

การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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

สังวรณ สมบัติใหม่

พระครูสาทรธรรมสิทธิ

Sangworn Sombatmai, PhraKhru Satorndhammasith

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus

สุรียนต์ สูงคำ

Suriyont Songkam

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

Rajamangala University of Technology Lanna

Corresponding Author, E-mail: sangsombatmai@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต และ 3) เพื่อพัฒนาต้นแบบในการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน 20 คน และกลุ่มพระสงฆ์ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน 11 วัด/รูป

ผลของการศึกษา พบว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีกระบวนการดังนี้ 1) ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว 2) การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว 3) การปฏิบัติตามแผน 4.การประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนจนถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

แนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การตรวจเยี่ยมบ้านของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพระสงฆ์มีการผสมผสานกันระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเพณีพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาของล้านนา เช่น พิธีผูกข้อมือ, การให้ศีลให้พร และการเทศนาธรรม เรียกว่า “ธรรมมหาวิบาก”

การพัฒนาระบบต้นแบบเพื่อติดตามและขยายการศึกษาต่อไป ผลการศึกษาพบว่า การทำงานบริการดูแลแบบประคับประคองผ่านกิจกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสุข 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 Umong. Muang Lamphun 11 people.

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

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

The development of a prototype system for monitoring and further study. The study found that working palliative care services through religious activities of monks As a result, 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

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ ของโรค ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณได้เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Turk DC, Feldman CS, 1992: 1-2)ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคต่างๆ ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองอาการจวบจนเสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะป่วยเป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรังในระยะท้ายของโรค ซึ่งคาดได้อย่างมีเหตุผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ดีที่สุดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552: 2) ดังนั้น การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเรื่องจำเป็นมาก เพราะต้องเป็นผู้มีเวลาให้กับผู้ป่วย มีความเมตตาต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์/พยาบาลไว้วางใจได้

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยและเจ็บป่วยครั้งแรกที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัวและสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร นิลมานัต, 2555: 13) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยตั้งแต่เริ่มแรกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะซึมเศร้าน้อยกว่าและมีช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า (Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, et al., 2010: 363) ดังนั้น การเป็นญาติจึงช่วยผ่อนคลายนปัญหาทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในระดับหนึ่ง แต่ถ้าไม่มีญาติ คงต้องหาจากสถานฝึกอบรมการพยาบาลต่างๆ และค่อยๆ เลือกดูคุณสมบัติของผู้ดูแล ซึ่งควรต้องเริ่มหาผู้ดูแลตั้งแต่นั้นๆ ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรต้องดูแลทั้งผู้ป่วย และผู้จะมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในขณะที่อยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's health) ก่อนเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแล (burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (burnout) (สายพิน หัตถิรัตน์, มนท

รัตน์จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิพูน เพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์ และคณะ, 2553: 33)

