

การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
AN APPLICATION OF THE BUDDHADHAMMA PRINCIPLES
TO HEAL THE TERMINAL STAGE PATIENTS

เขมจิรา พิทักษ์ราษฎร์
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
Khemjira Pitakrad
Mahachulalongkomrajavidyalaya University
Email: taty_kham@hotmail.com



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต และ 3) เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตเทศบาลเมืองพนสนธิคม ตำบลพนสนธิคม อำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน และกลุ่มพระสงฆ์ในเขตเทศบาลเมืองพนสนธิคม ตำบลพนสนธิคม อำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 11 รูป

ผลของการศึกษา พบว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มี กระบวนการดังนี้ 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของครอบครัว 2) การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว 3) การปฏิบัติตามแผน การประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกาย ด้านใจ และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงการพัฒนา แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การตรวจเยี่ยมบ้านของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพระสงฆ์มีการ ผสมผสาน ระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเพณีพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนา เช่น ให้อาหารผู้มีอาการ, การให้ศีลให้พร และการเทศนาธรรม เรียกว่า “ธรรมมหาวิบาก”

การพัฒนาระบบต้นแบบเพื่อติดตามและขยายผลการศึกษาต่อไป ผลการศึกษาพบว่า การทำงานบริการดูแลแบบประคับประคองผ่านกิจกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และเสริมสร้างขวัญกำลังใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การเยียวยา, พุทธธรรม

Abstract

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

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

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

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

The development of a prototype system for monitoring and further study. The study found that working palliative care services through religious activities of monks As a result, the patient and its relatives feel mentally reliant. The patient died peacefully and improved the morale of the patient.

Keywords: The Terminal Stage Patients, Heal, Buddhadhamma

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าสถานะสุขภาพของประชากรไทย มีแนวโน้มที่เจ็บป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคร้าย และไม่เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการต้องการด้านการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น และในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็น ร้อยละ 11 ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน ชุตติมา อรรถสิทธิ์,2553) จากเหตุผลดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาล และ ของครอบครัว ที่สำคัญ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะเป็นระยะท้ายของโรค จนไปสู่การตายที่สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ของโรค กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษา เฉพาะโรคนั้น ๆ อีกต่อไป และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่คาดการณ์ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Turk DC, Feldman CS, 1992) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคต่าง ๆ ฉุกเฉินจนรับไม่ได้ และแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้น ๆ อีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองอาการจวบจนเสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรังในระยะท้ายของโรค ซึ่งคาดการณ์ได้ มีเหตุผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ดีที่สุดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552) ดังนั้น การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเรื่องจำเป็นมาก เพราะต้องเป็นผู้มีเวลาให้กับผู้ป่วย มีความเมตตาต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์/พยาบาลไว้ใจได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยและเจ็บป่วยครั้งแรกที่คุกคาม ถึงชีวิตและครอบครัวและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยตั้งแต่เริ่มแรกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะซึมเศร้าน้อยกว่าและมีช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า (Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, et al., 2010) ดังนั้น การเป็นญาติจึงช่วยผ่อนคลายปัญหาทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้าไม่มีญาติ คงต้องหาจากสถานฝึกอบรมการพยาบาล ต่างๆ และค่อยๆ เลือกลงคุณสมบัติของผู้ดูแล ซึ่งควรต้องเริ่มหาผู้ดูแลตั้งแต่นั้น ๆ ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรต้องดูแลทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในขณะที่อยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's health) ก่อนเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแล (burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (burnout) (สายพิณ หัตถ์รัตน, มนชรัตน์จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิพูน เพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิ วงศ์ และคณะ, 2553)

ด้วยเหตุที่สถานพยาบาลมักมีจำนวนเตียงนอนรักษาจำกัด ประกอบกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่หากรู้ตัวมักมีความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางบรรยากาศที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง ตลอดจนชุมชน และจากไปโดยสงบปราศจากอาการทุกข์ ทรมานทางกายและจิตใจ ได้ชำระสะสางสิ่งที่ค้างคาใจหรือสิ่งที่ทำให้วิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและ ญาติ และที่สำคัญให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ยอมรับความจริง ผ่านกระบวนการสูญเสียคนอันเป็นที่รักได้รวดเร็วขึ้น(ขั้นการปฏิเสธ

