลที่ได้มาจะสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลฉบับนี้ไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านหรือบุคคลอื่นแต่อย่างใด

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๒ ตอน

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

นิสิตปริญญาโท

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

ประเด็นที่สัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ (สำหรับสาขาชีพ และพยาบาล)

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

เวลาสัมภาษณ์

วันที่สัมภาษณ์

ชื่อผู้สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธานุศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

ข้อที่ ๑ ปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรบ้าง

.....
.....

ก. ด้านกาย

.....
.....

ข. ด้านสังคม

.....
.....

ค. ด้านจิตใจ

.....
.....

ง. ด้านปัญญา

.....
.....

ข้อที่ ๒ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่ได้ผลเป็นที่พอใจหรือไม่ อย่างไร (ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการเยียวยาตามกระบวนการหรือไม่ เช่น อาการดีขึ้น และเห็นผลชัดเจนขึ้น ด้านอารมณ์ การพูด และการแสดงออกทางพฤติกรรม)

.....

.....

ข้อ ๓ กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุดท้ายของโรงพยาบาลที่ใช้ยังมีจุดแข็งจุดอ่อน และปัญหาอุปสรรคที่ต้องแก้ไขปรับปรุงอย่างไรบ้าง

.....

.....

ข้อ ๔ ถ้ามีการนำกระบวนการทางพระพุทธศาสนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการรักษาตามหลักการแพทย์ปัจจุบันปัจจุบันของโรงพยาบาลมากขึ้น เช่น การที่พระสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการดูแลเรื่องจิตใจ ผ่านพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนา การทำบุญ การสวดมนต์ การให้ธรรมะบรรยายด้วยการสนทนาธรรมกับผู้ป่วย การผูกข้อมือนี จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็ง มีกำลังใจ รู้จักปล่อยวาง และยอมรับความจริงตามธรรมชาติ ท่านคิดว่าเป็นผลดีต่อผู้ป่วยหรือไม่ และโรงพยาบาลควรนำกระบวนการนี้มาใช้ ท่านเห็นด้วยหรือไม่อย่างไร เพราะอะไร

.....

.....

ข้อที่ ๕ ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเด็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่าน

ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ภาคผนวก ค.
ใบรับรองจริยธรรม

COA No.010/64

UPHO REC No.001/64



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ ๑๓๐ หมู่ ๘ ตำบลชัยภูมิ อำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี โทร.๐-๕๕๔๑-๑๔๓๙ ต่อ ๓๐๒

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : กระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้วัยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนา ของประชาชนในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดอุดรธานี

เลขที่โครงการ : UPHO REC ๐๐๑/๖๔

ผู้วิจัยหลัก : พระปลัดคมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)

สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

วิธีบทวน : แบบเร็ว

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

ความก้าวหน้า :

เอกสารรับรอง : AF ๐๑-๑๐ เวอร์ชัน ๑.๐
AF ๐๒-๑๐ เวอร์ชัน ๑.๐
AF ๐๓-๑๐ เวอร์ชัน ๑.๐
AF ๐๔-๑๐ เวอร์ชัน ๑.๐
AF ๐๕-๑๐ เวอร์ชัน ๒.๐
โครงร่างงานวิจัย เวอร์ชัน ๒.๐
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน ๑.๐
ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน ๑.๐

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)ดร.นพ.วัชรพล ภูนวล)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

วันหมดอายุ : ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ลงนาม.....

(นายประกาย เข้มแข็ง)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No.010/64
UPHO REC No.001/64



Uttaradit Provincial Public Health Office

Ministry of Public Health

Address 130 , Village No.8, Chajumpol Sub-district , LubLae District, Uttaradit Province
Zip code 53130 , Thailand, Tel 662-5541-1439 ext 302

Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Uttaradit Public Health Office, Uttaradit, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Study Title : The Process of Promoting the Last Patient Care in Accordance With Buddhism of People in Tron District, Uttaradit Province
Study Code : UPHO REC 001/64
Principal Investigator : Phrapalad Kamonmas Phromson
Study Center : Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phrae Campus
Review Method : Expedited
Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.
Document Reviewed : AF 01-10 Version 1.0
AF 02-10 Version 1.0
AF 03-10 Version 1.0
AF 04-10 Version 1.0
AF 05-10 Version 2.0
Research Proposal Version 2.0
Questionnaire/interview/diary Version 1.0
CV Version 1.0

Signature..... Signature.....

(Dr.Watchapol Poonual)

(Prakarn Khemkhaeng)

Chairperson

Member and Secretary

The Research Ethics Committee

The Research Ethics Committee

Date of Approval : 22 December 2020

Approval Expire Date : 21 December 2021

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ภาคผนวก ง.