ด้วยเหตุที่สถานพยาบาลมักมีจำนวนเตียงนอนรักษาจำกัด ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่หากรู้ตัวมักมีความต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านท่ามกลางบรรยากาศที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง ตลอดจนชุมชน และจากไปโดยสงบปราศจากอาการทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ ได้ชำระสะสางสิ่งที่ค้างคาใจหรือสิ่งที่ทำให้วิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ และที่สำคัญให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ยอมรับความจริง ผ่านกระบวนการสูญเสียคนอันเป็นที่รักได้รวดเร็วขึ้น(ขั้นการปฏิเสธความจริง ขั้นตกใจ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นเศร้าโศก เสียใจ ซึมเศร้า ขั้นเห็นสัจธรรม) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประครองที่บ้านและชุมชนจึงมีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างยิ่ง ด้วยวิธีการดูแลแบบองค์รวมซึ่งหมายถึงการดูแลครอบคลุมทางกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณหรือความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยว ในฐานะที่ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนนับถือศาสนาพุทธและมีต้นทุนทางสังคมในเรื่องของกิจกรรมการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแบบพหุภาคีอยู่แล้ว ทางทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจประเด็นการนำเอาหลักพุทธธรรมเข้ามาผสมผสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผ่านกระบวนการพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อแบบล้านนาซึ่งแฝงไว้ด้วยแนวคิด ปรัชญาทางพระพุทธศาสนา ตามความเชื่อวัฒนธรรมวิถีชีวิตของประชากรในภาคเหนือจะให้ความสำคัญกับการจากไปของผู้ป่วยและผู้ที่เสียชีวิตอย่างมาก ซึ่งเมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมักจะมีความเชื่อเรื่อง ”กรรม” ที่สอดคล้องกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนา ถ้าบุคคลปฏิบัติตามคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าหรือทำความดีบำเพ็ญบุญ ทำนุบำรุงศาสนาก็จะไปเกิดหรือสถิตอยู่บนสวรรค์ หากมีภพหนักก็จะได้กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ที่มีเพียบพร้อมด้วยบุญบารมี ด้วยความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งนี้ วิถีวัฒนธรรมล้านนาจึงมีพิธีกรรม เช่นการเยี่ยมบ้านโดยพระภิกษุสงฆ์ การผูกข้อมือ การเรียกขวัญ การเทศน์ธรรมมหาวิภาว ชณะเดียวกันการให้พระภิกษุสงฆ์สามารถมีบทบาทในการ ”จัดการกับการทำพินัยกรรมทางวาจาได้” สิ่งเหล่านี้ที่แฝงด้วยหลักคิดและชณะเดียวกัน ก็เป็นกระบวนการที่เป็นการจัดการกับภาวะการสูญเสียความสมดุลทางจิตใจให้กลับมาสู่ภาวะปกติของญาติได้และเข้าสู่ภาวะการยอมรับความจริงหรือสัจธรรมของญาติ สำหรับผู้ป่วยมักจะมีภาวะทนทุกข์ทรมาน ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีความวิตกกังวล มีความกลัว มีความหวงโย มีภาระที่ค้างคาใจ ทั้งความรู้สึก ทั้งการจัดการกับหนี้สิน (ในบางราย) ขาดที่พึ่งด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นหากจะพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้การตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสงบสุขจึงควรมีการดูแลทั้งระบบจิตวิญญาณ กาย จิตใจ

สังคมไปแบบองค์รวม ด้วยเหตุนี้จึงได้มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อนำไปเป็นแนวปฏิบัติต่อไปและเป็นต้นแบบในการศึกษาต่อยอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต
3. เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Experimental Research) โดยการนำเอาหลักสูตรการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านตามหลักศาสนา จัดพิมพ์โดย เครือข่ายองค์กรศาสนาด้านเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย และหลักสูตรคู่มือดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับชุมชน ไปพัฒนาร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติ (practical Guideline) เพื่อนำไปฝึกอบรมผู้นำศาสนา แกนนำชุมชน/อาสาสมัคร และผู้ดูแล(Care Giver) หลังจากอบรมแล้วให้นำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นนำผลที่ได้มาทบทวนเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง จัดให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้การสัมภาษณ์แนวลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (informants) ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน 20 คน
2. พระสงฆ์ที่ได้รับการพัฒนาและให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีคุณสมบัติคือผ่านการอบรมตามหลักสูตรการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามแนวศาสนา ครบจำนวนชั่วโมงที่กำหนด ในเขตตำบลอุโมงค์ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน จำนวน 11 วัด/รูป
3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลร่วม (General informants) ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือได้รับคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Giver) และพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร โดยยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

เทศบาลตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ได้มีการรวมกลุ่มกันภายใต้ชื่อ “อาสาป็นสุข” ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์ ตั้งขึ้นครั้งแรก 14 กุมภาพันธ์ 2557 สมาชิกเริ่มต้น 80 คน ปัจจุบันมี 200 คน เป็นชมรมที่เกิดการรวมตัวกันของจิตอาสาจากกลุ่มต่างๆ ของตำบลอุโมงค์ เพื่อทำงานด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ชุมชน และสังคม สร้างการมีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยคนในชุมชนโดยอาศัยกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดการดำเนินงาน ในรูปแบบของอาสาสมัครที่มีจิตอาสาสามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่ม จัดกิจกรรมอันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ ตนเองและส่วนรวม โดยสมาชิกชมรมอาสาป็นสุขเทศบาลตำบลอุโมงค์ ลงพื้นที่ ช่วยเหลือ ดูแล แบ่งปันความสุขให้กับ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ทั้ง 11 หมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลอุโมงค์ โดยมีการกิจหลัก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2.สุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน 3.สุขภาพสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน และ 4.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ 2 และที่ 4 ของทุกเดือน