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ความจริง ชื่นตลกใจ ชื่นโกรธ ชื่นตอรอง ชื่นเศร้าโศก เสียใจ ชื่นเศร้า ชื่นเห็นสังขธรรม) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชนจึง มีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างยิ่ง ด้วยวิธีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งหมายถึงการดูแลครอบคลุมทางกาย ทางสังคม ทางจิตใจ และทางจิตวิญญาณหรือความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว ในฐานะที่ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี นับถือศาสนาพุทธและมีต้นทุนทางสังคมในเรื่องของกิจกรรมการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแบบพหุภาคีอยู่แล้ว ทางทีมวิจัยจึงมีความสนใจประเด็นการนำเอาหลักพุทธธรรมเข้ามาผสมผสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผ่านกระบวนการพิธีกรรมทางศาสนาตามความ เชื่อทางท้องถิ่นซึ่งแฝงไว้ด้วยแนวคิด ปรัชญาทางพระพุทธศาสนา ตามความเชื่อวัฒนธรรม วิถีชีวิตของประชากรในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จะให้ความสำคัญกับการจากไปของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมาก ซึ่งเมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมักมีความเชื่อเรื่อง”กรรม”ที่สอดคล้องกับแนวคิด ทางพระพุทธศาสนา ถ้าบุคคลปฏิบัติตามคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าหรือทำความดี บำเพ็ญบุญ ทำนุบำรุงศาสนาก็จะไปเกิดหรือสถิตอยู่บนสวรรค์ หากมีภพหน้าก็จะได้กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ที่มีเพียบพร้อมด้วยบุญบารมีด้วยความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งนี้จึงมีพิธีกรรม เช่นการเยี่ยมบ้านโดยพระภิกษุสงฆ์ การผูกข้อมือ การ เรียกขวัญ การเทศน์ธรรมมหาวิภาค ขณะเดียวกันการให้พระภิกษุสงฆ์สามารถมีบทบาทในการ “จัดการกับการทำพินัยกรรมตามใจ” สิ่งเหล่านี้ที่แฝงด้วยหลักคิดและขณะเดียวกัน ก็เป็นกระบวนการที่เป็นการจัดการกับภาวะการสูญเสียความสมดุลทางจิตวิญญาณให้กลับมาสู่ ภาวะปกติของญาติได้และเข้าสู่ภาวะการยอมรับความจริงหรือสังขธรรมของญาติ สำหรับผู้ป่วยมักจะมีภาวะทนทุกข์ทรมาน ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีความวิตกกังวล มีความกลัว มีความหวังไขว่ มีภาระที่ค้างค้ำ ทั้งความรู้สึก ทั้งการจัดการกับหนี้สิน (ในบางราย) ขาดที่พึ่งด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นทีมวิจัยจะพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้การตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสงบสุขจึงควรมีการดูแลทั้งระบบจิตวิญญาณ กาย จิตใจ สังคมไปแบบองค์รวม ด้วยเหตุนี้จึงได้มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลนี้เพื่อนำไปเป็น แนวปฏิบัติต่อไปและเริ่มต้นแบบในการศึกษาต่อยอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต
3. เพื่อพัฒนารูปแบบในการบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Experimental Research) โดยการนำเอาหลักสูตรการคำปรึกษาและการเยี่ยม บ้านตามหลักศาสนา จัดพิมพ์โดย เครือข่าย องค์กรศาสนาด้านเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย และหลักสูตรคู่มือดูแล (เอกสารที่ ๓) สุขภุมย์ โสภะ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับชุมชน ไปพัฒนาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกกับประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล(Care Giver) หลังจากอบรมแล้วให้นำไปปฏิบัติ จริงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นนำผลที่ได้มาทบทวนเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง จัดให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้การสัมภาษณ์แนวลึก (in-depth interview) การ สนทนา กลุ่มย่อย (Focus Group)กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (informants) ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่ง เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ได้แก่
 - ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม

จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน

2. พระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย มีคุณสมบัติคือผ่านการอบรมตามหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามแนวศาสนา ครบจำนวนชั่วโมงที่กำหนด ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 11 รูป

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม (General informants) ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร โดยยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ผลการวิจัย

เทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ได้มีการรวมกลุ่มกันภายใต้ชื่อ “อาสาบ้านसानใจเมืองพระรถ” ชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถ เทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ตั้งขึ้นครั้งแรก 14 กุมภาพันธ์ 2557 สมาชิก เริ่มต้น 80 คน ปัจจุบันมี 200 คน เป็นชมรมที่เกิดการรวมตัวกันของจิตอาสากลุ่มต่าง ๆ ของพื้นที่ เทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี เพื่อทำงานด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ชุมชน และสังคม สร้างการมี จิตอาสาในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยคนในชุมชนโดยอาศัยกลไกการสร้างการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัครที่มีจิตอาสาสามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่ม จัดกิจกรรมอันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ตนเองและ ส่วนรวม โดยสมาชิกชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถ เทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ลงพื้นที่ ช่วยเหลือ ดูแล แบ่งปัน ความสุขให้กับ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในพื้นที่ทั้ง 11 ชุมชนในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองพนัสนิคม โดยมีภารกิจหลัก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2.สุขภาพจิตสิ่งแวดล้อม ภายในบ้าน 3.สุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน และ 4.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ 2 และที่ 4 ของทุกเดือน

ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคมมีประชากรมากกว่า 10,567 คน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 2,600 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน 26 คน และชมรม อาสาบ้านसानใจเมืองพระรถ จำนวน 200 คน โดยการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถเมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2564 พบว่า ใน ระบบดูแลนี้ยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้สูงอายุบางคนที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าวอย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมือนี้อะไรดีใจ นอกจากนี้ในสิ่งที่ไปเยี่ยมบ้าน พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะฝาก ทำบุญด้วย โดย เหตุอันใดจึงจำเป็นต้องพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่งเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพระสงฆ์ที่ศรัทธาเยี่ยม เพราะ เวลา คนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระสงฆ์เองก็จะได้สำรวจด้วยว่า ปัจจุบันญาติเยี่ยมเรายังดูแลอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์เยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุน ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม สม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้ 1) ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) 2) การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) 3) การปฏิบัติตามแผน (Intervention) 4) การประเมิน ผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจร คือ ด้านกาย ด้านใจ และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนของตำบลพนัสนิคมโดย ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดสำนักงานเทศบาลเมืองพนัสนิคม จะมีระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับเทศบาลเองจะมีบริการลงทะเบียน ผู้สูงอายุรายใหม่ และผู้สูง อายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ 1) มีสัญชาติไทย 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม 3) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัด ให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 เทศบาลจะแบ่งออก เป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน 2563 ช่วงที่ 2 ตั้งแต่เดือน มกราคม – เดือนกันยายน 2564 ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม 2564 จะมีการงดการลงทะเบียน ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2564

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

นอกจากนี้ทางเทศบาลเมืองพนัสนิคม ยังได้จัดตั้ง “ชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถเทศบาลเมืองพนัสนิคม” ภายใต้สโลแกน “คนเทศบาลเมืองพนัสนิคมไม่ทอดทิ้งกัน” เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่ง ตรงกับวันมาฆบูชา ชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถ เป็นชมรมจิตอาสา ประชาชนที่ร่วมเป็นสมาชิกล้วน เป็นจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรมของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและ ผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่เมืองพนัสนิคม มีกระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และ ภายภาพบำบัดเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีภารกิจหลัก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.การรกรักษาพยาบาล เบื้องต้น 2.สุขภาพาสสิ่งแวดลอมภายในบ้าน 3.สุขภาพาสสิ่งแวดลอมนอกบ้าน และ 4.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ 2 และที่ 4 ของทุกเดือน