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

- (๑) พระครูอดุลจารุวรรณ เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๒) พระไชยา นาสีโล วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๓) คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๔) คุณบุญญา นุชระวิงภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๕) คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๖) คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๗) คุณสุภัทษา คำก้อนแก้ว แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๘) คุณจอมขวัญ นุ่มสบาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๙) คุณสุรธานี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๑๐) คุณรพีพร คำแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๑๑) คุณปรารณา ศรีชานา ประธาน อสม. หมู่ที่ ๖ บ้านพงสะตือ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๑๒) คุณอำนาจ ทับทองดี ประธาน อสม. หมู่ที่ ๒ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
- (๑๓) คุณเผด็จ รัตนมาโต ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี



มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๑๑๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน พระครูอดุลจารุรักษ์

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขชมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัชส์วิโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

ยื่นต้นแจ้งอญ.

พระครูอดุล จารุรักษ์

๑๓/๑๒

เวลา ๑๑:๐๓ น.

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๓๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๑๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน พระไพศาล วิสาโล

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ชัย สิวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

พระไพศาล วิสาโล

พระไพศาล วิสาโล

๐๗/๑/๒๕๖๔

๖๖๓ ๐๖:๓๐ น.

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนติพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๗/ว๐๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณสังข์พรหม เด็กกระจำว.

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สัวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

ยื่นให้ส่งข้อมูล

๐๕/๑๖/๖๓

๑๗ ๐๙:๓๐

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนทิพโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๕๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๑๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์นิตินิติเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณอนุชิต วัฒนชัย

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิตินิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุตรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สัวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิตินิติเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิตินิติเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิตินิติจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

นิตินิติ อนุชิต

คุณอนุชิต วัฒนชัย

10:00 น

4/11/64

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๕๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๕๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๗/ว๐๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณสุวิรัตน์ สุปกรณ์

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขชมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๒๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สัวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

สุวิรัตน์ สุปกรณ์

๑๖:๐๐

๒๓/๑๒/๖๓

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๕๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๘๒ ๘๗๔๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๙



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์นิตินิเทศเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณ สตีฟ ไรนาทิจ

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขอมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๒๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช สวีโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิตินิเทศเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิตินิเทศจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

คุณ สตีฟ ไรนาทิจ

๐๙:๐๐ น.

๕ ธ.ค. ๖๓

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๙



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณสุจิตา คำก้อนแก้ว

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สีโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

สุจิตา คำก้อนแก้ว

๒๕๖๓/๑๒

๓๑.๑๐.๖๓

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตครุภัณฑ์นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร ศิษย์ นวรัตน์ นวรัตน์

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรดิตต์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
ส่วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขออนุญาตครุภัณฑ์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมาทเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุญาตต่อไป

เจริญพร

(พระครูสุนทรธรรมวิทีศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

ยินดีให้ข้อมูล

นางกัญญา นุ่มสอาด

๒๕/๑๒/๖๓

13:04 ๖

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๕๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์นิตินิติเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพรคุณสุวิภาณี แซ่เบ้งสุระจง.....

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์) รหัส ๒๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศกดิษฐ์ ส่วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิตินิติเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิตินิติเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิตินิติจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

.....
.....

.....

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

๑๐:๒๐ น.

๒๓/๑๒/๖๓.

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๕๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนติพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๕๖๔-๖๕๕๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๑๑๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณชัชพร คีแก้ว

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
ส่วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

พระปลัดกมลมาศ
อ.ชัชพร

๑๑:๓๐ น.

๑๑/๑๒/๖๓

เจริญพร

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๖๔ ๖๕๕๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดีพลี นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔



มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๑๑๙

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คณะกรรมาธิการ สภาการศึกษา

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรธานี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สัวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมาทเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์

๖๖๓ ๐๘:๐๐ ๗๖

๖๕/๑๖/๑๓

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนติพิโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๙



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณเอกชัย กิ่งทอง

ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
ส่วโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

๑๑:๐๐ น.

๘/๑/๖๔

เจริญพร

(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนติพโล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔

ที่ อว ๘๐๔๓/ว๐๑๙



มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่ บ้านหนองห้า ตำบลแม่คำมี
อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐
โทร ๐-๕๔๖๔-๖๕๘๕ ต่อ ๑๐๔

๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์หนังสือเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์

เจริญพร คุณเมธิฯ รัชตมาโก

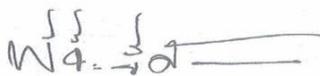
ด้วย พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ) รหัส ๖๒๐๘๒๐๕๐๐๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน
จังหวัดอุดรดิตถ์” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี พระศักดิ์ธัช
สัวโร, ดร., ผศ. ดร.พรหมเรศ แก้วโมลา เป็นคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเขียนวิทยานิพนธ์ของนิสิตเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ บัณฑิตศึกษา
วิทยาเขตแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ท่าน โดยนิสิตจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จึงเจริญพรมมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการอนุเคราะห์ต่อไป

เจริญพร

วิภาณี รัชตมาโก
เมธิฯ รัชตมาโก
๐๙:๓๐
๘-๑๒-๖๓



(พระครูสุนทรธรรมนิทัศน์, ผศ. ดร.)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยสงฆ์แพร่

วิทยาลัยสงฆ์แพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๖๔ ๖๕๘๕ ต่อ ๔๐๒

ผู้ประสานงาน พระวุฒิชัย ขนดิพล นักจัดการงานทั่วไป โทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๒ ๘๗๔๔

ภาคผนวก จ.