ในเขตตำบลอุโมงค์มีประชากรมากกว่า 13,000 คน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 3,010 คน ซึ่งเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน 26 คน และชมรมอาสาป็นสุขจำนวน 200 คน ในการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาป็นสุขเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2562 พบว่า ในระบบดูแลนี้ยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้นำศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าวอย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมือนีให้จะยิ่งดีใจ นอกจากนี้ในช่วงที่ไปเยี่ยม พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะฝากทำบุญด้วย โดย เหตุอันใดจึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่ง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับระหว่างพระสงฆ์กับศรัทธาโยมด้วย เพราะหลายคนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระสงฆ์เองก็จะได้สำรวจด้วยว่า ปัจจุบันญาติโยมเรายังสบายดีอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้ 1) ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) 2) การวางแผน

เพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) 3) การปฏิบัติตามแผน (Intervention) 4) การประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจร คือ ด้านกายใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนของตำบลอุโมงค์ โดยฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัด สำนักงานเทศบาลตำบลอุโมงค์ จะมีระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับเทศบาลเองจะมีบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ และผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ 1) มีสัญชาติไทย 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลอุโมงค์ 3) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้น ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 เทศบาลจะแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน 2562 ช่วงที่ 2 ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกันยายน 2563 ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม 2562 จะมีการงดการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2564

นอกจากนี้ทางเทศบาลตำบลอุโมงค์ยังได้ จัดตั้ง “ชมรมอาสาป็นสุขตำบลอุโมงค์” ภายใต้สโลแกน “คนตำบลอุโมงค์ไม่ทอดทิ้งกัน”เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่งตรงกับวันมาฆบูชา ชมรมอาสาป็นสุข เป็นชมรมจิตอาสา ประชาชนที่ร่วมเป็นสมาชิกล้วนเป็นจิตอาสา จิตสาธารณะ กิจกรรมของชมรมฯ ลงพื้นที่ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ มีกระบวนการช่วยเหลือ ดูแล และกายภาพบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีการกิจหลัก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2.สุขภาพาสสิ่งแวดลอมภายในบ้าน 3.สุขภาพาสสิ่งแวดลอมนอกบ้าน และ 4.การรวบรวม และจัดเก็บข้อมูล สำหรับการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในวันเสาร์ที่ 2 และที่ 4 ของทุกเดือน

มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 คน มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Care Giver (CG) จำนวน 26 คน และชมรมอาสาป็นสุขจำนวน 200 คน ในการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่ม

ย่อยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวแทนชมรมอาสาป็นสุขเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2562 พบว่า ในระบบดูแลนี้ยังขาดมิติด้านจิตวิญญาณและผู้นำศาสนาก็ยังไม่ได้เข้ามีส่วนร่วมในขบวนการดังกล่าวอย่างที่เราควรจะเป็น เนื่องจากประสบการณ์ของทีมเยี่ยมบ้าน จะพบว่าเมื่อไรก็ตามที่ทีมเยี่ยมมีพระสงฆ์ไปเยี่ยมด้วย ผู้ป่วยจะดีใจ ยิ่งพระสงฆ์ผูกข้อมือนีให้จะยิ่งดีใจ นอกจากนี้ในช่วงที่ไปเยี่ยม พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เวลาได้ยินเสียงประกาศ ก็จะพากันมาบุญด้วย โดย เหตุอันใดจึงจำเป็นต้องมีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมบ้านด้วย ส่วนหนึ่ง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับระหว่างพระ กับ โยม ด้วย เพราะหลายคนมีปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถไปงานได้ นอกจากนี้พระเองก็จะได้สำรวจดูว่าปัจจุบันญาติโยมเรายังสบายดีอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาที่บ้าน พระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม การบริการดูแลครอบครัว ควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้ 1. ประเมินปัญหา และความต้องการของครอบครัว (Family Assessment) 2. การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว (Planning) 3. การปฏิบัติตามแผน (Intervention) 4. การประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรคือ ด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต รวมถึงเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตใน “ช่วงวาระสุดท้ายก่อนตาย” ที่ต้องอาศัย “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นช่วงสำคัญที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะยืดหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลต่อเวลาและทุนทรัพย์ที่จะเพิ่มขึ้นตามมา การหยิบเรื่องนี้มาพูดคุยและเตรียมการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่างจากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น การเตรียมการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตไปอย่างที่คาดหวัง ที่สำคัญที่สุดคือ การลดความทุกข์จากการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการทางการเงิน ลดความเสี่ยงของการสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงอื่นๆ ตัวอย่างกรณีคนไข้โรคมะเร็งของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้าย