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน 26 คน และชมรมอาสาบ้านसानใจเมืองพระรถจำนวน 200 คน ในการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาบ้านसानใจเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2562 พบว่า ในระบบดูแลนี้ยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้กาด้านศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าว อย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้านจะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมือให้จะยิ่งดีใจ นอกจากนี้ในชวที่ไปเยี่ยมพบว่าผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลา ได้ยินเสียงประกาศ ก็จะไปฟังที่วัดด้วย โดย เติมถึงให้จึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่งเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพระสงฆ์กับ โยม ด้วย เพราะ หลายคนมีปัจจัยทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระสงฆ์เองก็จะได้สำรวจด้วยว่าปัจจุบันญาติโยม เรายังสบายดีอยู่หรือป่ ะอย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหตามความ เหมาะสม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการกำเนินการเป็นขั้น ้อนต่อ นี้องค์กรมีลำดับ ดังนี้ 1. ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) 2. การวางแผน เพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) 3. การปฏิบัติตามแผน (Intervention) 4.การ ประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิการพัฒนาขบวนการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่าง ครบวงจรคือ ด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติ และรูปแบบการ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต รวมถึง ำเนินแบบใน การพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนเสียชีวิตใน “ช่วงวาระสุดท้ายก่อนตาย” ที่ต้องอาศัย “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นช่วงสำคัญที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะยื้อหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลต่อเวลาและทุนทรัพย์ที่จะเพิ่มขึ้นตามมา การหยิบเรื่องนี้มาพูดคุยและเตรียมการไว้ ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่างจากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น การเตรียมการที่ดีจะช่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตไปอย่าง ที่คาดหวัง ที่สำคัญที่สุดคือ การลดความทุกข์ จากการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการทางการเงิน ลดความเสี่ยงของการสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงอื่น ๆ ตัวอย่าง กรณีคนไข้โรคมะเร็งของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตประมาณ 45,000 บาท หากรับการดูแลในโรงพยาบาล และ 27,000 บาท หาก รับการดูแลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจะต่ำกว่า อีกทั้งการรับบริการที่บ้านยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจว่าหากเลือกได้ผู้สูงอายุมักเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับงานศึกษาของ เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี กล่าวถึงหลัก การของ Palliative Care หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งในทาง ปฏิบัตินั้น คงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นเรื่องสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษา หลักอื่น ๆ ซึ่งหลักการสำคัญสามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4 C” ดังนี้ C 1 Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก C 2 Comprehensive : ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ C 3 Coordinated : เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางแพทย์ ครอบครัวและสังคม C4 Continuous : มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่าง

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

สม่ำเสมอ (เด็มส์ค็อกดี ฟิงส์คีมี่, 2550: 20) ดังนั้น การดูแล หรือ การเตรียมผู้จะมาดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความรู้ในเบื้องต้น เรื่องโรค และ อาการของผู้ป่วย ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับ ภาระงาน รวมทั้งมี เวลาให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนตามควร อาจต้องช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวของ ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และควรให้ ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อ คุณคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ ทรมานต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การดูแลปัญหาสุขภาพทุกด้านไป พร้อมกัน ได้แก่ กาย ใจ จิตวิญญาณ และครอบครัวผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

1. Supportive therapy: ส่งเสริมการดูแลด้านจิตสังคม ช่วยเสริมพลังให้กับ ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ family – centered care, การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความเข้าใจ การให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้มี โอกาสตัดสินใจในการเลือกการ รักษา การเล่น ให้ความ รักและความเห็นใจ ความรักและกำลังใจจากลูกหลาน ญาติมิตร และผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญ เพราะ สามารถลดทอนความกลัว และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจได้

2. แผนการรักษาอีกมิติหนึ่งของ palliative care คือ ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำจิตใจมั่นคง สงบ และ ยอมรับอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต หนึ่งในท่อนับแรกความ ต้องการของพ่อแม่เมื่อลูกอยู่ในภาวะวิกฤตใกล้ตาย คือ ต้องการให้ พระสงฆ์หรือผู้นำทางศาสนา มาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จำเป็น กระบวนการ ที่ต้องใช้เวลา โดยควรเริ่มก่อนถึงวาระสุดท้าย อาจต้องบอกความ รุ่งเรืองโรค และให้เวล ฟังความรู้สึ จากผู้ป่วย ข้อนี้ต้อง อาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย

3. ใช้ความคิดและจินตนาการของผู้ป่วยในการพาตนออกจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งที่พึงพอใจ ได้แก่ distraction, imagery, hypnosis, music ช่วยจิตใจจดจ่อ กับสิ่งดีงาม อาจนำมาได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับ ถือมาไว้ที่หน้าเพื่อให้ระลึกถึง ชวนให้จดมนต์คาถา หลากศาสนา

4. การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมี ความรู้สึกฝังใจบางอย่างอยู่ในใจ

5. Behavioral therapy: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปวด ได้แก่ การฝึก สมาธิ การฝึกการหายใจเพื่อ ความผ่อนคลาย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยมักยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความ ลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอื่น เป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้ผู้ผู้ป่วยมั่นใจว่า มีผู้จัดการสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้ และ พยายามช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด

6. สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการเถียงกัน ร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็น หรือได้ยิน อาจใช้วิธีทางศาสนา มาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในชาวคาทอลิก) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal care)

7. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาขออโณางลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนา จะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบข้างหูพูดถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณใน ความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดที่ล่วงเกิน จากนั้นน้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำ ให้เขาปล่อย วางในสิ่งต่าง ๆ ทั้งหลายลงเสียอย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใด ๆ อีกเลย แล้วให้ ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขา นับถือ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากผลของการศึกษาถึงแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและ ญาติในการเตรียมความพร้อมก่อน เสียชีวิตในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพนสนิมคม ตำบลพนสนิมคม อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี พบว่า ในการปฏิบัติโดยสืบเนื่อง จากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย Care Giver และพระสงฆ์ นั้น Care Giver จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการ จำเป็นของผู้ป่วยและญาติ เชื่อมประสานความร่วมมือ ติดตามประเมินผล พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือ ทรัพยากรที่ จำเป็นต่อการคลี่คลายปัญหาอันซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประสานงานกับพระสงฆ์ที่เยี่ยมบ้านเพื่อ เข้าไปเยี่ยมและให้บริการที่สอดคล้องและ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การเทศน์

ธรรมมหาวิภากรมีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาใน พระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่น ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศลต่าง ๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนา มาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนา จึงก่อกำเนิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรคผลงานทางด้านวรรณกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้ว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธี แบบพุทธพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้เป็นหัวข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ให้ความรักและความเห็นอก เห็นใจ 2) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง 3) ช่วยให้ผู้ใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม 4) ช่วย ปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ 5) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ 6) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และ 7) กล่าวคำอำลา เพื่อปล่อยผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วม กันสร้างบรรยากาศ อันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วย เพื่อไปสุคติ (พระไพศาล วิสาโล, 2552) ในขณะเดียวกันการใช้หลักการความเรียบง่ายในห้องผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของ พระสงฆ์เองไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การให้พร การสืบทอด รวมถึงการเทศนา ธรรมหาวิภาคา ความเมตตา และวิถีปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยและญาติ มีความสอดคล้องกับงานศึกษาของ ออคา มุงสินี ได้ทำการศึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถี ชุมชนในสังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นส่วนหนึ่งของ วิถีการดำเนินชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะยึดชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด โดยให้ความเอาใจอาทรของคนในชุมชนเป็นกลไกหลักในการแสวงหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์ของชาวอีสาน จากการ ร่วมมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชนตำบลโพธิ์ ใหญ่ อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ได้ค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในรูปแบบของ “พิธีกรรม” ที่หลากหลายทั้งรูปแบบและ จุดประสงค์ของการปฏิบัติตาม ช่วงเวลา ได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะ “ตุ้มโฮม” 2) ระยะ “อยู่ก็สบาย” และ 3) ระยะ “ไปก็สงบ” ซึ่งแต่ละระยะก็จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของวิถีปฏิบัติในแต่ละพิธีกรรมกับผลที่ คาดหวังที่จะให้บังเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นถึง “ความหวัง” ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่พบว่าไม่มีวันที่จะสิ้นสุดจนกว่าจะหมดลมหายใจ แม้จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าหมดหนทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ ผลจากการเรียนรู้ในครั้งนี้จะนำไปสู่การเชื่อมประสานแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิทยาการสมัย ใหม่กับแนวปฏิบัติที่มาจากความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (สอาด มุงสินี, 2558) และงานศึกษาของ วิไลลักษณ์ ต้นติตระกูล ซึ่งพบว่า ความ รุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทาง สังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับ ตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตน ตามความเชื่อตามหลักศาสนา ในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว จิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วิไลลักษณ์ ต้นติ ตระกูล, 2552) นับเป็นแนวทางหนึ่ง ในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน และการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตโดยใช้การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมพร้อมกับการใช้ภูมิปัญญา ท้องถิ่นเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียม ความพร้อมก่อนเสียชีวิต พบว่า “ช่วงวาระสุดท้ายก่อนตาย” ที่ต้องอาศัย “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นช่วงสำคัญที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะยื้อหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลต่อเวลาและทุนทรัพย์ที่จะเพิ่มขึ้นตามมา การหยิบเรื่องนี้มาพูดคุยและเตรียมการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่างจากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น การเตรียมการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และเสียชีวิตไปอย่างที่ดีที่คาดหวังที่สำคัญที่สุดคือ การลดความทุกข์จากการทรมานจากการเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการทางการเงิน ลดความเสี่ยงของการสิ้นเนื้อ ประดาตัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงระยะ ท้ายของชีวิตมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงอื่น ๆ ตัวอย่างกรณีคนไข้โรคมะเร็งของสิทธิหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตประมาณ 45,000 บาท หากรับการดูแลในโรงพยาบาล และ 27,000 บาท หากรับการดูแลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจะต่ำกว่า อีกทั้งการรับบริการ