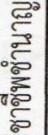
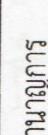
รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

- (๑) คุณสุราณี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๒) คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๓) คุณนัตยา มหาปัญญาวงศ์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๔) คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๕) คุณพันธ์ชนก อุตนันท์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๖) คุณบุญญานุช ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๗) คุณจอมขวัญ นุ่มสบาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๘) คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๙) คุณนธรรค์ น้อยทัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลน้ำอ่าง อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- (๑๐) คุณศิริธร อุดแจ่ม แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

รายชื่อผู้เข้าร่วมเสวนากลุ่มย่อย

วิทยานิพนธ์เรื่อง กระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้เปราะบางที่สุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๓๐ น.

ที่	รายชื่อ	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
1	คุณ สุธานี แสงสุรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
2	คุณ รุจิรัตน์ สุนทรนาค	เภสัชกรชำนาญการ	
3	คุณ นาดยา มหาปัญญาวงศ์	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ	นาดยา มหาปัญญาวงศ์
4	คุณ สักขณ์มวรา เล็กกระจ่าย	นักโภชนาการปฏิบัติการ	สักขณ์มวรา เล็กกระจ่าย
5	คุณ ธัมย์ชนก อุดินันท์	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	ธัมย์ชนก
6	คุณ บุญญาชู ระวีงภัย	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	บุญญาชู
7	คุณ จอมขวัญ พุ่มสวาท	พยาบาลวิชาชีพ	จอมขวัญ
8	คุณ สุพิศรา ไร่นากิจ	พยาบาลวิชาชีพ	สุพิศรา
9	คุณ นรรัตน์ น้อยทัน	ผอ.รพ.สต. น้ำอ่าง	นรรัตน์
10	คุณ ศิริธร อุดแจ่ม	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	ศิริธร

ภาคผนวก ฉ.

รูปภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ ๑ สัมภาษณ์ พระครูอดุลจากรุวรรณ เจ้าอาวาสวัดไชยมงคล
เจ้าคณะตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๒ สัมภาษณ์ พระไชยา นาคสีโล วัดไชยมงคล ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๓ คุณลักษณะนารา เล็กกระจ่าง นักโภชนาการปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๔ สัมภาษณ์ คุณบุญญานุช ระวังภัย แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๕ สัมภาษณ์ คุณรุจิรัตน์ สุนทรนาค เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน
อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๖ สัมภาษณ์ คุณสุพัตรา ไร่นากิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ
ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๗ สัมภาษณ์ พญ.สุภัทษา คำก้อนแก้ว แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๘ สัมภาษณ์ คุณจอมขวัญ พุ่มสวาท พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๙ สัมภาษณ์ คุณสุราณี แสงสุรเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๑๐ สัมภาษณ์ คุณรพีพร คำแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ ๑๑ สัมภาษณ์ คุณปรารณา ศรีชานา ประธาน อสม. หมู่ที่ ๖ บ้านพงสะตือ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๑๒ สัมภาษณ์ คุณอำนาจ ทับทองดี ประธาน อสม. หมู่ที่ ๒ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๑๓ สัมภาษณ์ คุณเผด็จ รัตนมาโต ประธาน อสม. หมู่ที่ ๘ บ้านแก่ง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอดรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ภาพที่ ๑๔ การสนทนากลุ่ม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ฉายา/นามสกุล	: พระปลัดกมลมาศ เลขธมโม (พรหมสนธิ์)
วัน เดือน ปีเกิด	: ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๓
ภูมิลำเนาที่เกิด	: บ้านเลขที่ ๑๒๓ หมู่ ๖ ตำบลย่านยาว อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
การศึกษา	: ปริญญาตรี
ประสบการณ์การทำงาน	: -
ผลงานทางวิชาการ	: -
ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี)	: -
อุปสมบท	: ๓ ตุลาคม ๒๕๒๙
สังกัด	: วัดศรีพุทธโคดม
ตำแหน่ง	: เจ้าอาวาส
ปีที่เข้าศึกษา	: ปีการศึกษา ๒๕๖๒
ปีที่สำเร็จการศึกษา	: ปีการศึกษา ๒๕๖๔
ที่อยู่ปัจจุบัน	: วัดศรีพุทธโคดม เลขที่ ๑๒๔ หมู่ ๑๐ ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ๕๓๑๔๐