ก่อนเสียชีวิตประมาณ 45,000 บาท หากรับการดูแลในโรงพยาบาล และ 27,000 บาท หากรับการดูแลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจะต่ำกว่า อีกทั้งการรับบริการที่บ้านยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจว่าหากเลือกได้ผู้สูงอายุมักเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับงานศึกษาของ เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี กล่าวถึงหลัก การของ Palliative Care หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งในทางปฏิบัติ นั้น คงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นเรื่องสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่นๆ 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 : มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550: 20) ดังนั้น การดูแล หรือ การเตรียมผู้จะมาดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความรู้ในเบื้องต้นเรื่องโรค และอาการของผู้ป่วย ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ให้คำตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน รวมทั้งมีเวลาให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนตามควร อาจต้องช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และควรให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การดูแลปัญหาสุขภาพทุกด้านไปพร้อมกัน ได้แก่ กาย ใจ จิตวิญญาณ และครอบครัวผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ

1. Supportive therapy: ส่งเสริมการดูแลด้านจิตสังคม ช่วยเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ family – centered care, การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความเข้าใจ การให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้มี โอกาสตัดสินใจในการเลือกการรักษา การเล่น ให้ความรักและความเห็นใจ ความรักและกำลังใจจากลูกหลาน ญาติมิตร และผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถลดทอนความกลัว และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจได้

2. แผนการรักษาอีกมิติหนึ่งของ palliative care คือ ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำจิตใจมั่นคง สงบ และยอมรับอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต หนึ่งในหกอันดับแรกความต้องการของพ่อแม่เมื่อลูกอยู่ในภาวะวิกฤตใกล้ตาย คือต้องการให้พระหรือผู้นำทางศาสนา มาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยควรเริ่มก่อนถึงวาระสุดท้าย อาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค และ

ให้เวลาฟังความรู้สึกจากผู้ป่วย ข้อนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย

3. ใช้ความคิดและจินตนาการของผู้ป่วยในการนำพาตนเองออกจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งที่พึงพอใจ ได้แก่ distraction, imagery, hypnosis, music ช่วยให้เกิดจิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจน้อมนำได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ที่ห้องเพื่อให้ระลึกนึกถึง ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนา

4. การช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างอยู่ในใจ

5. Behavioral therapy: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปวด ได้แก่ การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจเพื่อความผ่อนคลาย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้ผู้ผู้ป่วยมั่นใจว่า มีผู้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้ และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด

6. สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการเสียงกัน ร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน อาจใช้วิธีทางศาสนามาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในชาวคาทอลิก) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal care)

7. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาอันดีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบข้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดที่ล่วงเกิน จากนั้นน้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางในสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสียอย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557: 31-33)

จากผลของการศึกษาถึงแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน พบว่า ในการปฏิบัติโดยสืบเนื่องจากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย Care Giver และพระสงฆ์ นั้น Care Giver จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและญาติ เชื่อมประสานความร่วมมือ ติดตามประเมินผล พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการคลี่คลายปัญหาอันซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประสานงานกับพระสงฆ์ที่มียุทธวิธีเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปเยี่ยมและให้บริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การเทศน์

ธรรมมหาวิบากมีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนา โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศลต่างๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนา มาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนาจึงก่อกำเนิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรคผลงานทางด้านวรรณกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้ว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธพุทธ หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปได้เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้ 1) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ 2) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง 3) ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม 4) ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ 5) ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ 6) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และ 7) กล่าวคำอำลา เพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ (พระไพศาล วิสาโล, 2552: 23)