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

ที่บ้านยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจว่าหากเลือกได้ ผู้สูงอายุมักเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายของชีวิต

ผลของการศึกษาถึงแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม ตำบลพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า ในการปฏิบัติโดยสืบเนื่องจากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย Care Giver และพระสงฆ์นั้น Care Giver จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและญาติ เชื่อม ประสานความร่วมมือ ติดตามประเมินผล พิกัดสิทธิ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการคลี่คลายปัญหาอันซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประสาน งานกับพระสงฆ์ที่เยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปเยี่ยมและให้บริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการขอรับการเทศน์ธรรมมหาวิภาวดี การแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนาโดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่น ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศล ต่าง ๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมท้องถิ่นเมืองพนัสนิคมเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจ พุทธศาสนาสังค้อมก่าเนียด ความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาและการนำไปใช้
 - 1.1 สถาบันสงฆ์ในระดับอำเภอ ควรให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมบทบาท พระสงฆ์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนถึงมีกองทุนที่ สามารถสนับสนุนให้พระสงฆ์มีความสามารถในการชุมชนและพระสงฆ์ไปใช้ธรรมานุสูลุภาพพระสงฆ์มาใช้ขับเคลื่อนอย่างจริงจัง
 - 1.2 ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพระสงฆ์ที่ทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนา กระบวนการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยพระสงฆ์ อย่างครบวงจร โดยอาจพัฒนาอาสาสมัครสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นคนในชุมชนเก็บข้อมูลพระ สงฆ์ในพื้นที่ทำให้เข้าถึงพระสงฆ์ได้ง่าย
 - 1.3 ในวิถีปกติ ชุมชนมีการเยี่ยมบ้านอยู่แล้ว โดยเฉพาะแกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุข แต่จะอย่างไรให้มีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง Care Giver กับพระสงฆ์ ซึ่ง ถือว่าเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้กระบวนการเยี่ยมบ้านครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 - 1.4 ให้มีการฟื้นฟูการนำเอาหลักความเชื่อ หลักการทางศาสนา ตลอดจนจนถึง พิธีกรรมแบบล้านนามาประเพณีปฏิบัติและมีการถ่ายทอดส่งต่อให้กับพระสงฆ์รุ่นใหม่อย่าง เป็นระบบ
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทีมเยี่ยมบ้านที่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยม และได้รับการส่งเสริมพัฒนาพัฒนาศักยภาพและทีมที่ไม่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมและไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นความแตกต่าง
 - 2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการทำงานในพื้นที่ในเขตเมืองและเขต ชนบทเพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างบริบทของพื้นที่ที่ต่างกัน เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบหรือ แนวทางในการให้บริการต่อไป

วารสาร มจร ทวารวดีปริทรรศน์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566)

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร:

กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา : ออเรนจ์มีเดีย.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษร สัมพันธ์จำกัด.

พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน: ประเสริฐ

เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552). Living will : มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ในแสง บุญ. วารสาร มจร.

วิชาการ. 17(1): 118.

เฉลิมวิภา และไพศาล ลิ้มสถิต. ก่อนวันผลัดใบ. นนทบุรี: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจิตศาสตร์คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วุฒิจำนงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีนงทองหว่า. (2558). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนใน สังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ไทร อำเภอรุ่งราชธาราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 6 (1): 89 – 104.

สายพิณ พันธ์วิรัตน์ และคณะ. (2553). คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

Tuck DC, Feldman CS. (1992). Noninvasive approaches to pain control interterminal illness: The contribution of psychosocial variables. Hosp : J 1992.

Temel JS, Greer JA et al.. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lungcancer. N Engl : J 2010.