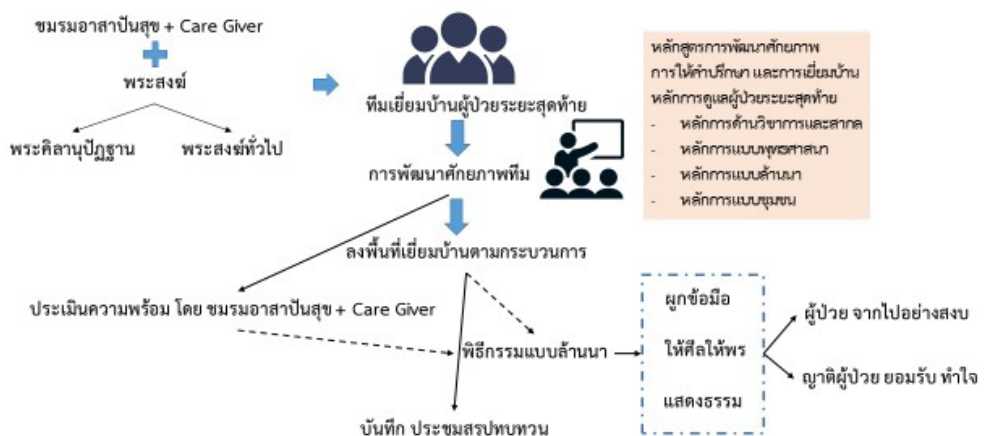
ในขณะเดียวกันการใช้หลักการความเชื่อแบบล้านนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระสงฆ์เองไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การให้พร การสืบชะตา รวมถึงการเทศนาธรรมมหาวิบากตามความเชื่อและวิถีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีความสอดคล้องกับงานศึกษาของ สอาด มุ่งสิน ได้ทำการศึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด โดยใช้ความเอื้ออาทรของคนในชุมชนเป็นกลไกหลักในการแสวงหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์ของชาวอีสาน จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ได้ค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบของ “พิธีกรรม” ที่หลากหลายทั้งรูปแบบและจุดประสงค์ที่สามารถจำแนกตามช่วงเวลาได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะ “ตุมโสม” 2) ระยะ “อยู่ก็สบาย” และ 3) ระยะ “ไปก็สงบ” ซึ่งแต่ละระยะก็จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของวิถีปฏิบัติในแต่ละพิธีกรรมกับผลที่คาดหวังที่จะให้บังเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นถึง “ความหวัง” ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่พบว่าไม่มีวันที่จะสิ้นสุดจนกว่าจะหมดลมหายใจ แม้

จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าหมตหนทางที่จะรักษาให้หายขาดได้ ผลจากการเรียนรู้ในครั้งนี้จะนำไปสู่การเชื่อมประสานแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิทยาการสมัยใหม่กับแนวปฏิบัติที่มาจากความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (สอาด มุ่งสิน, 2558: 89-104) และงานศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ซึ่งพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวพุทธนับตั้งแต่เกิด บุคคลที่มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาจึงปฏิบัติตน ตามความเชื่อตามหลักศาสนาในวิถีพุทธ เพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์และเกิดความสุขในจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค จึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552: 2) นับเป็นแนวทางหนึ่ง ในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตโดยใช้การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมพร้อมกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต่อไป

องค์ความรู้จากการวิจัย

ต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลและขยายการศึกษาต่อยอด สามารถแสดงได้ตามรูปภาพดังนี้

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโครงการวิจัย



ผ่านกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การให้ศีลให้พร และแสดงธรรม โดยพระสงฆ์จะไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้หากไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลความพร้อมของผู้ป่วยและญาติจากชมรมอาสาป็นสุข และ Care Giver ซึ่งทำบทบาทเป็น Care manager ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีการแก้ไขปัญหาคือคลายปัญหาที่ซับซ้อนได้และนำสู่การพึ่งตนเอง สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ในขณะที่ญาติของผู้ป่วยจะได้ทำใจยอมรับ

สรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิต พบว่า “ช่วงวาระสุดท้ายก่อนตาย” ที่ต้องอาศัย “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นช่วงสำคัญที่ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะยื้อหรือยุติการรักษา ซึ่งส่งผลต่อเวลาและทุนทรัพย์ที่จะเพิ่มขึ้นตามมา การหยิบเรื่องนี้มาพูดคุยและเตรียมการไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ต่างจากการวางแผนชีวิตในช่วงอื่น การเตรียมการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตไปอย่างที่คาดหวัง ที่สำคัญที่สุดคือ การลดความทุกข์จากการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการทางการเงิน ลดความเสี่ยงของการสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงอื่นๆ ตัวอย่างกรณีคนไข้โรคมะเร็งของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่ารักษาพยาบาลในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตประมาณ 45,000 บาท หากรับการดูแลในโรงพยาบาล และ 27,000 บาท หากรับการดูแลที่บ้าน จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านจะต่ำกว่า อีกทั้งการรับบริการที่บ้านยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจว่าหากเลือกได้ ผู้สูงอายุมักเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายของชีวิต

ผลของการศึกษาถึงแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน พบว่า ในการปฏิบัติโดยสืบเนื่องจากกระบวนการเยี่ยมบ้านโดย Care Giver และพระสงฆ์นั้น Care Giver จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและญาติ เชื่อมประสานความร่วมมือ ติดตามประเมินผล พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการคลายปัญหาอันซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประสานงานกับพระสงฆ์ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าไปเยี่ยมและให้บริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผูกข้อมือ การเทศน์ธรรมหาวิบากมีการแต่งวรรณกรรมที่มุ่งเน้นด้านหลักธรรม ความเชื่อ และความศรัทธาในพระพุทธศาสนา

โดยผสมผสานกับการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นล้านนา ที่มีความเกรงกลัวต่อบาป อุกุศลต่างๆ เพราะพระพุทธศาสนาได้ซึมซับอยู่ในวิถีชีวิตของสังคมล้านนามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และพระพุทธศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจพุทธศาสนาจึงก่อกำเนิดความศรัทธาจนสร้างแรงบันดาลใจนำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางด้านวรรณกรรม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาและการนำไปใช้

1.1) สถาบันสงฆ์ในระดับอำเภอ ควรให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนถึงมีกองทุนที่สามารถสนับสนุนให้พระสงฆ์มีความสามารถในดูแลสุขภาพชุมชนและพระสงฆ์ โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์มาใช้ขับเคลื่อนอย่างจริงจัง

1.2) ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพระสงฆ์ที่ทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนา กระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยพระสงฆ์อย่างครบวงจร โดยอาจพัฒนาอาสาสมัครสมัคสธารณสุข ซึ่งเป็นคนในชุมชนเก็บข้อมูลพระสงฆ์ในพื้นที่ทำให้เข้าถึงพระสงฆ์ได้ง่าย

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

1.4) ให้มีการฟื้นฟูการนำเอาหลักความเชื่อ หลักการทางศาสนา ตลอดจนถึงพิธีกรรมแบบล้านนามาประเพณีปฏิบัติและมีการถ่ายทอดส่งต่อให้กับพระสงฆ์รุ่นใหม่อย่างเป็นระบบ

2) ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทีมเยี่ยมบ้านที่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมและได้รับการส่งเสริมพัฒนาพัฒนาศักยภาพและทีมที่ไม่มีพระสงฆ์เป็นทีมเยี่ยมและไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นความแตกต่าง

2.2) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการทำงานในพื้นที่ในเขตเมืองและเขตชนบทเพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างบริบทของพื้นที่ที่ต่างกัน เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการให้บริการต่อไป

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**.

กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

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

เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด.

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

เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552). Living will : มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน **แสวงบุญ. วารสาร มจร.วิชาการ**. 17(1), 118.

เฉลิมวิภา และไพศาล ลิ้มสถิต. **ก่อนวันพลัดใบ**. นนทบุรี: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและนิติศาสตร์คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **รายงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สอาด มุ่งสิน และจรรยาศรี มีหนองหว่า. (2558). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคม วัฒนธรรมอีสาน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี**. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. 6 (1), 89 – 104.

สายพิน หัตถ์รัตน์ และคณะ. (2553). **คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

Turk DC, Feldman CS. (1992). **Noninvasive approaches to pain control inter-minal illness: The contribution of psychological variables**. Hosp : J 1992.

Temel JS, Greer JA et al.. (2010). **Early palliative care for patients with meta-static non-small-cell lung cancer**. N Engl : J 2010.